



Doctor of Philosophy in Social Sciences Association
Ramkhamhaeng University

ชุมชนต้นแบบสุขอนามัยในภาคอีสานตอนล่าง A HEALTH COMMUNITY MODEL FOR THE LOWER NORTHERN REGION

กริ่งแก้ว สอาดรัตน์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) โครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัยของชุมชนที่เป็นแบบอย่างในภาคอีสานตอนล่าง (2) ความเป็นไปได้ในการนำแบบอย่างโครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัยไปใช้ และ (3) สร้างต้นแบบ (model) ชุมชนสุขอนามัยที่เหมาะสมกับชุมชนในภาคอีสานตอนล่าง โดย (1) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากเอกสาร วิดีทัศน์ รายงาน การสัมภาษณ์ การสังเกต การสนทนากลุ่ม ณ ชุมชนบ้านคำกลาง จังหวัดยโสธร ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 20 คน และ 1 กลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล และนำข้อค้นพบมาสร้างต้นแบบ (model) เบื้องต้น (2) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจาก 8 ชุมชนภาคอีสานตอนล่าง ในกลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มประชาชน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวม 404 คน โดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และประชุมกลุ่ม วิเคราะห์ค่าสถิติร้อยละ (3) สร้างต้นแบบ (model) ชุมชนสุขอนามัย โดยผลการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณมาเปรียบเทียบ และปรับปรุงเนื้อหา และนำมาสร้างต้นแบบ (model) ชุมชนสุขอนามัยที่เหมาะสมกับชุมชนในภาคอีสานตอนล่าง

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. โครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัยของชุมชนที่เป็นแบบอย่าง ได้แก่ ผู้นำ และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ใช้ภาวะผู้นำ วิธีชีวิตชุมชนในการรวมกลุ่ม และร่วมกันเลือกกิจกรรมสุขอนามัย ให้คุ้มบ้านรับผิดชอบ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา และใช้เครือข่ายความสัมพันธ์ที่มีกับหน่วยงานให้การสนับสนุนชุมชน

2. ความเป็นไปได้ในการนำแบบอย่างโครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัยไปใช้ พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มสามารถนำโครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัยของชุมชนบ้านคำกลางไปใช้ได้ กิจกรรมที่เห็นว่าจะนำไปใช้ไม่ได้ ได้แก่ การรวมกลุ่มออกกกำลังกาย เนื่องจากยังไม่เคยเข้าร่วมกลุ่มมาก่อน

3. ต้นแบบ (model) ชุมชนสุขอนามัยที่เหมาะสมกับชุมชนในภาคอีสานตอนล่าง ได้แก่ (1) ชุมชนจัดการเรื่องสุขอนามัยไปพร้อมกับการจัดการด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม และสภาพแวดล้อม

โดยใช้ความเชื่อ ค่านิยม และแบบแผนพฤติกรรมสร้างการรวมกลุ่ม และตัดสินใจเลือกกิจกรรมสุขอนามัย (2) กลุ่มคุ้มบ้านต้องรับผิดชอบ และตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการสุขอนามัย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา (3) ชุมชนจัดการสุขอนามัย ด้วยบุคคล ความรู้ ทรัพยากร เงินทุน และสถานที่ๆ ชุมชนมี โดยผู้นำชุมชนและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขสร้างเครือข่ายความร่วมมือ และการแบ่งปันให้เกิดขึ้นในชุมชน รวมทั้งใช้เครือข่ายความร่วมมือที่มีอยู่กับหน่วยงานต่างๆ ในการสนับสนุนชุมชน

คำสำคัญ: ชุมชนต้นแบบ สุขอนามัย อีสานตอนล่าง

¹ นักศึกษาโครงการปรัชญาดุษฎีบัณฑิตทางสังคมศาสตร์ สาขาวิชาสังคมวิทยา มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Abstract

In this qualitative research investigation, the researcher studies (1) the components of community structure for the management of Ban Kham Klang community, Yasothon province. (2) the management methods of the community under study. Furthermore, the researcher investigates (3) Model of a health community for the lower northern region. by (1) Data collection of quality from a document dvd vision report to the interview to observe a group conversation at the community house at Yasothon province, Important Information 20 people and 1 Group , Content Analysis of data and apply the findings to create a simple model. (2) Collect the quantitative data from the 8 community in the lower northern region from group the leader , group people and groups health officials, including 404 people by using a query to the interview and meeting , the Analysis of (3) Create a Model of community health from research qualitative and quantitative result to compare and update the content for appropriate to the lower northern region

Findings are as follows:

1. The components of community structure constituting the social capital for the management of the Ban Kham Klang in Yasothon consisted of the following: Individuals who exercised leadership by deciding to lead their communities to participate in the project. They had good relationships with public health volunteers and others who were knowledgeable. They also had good relationships with subdistrict health promotion hospitals

2. In determining the feasibility of the implementation of community structure management methods for the Ban Kham Klang health community model in Yasothon, the researcher found the following. All stakeholder can be available to the community . The exercise aggregation can not available because never aggregation.

3. A health community model appropriate for communities in the lower northeastern region are as follows: (1) Holistic health management , Groups consisted of public health volunteers who had relationships as relatives with leaders and local residents by beliefs, values and behavioral patterns to participation in community.(2) Groups homes are responsible, determine about health management by leadership, responsibility and have consultant from public health volunteers (3) Health management from community resources, cooperation and sharing and use network management cooperation holistic health.

Keywords : Community Model; Health Community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขนำแนวคิดสุขอนามัยองค์รวมมาจากรูปแบบการจัดบริการการแพทย์และสาธารณสุขแผนตะวันตกเข้ามา เริ่มด้วยรัฐเข้าไปเป็นผู้รับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนบนฐานความเชื่อเดิมว่าประชาชน ชุมชน และท้องถิ่นด้อยสมรรถนะในการจัดการระบบสุขอนามัยของคน โดยใช้แนวคิด “สุขภาพดีถ้วนหน้า” (health for all) ซึ่งผลักดันโดยองค์การอนามัยโลกมาเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขให้เกิดสุขอนามัยแบบองค์รวม การนำนโยบายการสร้างสุขอนามัยแบบองค์รวมสู่การปฏิบัติให้เกิดขึ้นในชุมชนนั้น จะเห็นได้ว่าหน่วยงานทุกระดับต่างให้ความสนใจและพยายามที่ผลักดันให้เกิดขึ้นในระดับชุมชนมาโดยตลอด จนกระทั่งเกิดแนวคิดการสร้างเสริมสุขอนามัยเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 โดยเน้นย้ำให้ทุกประเทศใช้กลยุทธ์สร้างเสริมสุขอนามัยเกิดขึ้นในชุมชนที่สำคัญ คือ การส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมด้านสุขอนามัย เพิ่มความสามารถของชุมชนและเพิ่มอำนาจของปัจเจกบุคคล ซึ่งการสร้างสุขอนามัยให้เกิดขึ้นในชุมชนตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขอนามัยสู่ศตวรรษที่ 21 นั้น การรวมกลุ่มและการมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญของการจัดการสุขอนามัย

อย่างไรก็ตาม หลังจากที่หน่วยงานต่างๆ ได้ผลักดัน และส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนต่างๆ จัดการตนเองให้เกิดความเข้มแข็งสามารถพึ่งตนเองได้ จากรายงานสถานการณ์และยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2545-2553 พบว่า งานสร้างสุขอนามัยในชุมชนเป็นงานบูรณาการองค์ประกอบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน ซึ่งการดำเนินงานสร้างสุขอนามัยในชุมชนที่ผ่านมาพบปัญหาสำคัญ คือ (1) ประชาชน

มีบทบาทจัดการสุขอนามัยในชุมชนน้อยมาก (2) การรวมตัวของประชาชนไม่เป็นกลุ่มที่เข้มแข็ง (3) กลุ่มองค์กรที่เกิดขึ้นเป็นทางการในชุมชนถูกจัดตั้งแบบเฉพาะกิจและขาดการมีส่วนร่วม และ (4) การจัดการสุขอนามัยในชุมชนขาดผู้นำที่เข้มแข็งเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม ส่งเสริมให้ชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา (สุริยวงศ์คงคาเทพ, ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ และชาญชัย พิณเมือง, 2553, หน้า 59-60)

จากปัญหาดังกล่าว รัฐบาลจึงเกิดแนวคิดพัฒนาชุมชนต้นแบบด้านต่างๆ ขึ้น เช่น ชุมชนต้นแบบจัดการตนเอง ชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ เป็นต้น และเผยแพร่ผลงานให้ชุมชนต่างๆ นำไปประยุกต์ใช้ รวมทั้งจัดการนำเสนอผลงาน และประกาศยกย่องให้รางวัลสำหรับชุมชนที่สามารถพัฒนาชุมชนให้เป็นต้นแบบหรือเป็นชุมชนที่เป็นแบบอย่างการจัดการชุมชนด้านต่างๆ ที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน ดังเช่น ชุมชนบ้านคำกลาง หมู่ที่ 9 ตำบลโคกนาโก จังหวัดยโสธร ที่มีผลงานจัดการสุขอนามัยในชุมชนและได้รับรางวัลชนะเลิศชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ และรางวัลชนะเลิศเครือข่ายงานป้องกันควบคุมโรค จากกรมควบคุมโรคในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งการวิจัยนี้เห็นว่าชุมชนแห่งนี้เป็นชุมชนต้นแบบสุขอนามัยเนื่องจากมีแบบอย่างของการจัดการสุขอนามัยที่มีชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศมาศึกษาดูงาน ดังนั้น จากปัญหาและผลการจัดการสุขอนามัยของชุมชนบ้านคำกลาง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ และต้องการศึกษาโครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัยของชุมชนบ้านคำกลาง เพื่อสร้างต้นแบบ (model) ชุมชนสุขอนามัยที่เหมาะสมกับชุมชนในภาคอีสานตอนล่าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาโครงสร้างชุมชนในการจัดการ
สุขอนามัยของชุมชนที่เป็นแบบอย่างในภาคอีสาน
ตอนล่าง
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแบบ
อย่างโครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัยไป
ใช้ในภาคอีสานตอนล่าง
3. เพื่อสร้างต้นแบบ (model) ชุมชนสุข
อนามัยที่เหมาะสมกับชุมชนในภาคอีสานตอนล่าง

นิยามศัพท์

คุ้มหรือคุ้มบ้าน หมายถึง ลักษณะการรวม
กลุ่มในชุมชน

โครงสร้างชุมชน (community structure)
หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพ
แวดล้อมในวิถีชีวิตที่ทำให้เกิดเป็นความเชื่อ
ค่านิยม และแบบแผนพฤติกรรม ในการรวมกลุ่ม
จัดการสุขอนามัยในชุมชน

ต้นแบบ (model) ชุมชน หมายถึง โครงสร้าง
ชุมชนที่แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ
ที่พบว่าเป็นหลักการดำเนินงานที่เป็นแบบอย่าง
และสามารถนำไปปฏิบัติได้

แบบแผนพฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติต่อกัน
ของสมาชิกในกลุ่มจนเป็นกลายเป็นวัฒนธรรม
ประจำกลุ่ม และชุมชน

สุขอนามัย หมายถึง สภาวะองค์รวมของ
บุคคล และชุมชนที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่าง
บุคคล และกลุ่มกับสภาพแวดล้อม

ชุมชนสุขอนามัย หมายถึง ความสัมพันธ์
ของผู้ใหญ่บ้าน และ กลุ่ม อสม. ผู้นำคุ้ม สมาชิก
หลัก อสม.ประจำคุ้มที่ทำให้เกิดบทบาทหน้าที่ใน
การจัดการสุขอนามัยในชุมชน

4 อ. หมายถึง อาหารดี อากาศดี อารมณ์ดี
และอนามัยดี

ขอบเขตของการวิจัย

1. ด้านเนื้อหา

1.1 การศึกษาโครงสร้างชุมชนในการ
จัดการสุขอนามัยของชุมชนที่เป็นแบบอย่างใน
ภาคอีสานตอนล่าง โดยการศึกษาเชิงคุณภาพใน
ชุมชนบ้านคำกลาง หมู่ที่ 9 ตำบลโคกนาโก อำเภอบัว
ลาย จังหวัดยโสธร ประกอบด้วย วิถีชีวิตชุมชน
ความเชื่อและค่านิยม และแบบแผนพฤติกรรม
ของชุมชนบ้านคำกลาง การรวมกลุ่ม การจัดการ
สุขอนามัย และโครงสร้างชุมชนในการจัดการ
สุขอนามัย

1.2 การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำ
โครงสร้างชุมชนในการจัดการชุมชนสุขอนามัย
ของชุมชนที่เป็นแบบอย่างไปใช้ในชุมชนภาคอีสาน
ตอนล่าง เป็นการนำแบบอย่างโครงสร้างชุมชนใน
การจัดการสุขอนามัยของชุมชนบ้านคำกลาง ไป
กำหนดคำถามในแบบสอบถาม และแนวคำถามใน
การประชุมกลุ่มเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำ
แบบอย่างไปใช้

1.3 การสร้างต้นแบบ (model) ชุมชน
สุขอนามัยที่เหมาะสมกับชุมชนในภาคอีสานตอน
ล่าง โดยการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
และเชิงปริมาณมาเปรียบเทียบและปรับปรุงเนื้อหา
ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน ความเชื่อ ค่านิยม
และแบบแผนพฤติกรรมในภาคอีสานตอนล่าง

2. ด้านระยะเวลา ใช้ระยะเวลาในการศึกษา
วิจัย 1 ปี ตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม 2557

3. ด้านพื้นที่การวิจัย ได้แก่ จังหวัดยโสธร
อำเภอบัวลาย อุดรราชธานี และศรีสะเกษ ซึ่งเป็น

จังหวัดในกลุ่มภาคอีสานตอนล่างกลุ่มย่อยที่ 2 ตามการจัดแบ่งกลุ่มจังหวัดของกระทรวงมหาดไทย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวิถีชีวิตชุมชนในภาคอีสานตอนล่าง ที่ทำให้เกิดความเชื่อ ค่านิยม และแบบแผนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการรวมกลุ่มกันในชุมชน และการทำบทบาทหน้าที่จัดการสุขอนามัย ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาชุมชนแบบองค์รวมได้

2. ได้องค์ความรู้ และแนวทางการจัดการชุมชนสุขอนามัยในบริบทชุมชนภาคอีสานตอนล่าง

3. ได้โครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัยของชุมชนที่เป็นแบบอย่างสามารถนำไปใช้ในชุมชนภาคอีสานตอนล่างอื่นๆได้

4. ได้ต้นแบบ (model) ชุมชนสุขอนามัยที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน ความเชื่อ ค่านิยม และแบบแผนพฤติกรรมของชุมชน

5. หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ สามารถนำผลการวิจัยไปจัดทำคู่มือ แนวทาง และเกณฑ์การติดตามประเมินผลการจัดการสุขอนามัย รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อสนับสนุนการรวมกลุ่ม เสริมสร้างการมีส่วนร่วม และการจัดโครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัยแบบองค์รวมให้แก่ชุมชนได้

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิด และงานวิจัยเกี่ยวกับชุมชนสุขอนามัย มาจาก กมลฉัตร บุศยารักษ์ (2552); ขนิษฐา นันทบุตร (2550); เครือจิต ศรีบุญนาถ, สารภี วรรณตรง, นิวัฒน์ โพธิสาร และชัยวัฒน์ ไชยทอง (2551); จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ (2554); พงษ์สิทธิ์ จงอุดมสุข, จรยพร ศรีศัลลักษณ์ และสายศิริ ด่านวัฒนะ (2554); ประเวศ วะสี (2549); พระไพศาล วิสาโล (ม.ป.ป.) และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2557)

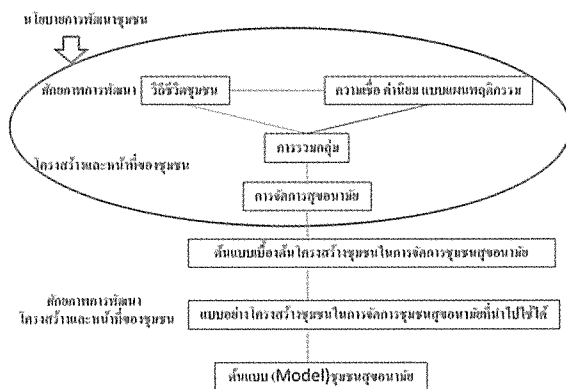
2. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างต้นแบบ (model) มาจาก Hauser (1980)

3. ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ (structural and functional theory) มาจาก Parsons (1977)

4. ทฤษฎีศักยภาพการพัฒนาและการแพร่กระจาย (development potential diffusion theory) มาจากสัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2551)

จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว อธิบายเป็นกรอบแนวความคิดที่ใช้ในการวิจัยดังแสดงในภาพ 1 ได้ว่า วิถีชีวิตชุมชนเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต เมื่อมีการปฏิบัติต่อกันซ้ำๆ จึงกลายเป็นความเชื่อ ค่านิยม และแบบแผนพฤติกรรมของชุมชน วิถีชีวิตชุมชนจึงเป็นศักยภาพในการจัดการปัญหา และการพัฒนาชุมชนที่หน่วยงานต่างๆ พยายามให้ชุมชนใช้ในการจัดการตนเอง ชุมชนที่มีศักยภาพจะมีการรวมกลุ่มกันตามความเชื่อ ค่านิยม และแบบแผนพฤติกรรมของกลุ่ม เช่น กลุ่มเลี้ยงปศุสัตว์ กลุ่มกรรมการชุมชน เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อการจัดการสุขอนามัย เนื่องจากการรวมกลุ่ม และการมีส่วนร่วมจัดการภายในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญของความเป็นชุมชนเข้มแข็งสามารถจัดการตนเองได้ พึ่งตนเองได้ และเป็นแบบอย่างให้ชุมชน

อื่นในภูมิภาคเดียวกันนำไปปรับใช้ได้ เนื่องจากมีวิถีชีวิตชุมชนคล้ายคลึงกัน การวิเคราะห์โครงสร้างชุมชนในการจัดการชุมชนสุขอนามัยจากชุมชนที่เป็นแบบอย่างในภูมิภาคใดภูมิภาคหนึ่งจึงเป็นทางเลือกที่สำคัญของการพัฒนาชุมชน การได้เห็นได้เข้าใจเรื่องราวของชุมชนที่เป็นแบบอย่างได้ศึกษาแบบแผนพฤติกรรมของชุมชนที่มีการจัดการชุมชนด้านสุขอนามัยที่มีวิถีชีวิตชุมชนคล้ายคลึงกันจะทำให้เข้าใจโครงสร้างในชุมชนและการทำหน้าที่ของชุมชน ที่ทำให้ชุมชนสามารถจัดการด้านสุขอนามัยได้ และเมื่อรวมกันเข้าจึงสามารถสร้างต้นแบบชุมชนสุขอนามัยในภูมิภาคที่ศึกษาได้



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยตามระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (quality research) ร่วมกับวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (quantity research) โดยเน้นการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก ดังนี้

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล ชุมชนต้นแบบสุขอนามัยบ้านคำกลาง หมู่ที่ 9 ตำบลโคกนาโก อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี เพื่อศึกษาโครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัยของ

ชุมชนที่เป็นแบบอย่างในภาคอีสานตอนล่าง โดยการศึกษาวิถีชีวิตชุมชน ความเชื่อ ค่านิยม และแบบแผนพฤติกรรม การรวมกลุ่ม และการจัดการสุขอนามัย จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ รวมจำนวน 20 คน และ 1 กลุ่มประกอบด้วย ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน แกนนำชุมชน จำนวน 6 คน อสม. จำนวน 2 คน อดีตผู้นำและแกนนำ จำนวน 6 คน ประชาชน จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 1 คน และกลุ่ม อสม. จำนวน 1 กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และสร้างต้นแบบเบื้องต้นของโครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัยที่เป็นแบบอย่าง

2. การวิจัยเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูล ชุมชนในภาคอีสานตอนล่าง จากจังหวัดยโสธร อำนาจเจริญ อุบลราชธานี และศรีสะเกษ จังหวัดละ 2 ชุมชน รวม 8 ชุมชน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแบบอย่างโครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัยไปใช้ในภาคอีสานตอนล่าง โดยนำผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพมาสร้างแบบสอบถามและกำหนดแนวคำถามในการสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการสุขอนามัยของชุมชน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มประชาชนที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน และกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในภาคอีสานตอนล่าง กำหนดขนาดตัวอย่าง และสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi stage sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 404 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

3. สร้างต้นแบบ (model) ชุมชนสุขอนามัยที่เหมาะสมกับชุมชนในภาคอีสานตอนล่าง โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการ

วิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยปรับปรุงเนื้อหาให้สอดคล้องกัน

สรุปผลการวิจัย

1. โครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัยของชุมชนที่เป็นแบบอย่างในภาคอีสานตอนล่าง

ผลการวิจัย พบว่า การจัดการสุขอนามัยของชุมชนบ้านคำกลาง มีโครงสร้างชุมชน ดังนี้

1.1 องค์ประกอบของโครงสร้างชุมชน

1.1.1 ผู้ใหญ่บ้าน และ กลุ่ม อสม.

เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันในลักษณะปรึกษาหารือ ทำงานรวมกลุ่มกันอยู่เสมอ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในลักษณะถกเถียงและหามติร่วมกัน ทำ จัดการให้คุ่มมีความรับผิดชอบในกลุ่มมีการช่วยเหลือกันตามบทบาทหน้าที่ตามความสัมพันธ์แบบเครือญาติ และตามความถนัด รวมทั้งมีการติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลชุมชนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.1.2 ผู้นำคุ่ม เป็นผู้ที่สมาชิกเชื่อถือและไว้วางใจ โดยผู้นำคุ่มใช้ภาวะผู้นำในการสื่อสารและประสานให้คนในคุ่มมารวมกันทำกิจกรรม มีทักษะในการบริหารให้คนที่มีความสามารถด้านต่างๆ แสดงตัวและสมัครใจรับมอบหมายกิจกรรมไปดำเนินการ รวมทั้งมีความสามารถในการจัดการความสัมพันธ์ของคนในคุ่มร่วมกันทำกิจกรรมและอยู่ร่วมกันได้ เช่น มอบงานให้เหมาะสมกับกลุ่มที่มีความสนิทสนมกัน

1.1.3 สมาชิกหลัก เป็นผู้ที่นำสมาชิกคนอื่นทำกิจกรรมตามความรู้ที่ตนเองมี และสอดคล้องกับกิจกรรมสุขอนามัย อาหารดี อากาศดี อารมณ์ดี และอนามัยดีหรือ 4 อ. ในคุ่ม ได้แก่ (1) คุ่มสามวัย มือดีดี อสม.ที่เป็นหมอตาแย

เป็นสมาชิกหลัก (2) คุ่มเกษตรอินทรีย์ มีผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. ที่มีประสบการณ์ได้รับการอบรมการทำน้ำหมักชีวภาพเป็นสมาชิก (3) คุ่มการออกกำลังกาย มืออสม.ที่มีประสบการณ์เป็นผู้นำการออกกำลังกาย มีความกล้าแสดงออก และเป็นผู้ประสานงานในกลุ่ม อสม. (4) คุ่มสมุนไพร มีผู้สูงอายุที่มีสวนสมุนไพร และเป็นหมอสมุนไพร และ (5) คุ่มอาหารพื้นบ้าน มีสมาชิกเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการทำอาหาร

1.1.4 อสม.ประจำคุ่ม อสม.เป็นที่ปรึกษาคุ่มๆละ 2 คน ซึ่งถูกกำหนดให้รับผิดชอบคุ่มตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. และใช้ความสัมพันธ์แบบเครือญาติ ร่วมกับความเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่าง อสม. ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่รพ.สต. ทำให้งานของอสม. ได้รับการยอมรับและให้ความร่วมมือ

1.1.5 ความสัมพันธ์ในโครงสร้างชุมชน การดึงให้คนมาร่วมกลุ่มใช้ความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม และเกาะเกี่ยวเชื่อมโยงกันเป็นโครงสร้าง

1.2 บทบาทหน้าที่ของผู้นำ และสมาชิกในโครงสร้างชุมชน ประกอบด้วย (1) ผู้ใหญ่บ้าน และ กลุ่ม อสม. ร่วมกันวางแผนจากข้อมูลวิถีชีวิตชุมชน แบบแผนการรวมกลุ่มของคนในชุมชน และจัดการให้เกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชนโดยการมอบหมายกิจกรรมให้ทุกคุ่มมีส่วนร่วมดำเนินการอย่างมีความรับผิดชอบ และมีการติดตามสอบถามความก้าวหน้า (2) ประธานคุ่ม และสมาชิก รับการมอบหมายงานชุมชน และนำข่าวสารงานที่ได้รับมอบหมายมาเป็นประเด็นประชุมร่วมกันในคุ่ม เพื่อสร้างสรรค์กิจกรรมให้คนในชุมชนนำไปดำเนินการในคุ่ม (3) สมาชิก

หลัก เสนอแนวคิดกิจกรรม ดำเนินการเป็นตัวอย่าง เช่น การออกกำลังกาย การทำอาหารที่บ้าน เป็นต้น และถ่ายทอดให้สมาชิกคนอื่นเข้าใจ และมีส่วนร่วม และ (4) อสม.ประจำคุ้ม ทำหน้าที่ประสานงานในคุ้มให้เกิดกิจกรรม 4 อ. และประสานงานกับ อสม.ระหว่างคุ้ม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน และช่วยกันผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมจัดการสุขอนามัย

1.3 กิจกรรมการจัดการสุขอนามัยในชุมชน ประกอบด้วย (1) คุ้มสามวัย ดูแลสุขอนามัยในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ให้อยู่ร่วมกันและสามารถดูแลกันได้ รวมทั้งมีกิจกรรมที่ทำให้คนทุกกลุ่มวัยอยู่ร่วมกันได้ เช่น การเลี้ยงดูเด็กในครอบครัว (2) คุ้มเกษตรอินทรีย์ ชักชวนให้ทุกคนในคุ้มมาดูแลสุขภาพิตทำน้ำหมักชีวภาพ และมีส่วนร่วมช่วยเตรียมวัตถุดิบ เช่น การเตรียมวัสดุ การหมัก การแจกจ่ายให้คุ้มอื่นๆไปใช้รดผัก จากนั้นร่วมกันเดินแจกน้ำหมักชีวภาพให้ทุกคุ้มใช้ในชุมชนและที่ไร่นา รวมทั้งสอนให้ทุกคุ้มทำน้ำหมักชีวภาพไว้ใช้เองได้ ทั้งนี้สมาชิกคุ้มได้รวมออกกำลังกายกับคุ้มแสนสำราญด้วย (3) คุ้มออกกำลังกาย เชิญชวนทุกคุ้มบ้านให้มาร่วมออกกำลังกาย โดยการเปิดเพลงลูกทุ่งอีสาน และเล่นดนตรีพื้นบ้านเรียกให้สมาชิกจากทุกคุ้ม (4) คุ้มสมุนไพร ต้มน้ำสมุนไพรที่มีสรรพคุณบำรุงร่างกายแจกจ่ายแก่คนในชุมชนทุกคุ้ม โดยเฉพาะผู้สูงอายุ หญิงหลังคลอด แลกเปลี่ยนกับน้ำหมักชีวภาพ และเมล็ดพันธุ์ผัก และ (5) คุ้มอาหารพื้นบ้าน ปลุกผักเก็บเมล็ดพันธุ์แจกจ่ายให้กับทุกคุ้มบ้าน และเลี้ยงปลาให้แจกจ่ายพันธุ์ปลาให้ไปทำอาหารปลอดภัย โดยใช้วิธีการแลกเปลี่ยน

1.4 แบบแผนพฤติกรรมในการจัดการ

สุขอนามัย ประกอบด้วย (1) ความสัมพันธ์แบบพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการให้ข้อมูลสถานการณ์เสี่ยงต่อการเกิดโรคของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.กับผู้ใหญ่บ้านและกลุ่ม อสม. รวมทั้งการสื่อสารให้กำลังใจ และการสัญญาว่าจะเป็นที่ปรึกษาในการจัดการสุขอนามัย ทำให้ผู้ใหญ่บ้าน และกลุ่มผู้นำ ตัดสินใจนำชุมชนเข้าร่วมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อกับรพ.สต.บ้านหนองชุม (2) การสื่อสารข้อมูล ความรู้ แนวทางการจัดการสุขอนามัย และประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับ โดยผู้ใหญ่บ้าน อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ต่อคนในชุมชน ซึ่งมีการซักถาม ตอบคำถาม และรับฟังความคิดเห็นที่คนในชุมชนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมกันกำหนดกิจกรรมจัดการสุขอนามัยแบบองค์รวม 4 อ. (3) การเสนอความคิดเห็นกิจกรรม 4 อ. ได้แก่ อาหารดี อากาศดี อารมณ์ดี และอนามัยดี ร่วมกับการยอมรับความคิดเห็น รวมทั้งความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายจากผู้ใหญ่บ้าน (4) ความเคารพผู้สูงอายุ และยอมรับผู้นำชุมชน การให้ข้อมูลของผู้นำทำให้เกิดความรู้สึกร่วมต่อการทำเพื่อชุมชน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน และมีความรับผิดชอบทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย (5) การมอบหมายงานให้ทุกคุ้มบ้านรับผิดชอบไปดำเนินการที่ทำให้ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วม และสร้างความรับผิดชอบต่อส่วนรวมเพื่อทำให้กิจกรรมเสร็จสิ้นเกิดจากมติที่ประชุมที่ผ่านการถกเถียง ซักถาม และแสดงความคิดเห็นแล้ว (6) การจัดการในคุ้มบ้าน โดยการติดต่อสื่อสารแบบเดินเข้าหา และพูดคุยเชิญชวนให้รวมกลุ่มย่อยๆในคุ้ม เพื่อทำกิจกรรมของคุ้ม (7) ความรับผิดชอบทำกิจกรรม

ที่ได้รับมอบหมายให้เสร็จสิ้น เกิดจากความรักชุมชน เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมก่อนประโยชน์ส่วนตน ทำให้หลังร่วมทำกิจกรรมของชุมชนเสร็จสิ้นจะไปทำงานที่ไร่นาทันที โดยไม่หยุดพัก มีเป้าหมายเพื่อให้ได้ทำกิจกรรมส่วนร่วมและกิจกรรมส่วนตน และ (8) หน่วยงานต่างๆ เข้ามาเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์กับชุมชน โดยการให้คำแนะนำ สนับสนุนการจัดกิจกรรม 4 อ. ในคุ้มบ้าน เกิดจากเครือข่ายความสัมพันธ์ของผู้ใหญ่บ้าน กลุ่ม อสม.และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ 4 อ. เช่น เกษตร ปศุสัตว์ โรงพยาบาล เป็นต้น

2. ความเป็นไปได้ในการนำแบบอย่างโครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัยไปใช้ ผลการวิจัยมีดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มผู้นำ

ชุมชน และกลุ่มประชาชนทั่วไป รวมทั้งข้อมูลสภาพวิถีชีวิตชุมชนในภาคอีสานตอนล่าง 8 ชุมชนพบว่า มีความคล้ายคลึงกับชุมชนบ้านคำกลางซึ่งเป็นชุมชนที่เป็นแบบอย่างในการจัดการด้านสุขอนามัยที่สำคัญ ได้แก่ การประกอบอาชีพหลัก เกษตรกรรม เส้นทางคมนาคมติดต่อกับชุมชนอื่นๆ ทุกทิศทาง ความเชื่อและประเพณีอีสาน มีการแบ่งคุ้มบ้าน กลุ่มผู้นำ หมอสมุนไพร อสม. และดนตรีพื้นบ้านเป็นบุคคลสำคัญในชุมชน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปัญหาสุขอนามัยที่สำคัญ และการซื้อขายในร้านค้าชุมชน ไป รพ.สต. และโรงพยาบาลเป็นวิธีจัดการปัญหาสุขอนามัย

2.2 การนำโครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัยแบบอย่างไปใช้ (ดูตาราง 1)

ตาราง 1

ผลการวิเคราะห์การนำโครงสร้างชุมชนที่เป็นแบบอย่างไปใช้

โครงสร้างชุมชนที่เป็นแบบอย่าง	ผลการประชุมกลุ่ม
1. องค์ประกอบของโครงสร้างชุมชน	
1.1 การเลือกประธาน	1.กลุ่มผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป : กิจกรรม 4 อ.เป็นกิจกรรมที่ดี นำไปใช้ได้ 2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.: กิจกรรม 4 อ. มีความสอดคล้องกับกิจกรรม 3 อ. 2 ส.ที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข และครอบคลุมปัจจัยในชีวิตประจำวัน
1.2 การค้นหาสมาชิกหลัก	1. กลุ่มผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป: คนในชุมชนมีความสามารถหลายคน หากทำให้เห็นความสำคัญ ให้สมัครใจ เสียสละได้ ก็นำวิธีการนี้ไปใช้ได้ 2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.: ต้องเข้าไปช่วยให้ชุมชนเห็นความสำคัญต่อสิ่งที่ชุมชนมีอยู่และพัฒนาต่อยอด ทั้งด้านคนที่มีความรู้ กิจกรรมที่พัฒนาอยู่
1.3 การให้ อสม.เป็นที่ปรึกษาประจำคุ้ม	1. กลุ่มผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป: ชุมชนมี อสม. และเป็นທີ່ปรึกษาประจำคุ้มอยู่แล้ว สามารถนำไปใช้รับการทำงานต่อได้ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการให้คำแนะนำในการจัดการ 4 อ.ในคุ้ม 2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.: อสม.ควรมีบทบาทที่แท้จริง คือ เป็นที่ปรึกษาด้านสุขอนามัยให้คนในชุมชนเช่นเดียวกับชุมชนที่เป็นแบบอย่าง

2. การทำหน้าที่ในคุ้ม

2.1 ผู้ใหญ่บ้าน และกลุ่ม อสม.

1. กลุ่มผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป: ผู้ใหญ่บ้าน และกลุ่มอสม. ต้องทำงานร่วมกันในชุมชน การเชิญใครเข้าร่วมกิจกรรม ขึ้นอยู่กับแต่ละชุมชน เห็นว่าวิธีการนี้น่าไปใช้ได้ แต่ต้องให้เหมาะสมกับชุมชนนั้นๆ และทำ 4 อ.

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.: กิจกรรม 4 อ.ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ และให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน ทั้งด้านความรู้และความสัมพันธ์กับนอกชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน และกลุ่มอสม.ต้องทำงานร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนการมีส่วนร่วม

2.2 ประธานคุ้มและสมาชิก

1. กลุ่มผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป: ในคุ้มบ้านมีการประชุมแต่ไม่บ่อย หากจะพัฒนาชุมชนให้เป็นเรื่องเดียวกัน เช่น 4 อ.ต้องมีการประชุมกันบ่อยๆ และต้องพูดคุยกับคุ้มอื่นๆด้วย เนื่องจากทุกคุ้มต้องทำกิจกรรม 4 อ.

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.: การพูดคุยกันบ่อยๆเป็นการสร้างความสัมพันธ์ และในการทำกิจกรรมในคุ้ม เป็นวิธีการที่สามารถนำไปใช้ได้

2.3 สมาชิกหลัก

1. กลุ่มผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป: ทุกชุมชนน่าจะมีการทำตัวอย่างให้ดูสามารถนำไปใช้ได้และควรทำในกลุ่มเล็กๆก่อน

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.: ทุกชุมชนมีคนที่มีความรู้และทักษะ ประสบการณ์สามารถนำมาเป็นแกนนำในการทำกิจกรรม 4 อ.ได้

2.4 อสม. ประจำคุ้ม

1. กลุ่มผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป: ทุกชุมชนมี อสม.ประจำคุ้มทำหน้าที่ผลักดันให้คนมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขอนามัยอยู่แล้ว ขึ้นอยู่กับการจัดการของชุมชน

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.: รพ.สต.สามารถพัฒนาให้อสม.มีความรู้ 4 อ. ให้นำไปถ่ายทอดและแนะนำการจัดการสุขอนามัยในคุ้มได้

3. การจัดการของแต่ละคุ้ม

3.1 คุ้มดูแลทุกกลุ่มวัย

1. กลุ่มผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป: หากนำวิธีการคุ้มดูแลทุกกลุ่มวัยไปใช้ จะปรับให้คุ้มนี้เป็นการนำผลของการจัดการคุ้มอื่นๆ มาใช้ เช่น นำผักที่ปลูกเองรดด้วยน้ำหมักชีวภาพ มาแจกจ่ายให้ทุกบ้าน

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.: การดูแลทุกกลุ่มในชุมชน เป็นวิธีการที่ดี และเป็นไปตามวิถีชีวิตชุมชน สามารถนำไปใช้ได้จะทำให้ชุมชนพึ่งตนเองได้

3.2 คุ้มเกษตรอินทรีย์

1. กลุ่มผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป: การจัดการของคุ้มนี้สามารถนำไปใช้ได้ เนื่องจากทุกชุมชนมีคนไปอบรมทำน้ำหมักชีวภาพ และทำใช้ แต่ไม่ได้แจกจ่ายให้คนอื่น ซึ่งสามารถรวมกลุ่มช่วยกันทำ และสอนกันได้

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.: ทุกชุมชนสามารถทำน้ำหมักชีวภาพได้ หากนำไปใช้ในการรดผัก และใช้ทางการเกษตรจะทำให้ลดการใช้สารเคมีลง

3.3 คุ้มออกกำลังกาย

1. กลุ่มผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป: คุ้มที่รับผิดชอบให้คนในชุมชนมาออกกำลังกาย เป็นคุ้มที่ต้องใช้ความอดทนชวนคนมาร่วมกลุ่มออกกำลังกาย ต้องหาวิธีการทำทาง และช่วงเวลาที่เหมาะสมกับแต่ละชุมชน

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.: ชุมชนภาคอีสานส่วนใหญ่มีความสามารถในการเล่นดนตรีพื้นบ้าน ซึ่งสามารถนำมาใช้ประกอบกิจกรรมได้หลายอย่าง

3.4 คุ้มสมุนไพร

1.กลุ่มผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป: ทุกชุมชนมีหมอสมุนไพร และคนที่มีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร วิธีการนี้น่าไปใช้ให้เหมาะสมกับความรู้และบุคคลที่มี

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.: ในชุมชนภาคอีสานมีภูมิปัญญาด้านสมุนไพร การเป็นองค์ประกอบใน 4 อ. มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ

โครงสร้างชุมชนที่เป็นแบบอย่าง	ผลการประชุมกลุ่ม
3.5 คุ่มอาหารพื้นบ้าน	1.กลุ่มผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป: วิธีนี้เหมาะสมกับปัจจุบันที่ชุมชนเริ่มซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน จึงสามารถนำวิธีนี้ไปใช้ได้ 2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.: อาหารเป็นปัจจัยที่ทุกชุมชนขาดไม่ได้ โดยเฉพาะพืชผักพื้นบ้านซึ่งเป็นวิถีชีวิตชุมชนที่สามารถนำวิธีการนี้ไปสนับสนุนให้ชุมชนเห็นความสำคัญ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน

สรุปได้ว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มนำโครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัยของชุมชนบ้านคำกลางไปใช้ได้ กิจกรรมที่เห็นว่าจะนำไปใช้ไม่ได้ ได้แก่ การรวมกลุ่มออกกำลังกาย เนื่องจากยังไม่เคยเข้าร่วมกลุ่มมาก่อน

3. ต้นแบบ (model) ชุมชนสุขอนามัยที่เหมาะสมกับชุมชนในภาคอีสานตอนล่าง เมื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพเปรียบเทียบกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและปรับปรุงเนื้อหาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน ความเชื่อ ค่านิยม และแบบแผนพฤติกรรมในภาคอีสานตอนล่างเพื่อสร้างต้นแบบชุมชนสุขอนามัยที่เหมาะสมกับชุมชนในภาคอีสานตอนล่าง ผลการวิจัยพบว่า ต้นแบบชุมชนสุขอนามัยที่เหมาะสมกับชุมชนในภาคอีสานตอนล่าง มีดังนี้

3.1 องค์ประกอบของโครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัย ได้แก่ ประธานคุ้ม มีคุณสมบัติ คือ กล้าตัดสินใจ และสมาชิกยอมรับความคิดเห็น ประสานให้กลุ่มต่างๆมีส่วนร่วมในกิจกรรม 4 อ. สมาชิกหลัก มีคุณสมบัติ คือ มีความรู้ความสามารถในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ 4 อ. ให้ความสำคัญต่อสุขอนามัย เสียสละ และสมัครใจเป็นผู้นำทำกิจกรรม 4 อ. มี อสม.เป็นที่ปรึกษาคุ้ม

3.2 บทบาทหน้าที่ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน และ กลุ่ม อสม. ร่วมกันวางแผนจากข้อมูลวิถีชีวิต

ชุมชน แบบแผนการรวมกลุ่มของคนในชุมชน และจัดการให้เกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชน โดยกรมอบหมายกิจกรรมให้ทุกคุ้มมีส่วนร่วมดำเนินการที่เหมาะสมกับชุมชนและกิจกรรม 4 อ. โดยประธานคุ้มและสมาชิกประชุมร่วมกันในคุ้มเพื่อวางแผนสร้างสรรค์ และตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมให้คนในชุมชนนำไปดำเนินการในคุ้มตนเอง และแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการกิจกรรม 4 อ.กับคุ้มอื่น ในขณะที่สมาชิกหลัก เสนอแนวคิดกิจกรรมดำเนินการเป็นตัวอย่าง และถ่ายทอดให้สมาชิกคนอื่นเข้าใจและมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับความรู้ของคนในชุมชน โดยลองทำในกลุ่มเล็ก และอสม.ประจำคุ้มก่อน

3.3 วิธีจัดการกิจกรรม ประกอบด้วย (1) ดูแลทุกกลุ่มวัยโดยนำผลของการจัดการคุ้มอื่นๆมาใช้ เช่น นำผักที่ปลูกเอง รดด้วยน้ำหมักชีวภาพมาแจกจ่ายและสื่อสารถ่ายทอดความรู้สุขอนามัยให้ทุกบ้านทำอาหารสุขภาพ ทุกคนออกกำลังกาย และการเลือกใช้สมุนไพรที่ถูกต้อง (2) รวมกลุ่มช่วยกันทำน้ำหมักชีวภาพและสอนกันทำได้ และแจกจ่ายให้คนในชุมชนนำไปใช้รดผักและใช้ในไร่นา (3) ออกกำลังกายด้วยท่าทางที่เหมาะสมตามวัยโดยใช้ดนตรีพื้นบ้านของชุมชน (4) มีการใช้สมุนไพรตามหลักการใช้สมุนไพรที่ถูกต้อง โดยได้รับคำแนะนำ จากโรงพยาบาล (5) คุ้มปลูกผักเก็บ

เมล็ดพันธุ์แจกจ่ายให้กับทุกหมู่บ้าน และเลี้ยงปลาให้แจกจ่ายพันธุ์ปลาให้ไปทำอาหารปลอดภัย โดยใช้วิธีการแลกเปลี่ยน และแจกให้กับทุกคุ้ม

การอภิปรายผล

ตามแนวคิดทฤษฎีศักยภาพการพัฒนาและการแพร่กระจาย การวิจัยนี้ค้นพบว่าศักยภาพหรือความสามารถในการจัดการสุขอนามัยในชุมชนนั้น สมาชิกหลัก อสม. ที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาคุ้มบ้าน และแบบแผนพฤติกรรม เป็นปัจจัยสำคัญเพิ่มขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีนี้ อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีนี้ได้ว่าศักยภาพการพัฒนาและการแพร่กระจายของต้นแบบ (model) สุขอนามัยที่เหมาะสมกับชุมชนในภาคอีสานตอนล่าง

มีปัจจัยสำคัญ คือ (1) คุ้มบ้าน มีลักษณะองค์การทางสังคม (2) ผู้นำและภาวะผู้นำ (3) สมาชิกหลัก (4) อสม. ที่ปรึกษาคุ้ม (5) แบบแผนพฤติกรรม ที่มีการเรียนรู้ และ (6) ความสัมพันธ์แบบเครือข่ายในคุ้ม ระหว่างคุ้ม และหน่วยงานนอกชุมชน อย่างไรก็ตามข้อค้นพบเกี่ยวกับคุ้มบ้านและความรับผิดชอบของคุ้มบ้าน ที่ทำให้สมาชิกในคุ้มใช้ความสัมพันธ์ที่มีต่อกันหลายลักษณะดังให้คนมารวมกลุ่มกันอย่างเหนียวแน่นเกาะเกี่ยวกันเป็นปึกแผ่น อธิบาย ได้ว่าความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในสังคมรูปแบบต่างๆ มุ่งประเด็นไปที่ลักษณะของการแบ่งงานและศึกษาความแตกต่างที่มีในสังคมดั้งเดิมและสังคมสมัยใหม่ สังคมดั้งเดิมนั้นมีลักษณะ “มีความเป็นปึกแผ่นเชิงกลไก” (mechanical solidarity) โดยที่สังคมนั้นเกาะเกี่ยวเป็นหนึ่งเดียวกันได้เนื่องจากทุกคนมีลักษณะคล้ายกัน ซึ่งทำให้มีสิ่งของรวมถึงความคิดที่เหมือนและไปกันได้

ผลของระบบการแบ่งงานอย่างซับซ้อนทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เรียกว่า “มีความเป็นปึกแผ่นเชิงอินทรีย์” (organic solidarity) คือ ความชำนาญเฉพาะด้านในหน้าที่การงานรวมถึงบทบาททางสังคม ทำให้เกิดการยึดเหนี่ยวผู้คนเอาไว้ด้วยกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้คนไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยการกระทำทุกอย่างด้วยตัวเอง ซึ่งการวิจัยนี้ค้นพบว่า ชุมชนในภาคอีสานตอนล่างมีการรวมกลุ่มและอยู่ร่วมกันเป็นปึกแผ่นในลักษณะ “มีความเป็นปึกแผ่นเชิงกลไก” (mechanical solidarity) เนื่องจากมีลักษณะคล้ายกัน จึงมีความคิดที่เหมือนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เมื่อได้รับมอบหมายงานให้คุ้มจึงอุทิศตนเพื่อผลประโยชน์ร่วมกัน และมีเป้าหมายของการทำกิจกรรมให้เสร็จสิ้นโดยเร็ว จนกลายเป็นแบบแผนพฤติกรรมการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน ในขณะที่การจัดการสุขอนามัยในชุมชนจำเป็นต้องมีสมาชิกหลักที่มีความชำนาญ 4 อ. ที่ทำให้ชุมชนลักษณะของความเป็นปึกแผ่นเชิงอินทรีย์ที่มีการพึ่งพิงความชำนาญของคนอื่นๆ ดังนั้น การจัดการสุขอนามัยโดยคุ้มและความรับผิดชอบของคุ้ม ทำให้เกิดความเป็นปึกแผ่นเชิงกลไกพร้อมกับความเป็นปึกแผ่นเชิงอินทรีย์ หรือการรวมกลุ่มมีส่วนร่วมจัดการสุขอนามัย

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลในภาคอีสานตอนล่างควรนำข้อค้นพบเกี่ยวกับแนวคิด 4 อ. ผู้นำชุมชน และผู้นำคุ้ม และต้นแบบ (model) ชุมชนสุขอนามัยไปประยุกต์ใช้ในการจัดการสุขอนามัย โดยให้ชุมชนสร้างสรรค์ และต่อยอดจากกิจกรรม 4 อ.

เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ และการทำหน้าที่ในการจัดการสุขอนามัยด้วยชุมชนเอง

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในภาคอีสานตอนล่าง ควรนำข้อค้นพบเกี่ยวกับศักยภาพการเป็นพี่ปึกษาของ อสม. ไปเป็นแนวคิดในการพัฒนา

อสม. ให้มีศักยภาพยิ่งขึ้น

3. กระทรวงสาธารณสุข ควรนำข้อค้นพบเกี่ยวกับคัมบ้านและความรับผิดชอบของคัมบ้านไปใช้เป็นเกณฑ์การพัฒนาชุมชนต้นแบบ โดยประเมินผลที่การรวมกลุ่ม การมีส่วนร่วม และโครงสร้างชุมชนในการจัดการสุขอนามัย

เอกสารอ้างอิง

- กมลฉัตร บุคยารัศมี. (2552). *การพัฒนารูปแบบชุมชนอยู่เย็นเป็นสุขทางสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนอำเภอ ทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชนิษฐา นันทบุตร. (2550). *สุขภาพชุมชน: จากแนวคิดสู่ปฏิบัติการ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.).
- เครือจิต ศรีบุญนาถ, สารภี วรรณตรง, นิวัฒน์ โพธิสาร และชัยวัฒน์ ไชยทอง. (2551). *รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการจัดการหมู่บ้านเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต*. สุรินทร์: มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์. (2554). *การจัดการสาธารณสุขในชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 10)*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะสาธารณสุขศาสตร์.
- ประเวศ วะสี. (2549). *การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สุขภาวะชุมชนเป็นรากฐานของสุขภาวะทั้งมวล*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.
- พงษ์สิทธิ์ จงอุดมสุข, จรยพร ศรีศศลักษณ์ และสายศิริ ดำนวัฒนะ. (2554). *บทสังเคราะห์ข้อเสนอบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- พระไพศาล วิสาโล. *สุขภาพของครุ่รวมกับสุขภาพสังคม*. ค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2558, จาก <http://www.visalo.org/article/healthsukapabkabOngRuam.htm>
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2551). *ทฤษฎีสังคมวิทยา เนื้อหาและแนวทางการใช้ประโยชน์เบื้องต้น*. (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ข้อเสนอการพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาเพื่อสนับสนุนเขตบริการสุขภาพ “เน้นการพัฒนาแผนที่อู่ครุ่รวม”*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ และชาญชัย พิณเมืองงาม. (2553). *สถานการณ์และยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2545 - 2553*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Hausser, D. L. (1980). Comparison of different model for organizational analysis. In *Organizational Anessment : Perspectives on the Measurement of Organizational Behavior and the Quality of work life*. Edited by Edward.
- Lawler, D. A. Nadler, & C. Camman (Eds.), *Organizational assessment perspective on the measurement of organization* (pp. 132-161). John Wiley & Sons.
- Parsons, T. (1977). *Social systems and the evolution of action theory*. New York: The Free Press.