

สุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข

สมพันธ์ เตชะอธิก¹

วินัย วงศ์อาสา²

บทคัดย่อ

บทความเรื่อง การพัฒนาสุขภาวะเพื่อความอยู่ดีมีสุข เป็นการวิจัยสังเคราะห์ความรู้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอทางเลือกวิธีการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาวะ การพัฒนาศักยภาพผู้นำองค์กรชุมชน และอบต. การพัฒนาแนวทาง วิธีการประสานงาน และการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับ อบต. การพัฒนานวัตกรรม สร้างเสริมสุขภาวะ การพัฒนาแนวทางการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาวะ

ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมที่มีนักวิชาการจากภายนอก นักปฏิบัติการในชุมชน และนักวิจัยสุขภาวะชุมชน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการวิจัย มีพื้นที่เป้าหมาย 30 ตำบล

ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์จากการสร้างเสริมสุขภาวะ สามารถบรรเทาความทุกข์ทางร่างกายและจิตใจได้บ้าง ด้านสังคม ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองมีคุณค่า เกิดความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น ด้านปัญญา เกิดการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญา การติดต่อทางปัญญา วิเคราะห์หาสาเหตุ จากการเรียนรู้ในการทำตัวชี้วัด ข้อมูล แผนที่สุขภาวะ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และโครงการ ทำให้ชุมชน และอบต. เกิดความเข้าใจในท้องถิ่นของตนเองมากขึ้น แต่ยังไม่บรรลุผลการพัฒนาสุขภาวะเพื่อความอยู่ดีมีสุข ซึ่งต้องใช้ระยะเวลายาวนานและต้องมีระบบสนับสนุนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ชุมชน ท้องถิ่นขยายกิจกรรม จนนำไปสู่การลดหรือแก้ไขปัญหาทุกขภาวะได้อย่างยั่งยืน

¹ อาจารย์ประจำหลักสูตรการจัดการการพัฒนาสังคม คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อดีตผู้ประสานงานโครงการพัฒนาและวิจัยสุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข ปัจจุบันเป็นอาจารย์สาขาพัฒนาสังคม คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

การสังเคราะห์ความรู้จากกระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะ มีดังนี้

- 1) การพัฒนาตัวชี้วัด โดยชาวบ้าน ได้สร้างความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาทุกภาวะ และชาวบ้านมีความเข้าใจเรื่องสุขภาพของครัวเรือนที่เชื่อมโยงกับบริบทของท้องถิ่นมากขึ้น
- 2) การประยุกต์ใช้แนวคิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ โดยกลไกสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา พบว่า ผู้นำชุมชนมักทำหลายบทบาทพร้อมกัน ไม่ได้แยกแยะบทบาทเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง
- 3) การเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับผู้นำ 3 ด้าน เป็นการพัฒนาก้าวหน้า และสร้างความเข้าใจในกระบวนการสร้างสุขภาวะ มีความจำเป็นที่สถาบันวิชาการต้องร่วมจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
- 4) การมีส่วนร่วมของชุมชนกับ อบต. เริ่มจากการสร้างความสนใจ ความตระหนัก และต้องการเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี ชุมชนและอบต. เห็นความสำคัญร่วมเป็นเจ้าของโครงการ อีกทั้งบรรจุข้อบัญญัติงบประมาณเพื่อดำเนินงาน
- 5) นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพและแหล่งเรียนรู้ เป็นการฟื้นฟู สิ่งเก่า หรือการสร้างสิ่งใหม่ที่ดีในชุมชน ทุกตำบลมีการริเริ่มกิจกรรมสุขภาวะ บางตำบลเกิดนวัตกรรมเชื่อมโยงสู่นโยบายจังหวัด เช่น “ตำเมี่ยงสมุนไพร” ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ “การมอบลูกฝากหลาน” สลับกันเลี้ยงดูเป็นเวลา 1 เดือน ส่งผลทำให้พ่อ แม่ ผู้ปกครองและลูก มีความเข้าใจบทบาทการเป็นสมาชิกครอบครัว แสดงออกในการดูแล เอาใจใส่ กันมากขึ้น เป็นต้น
- 6) การสื่อสารสาธารณะในชุมชน เกิดแผนที่สุขภาวะ และสื่อพื้นบ้าน เป็นเครื่องมือชี้แนะการสร้างนโยบาย ยุทธศาสตร์ โครงการและใช้เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเรื่องสุขภาพของชุมชนได้ดี

ข้อเสนอแนะที่สำคัญ คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำสุขภาวะชุมชน ต้องนำข้อมูลมาวิเคราะห์และจัดลำดับปัญหา เพื่อจัดทำแผนและนำเข้าสู่ข้อบัญญัติของอบต. ให้มีผลทางปฏิบัติเป็นประจำทุกปี และอบต.ควรแบ่งสัดส่วนงบประมาณของท้องถิ่น สนับสนุนการสร้างสุขภาวะ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ควรสนับสนุนกระบวนการสร้างสุขภาวะอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ด้านการศึกษาวัดครั้งต่อไป ควรศึกษาวัด เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดสุขภาพกับบริบทของพื้นที่ (แบบเมือง, แบบกึ่งเมืองกึ่งชนบท และแบบชนบท)

Abstract

The paper titled '*Community Well-Being Development for Healthy Life*' is body of knowledge synthesis on its' objective to have; well-being index development, community and Sub-district Administrative Organisation (SAO) leaders' potential development, well-being innovation development, and well-being media development. The methodology employed was Participatory Action Research (PAR) in which composed of the academics, community practitioner/operators and community well-being (CWB) researchers co-worked in division of roles in 30 target Sub-districts.

The findings were the results of well-being promotion can mitigate physical and mental sufferings, and in term of social health, elderly had greater self-esteem and better collaboration in local organisations; for intelligent health, it was found the applying of intellectual learning and empowering enabling them on causes and effects analysis by learning in index setting, information & data and the well-being and health policies, strategies and projects' implementation. The Communities and the Sub-district Administrative Organisations (SAO) have more learning on their local needs, however it was not found achievement of the quality of a healthy life in which required time and continual support systems to enable local communities and their organisations to extend their activities scope to reduce or sustainably solve problem of *unhealthiness/ ill-being*.

Knowledge synthesizing from well-being promotion process has;

- 1 Community-based well-being index development from the *unhealthy/ ill-being* sense of belonging and the community understanding on holistic healthiness in linking closely with local context in greater magnitude and means.
2. Application of concepts in public health policy formulation driving force by '*mountain-move triangle mechanisms*' found community leaders play multiple roles not focusing on specific aspect of problems/ issues
3. Promotion on learning process of the community leadership on

major three aspects and construct understanding on well-being promotion and necessities for institutions to co-organising long term, continual learning process 4. Community-based and SAO-based to initiate interest, awareness and changes to well being seeing importance as project owner and plan for project implementation budgeting. 5 Innovation on health promotion and learning in various forms like recovering old wisdom and construct or create new good and appropriate things in community by every Sub-district has its' own well-being activities and some sub-districts have innovative activities linking to provincial policy such as '*Tam-miang-samunprai*' or herbs spicy salad as medicinal *snack/menu* which is very good for controlling sugar diabetes of local diabetes patients, and '*Gan Mobluk Faklan*' or the rotation of families' kids care among group of families in the period of one month, in which resulting in increasing of family kids care time, for instance. 6. Community-based media for well-being needs communication and mapping well-being local media in order to be a tool to guide and direct as a strategic policy, project undertaking and used as knowledge dissemination and good community well-being understanding.

The important recommendation is Local Administrative Organisations and well-being community leaders must analyse data and information obtained and prioritize needs and problems to plan and issuing as the SAOs' codes of practices and mandate the codes regularly and annually. The SAOs are demanded to plan for budget allocation to support community well-being promotion.

Thai Health Promotion Foundation should support community well-being creation process systemically and continually.

The future research could be on the relation of community well-being (CWB) index and in different area context, for instances; urban, sub-urban and rural.

บทนำ

บทความนี้เป็นภาพรวมของโครงการพัฒนาและวิจัยสุขภาวะเพื่อความสุขที่มีสุข โดยเป็นกระบวนการพัฒนาที่มีเนื้อหาทั้งนิยามสุขภาพใหม่ การพัฒนาตัวชี้วัดโดยชุมชนร่วมกับนักวิชาการ การพัฒนาศักยภาพผู้นำ การเก็บข้อมูล การจัดทำแผนที่สุขภาวะ การพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์และโครงการนวัตกรรมสุขภาพ การสื่อสารสาธารณะเนื้อหารายละเอียดมีดังนี้

(Edlin, 1988:3-9 อ้างถึงในกิ่งพิกุล ชำนาญคง, 2548) สรุปได้ว่าองค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ให้นิยาม “สุขภาพ” หมายถึง “สถานะของความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และคุณภาพความเป็นอยู่ทางสังคม ไม่ใช่เพียงความไม่เป็นโรคหรือร่างกายอ่อนแอเท่านั้น” นับเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของกระบวนการทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพแบบองค์รวม แนวคิดดังกล่าวได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับสากลและประเทศไทย

ในปี พ.ศ.2543 มีการรวมพลังจากหลากหลาย ภาคส่วนเพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ จนนำไปสู่การประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 ซึ่งนิยามคำว่า “สุขภาพ” หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ส่งผลทำให้ภาคประชาชนมีช่องทางการเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาวะของตนเอง ชุมชน และสังคมมากยิ่งขึ้น

ในระดับท้องถิ่น เครือข่ายองค์กรส่วนท้องถิ่น (2553) สรุปได้ว่า อบต. ได้รับการกระจายภารกิจด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ 4 มิติ (ร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา) ด้วย แต่การคาดหวังให้อบต. ดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในตำบล ภายใต้อำนาจด้านบุคลากร ความรู้วิชาการ อาจเป็นไปได้ยาก จำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วม ของชุมชน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในตำบล มีอุปสรรค 2 ประการ ได้แก่ ประการแรก กลไกทางการเมืองในระดับท้องถิ่นที่มีการเลือกตั้งทุก 4 ปี ทำให้นโยบายต่างๆ ที่ผ่านระบบโครงสร้างอบต.ขาดความต่อเนื่อง ประการที่สอง ทัศนคติของชุมชนบางส่วนที่มีต่ออบต.ในเชิงลบ กล่าวคือ มองว่ากลไกการทำงานของอบต. ยึดติด

รูปแบบทางการ การเข้าถึง เข้าใจและแก้ไขปัญหาของชุมชนทำได้น้อย อีกทั้งปัญหาการทุจริต กินเปอร์เซ็นต์ เน้นกระจายผลประโยชน์ให้เฉพาะพวกพ้องของตนเอง ได้กลายเป็นกระแสที่สังคมโดยทั่วไปรับรู้ และสรุปว่า อบต.ส่วนใหญ่เป็นแบบเดียวกันหมด ทำให้ชุมชนไม่เชื่อมั่นศักยภาพ และความจริงจังของ อบต. ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชุมชน (สมพันธ์ เตชะอธิก, 2553)

ดังนั้นโครงการพัฒนาและวิจัยสุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข โดยการสนับสนุน จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) **ระยะเวลาดำเนินโครงการ 3 ปี** ตั้งแต่เดือนกันยายน 2551-พฤศจิกายน 2554 พื้นที่เป้าหมาย รวม 60 ตำบล ใน 6 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดร้อยเอ็ด จึงมีเป้าหมายและแนวทางการดำเนินโครงการที่เน้นสร้างกระบวนการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติจริงในการสร้างสุขภาวะ พร้อมกับ การสังเคราะห์ความรู้ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนกับอบต. ในการสร้างสุขภาวะชุมชน ที่เรียกว่า “เป็นหุ้นส่วนกัน” อย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ชุดความรู้ที่ได้ จะเป็นแนวทางสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ รวมทั้งหน่วยงานต่างๆ นำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการสร้างสุขภาวะของชุมชน และท้องถิ่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสนอทางเลือกวิธีการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาวะ และสรุปข้อมูล
2. เพื่อพัฒนากระบวนการเรียนรู้การเสริมสร้างผู้นำองค์กรชุมชน และอบต.
3. เพื่อพัฒนาแนวทาง วิธีการประสานงาน การทำงานแบบมีส่วนร่วม กับ อบต.
4. เพื่อศึกษาานวัตรกรรมสร้างเสริมสุขภาวะที่เกิดจากความร่วมมือขององค์กรชุมชนกับ อบต.
5. เพื่อพัฒนาแนวทางการสื่อสารสาธารณะ ผลผลิต และผลลัพธ์ที่มีต่อสุขภาวะของชาวบ้าน

ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research : PAR) คณะทำงานประกอบด้วย 3 ภาคส่วน ได้แก่ คณะทำงานระดับภาค คณะทำงานระดับจังหวัดและนักวิจัยสุขภาวะชุมชนในพื้นที่ รวม 30 ตำบล การศึกษาข้อมูลเป็นการรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ มีการสำรวจข้อมูลสุขภาพ 4 มิติ (ร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา) โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลสุขภาวะ 6 ตำบล ซึ่งพัฒนาตัวชี้วัดโดยนักวิชาการ (2) ข้อมูลสุขภาวะ 24 ตำบล ซึ่งพัฒนาตัวชี้วัดโดยชาวบ้าน และการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาเครื่องมือในการสนทนากลุ่มนักวิจัยสุขภาวะชุมชน 15 คนต่อตำบล การสังเคราะห์เอกสารรายงานการจัดประชุมคณะทำงานโครงการฯ เพื่อจัดทำบทสังเคราะห์และข้อเสนอแนะ ผลการศึกษา ได้นำเสนอตามโจทย์ / คำถามการสังเคราะห์งานวิจัย

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาตามโจทย์ / คำถามวิจัยใน 5 ประเด็น ได้แก่ การพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาวะและข้อมูล การเสริมสร้างศักยภาพผู้นำ แนวทาง/วิธีการประสานงาน และการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับอบต. นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาวะการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาวะ รายละเอียดมีดังนี้

1) กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดและข้อมูลสุขภาพ 4 มิติ ได้แก่ สุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา

1.1) กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพ 4 มิติ (ร่างกาย จิตใจ สังคม ปัญญา) ในพื้นที่ 30 ตำบล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 : การพัฒนาตัวชี้วัดโดยนักวิชาการ รวม 6 ตำบล มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการระหว่างคณะทำงานโครงการกับผู้เชี่ยวชาญด้านระบบข้อมูลสุขภาพ เพื่อค้นหาประเด็นตัวชี้วัดสุขภาวะ ยกร่างและปรับแก้แบบสำรวจข้อมูล รวมทั้งการทดลองเก็บข้อมูลสุขภาพ พบว่า มีตัวชี้วัดด้านร่างกาย 10 ประเด็น ด้านจิตใจ 13 ประเด็น ด้านสังคม 7 ประเด็น ด้านปัญญา 10 ประเด็น

ส่วนที่ 2 : การพัฒนาตัวชี้วัดโดยชาวบ้าน รวม 24 ตำบล มี 6 วิธี การสำคัญ ได้แก่ (1) การค้นคว้าเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง (2) การนำความรู้จากพื้นที่แหล่งเรียนรู้มาประยุกต์ใช้ (3) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (4) การจัดเวทีประชาคมระดับตำบล (5) การบูรณาการพร้อมกับเวทีประชาคมจัดทำแผนของอบต.ในระดับหมู่บ้าน (6) การสนทนากลุ่มผู้นำในระดับตำบล ซึ่งนักวิจัยสุขภาวะชุมชน มีบทบาทแสดงความคิดเห็น ตัดสินใจกำหนดตัวชี้วัดสุขภาวะขณะที่คณะทำงานระดับจังหวัด ทำหน้าที่ จัดกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัด ทั้งนี้พบว่า มีตัวชี้วัดด้านร่างกาย 5 ประเด็น ด้านจิตใจ 8 ประเด็น ด้านสังคม 5 ประเด็น ด้านปัญญา 9 ประเด็น

การวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวชี้วัดสุขภาวะทั้ง 2 ส่วน พบว่าด้านร่างกาย และจิตใจมีความแตกต่างกันน้อยมาก แต่ในด้านสังคม มีความแตกต่างกันมาก โดยนักวิชาการให้ความสำคัญกับโครงสร้างสังคมแบบทางการ ขณะที่ชาวบ้านเน้นการอยู่ร่วมกันภายใต้ประเพณีท้องถิ่น เช่นเดียวกับด้านปัญญา มีความแตกต่างกันมาก เพราะนักวิชาการให้นิยามว่าเป็นการรู้รอบ รู้เท่าทัน ขณะที่ชาวบ้านเน้นให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาท้องถิ่น

1.2) ข้อมูลสุขภาพ 4 มิติ (ร่างกาย จิตใจ สังคม ปัญญา) ในพื้นที่ 30 ตำบล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลสุขภาวะ ที่พัฒนาตัวชี้วัดโดยนักวิชาการ 6 ตำบล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3,725 คน พบว่า ด้านร่างกาย กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ มีการออกกำลังกายถึงร้อยละ 87 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 62 ในส่วนของผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว โรคที่เป็นมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 30.49 ส่วนใหญ่นิยมเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ คิดเป็นร้อยละ 67.1 รองลงมา ได้แก่ สถานีอนามัย ร้อยละ 52.5, ด้านจิตใจ ร้อยละ 79 ของกลุ่มตัวอย่างยังมีหนี้สิน แต่ส่วนใหญ่เป็นหนี้สินที่สามารถจัดการได้, ด้านสังคม ร้อยละ 72.2 มีการวางแผนการกิน/ซื้อตกลง/และซื้อปฏิบัติร่วมกัน โดยเฉพาะเรื่องการจัดกรแหล่งอาหาร ได้แก่ การจัดการป่าชุมชน และการจัดการน้ำ, ด้านปัญญา ร้อยละ 63.6 ของชาวบ้านยังมีผู้รู้ ปราชญ์ ภูมิปัญญาดั้งเดิมของชุมชนอยู่ โดยมีภูมิปัญญาในเรื่องเกษตรผสมผสานที่มากที่สุดคือร้อยละ 66.48 หมอยาสมุนไพรร้อยละ 49.17 ด้านหมอลำพื้นบ้านร้อยละ 31.31 และด้านพิธีกรรมความเชื่อร้อยละ 27.19

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลสุขภาพที่พัฒนาตัวชี้วัดโดยชาวบ้านจำแนกข้อมูลออกเป็น 2 ลักษณะตามหน่วยการวิเคราะห์ ได้แก่

2.1) หน่วยระดับบุคคล รวม 13 ตำบล พบว่า ด้านร่างกาย ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 66.8 รองลงมา คือ ผู้เป็นโรคปวดเมื่อย เบาหวาน ความดัน และมีความพิการ คิดเป็นร้อยละ 12.9, 11.0, 10.3, 9.0 ตามลำดับ, ด้านจิตใจ ผู้ที่มีความสุขทางใจ และจิตแจ่มใส มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 76.6 รองลงมา เป็นโรคซึมเศร้า ความเครียดและวิตกกังวล โรคจิตฟันเฟือง และโรคประสาท คิดเป็นร้อยละ 20.9, 17.8, 9.9, 4.6 ตามลำดับ, ด้านสังคม ผู้มีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับชุมชน มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 55.6 รองลงมา เป็นผู้ถูกเอารัดเอาเปรียบ วัยรุ่นมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ครอบครัวแตกแยก มีความขัดแย้ง และทะเลาะวิวาท คิดเป็นร้อยละ 17.8, 11.9, 11.9, 10.3 ตามลำดับ, ด้านปัญญา ผู้ที่ขาดความรู้ในการพัฒนาอาชีพ มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 19.3 รองลงมา เป็นมีภูมิปัญญาด้านหัตถกรรม เกษตรกรรม การรักษาโรคด้วยสมุนไพร/ด้วยแผนโบราณ และมีทักษะการประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 14.7, 8.9, 5.2, 2.9 ตามลำดับ

2.2) หน่วยระดับครัวเรือน รวม 11 ตำบล พบว่า ด้านร่างกาย ผู้มีความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีในนาข้าว มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 39.9 รองลงมา ตีมีสุรา สูบบุหรี่ เป็นโรคกระเพาะ และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 29.5, 25.5, 16.5, 12.6 ตามลำดับ, ด้านจิตใจ ความเครียดจากการมีหนี้สิน จำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 56.2 รองลงมา ไม่มีความเครียด ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 41.9 และ 23.5 ตามลำดับ ขณะที่บางส่วนมีความเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ และผู้ป่วยจิตเวช คิดเป็น ร้อยละ 3.4 และ 2.2 ตามลำดับ, ด้านสังคม มีความปลอดภัยในทรัพย์สิน จำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 97.9 รองลงมา มีครอบครัวอบอุ่น ปลอดภัยเสพติด คิดเป็นร้อยละ 80.6 และ 44.7 ตามลำดับ ขณะที่บางส่วนเล่นการพนัน และทะเลาะวิวาท คิดเป็นร้อยละ 14.9 และ 7.5 ตามลำดับ, ด้านปัญญา ผู้ที่รู้จักประหยัด อดออม มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 22.5 รองลงมา เป็นผู้มีความรู้ภูมิปัญญาด้านหัตถกรรม ช่างฝีมือ เกษตรกรรม และการรักษาโรคด้วยสมุนไพร/ด้วยแผนโบราณ คิดเป็นร้อยละ 9.3, 5.5, 3.8, 2.6 ตามลำดับ

2) กระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างแกนนำองค์กรชุมชนและ อบต.

การพัฒนาชุมชน ท้องถิ่นให้มีสุขภาวะที่ดีจำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนกับอบต. โดยการค้นหาและคัดเลือกนักวิจัยสุขภาวะชุมชนเพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนงานในพื้นที่ 30 ตำบล มีนักวิจัยสุขภาวะชุมชนรวม 671 คน ได้แก่ ด้านนโยบาย ยุทธศาสตร์ และโครงการ 197 คน, ด้านวิชาการ 277 คน, ด้านกลุ่ม/องค์กร และเครือข่าย 197 คน จากการวิเคราะห์สัดส่วนสถานภาพปัจจุบัน พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่บ้านและกำนัน ร้อยละ 23 ฝ่ายนิติบัญญัติ (สภาอบต.) ร้อยละ 23, อสม. ร้อยละ 16, ผู้นำกลุ่มองค์กรชุมชน, เจ้าหน้าที่อบต. ร้อยละ 7 และฝ่ายบริหาร ร้อยละ 6 ตามลำดับ

การพัฒนาศักยภาพนักวิจัยสุขภาวะชุมชน มีลักษณะการจัดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) **ด้านวิชาการ** เน้นการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติจริงตามกระบวนการทำงานของโครงการ พร้อมกับการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการจัดการความรู้ การทำแผนที่สุขภาวะ รวมถึงการประเมินแบบเสริมพลัง และการสรุปบทเรียนเพื่อวางแผนการทำงานร่วมกัน

2) **ด้านนโยบาย ยุทธศาสตร์ และโครงการ** มีการจัดการเรียนรู้ 2 ระดับ ประกอบด้วย

2.1) การจัดการเรียนรู้ระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ มีการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การสร้างนโยบาย ยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี โครงการสุขภาวะระดับตำบล” และเวทีขับเคลื่อนนโยบายยุทธศาสตร์สุขภาวะท้องถิ่น

2.2) การจัดการเรียนรู้ระดับโครงการด้านสุขภาวะ มี 3 แบบ ได้แก่ (1) การศึกษาดูงานสวนสมุนไพร ตลาดชุมชนอาหารปลอดภัย การคัดเลือกพันธุ์ข้าว และทำปุ๋ยอินทรีย์ (2) อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องเศรษฐกิจพอเพียง การจัดทำแผนสุขภาวะแบบบูรณาการ และการพัฒนาโครงการนวัตกรรม (3) การจัดงานมหกรรมสุขภาวะตำบล

3) **ด้านกลุ่มองค์กร และเครือข่าย** มีการจัดการเรียนรู้ 2 กิจกรรม ได้แก่ อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่ม/องค์กร เครือข่าย สร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาภาวะผู้นำ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน

ผลการประเมินทักษะที่จำเป็นของนักวิจัยสุขภาพชุมชน พบว่า มีทักษะที่จำเป็น หมายถึง มีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี มีทักษะ เทคนิค และสามารถนำไปถ่ายทอดคนอื่นได้ ในทุกข้อ 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 22.68 อยู่ที่ระดับ 4 คะแนน หมายถึง มีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และมีทักษะ เทคนิค คิดเป็นร้อยละ 44.49 อยู่ที่ระดับ 3 คะแนน หมายถึง มีความรู้ ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดี และ 25.28

ผลลัพธ์จากการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยสุขภาพชุมชน คือ เกิดการบูรณาการงานด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งการบูรณาการงานในหลายๆ พื้นที่ที่มีการนำทุนทางสังคมมาเป็นฐานสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงาน เกิดวิธีคิดการทำงานแบบองค์รวม แบบมีส่วนร่วม และการบูรณาการงานสุขภาพ ผ่านช่องทางต่างๆ เกิดกลไกความร่วมมือระหว่างอบต.กับเครือข่ายองค์กรชุมชน ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ และนำทักษะ/เทคนิคและกระบวนการทำงานไปขยายผลด้านอื่นๆ ได้

3) **แนวทางและวิธีการประสานงาน และการทำงานแบบมีส่วนร่วม** กับ อบต. จนสามารถ นำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และโครงการเข้าสู่ระบบของ อบต. และนำไปสู่การปฏิบัติ

การค้นหา และเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในระดับตำบล ได้เข้ามาเรียนรู้และมีส่วนร่วมในกระบวนการ ขั้นตอนการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชน กับอบต. เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของ ความตระหนักในสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ 4 มิติ (ร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา) กระทั่งนำไปสู่การสร้างนโยบาย ยุทธศาสตร์ โครงการเพื่อลดหรือแก้ไขปัญหาทุกขภาวะของคนในตำบล และมีความต่อเนื่องในลักษณะ “การเป็นหุ้นส่วนกัน” ทั้งนี้ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียหลัก คือ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญ อันส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ ของกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับตำบล

ประกอบด้วย อบต., ผู้นำชุมชน ผู้นำกลุ่ม องค์กรชุมชน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2) ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียโดยตรง คือ บุคคล หรือกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพพระดับตำบลโดยตรง ทั้งทางบวกหรือลบ ประกอบด้วย ชาวบ้านทั่วไปในตำบล

3) ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียโดยอ้อม คือ บุคคล กลุ่ม องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพพระดับตำบล ประกอบด้วย หน่วยงานภายในและภายนอกตำบล

ผู้ที่มีส่วนได้ ส่วนเสียได้เข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทสำคัญในกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพพระดับตำบล ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 : ก่อนเกิดนโยบาย มีขั้นตอนที่สำคัญ 2 ขั้นตอน ได้แก่

(1) การสำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ 4 มิติ (ร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา)
 (2) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญนำไปสู่ร่างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีดังนี้ ด้านร่างกาย พบว่าชาวบ้านเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดเมื่อยจากการทำงานหนัก มีการใช้สารเคมี ในการเกษตร และปัญหาขยะ ด้านจิตใจ พบว่า ชาวบ้านเครียดจากการมีหนี้สิน ราคาผลผลิตการเกษตรตกต่ำ และค่าครองชีพที่สูงขึ้น เด็กวัยรุ่นบางส่วนมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ด้านสังคม พบว่า ความอบอุ่นระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีน้อย ความขัดแย้งในชุมชนมีมากขึ้น ชาวบ้านบางส่วนดื่มสุรา และผู้นำมีทักษะการประสานงานน้อย ด้านปัญญา พบว่า คนรุ่นหลังให้ความสนใจในการสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นน้อย และชาวบ้านมีความรู้ในการประกอบอาชีพเสริมน้อย

ระยะที่ 2 : การตัดสินใจกำหนดนโยบาย มีการนำหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา คือ หลักอริยสัจสี่ “ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค” หรือ ความจริงอันประเสริฐ 4 ประการ มาประยุกต์ใช้ กับขั้นตอนที่สำคัญของการเกิดนโยบาย แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การสร้างนโยบาย (2) การสร้างยุทธศาสตร์ (3) การเขียนโครงการ พบว่า ทีมนักวิจัยสุขภาวะชุมชน มีส่วนร่วม แลกเปลี่ยน

เรียนรู้ และวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดจากปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และร่วมกันกำหนดเป้าหมาย หรือนโยบายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพะ มีการสร้าง ยุทธศาสตร์โดยการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม และเขียนโครงการนำร่องเพื่อลด หรือแก้ไขปัญหามุขภาวะ รวม 30 โครงการ ได้แก่ ด้านร่างกาย 15 โครงการ ด้านจิตใจ 1 โครงการ ด้านสังคม 7 โครงการ และด้านปัญญา 7 โครงการ

ระยะที่ 3 : การดำเนินการตามนโยบาย ได้แก่ การดำเนินงานตาม โครงการนำร่อง 30 โครงการ และการประสานนโยบาย ยุทธศาสตร์ โครงการสู่ ข้อบัญญัติงบประมาณและแผนพัฒนา 3 ปีของอบต. พบว่า จังหวัดมหาสารคาม พื้นที่เป้าหมาย 4 ตำบล มีจำนวน 114 โครงการ (แผน 3 ปี 2552- 2554) จังหวัดอุบลราชธานี พื้นที่เป้าหมาย 4 ตำบล มีจำนวน 16 โครงการ (ข้อบัญญัติ งบประมาณปี 2553) และจังหวัดขอนแก่น พื้นที่เป้าหมาย 5 ตำบล มีจำนวน 4 โครงการ (แผน 3 ปี 2552-2554)

พื้นที่เป้าหมายโดยส่วนใหญ่มีการประสานนโยบาย ยุทธศาสตร์โครงการ แบบบูรณาการหลากหลายช่องทาง ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 4 ช่องทางที่สำคัญ ได้แก่ (1) การประสานผ่านคณะผู้บริหารอบต. โดยใช้วิธีการแลกเปลี่ยนแนวคิด เกี่ยวกับเป้าหมาย ความสำคัญและแนวทางการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพะ ในตำบล กำหนดบทบาทของผู้บริหารอบต. เพื่อให้งานพัฒนาสุขภาพะดำเนินงาน ต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อโครงการต้องถอนตัวไป รวมถึงการจัดทำบันทึก ความเข้าใจ (MOU) ร่วมกัน (2) การประสานผ่านเจ้าหน้าที่อบต. เพื่อให้ทำหน้าที่ สื่อสารกระบวนการ และผลการดำเนินงานให้กับผู้บริหาร และปลัดอบต.ได้รับ ทราบอย่างต่อเนื่อง (3) การประสานผ่านประธานสภา และสมาชิกสภาอบต. กรณีที่คณะผู้บริหารอบต. มีความเข้าใจ และให้ความสำคัญกับแนวทางการ พัฒนาสุขภาพะตำบลน้อย (4) การประสานผ่านกระบวนการเวทีประชาคมระดับ หมู่บ้าน และตำบล เป็นการเรียนรู้ระหว่างชาวบ้านกับอบต. เกี่ยวกับรายละเอียด ยุทธศาสตร์การพัฒนาของอบต. และเปิดโอกาสให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมได้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของงานพัฒนาท้องถิ่นเพิ่มขึ้น โดยชาวบ้านไม่ได้อยู่ในสถานะเป็นผู้รอรับฟัง และร่วมปฏิบัติตามเท่านั้น

ระยะที่ 4 : การติดตามและสรุปบทเรียน เน้นการดำเนินงานโครงการนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ใน 2 ลักษณะ ได้แก่ (1) การติดตาม สรุปบทเรียน ภายในตำบล ทำให้นักวิจัยสุขภาวะชุมชนเกิดการเรียนรู้บรรยากาศในการทำงานแบบมีส่วนร่วม ผ่านการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริงและการสรุปบทเรียนร่วมกันอย่างต่อเนื่อง นับได้ว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับผู้นำชุมชนกับท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม (1) การติดตาม สรุปบทเรียนแบบข้ามตำบล ทำให้นักวิจัยสุขภาวะชุมชนกระตือรือร้นในการพัฒนาตนเอง และยกระดับการทำงานด้วยการนำเอาแบบอย่างที่ดีมาประยุกต์ใช้ในพื้นที่ของตนเอง อีกทั้งเกิดเป็นเครือข่ายการเรียนรู้ที่เข้มแข็งได้

ขณะที่ตำบลที่ทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพ เกิดความภาคภูมิใจที่มีเครือข่ายจากภายนอกตำบลมาเยี่ยมเยียน และถือเป็นการให้กำลังใจในการทำงานซึ่งกันและกันด้วย ในส่วนผลการดำเนินงานโครงการ ภาพรวม 30 โครงการ พบว่าสามารถบรรเทาความทุกข์ทางร่างกายและจิตใจได้บ้าง ด้านสังคม ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองมีคุณค่า เกิดความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น ด้านปัญญา เกิดการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญา การติดต่อหาทางปัญญา วิเคราะห์สาเหตุ จากการการเรียนรู้ในการทำตัวชี้วัด ข้อมูล แผนที่สุขภาวะ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และโครงการ ทำให้ชุมชน และอบต.เกิดความเข้าใจในท้องถิ่นของตนเองมากขึ้น

แนวทาง และวิธีการประสานงานในการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชน กับ อบต. ต้องอาศัย ความร่วมมือที่ดีจากทุกฝ่าย ทั้งนี้การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ แบ่งออกเป็น 2 แนวทาง ได้แก่ (1) การประสานงานภายในตำบล พื้นที่หลายแห่ง มีกลไกการประสานงานหลักระดับตำบล คือ ปลัดอบต. มีบทบาทเป็นตัวกลางเพื่อเชื่อมประสานระหว่างทีมผู้บริหารและเจ้าหน้าที่อบต. ในการปรับแนวคิดทำความเข้าใจในกระบวนการทำงานของโครงการ และ (2) การประสานงานกับภายนอกตำบล เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในบทบาทการเป็นภาคี เครือข่ายทำงานสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนร่วมกัน ทั้งนี้การประสานงานทั้ง 2 แนวทาง ต้องใช้วิธีการประสานงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการควบคู่กัน

4) นวัตกรรมสุขภาพที่เกิดจากความร่วมมือขององค์กรชุมชนกับ อบต.

กระบวนการพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เริ่มจากการสร้างความสนใจในข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของคนในตำบล ด้วยการเก็บข้อมูล

ตามตัวชี้วัดที่จัดทำขึ้นร่วมกันระหว่างชุมชนกับนักวิชาการ ผลจากการประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลทำให้เกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหา และผู้นำชุมชนร่วมกับอบต.เกิดความต้องการเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี

กระบวนการเรียนรู้ที่มีการพัฒนาร่วมกัน ได้แก่ การค้นหาตัวชี้วัด การเก็บข้อมูล การจัดทำแผนที่สุขภาวะ การวิเคราะห์ และจัดลำดับความสำคัญของข้อมูลเพื่อจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ โครงการนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และปฏิบัติจริงในพื้นที่

นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การสร้างสิ่งใหม่หรือฟื้นฟูสิ่งเก่ามาประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน อาทิเช่น ตำเมี่ยงสมุนไพร และโครงการ 3 นะโม แต่ถ้าให้ความหมายนวัตกรรมสุขภาพว่าเป็นสิ่งใหม่ที่ชุมชนยังไม่เคยทำมาก่อน เพิ่งเริ่มกับโครงการฯ เกือบทุกตำบลจะมีนวัตกรรมสุขภาพทั้งหมด แม้จะมีชุมชนอื่นๆ ทำกันมานานก่อนแล้วก็ตาม ณ ที่นี้เรียกว่าเป็นกิจกรรมที่ดีๆ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

การคัดเลือกนวัตกรรมสุขภาพมาจากการจัดลำดับปัญหาสุขภาพของนักวิจัยสุขภาพชุมชน จากนั้นนำเข้าสู่เวทีประชาพิจารณ์ในตำบล บางตำบลมีข้อเสนอใหม่และปรับแก้ไขโดยนำข้อมูลที่สำรวจมาประกอบการพิจารณา โดยเหตุที่ทางมหาวิทยาลัยกับสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้จัดงบประมาณไว้ให้ตำบลละ 30,000 บาท สมทบกับงบประมาณของ อบต. ตามศักยภาพของแต่ละแห่ง จึงสามารถทำให้ดำเนินโครงการได้เลย โดยไม่รอเข้าสู่ข้อบัญญัติของอบต.เพื่อจัดทำแผนเป็นรายปีรายสามปี ตัวอย่างผลการเลือกนวัตกรรมสุขภาพ มีดังนี้

ด้านร่างกาย มีจำนวน 15 โครงการ พบว่า โครงการกินดีมีสุขตำบลหนองกิงเพล ต.หนองกิงเพล อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี มีนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ คือ เมนู “ตำเมี่ยงสมุนไพร” ที่นำเอาผัก สมุนไพรที่มีในท้องถิ่นมาทำเมนูสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อีก 14 โครงการ อาทิเช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดัน โรคเบาหวาน การอบรมนวดแผนไทย การส่งเสริมเกษตรอินทรีย์ และตลาดชุมชนปลอดภัย เป็นต้น ล้วนเป็นกิจกรรมที่ดีๆ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นการหนุนเสริมกิจกรรมเดิมที่ดำเนินงานในพื้นที่

ด้านจิตใจ มีจำนวน 1 โครงการ คือ โครงการสิงห์โคก ลด ละ เหล้า เลิกเครียด ต.สิงห์โคก อ.เกษตรวิสัย จ.ร้อยเอ็ด เป็นกิจกรรมที่ดีๆ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คือการส่งเสริมการจัดงานศพ ปลอดเหล้า

ด้านสังคม มีจำนวน 7 โครงการ อาทิเช่น การส่งเสริมครอบครัวเข้มแข็ง การพัฒนาศักยภาพเยาวชน การสร้างเครือข่ายผู้นำ และการพัฒนาชุมชนต้นแบบ ปลอดเหล้าในงานบุญ เป็นต้น ล้วนเป็นกิจกรรมที่ดีๆ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นการหนุนเสริมกิจกรรมเดิมที่ดำเนินงานในพื้นที่

ด้านปัญญา มีจำนวน 7 โครงการ พบว่า โครงการ 3 นะโม นะโมปัญญาะ สุขภาวะตำบลกุตรัง อ.กุตรัง จ.มหาสารคาม มีนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ คือ การมอบลูก ผักหลานเพื่อสลับกันเลี้ยงดูเป็นเวลา 1 เดือน ส่งผลทำให้พ่อ แม่ ลูก เข้าใจในบทบาทของการเป็นสมาชิกครอบครัว ดูแล เอาใจใส่ซึ่งกันและกันมากขึ้น อีก 6 โครงการ อาทิเช่น การพัฒนาเครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่น การอนุรักษ์และฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่น และการพัฒนาอาชีพให้กับสตรี เป็นต้น ล้วนเป็นกิจกรรมที่ดีๆ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นการหนุนเสริมกิจกรรมเดิมที่ดำเนินงานในพื้นที่

5) การสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพในพื้นที่ตำบล

แนวทางการพัฒนาสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ คือ การพัฒนาสื่อสารสาธารณะโดยชาวบ้าน และคณะทำงานจังหวัด พบว่า สื่อสาธารณะในพื้นที่ 30 ตำบล แบ่งออกเป็น 5 ประเภท โดยสื่อที่มีการผลิตมากที่สุดคือ ประเภทสื่อที่ใช้วัสดุในการผลิต ร้อยละ 50 รองลงมาได้แก่ สื่อที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางด้านเทคโนโลยี ร้อยละ 28, สื่อพื้นบ้าน ร้อยละ 11, สื่อบุคคล ร้อยละ 6, สื่อกิจกรรม ร้อยละ 3

บทบาทของสื่อสารสาธารณะต่อการพัฒนาสุขภาวะ แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ มีดังนี้

1) บทบาทในด้านการประชาสัมพันธ์ ได้แก่ การใช้เสียงตามสายวิทยุชุมชน, หอกระจาย, แผ่นพับประชาสัมพันธ์โครงการฯ และการจัดกิจกรรม

2) บทบาทด้านการให้ข้อเท็จจริงเพื่อสร้างความเข้าใจ ได้แก่ การใช้แผนที่สุขภาวะ เพื่อให้ชาวบ้านได้ทราบข้อมูลทางด้านสุขภาวะ เกิดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

3) บทบาทด้านการกระตุ้นและจูงใจ ได้แก่ ป้าย หรือข้อความรณรงค์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ, ญาสุขภาพะ

4) บทบาททางด้านการให้ความรู้ ได้แก่ ป้ายไวณิล, แผ่นพับเผยแพร่ข้อมูลการดูแลสุขภาพ

ผลที่เกิดขึ้นจากการใช้สื่อสาธารณะในพื้นที่ แบ่งตามประเภทของสื่อ 5 ประเภท มีดังนี้

1) สื่ออุปกรณ์เทคโนโลยี ได้แก่ วิทยุชุมชน หอกระจายข่าวแต่ละหมู่บ้าน เว็บไซต์ วิซีดี มุ่งเน้นการประชาสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เป็นสื่อที่เข้าถึงชุมชนได้มาก เพราะชาวบ้านส่วนใหญ่จะนิยมการฟังมากกว่าการอ่าน นอกจากนี้ยังทำให้ข้อมูลที่สื่อสารออกไปกระจายและเข้าถึงได้กับคนทุกกลุ่ม ซึ่งหากเป็นภาษาท้องถิ่นก็จะทำให้สร้างความเข้าใจได้มากขึ้น

2) สื่อวัสดุ ได้แก่ ไวณิลแผ่นที่สุขภาพะ แผ่นพับประชาสัมพันธ์โครงการป้ายไม้อัดรณรงค์เรื่องสุขภาพะ เป็นสื่อที่ให้ข้อมูลสุขภาพะให้กับชาวบ้านได้เป็นอย่างดี

3) สื่อกิจกรรม ได้แก่ การใช้เวทีการประชุม งานบุญประเพณีท้องถิ่น เป็นสื่อที่เข้าถึงได้ทุกพื้นที่ ทุกกลุ่มคน เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่คนในพื้นที่ต้องเข้าร่วม

4) สื่อบุคคล ได้แก่ นักวิจัยสุขภาพะชุมชน สามารถสร้างความสัมพันธ์กับชาวบ้านได้เป็นอย่างดี เพราะมาจากกระบวนการคัดเลือกจากชาวบ้าน นับว่าเป็นช่องทางที่สำคัญทางการสื่อสารเรื่องสุขภาพะ เนื่องจากตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการเน้นการแทรกแนวคิดเรื่องสุขภาพะไปในทุกขั้นตอนทุกกิจกรรม ถือเป็นการสร้างพื้นฐานความเข้าใจในมิติสุขภาพะในเบื้องต้น เมื่อถึงกระบวนการที่ต้องมีการพัฒนาสื่อสาธารณะ นักวิจัยสุขภาพะชุมชนได้ใช้องค์ความรู้ในเรื่องสุขภาพะประยุกต์ร่วมกับทุนเดิมของชุมชน คือ การผลิตสื่อที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน เช่น หมอลำ ญา และเพลงพื้นบ้าน

5) สื่อพื้นบ้าน ได้แก่ หมอลำสุขภาพะ ญาสุขภาพะ เป็นสื่อที่สร้างความสนุกสนานให้กับคนชุมชน เนื่องจากเป็นสื่อที่สอดคล้องกับภูมิปัญญาทางด้านศิลปวัฒนธรรมของท้องถิ่นผนวกกับข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพะ

ปัจจัยที่กำหนดประสิทธิภาพในกระบวนการสื่อสารสาธารณะในโครงการ มีดังนี้

- 1) กิจกรรม เป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ชาวบ้าน มีส่วนร่วมในการรับรู้ เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ซึ่งการมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จะกระตุ้นการเรียนรู้ได้ดี
 - 2) ระยะเวลา เนื่องจากเงื่อนไขในเรื่องระยะเวลาโครงการ เป็นตัวกำหนด ทำให้สื่อสาธารณะที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ค่อนข้างกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มผู้นำชุมชน เป็นส่วนมาก ยังไม่กระจายไปยังชาวบ้านเท่าที่ควร ซึ่งการสร้าง ความเข้าใจในเรื่อง สุขภาวะ จำเป็นอย่างยิ่งต้องอาศัยระยะเวลาเพื่อสร้างการรับรู้ให้กับชาวบ้าน
 - 3) ตัวสื่อ ส่วนใหญ่เป็นสื่อเพื่อการประชาสัมพันธ์ข้อมูลกิจกรรมของโครงการ ซึ่งค่อนข้างมีเนื้อหาด้านวิชาการผสมผสานกับการใช้สื่อของชุมชน อาจไม่ใช่สื่อที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้เช่นเดียวกับสื่อเชิงรุก ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่ง จะต้องใช้สื่อให้ควบคู่กับการใช้กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบสื่อสาธารณะให้สอดคล้องกับการรับรู้ของชาวบ้านด้วย
 - 4) งบประมาณ สื่อบางประเภทที่ต้องใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย อาทิเช่น การบันทึกแผ่นซีดี การใช้เทคนิคการตัดต่อวิดีโอ ต้องใช้งบประมาณในการผลิตค่อนข้างมาก จึงจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ถึงความคุ้มค่าและกลุ่มเป้าหมาย
- สิ่งสำคัญของการสร้างการรับรู้เรื่องของสุขภาวะจึงไม่ใช่เพียงตัวสื่อเท่านั้นที่ทำให้ชุมชนรับรู้เรื่องของสุขภาวะ แต่เป็นเรื่องของกระบวนการสื่อสารที่ต้องมีความรู้กันไป และมีการกระตุ้นย้ำผ่านทางกิจกรรมจนเกิดการรับรู้ ระยะเวลา การประสานงาน และกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษามีส่วนร่วมของชุมชนกับอบต. ในลักษณะ “การเป็นหุ้นส่วนกัน” ในการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน พื้นที่เป้าหมาย 30 ตำบล ภายใต้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะ อย่างเป็นระบบ 9 ขั้นตอน ได้แก่ (1) เวทีประชาคมชี้แจงโครงการ (2) คัดเลือกผู้นำสุขภาวะตำบล (3) พัฒนาตัวชี้วัด เก็บข้อมูล และทำแผนที่สุขภาวะ (4) สร้างนโยบาย ยุทธศาสตร์และโครงการ (5) เวทีประชาพิจารณ์ระดับตำบล (6) ปฏิบัติการโครงการ (7) ประสานเข้าสู่

ข้อบัญญัติงบประมาณ ของอบต. (8) ติดตาม สรุปบทเรียน (9) ผลดีสื่อสาธารณะ พบว่า ผลลัพธ์จากการสนับสนุนและริเริ่มทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพะ สามารถ บรรเทาความทุกข์ทางร่างกายและจิตใจได้บ้างเท่านั้น ด้านสังคม ผู้สูงอายุรู้สึก ตนเองมีคุณค่า เกิดความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น ด้านปัญญา เกิดการประยุกต์ ใช้ภูมิปัญญา การติดต่อทางปัญญา วิเคราะห์หาสาเหตุ จากการเรียนรู้ในการ ทำตัวชี้วัด ข้อมูล แผน ที่ สุขภาวะ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และโครงการ ทำให้ชุมชน และอบต.เกิดความเข้าใจในท้องถิ่น ของตนเองมากขึ้น ทั้งนี้ต้องมีระบบสนับสนุน การทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ชุมชน ท้องถิ่นขยายกิจกรรมนำไปสู่การลดหรือ แก้ไขปัญหาทุกขภาวะได้อย่างยั่งยืน ทั้งนี้สามารถสังเคราะห์ความรู้ จากการ ทำงาน ได้ 6 ประเด็น ดังนี้

1) การพัฒนาตัวชี้วัดโดยชาวบ้าน ได้สร้างความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของ ปัญหาทุกขภาวะ และชาวบ้านมีความเข้าใจเรื่องการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม ที่เชื่อมโยงกับบริบทของท้องถิ่นมากขึ้น สร้างการเรียนรู้แนวทาง วิธีการเก็บข้อมูล และการนำข้อมูลไปสร้างนโยบาย ยุทธศาสตร์ โครงการ เพื่อลดหรือแก้ไข ปัญหา ความทุกข์ของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ชัดเจนมากขึ้น อีกทั้งใช้เป็นเครื่องมือ ในการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งประเมินผลการดำเนินงาน ทำให้ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรับทราบผลที่เกิดขึ้น

2) การจัดกระบวนการเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพนักวิจัยสุขภาพะ ชุมชน เป็นแนวทางสำคัญที่ทำให้ผู้นำชุมชนและอบต. ได้พัฒนาภาวะผู้นำ มีความรู้ ความเข้าใจในแนวคิด กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ 4 มิติ (ร่างกาย ใจ สังคม และปัญญา) เพิ่มมากขึ้น แต่เป็นกระบวนการที่ใช้เวลา และต้องมีคนภายนอก มาร่วมสะท้อนตัวตนและผลการทำงานของชาวบ้านเป็นระยะ ดังนั้นมีความจำเป็น ที่สถาบันวิชาการต้องร่วมจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

3) กลไกสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ในชุมชนไม่มีการแบ่งบทบาท เฉพาะด้านแบบแยกส่วนตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่ชัดเจน เนื่องจาก วัฒนธรรมทำงานจริงในชุมชนเป็นแบบบูรณาการ ทำงานแบบรวมพลังเป็นกลุ่ม นักวิจัยสุขภาพะชุมชนคนหนึ่งๆ อาจมีทั้งสามบทบาทในตัวเองและเข้าร่วม ทุกกิจกรรม บางคนอาจมีสองบทบาท ขณะที่บางคนอาจทำบทบาทเดียว

แม้โครงการจะพยายามแบ่งบทบาทเพื่อให้ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น สามารถทำงานตามความถนัด และความสามารถของตน แต่วิธีการดังกล่าวยังถือเป็นเรื่องใหม่ในชุมชน อีกทั้งผู้นำที่โดดเด่น ทำหน้าที่เฉพาะด้านอย่างชัดเจนน้อย โดยมีส่วนภาพเป็นเจ้าหน้าที่อบต.มากกว่าผู้นำชุมชน และชาวบ้าน เนื่องจากเจ้าหน้าที่อบต.มีหน้าที่รับผิดชอบงานบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสุขภาวะ จึงให้ความสนใจเรียนรู้งานเฉพาะด้านที่มีความสอดคล้องกับภารกิจของตนเองโดยตรง

4) การประสานงานและการทำงานแบบมีส่วนร่วม คือ บทบาทนำในการสร้างการมีส่วนร่วมมีความแตกต่างกัน ได้แก่ อบต.เป็นผู้นำหลัก, ผู้นำชุมชนเป็นผู้นำหลัก และเป็นผู้นำไปพร้อมๆ กัน ทั้ง 3 แบบสามารถดึงการมีส่วนร่วมของชาวบ้านได้ เพราะสุขภาวะเป็นเรื่องกลางๆ ไม่สร้างความขัดแย้ง และอยู่ในวิถีชีวิตประจำวันของชาวบ้านทุกคน องค์กรชุมชนกับอบต. สามารถร่วมงานกันได้ดีขึ้น หันหน้าทำงานเข้าหากันมากขึ้น เกิดการมีส่วนร่วมการคิด การตัดสินใจว่าจะพัฒนาอะไรบ้าง และสรุปบทเรียนร่วมกัน กระทั่งเกิดกลไกการทำงานร่วมกันในระดับตำบล

5) นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในความหมายว่าเป็นสิ่งใหม่ที่ชุมชนยังไม่เคยทำมาก่อน เพิ่งริเริ่มกับโครงการ เกือบทุกตำบลจะมีนวัตกรรมสุขภาพทั้งหมด แม้จะมีชุมชนอื่นๆ ทำกันมานานก่อนแล้วก็ตาม ณ ที่นี้เรียกว่าเป็นกิจกรรมที่ดีๆ ด้านการสร้างเสริมสุขภาวะ รวม 30 โครงการ ได้แก่ ด้านร่างกาย 15 โครงการ, ด้านจิตใจ 1 โครงการ, ด้านสังคม 7 โครงการ, ด้านปัญญา 1 โครงการ

6) สื่อสารสาระที่พัฒนาโดยชาวบ้าน และมีบทบาทในการสร้างความตระหนักเรื่องสุขภาพได้ดี คือ แผนสุขภาพทำให้ชาวบ้านได้รับรู้ตระหนักถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของตนเอง จนกระทั่งนำข้อมูลไปสร้างนโยบาย ยุทธศาสตร์ และโครงการเพื่อลดหรือแก้ไขปัญหา ทั้งนี้การสื่อสารสาระในชุมชนมีข้อค้นพบที่สำคัญ คือ ตัวสื่อไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่ทำให้ชุมชนรับรู้เรื่องของสุขภาวะ แต่ต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการสื่อสาร การกระตุ้นย่ำผ่านทางกิจกรรม ระยะเวลา และการประสานงานควบคู่กันไป

กระบวนการและกิจกรรมต่างๆ สามารถลดหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพได้บ้าง แต่ยังไม่ถึงกับสร้างการบูรณาการสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา

จนสามารถทำให้ชาวบ้านมีความอยู่ดีมีสุข เนื่องจากการพัฒนาสุขภาพเป็นเรื่องที่ต้องทำต่อเนื่อง การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพทั้งหมดแล้วนำมาสู่แผน โดยผ่านกระบวนการจัดทำแผนและข้อบัญญัติของ อบต. จากนั้นนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง ต้องใช้เวลาและทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช้การพัฒนาในลักษณะโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากภายนอกเพียง 1-3 ปีและสิ้นสุดโครงการไปแต่หวังผลลัพธ์สูงถึงการพัฒนาสุขภาพเพื่อความอยู่ดีมีสุข ซึ่งในความเป็นจริงไม่สามารถเป็นไปไม่ได้

สำหรับข้อเสนอแนะที่สำคัญ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อเสนอแนะต่อชุมชนและอบต., ข้อเสนอแนะต่อ สสส. และข้อเสนอแนะต่อการศึกษวิจัย ดังนี้

1) ข้อเสนอแนะต่อชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรแบ่งสัดส่วนงบประมาณของท้องถิ่น เพื่อนำมาสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ โดยยึดมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ณ วันที่ 17 ธันวาคม 2553 คือ สร้างมาตรการเพื่อกำหนดให้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ในทุกระดับ มีแผนงานและโครงการที่ชุมชนในพื้นที่นั้นเป็นผู้รับผิดชอบโครงการร่วมกับท้องถิ่นและ/หรือราชการส่วนภูมิภาค โดยมีงบประมาณสนับสนุนจากท้องถิ่นและ/หรือราชการส่วนภูมิภาค ในสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของงบประมาณที่ดำเนินการด้านสุขภาพแต่ละพื้นที่

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องร่วมมือกับผู้นำสุขภาพชุมชน ในการนำข้อมูลสุขภาพที่จัดเก็บมาประมวลผล จัดลำดับความสำคัญ จัดทำแผน และนำเข้าสู่ข้อบัญญัติของท้องถิ่น จากนั้นนำไปสู่การปฏิบัติเป็นประจำทุกปี เพื่อพัฒนาสุขภาพเพื่อความอยู่ดีมีสุขได้จริงในอนาคต

2) ข้อเสนอแนะต่อ สสส.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ควรสนับสนุนกระบวนการสร้างสุขภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เนื่องจากนิยามคำว่า “สุขภาพ” ที่มองสุขภาพแบบองค์รวมทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา อีกทั้งมีความเชื่อมโยงกับการดำเนินชีวิตของคนทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชนนั้น เป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย ซึ่งการรับรู้ และความเข้าใจของชุมชนยังมีน้อย ตลอดจนการพัฒนาเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการมีสุขภาพเพื่อความอยู่ดีมีสุข ต้องมีการสนับสนุนอย่างยั่งยืน

3) ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัย

ควรมีการศึกษาวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดสุขภาวะกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่แบบเมือง, พื้นที่แบบกึ่งเมือง และพื้นที่แบบชนบท เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างสภาพเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมกับตัวชี้วัดสุขภาพ 4 มิติ (ร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา) ที่พัฒนาโดยชาวบ้าน

บรรณานุกรม

- กึ่งพิบูล ขำนาญคง. (2548). การให้ความหมายทางสังคม “สุขภาพแบบองค์รวม”. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพันธ์ เตชะอธิก. และคณะ. (2553). **คู่มือผู้นำสุขภาวะตำบล : การสร้างนโยบาย ยุทธศาสตร์ โครงการนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ**. โครงการพัฒนาและวิจัยสุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข. สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). ขอนแก่น : คลังน่านวิทยา.
- _____. (2553). **คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้นำด้านความเข้มแข็งของกลุ่มองค์กร เครือข่าย**. ขอนแก่น : คลังน่านวิทยา.
- _____. (2553) **คู่มือการจัดทำแผนที่สุขภาวะตำบล**. ขอนแก่น : คลังน่านวิทยา.
- _____. (2554). **รายงานสังเคราะห์การพัฒนาและวิจัยสุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข**. ขอนแก่น : หลักสูตรการจัดการ การพัฒนาสังคม คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น. (เอกสารอัดสำเนา).
- เครือข่ายองค์กรส่วนท้องถิ่น. (2553). **การกระจายภารกิจสู่อบต.** สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.tambol.com/tambol/default.asp>