

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัย ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนางานทัศนสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ในครั้งนี้ ซึ่งได้เสนอตามลำดับหัวข้อดังนี้

1. แนวคิดการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม
2. แนวคิดการพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ A-I-C
3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
4. แนวคิดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
5. แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ
6. การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรอตตาวา
7. งานทัศนสาธารณสุข
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม

การพัฒนาในอดีตที่ผ่านมาแม้ว่าในภาพรวมมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในหลายๆด้านส่งผลให้เห็นเป็นรูปธรรมหลายประการ ประชาชนมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นในหลายๆด้าน สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ถนน ไฟฟ้า น้ำประปา และด้านการสาธารณสุข เป็นต้น แต่ก็ยังมีปัญหาต่างๆอีกมากมาย (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2543, 135-136) เช่น ปัญหาความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ปัญหาสังคม ปัญหาความยากจน ดังนั้นกระบวนการพัฒนาจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ ตลอดจนกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาในอดีต โดยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาได้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในทุกขั้นตอน ปัจจุบันแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา (People Participation for Development) ได้รับการยอมรับและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในงานพัฒนา กระบวนการของการมีส่วนร่วมนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับการริเริ่ม หรือการวางแผนโดยรัฐ แต่ความสำเร็จนั้นอยู่ที่ประชาชนในชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการอย่างเป็นอิสระ เน้นการทำงานในรูปกลุ่ม

หรือองค์กรชุมชนที่มีวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมอย่างชัดเจน พลังกลุ่มจะเป็นปัจจัยสำคัญทำให้ งานพัฒนาต่างๆ บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย

1. หลักสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา

การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม (บัทชร อ่อนคำ และสามารถ ศรีจ้านงค์, 2544, 19-23) เป็น กระบวนการพัฒนาที่มุ่งไปสู่การระดมความหลากหลายของมนุษย์ทุกส่วนในสังคมมาร่วมกัน กำหนดแนวทาง วิถีทางในการพัฒนาสังคมอันจะช่วยประสานความขัดแย้งและช่องว่างที่แตกต่าง เหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นในสังคม เป็นการกระจายอำนาจในการพัฒนาไปสู่คนทุกส่วนในสังคมให้เกิด ความร่วมมือและร่วมเป็นเจ้าของในสิ่งที่ดำเนินการร่วมกัน รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจะกระจายไปสู่ทุก ส่วนอย่างเท่าเทียม ผู้สังคมที่เป็นธรรมและยั่งยืน ในกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมนั้นเกิดจาก กระบวนการเรียนรู้ของนักพัฒนากันเองและการเรียนรู้ร่วมกับองค์กรชุมชน หลักการสำคัญในการ ปฏิบัติการร่วมกับประชาชนที่สำคัญๆ มีดังนี้

1.1 การจัดการความสัมพันธ์ที่เสมอภาค เท่าเทียมกัน

การจัดการความสัมพันธ์ด้านบทบาทระหว่างนักพัฒนากับชุมชนที่เท่าเทียมกันเป็น หลักการสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วม โดยต่างฝ่ายควรมีความตระหนัก ความต้องการของตน เองและสิ่งทีตนเองสามารถทำได้ รวมทั้งองค์กรชุมชนควรตระหนักในความเป็นเจ้าของ ต้องการ คิดเอง ทำเอง กำหนดเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นส่วนที่คอยกำกับ กำหนดให้เกิดบทบาทการทำงานที่ เหมาะสมตามศักยภาพและเป็นทีพอใจร่วมกันทั้งสองฝ่าย

ความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกันยังหมายถึง กระบวนการตัดสินใจที่เท่าเทียมกัน ด้วยบทเรียนในทางปฏิบัติที่ผ่านมาเราพบว่า นักพัฒนามักชี้นำการตัดสินใจขององค์กรชุมชน และ หลายกรณีที้องค์กรชุมชนมักมอบอำนาจในการตัดสินใจแก่นักพัฒนา ซึ่งในที่สุดผลการตัดสินใจ นั้นอาจไม่เป็นตามความต้องการที่แท้จริงของชุมชน อย่างไรก็ตามก็ตีความสัมพันธ์ในการแบ่งบทบาท ระหว่างนักพัฒนาและองค์กรชุมชนเป็นไปในลักษณะของปฏิสัมพันธ์ที่ไม่หยุดนิ่ง เป็นพลวัตร โดยทั่วไปบทบาทของนักพัฒนาไม่ได้เป็นแบบแน่นอนแบบใดแบบหนึ่งมักมีพัฒนาการของบทบาทระหว่างกันที่ปรับเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขต่างๆ ขึ้นกับความเข้มแข็งของชุมชนและสถานการณ์ ในขณะนั้น ทั้งนี้การเริ่มต้นใหม่ของนักพัฒนาในสถานการณ์ปัจจุบัน นักพัฒนาอาจเริ่มต้นจากการ จัดบทบาทความสัมพันธ์ตนเองในรูปความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกัน ในลักษณะที่เรียกตนเองว่า “เป็น พันธมิตรกับประชาชน” ทีสำคัญการประเมินเพื่อกำหนดบทบาทและตัดสินใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะเป็น ไปตามกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การประเมินสถานการณ์และสรุปบทเรียนร่วมกันบนพื้นฐานที่ชุมชนจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจและดำเนินการได้เองเป็นสำคัญ

1.2 การมีอิสระ ไม่ครอบงำ

ความเชื่อมั่นในความเป็นมนุษย์ควรอยู่บนฐานของการไม่ครอบงำ การให้อิสระภาพในการคิดและการแสดงออกโดยไม่มีอคติ และไม่นำความคิด ความเชื่อของตนมาวัดหรือตีคุณค่า หรือชักจูงครอบงำให้เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะความเชื่อมั่นในศักยภาพ ฐานความรู้ ภูมิปัญญาและประวัติศาสตร์ วัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชนที่จะเป็นฐานพลังสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองต่อไป โดยที่นักพัฒนาต้องมีวิสัยทัศน์ที่เปิดกว้างพร้อมจะยอมรับฟังความแตกต่าง ความเคารพในความเป็นคนของทุกคน

1.3 การมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มในสังคม

ในชุมชนหนึ่งๆย่อมประกอบด้วยความแตกต่างหลากหลาย ทั้งด้านฐานะ เพศวัย สถานะทางสังคม ฯลฯ การสร้าง โอกาสเปิดพื้นที่ทางสังคมอย่างเท่าเทียมในการให้ทุกส่วนได้มีส่วนร่วมในการแสดงออกทางความคิด ศักยภาพ ความรู้ และร่วมมีบทบาทดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้งานที่ดำเนินไปนั้น ไม่กระจุกตัวอยู่ที่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง และส่งผลกระทบไปสู่คนทุกส่วนในชุมชน ในสังคมอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม

1.4 การมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ทุกขั้นตอน

การดำเนินงานพัฒนาตาม โครงการพัฒนาหนึ่งๆนั้นมีกระบวนการขั้นตอนที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน หลายครั้งที่เราพบว่า โครงการพัฒนาต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาข้อมูลและการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเมื่อถึงขั้นการดำเนินการแล้วมักเกิดปัญหาความขัดแย้ง และสร้างผลกระทบต่อชุมชนมากมายตามมา รวมทั้งการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมที่ขาดความเข้าใจอย่างแท้จริง ซึ่งหน่วยงานทั้งหลายที่เข้ามาดำเนินงานร่วมกับชุมชนมักอ้างเสมอว่า ได้เปิด โอกาสการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้ว โดยการเชิญตัวแทนของชุมชนเข้าร่วมประชุมและร่วมกิจกรรม ในขณะที่โครงการที่ดำเนินการ ไปนั้นผ่านการวางแผนและตัดสินใจมาแล้ว โดยที่ชุมชน ไม่มีโอกาสรับรู้มาก่อน แต่เป็นเพียงผู้ร่วมในบางส่วนที่กำหนดโดยเจ้าของโครงการนั้นๆ

การมีส่วนร่วมที่แท้จริงจึงควรให้องค์กรชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนกำหนดเป้าหมาย การตัดสินใจ การปฏิบัติ การตรวจสอบ ติดตามประเมินผล การสรุปบทเรียน แก้ไขปรับปรุง และรวมทั้งการขยายผล และเผยแพร่ผลสู่สาธารณะ

2. ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม มีความหมายใน 2 ลักษณะ (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2543, 136-137)

1. การมีส่วนร่วมเป็นลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา วางแผน การตัด

สนใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการพัฒนาดังกล่าวจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

2. การมีส่วนร่วมในนัยทางการเมือง แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

2.1 การส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของพลเมือง โดยประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการเพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่ม ควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากรของชุมชนอันจะก่อให้เกิดกระบวนการและ โครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถแสดงออกซึ่งความสามารถของตนและได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา

2.2 การเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐ มาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางมาเป็นส่วนภูมิภาค เพื่อให้อำนาจทางการเมือง การบริหาร การมีอำนาจต่อรองในการจัดสรรทรัพยากรอยู่ในมาตรฐานเดียวกัน โดยประชาชนสามารถตรวจสอบได้ ซึ่งเป็น การคืนอำนาจ (Empowerment) ในการพัฒนาให้กับประชาชนให้มีส่วนร่วมในการกำหนดอนาคตของตนเอง

อรพินท์ สพโชคชัย (2538, 2) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมว่า “การมีส่วนร่วม” โดยทั่วไปจะมีความหมายกว้างขวาง สำหรับความหมายที่พุดถึงในการพัฒนาชนบทมักจะหมายถึง การมีส่วนร่วมของสมาชิกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ในชุมชนหรือประชาชนในการเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานพัฒนาของภาครัฐ เป็นลักษณะการมีส่วนร่วมอย่างหนึ่ง แต่การมีส่วนร่วมในความหมายกว้างกว่าอาจจะหมายถึง การเข้าร่วมในกิจกรรมการพัฒนาต่างๆของชุมชนโดยตรง นอกจากนี้คนอาจจะใช้คำว่า การมีส่วนร่วมในเชิงการเมือง โดยมีความหมายเพียงการ ไปลงคะแนนเลือกตั้ง การมีส่วนร่วมอาจจะมีได้ทุกระดับตั้งแต่การมีส่วนร่วมในระดับชาติลงไปจนถึงระดับหมู่บ้าน

ส่วนมุมมองของนักพัฒนาองค์กรพัฒนาเอกชน (สุริยา วีรวงศ์, 2544, 54) ได้ให้ความหมายของ “การมีส่วนร่วม” คือ การที่ประชาชนในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาตั้งแต่จุดเริ่มต้น กล่าวคือ ตั้งแต่การสร้างแนวความคิด ไปจนถึงสิ้นสุดการทำกิจกรรมการพัฒนาร่วมกันจากมุมมองดังกล่าว คือการมุ่งเน้นถึงการให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการพัฒนาที่จัดตั้งมาจากการเริ่มต้นกำหนดและวิเคราะห์ปัญหาโดยประชาชนเป็นหลัก

ศูนย์ศึกษาานโยบายสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขได้ให้คำจำกัดความจากการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า “การมีส่วนร่วมของประชาชนคือ การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการ ควบคุมการใช้ การกระจายทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตทางเศรษฐกิจและสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกสังคมในการมีส่วนร่วมของ ประชาชนควรได้พัฒนาการรับรู้

และภูมิปัญญา ซึ่งแสดงออกในรูปของการตัดสินใจ ในการกำหนดชีวิตของคนอย่างเป็นตัวของตัวเอง” (วัฒนา โภธา, มปป, 31)

การให้คำนิยามของการมีส่วนร่วมมีการให้ความหมายหลากหลาย โดยสรุปการให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่บนพื้นฐาน 2 ฐานคิด คือ ฐานคิดของความร่วมมือกัน และฐานคิดของความขัดแย้งเชิงอำนาจและผลประโยชน์ โดยการนิยามบนความคิดของการร่วมมือซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของการมีส่วนร่วมในคำประกาศอัลมา-ออตตา ว่า “การมีส่วนร่วมคือกระบวนการที่เกิดขึ้นภายใต้ความคิดที่ว่า บังเอิญบุคคล ครอบครัว และชุมชนจะต้องร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพและสวัสดิการสังคมของตนเอง และเป็นกระบวนการที่เพิ่มขีดความสามารถบังเอิญบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้สามารถพัฒนาชุมชนของตนเอง” (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544, 70)

จึงพอสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือ โครงการตั้งแต่ต้นนั้นคือ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในเรื่องที่จะพัฒนาพร้อมทั้งเข้าร่วมปฏิบัติในกิจกรรมของโครงการพัฒนา และมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลรวมทั้งร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนานั้นๆ ด้วย

3. ลักษณะของการมีส่วนร่วม

ลักษณะของการมีส่วนร่วมอาจแบ่ง โดย (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2543, 146)

3.1 การสนับสนุนทรัพยากร คือ การสนับสนุนเงิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน หรือ การช่วยทำกิจกรรม คือการเข้าร่วมในการวางแผน การประชุม แสดงความคิดเห็น การดำเนินการ การติดตามผลและการประเมินผล

3.2 อำนาจหน้าที่ของผู้เข้าร่วม คือเป็นผู้นำ เป็นกรรมการ เป็นสมาชิก ซึ่งลักษณะการมีส่วนร่วมนี้แสดงถึงอำนาจของผู้เข้าร่วม จึงมีการโต้แย้งว่าการมีส่วนร่วมโดยใช้วิธีการพัฒนาความสามารถของประชาชนเป็นเพียงการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามาร่วมบางส่วน เพราะหลายกรณีประชาชนไม่มีโอกาสเข้าร่วมในการตัดสินใจ ทางออกที่ควรเป็นคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับประชาชน

การมีส่วนร่วมเป็นการกระทำร่วมกันของบุคคลในกระบวนการพัฒนา ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ (ประพนธ์ ปิยรัตน์, 2535, 46)

1. การมีส่วนร่วมเป็นมรรค (Participation as A Means) หมายถึง การมีส่วนร่วมเป็นมรรควิธีของการนำเอาทรัพยากรทางเศรษฐกิจ และสังคมของประชาชนไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่วางไว้ก่อนแล้ว

2. การมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมาย (Participation as An End) หมายถึง เป้าประสงค์ที่ให้ประชาชนทำกิจกรรมร่วมกันเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความสามัคคีเป็น

อันหนึ่งอันเดียวกันจนทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด เป็นการรวมกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถ และมีศักยภาพในกระบวนการแก้ไขปัญหา การร่วมกันทำกิจกรรม ซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่าผลลัพธ์ ที่ได้จากการกระทำแม้โครงการต่างๆ จะสิ้นสุดลงแล้วก็ตามแต่การมีส่วนร่วมจะยังคงอยู่ต่อไป ทำให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์อย่างถาวรและยั่งยืน

และลักษณะความแตกต่างของแนวคิดทั้งสอง พอสรุปเปรียบเทียบได้ดังนี้
(ประพนธ์ ปิยรัตน์, 2535, 51-52)

ตาราง 3 เปรียบเทียบลักษณะความแตกต่างของแนวคิดการมีส่วนร่วม

แนวคิด "มรรค"	แนวคิด "เป้าหมายประสงค์" หรือ "ผล"
1. มีการตั้งวัตถุประสงค์ของการพัฒนาไว้ก่อนแล้วจึงทำให้เกิด "การมีส่วนร่วม" เพื่อนำเอาทรัพยากรต่างๆ จากชุมชนมาเป็นปัจจัยการบรรลุวัตถุประสงค์ของกิจกรรมพัฒนา	1. "การมีส่วนร่วม" เป็นเป้าหมายประสงค์การพัฒนาและสร้างเสริมความเป็นอันหนึ่งเดียวกันของชุมชนเพื่อให้ชุมชนนั้นมีพลังในการพัฒนาและกระทำกิจกรรมตามที่ชุมชนเองต้องการ
2. "การมีส่วนร่วม" จะหยุดลงเมื่อกิจกรรมการพัฒนาอันหนึ่งอันใดบรรลุวัตถุประสงค์แล้ว	2. "การมีส่วนร่วม" จะยังคงอยู่ต่อไปแม้ว่ากิจกรรมพัฒนาอันหนึ่งอันใดบรรลุวัตถุประสงค์แล้วก็ตาม
3. "การมีส่วนร่วม" มีความสำคัญน้อยกว่าวัตถุประสงค์กิจกรรมการพัฒนา	3. "การมีส่วนร่วม" มีความสำคัญมากกว่าวัตถุประสงค์กิจกรรมการพัฒนา
4. "การมีส่วนร่วม" เป็นเสมือนเทคนิคการบริหารจัดการเพื่อประสิทธิภาพของการให้บริการด้านต่างๆ แก่ชุมชนเป็นการร่วมโดยทางอ้อมในการพัฒนา	4. "การมีส่วนร่วม" เป็นการเสริมอิทธิพลที่เริ่มจากชุมชนผู้เบื้องบนที่มุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสถาบันที่มีอยู่ไม่ถือว่าเป็นเทคนิคการบริหารการจัดการและการร่วมเช่นนั้นถือเป็นการร่วมโดยทางตรงในการพัฒนา

"การมีส่วนร่วม" อาจจะมีรูปแบบและลักษณะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับการมอง หรือ การพิจารณาบทบาทของ "การมีส่วนร่วม" อยู่ในฐานะเช่นไร กล่าวคือ

1. กระบวนการ (Process)
2. โครงการ (Program)
3. เทคนิค (Technique)
4. กรรรมวิธี (Methodology)

ที่สำคัญการมีส่วนร่วมก็คือ ข้อสรุปที่ว่าไม่มีรูปแบบหนึ่งรูปแบบใดที่ใช้ได้กับทุกกรณี และแต่ละรูปแบบก็ทำให้ผลที่ตามมาแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปแล้วนักพัฒนามีแนวโน้มเอียงไปในทางให้ “การมีส่วนร่วม” มีรูปแบบเป็น “ผล” มากกว่าที่จะเป็น “มรรค”

ส่วน “การสาธารณสุขมูลฐาน” นั้นมีรูปแบบในระยะเริ่มแรกมุ่งให้ “การมีส่วนร่วม” เป็นแบบ “มรรค” มากกว่าเป็น “ผล” เพราะเห็นได้จากการมีส่วนร่วมในตอนนั้นก็คือการระดมทรัพยากรด้านต่างๆของท้องถิ่นมาใช้ในกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพที่ได้ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ก่อนแล้ว เช่น การให้อาสาสมัคร แต่มาตอนหลังๆจึงได้มีความพยายามที่จะทำให้ “การมีส่วนร่วม” เป็นแบบ “ผล” ด้วยโดยการเสริมกิจกรรมพึ่งตนเองต่างๆในหมู่บ้าน และนำร่วม ไปกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสร้างความสามารถให้แก่ชาวบ้านในการพัฒนาชุมชนของตน

ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ต้องดำเนินการในการพัฒนา คือการผลักดันให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (Active Participation) โดยมีหลักการสำคัญดังนี้ (อติศรา ชูชาติ, 2538, 5-6)

1. การมีส่วนร่วมเป็นวิธีการ ได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับสภาพท้องถิ่น ความต้องการ และเจตคติของประชาชน
2. ถ้าประชาชนมีส่วนร่วมในการคิดค้นปัญหาและแผนการพัฒนาแล้วจะทำให้ประชาชนยอมรับแผนงาน โครงสร้างการพัฒนานั้นๆ
3. หลักการประชาธิปไตยพื้นฐาน คือการที่ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง

นอกจากการมีส่วนร่วมแล้ว “การมีหุ้นส่วน” (Partnership) ยังเป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาถ้าการมีส่วนร่วมหมายถึง การที่ประชาชนทุกคน ต้องมีส่วนในการตัดสินใจในโครงการพัฒนา การมีหุ้นส่วนจะเป็นมรรควิธี หรือแนวทางที่จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องทำงานร่วมกันได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพและเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งจะนำประชาชนให้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาที่กระจายทรัพยากรและการตัดสินใจ

4. ระดับการมีส่วนร่วม

ในเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐ Arnstein ได้ระบุถึงพิสัยระดับการมีส่วนร่วมโดยจัดระดับการมีส่วนร่วมไว้ 3 ระดับ รวม 8 ขั้น ดังนี้ (อ้างใน อุทัยวรรณ กาญจนกมล, 2541, 7-8)

ระดับแรกของการมีส่วนร่วม

ขั้นที่ 1 ประชาชนถูกจัดแจง (Manipulation) ให้ความร่วมมือกับโครงการพัฒนา สุขภาพของรัฐตามความประสงค์ที่ทางราชการร้องขอ หรือทำตามคำสั่ง มีการสั่งการลงมา

จากหน่วยงานราชการระดับสูงสู่ระดับล่างให้ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือ เช่น เกณฑ์แรงงาน ให้ร่วมบริจาค การเรียไร หรือจัดตั้งกลุ่มเพื่อช่วยปฏิบัติการทางจิตวิทยาต่อมวลชน

ขั้นที่ 2 ประชาชนได้รับการเยียวยา (Therapy) โดยให้ประชาชนเข้าไปเกี่ยวข้องกับเฉพาะในกลุ่มกิจกรรมสุศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์จะควบคุมหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การเข้ารับการอบรม หรือการสอนสุศึกษาเพื่อให้ประชาชนทำตาม ด้งกฎหรือสุบัญญัติโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมชุมชน และเศรษฐกิจสังคมของท้องถิ่นที่มีธรรมชาติแตกต่างกัน จัดว่าเป็น “การเยียวยา” แบบหนึ่ง บันใด 2 ขั้นแรกนี้แท้จริงแล้วถือว่าไม่ได้ให้โอกาสแก่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมแต่อย่างใด (Degree of Non-Participation)

ระดับที่ 2 เรียกว่า การมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี (Degree of Tokenism)

ขั้นที่ 3 คือการให้ข้อมูลข่าวสาร (Informing) หรือการประชาสัมพันธ์โครงการ (Advertising)

ขั้นที่ 4 ประชาชนอยู่ในฐานะผู้ให้คำปรึกษาโครงการ และให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ (Consulting)

ขั้นที่ 5 รัฐเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนบางคนเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในเชิงปรึกษาหารือ แต่ไม่ให้อำนาจในการตัดสินใจ อาร์สไคน์ อธิบายระดับการมีส่วนร่วมแบบนี้ว่า เป็นการมีส่วนร่วมแบบ “แบบพระอันดับ” (Placation) หรือแบบฉาบฉวย

ระดับที่ 3 ถือว่าประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Degree of Real Citizen Power)

ขั้นที่ 6 โดยชุมชนเป็น “ผู้ริเริ่ม/ผู้กระทำ” เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ชุมชนเป็นผู้กำหนดเอง และหน่วยงานภายนอกเป็น “ผู้สนับสนุน” เท่านั้น หรือองค์กรชุมชนได้มีโอกาสได้เข้าเป็นภาคี (Partnership) ในการดำเนินงานร่วมกับรัฐ มีโอกาสได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำงานร่วมกัน โดยทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐต่างก็เคารพในความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ตั้งแต่ระยะกำหนดหาปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การออกแบบทางเลือกในการพัฒนาให้กับชุมชนเพื่อให้ชุมชนสามารถพัฒนา หรือแก้ปัญหของพวกเขาเองได้ หรือแก้ไขปัญหาสภาพในชุมชนของตนเองในแต่ละท้องถิ่นซึ่งแตกต่างกัน

ขั้นที่ 7 เป็นการมอบอำนาจให้ไปดำเนินการ (Delegate) ตามโครงการที่มีพันธสัญญาร่วมกัน เนื่องจากเจ้าหน้าที่รัฐมั่นใจในความสามารถของประชาชนว่ามีความพร้อมที่จะดำเนินการ

ขั้นที่ 8 มีการเปิดโอกาสให้เข้าไปร่วมควบคุมดูแล (Citizen Control) ในฐานะผู้ตรวจสอบ ผู้ร่วมกำหนดนโยบายการดำเนินงานของรัฐในโครงการพัฒนาสุขภาพด้วยว่าสอดคล้อง

คล้อยกกับนโยบายสาธารณะที่กำหนดไว้แต่แรกหรือไม่ ตรวจสอบความโปร่งใสของการดำเนินงาน และดูแลในเรื่องความมีประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของโครงการร่วมกัน การให้โอกาสดังกล่าว ถือว่าประชาชนมีพลังสามารถเข้าไปดูแลควบคุมโครงการพัฒนาสุขภาพอย่างจริงจัง และถือเป็นการมีส่วนร่วม “แบบอุดมคติ”

ตาราง 4 บันได 8 ขั้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน (ดัดแปลงจาก Arnstein 8, 1971)

ระดับการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Degree of Citizen Power)	ประชาชนควบคุม (Control)	-ประชาชนสามารถควบคุมโครงการพัฒนาสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์
	ได้รับมอบอำนาจ (Delegate)	-ประชาชนมีอำนาจตัดสินใจในโครงการเป็นส่วนใหญ่
ระดับการมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี (Degree of Tokenism)	ได้เข้าร่วมเป็นภาคีกับรัฐ (Partnership)	-ประชาชนอยู่ในฐานะหุ้นส่วนและมีส่วนได้เสีย -ประชาชนได้ร่วมคิด ร่วมกำหนดนโยบาย ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำงาน
	เป็นตัวแทนไม่ประดับ (Placation)	-ผู้นำชุมชนบางคนถูกดึงเข้าร่วมโครงการในฐานะตัวแทนแต่เพียงในนาม ไม่มีส่วนร่วมวางแผน ร่วมคิด และร่วมตัดสินใจ
ระดับการไม่มีส่วนร่วม (Degree of Non-Participation)	เป็นผู้ให้คำปรึกษา (Consultation)	-รัฐสอบถามความคิดเห็นจากประชาชนเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ดำเนินโครงการ แต่ไม่ให้ร่วมรับผิดชอบ
	ได้ข่าวสาร (Informing)	-ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ให้ปฏิบัติตามโครงการ
ระดับการไม่มีส่วนร่วม (Degree of Non-Participation)	ได้รับการเยียวยา (Therapy)	-มีการเข้าถึงและสื่อสารทางเดียวเพื่อให้เปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล อาทิ การให้สุศึกษาเป็นกลุ่ม
	ประชาชนถูกเชิด ชักแฉง (Manipulation)	-ประชาชนถูกเกณฑ์แรง ถูกจัดตั้ง ถูกเรียไร ถูกขอร้องให้ทำตาม หรือขอความร่วมมือ

5. การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research – PR)

อมรา พงศาพิชญ์ (2536, 11) ให้ความหมายการวิจัยแบบมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับชุมชน โดยนักวิจัยและชาวบ้านร่วมกันศึกษาลักษณะวิธีการศึกษา ชาวบ้านตั้งคำถาม ช่วยให้ข้อมูลและอยู่ในทีมวิจัยด้วย ลักษณะวิธีการศึกษาเหมือนกับวิธีการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) แต่ยังเน้นการให้ความสำคัญกับข้อมูลและความคิดของชาวบ้าน เป็นลักษณะการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ซึ่งลักษณะการสื่อสารเป็นแบบสองทาง (Two – Way

Communication) และการสัมภาษณ์อยู่ในลักษณะพูดคุยแลกเปลี่ยนที่เรียกว่า “การสนทนาแลกเปลี่ยน” (Dialogue) เป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และชาวบ้านศึกษาภาพชุมชนร่วมกัน

ส่วนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในความหมายของ พันธุ์ทิพย์ งามสูตร (2540, 1) กล่าวว่า การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเป็นกลวิธีที่สนับสนุนความพยายามของบุคคล กลุ่มบุคคลและขบวนการเคลื่อนไหวที่ทำทนายและต่อต้านความไม่เสมอภาคในสังคม และเป็นความพยายามที่จะจัดการเอาโรคเอาเปรียบ โดยการวิจัยแบบมีส่วนร่วมจะแสดงบทบาทของผู้ปลดปล่อยในกระบวนการเรียนรู้ โดยการส่งเสริมพัฒนาการให้เกิดความเข้าใจในปัญหาสังคมอย่างจริงจัง และการเอาชนะปัญหาเหล่านั้น ด้วยเหตุนี้จึงได้มีการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเกิดขึ้น

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมมีลักษณะเด่น คือข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทุกขั้นตอนเป็นสิ่งที่ชุมชนร่วมรับรู้และใช้ประโยชน์ด้วย ชาวบ้านเป็นผู้กำหนดปัญหาของชุมชนและหาสู่ทางการแก้ปัญหา ชาวบ้านเป็นผู้ตัดสินใจและยืนยันเจตนารมณ์ที่จะแก้ไขปัญหาเหล่านั้นกระบวนการวิจัยดำเนินไปในลักษณะของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างชาวบ้านกับผู้วิจัย (Dialogue) ที่เป็นกระบวนการสังเคราะห์ที่มีลักษณะเชิงวิภาษวิธี (Dialectic) ชาวบ้านจะค่อยๆเรียนรู้ด้วยตนเองและพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหาของชุมชน วิธีการวิจัยแบบมีส่วนร่วมนี้ข้อมูลที่ได้จะมีความชัดเจนสะท้อนความคิดอ่านของชาวบ้าน ตลอดจนความต้องการและแบบแผนการดำเนินชีวิตของเขาแต่อาจจะยังนำไปสู่การปฏิบัติ (Action) โดยตรงไม่ได้ทันที (สุรียา วีรวงศ์, 2544, 55)

แนวคิดการพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ A-I-C

ในอดีตได้มีการหาสู่ทางกำหนดรูปแบบและดำเนินงานเพื่อพัฒนาวิถีที่ส่งเสริมและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งความพยายามในการพัฒนาประเทศที่แล้มาแล้วมาโดย “กระบวนการทัศน์เก่า” คือ คิดแบบเก่าที่แยกทำ ตัวใครตัวมัน หรือบางที่เป็นปฏิปักษ์ต่อกันระหว่างผู้ที่ทำงานอยู่ในเรื่องเดียวกัน ผลก็คือ ไม่ประสบผลสำเร็จ ไม่ว่าจะเป็นที่ใดก็ตาม และเป็นเรื่องยากที่จะแก้ไข (คณะกรรมการร่วมภาครัฐบาลและเอกชนเพื่อแก้ไขปัญหาสังคม, 2537, 2-4) มีนักวิชาการที่ทำการวิจัยในเรื่องการพัฒนามาเป็นจำนวนมากกล่าวไว้ว่า “การพัฒนาจะไม่สำเร็จโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert) เข้าไปดูปัญหา และผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้บอกปัญหาและทำการแก้ปัญหา” เพราะปัญหาสังคมไม่สามารถแก้ไขได้โดยความรู้ทางวิชาการอย่างเดียว จะต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันแบบปฏิสัมพันธ์จากการกระทำ (Interactive Learning Through Action) นั่นคือ การเรียนรู้วิชาเพียงอย่างเดียวจะไม่เพียงพอที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาได้สำเร็จ การพัฒนาเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนซับซ้อนและเข้าใจได้

ยากจึงจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้จาก “การกระทำ” เมื่อมีการกระทำ ความ “รู้จริง” จึงจะเกิดเป็นความรู้เกี่ยวกับโลกของความเป็นจริง ไม่ใช่ทฤษฎี หรือจินตนาการ และเป็นการเรียนรู้ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

“กระบวนการทัศน์ใหม่ในการพัฒนา” เป็นกระบวนการความคิดที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย โดยเฉพาะความร่วมมือ “เบญจภาคี” ซึ่งได้แก่ องค์กรประชาชน ภาครัฐบาล ภาคธุรกิจ องค์กรเอกชน และนักวิชาการ เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาเพื่อเสริมพลังของแต่ละฝ่ายให้แข็งแกร่งยิ่งขึ้น โดยการคิดและเรียนรู้ร่วมกันอย่างมีปฏิสัมพันธ์โดยการปฏิบัติอย่างจริงจัง ซึ่งทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันปฏิบัติบนรากฐานของความรัก ความเมตตา โดยไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อกัน

1. ความเป็นมาของกระบวนการ A-I-C

การกำหนดรูปแบบและวิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนมีวิธีดำเนินงานได้หลากหลาย แต่ในการวิจัยครั้งนี้จะเสนอเทคนิคการระดมความคิดในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาตามกระบวนการ A-I-C ได้มีผู้ศึกษาและทดลองปฏิบัติจริงในภาคสนามหลายครั้ง ซึ่งวิธีการนี้อาจเป็นเครื่องมือที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาชุมชน โดยกระบวนการนี้น่าจะเหมาะสมกับพื้นฐานของสังคมไทย เพราะหลักปรัชญาของกระบวนการเป็นหลักการที่สอดคล้องกับค่านิยมของไทยและมีพื้นฐานมาจากวัฒนธรรมของคนในเอเชีย (อรพินท์ สฟโชคชัย, 2538, 11)

A-I-C ย่อมาจาก Appreciation, Influence และ Control เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากแนวคิดของสถาบันเอกชน ชื่อ Organization for Development : an International Institute (ODII) ตั้งขึ้นโดย ทูริด ซาโต้ และ วิลเลียม อี สมิท (MS. Turid and DR. William E. Smith) กระบวนการนี้ได้นำมาทดลองและเผยแพร่ในประเทศไทยโดยสถาบัน ODII ร่วมกับสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย (TDRI) และสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (PDA) (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2543, 91)

กระบวนการ A-I-C เป็นกระบวนการที่มีศักยภาพในการสร้างพลังและกระตุ้นการยอมรับของชาวบ้านให้ร่วมพัฒนาชุมชนและยังมีศักยภาพที่จะขยายผลได้ กระบวนการ A-I-C ที่นำมาประยุกต์สำหรับการประชุมระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน คือ เทคนิคการระดมความคิดที่ให้ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานของความเท่าเทียมกัน เป็นกระบวนการที่นำเอาคนเป็นศูนย์กลาง โดยที่คนเป็นผู้ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน (Village Stakeholders) มาคิดมาทำงานร่วมกันในรูปของการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อระดมความคิดในการวางแผนพัฒนาหมู่บ้าน และเป็นการสร้างแนวทางการพัฒนาหมู่บ้าน โดยพลังประชาชน (อรพินท์ สฟโชคชัย, 2538, 12-15)

2. ขั้นตอนการระดมความคิดตามกระบวนการ A-I-C

กระบวนการ A-I-C เป็นเทคนิคที่ง่ายและสามารถนำมาประยุกต์ให้เหมาะสำหรับการวางแผนพัฒนาหมู่บ้านและการกำหนดแผนปฏิบัติ นอกจากนี้กระบวนการ A-I-C ยังสามารถใช้

เป็นเครื่องมือในการระดมความคิดเห็นและมีขั้นตอนวิธีการที่จะรวบรวมความคิดเห็นและความต้องการไว้ในแผนได้ เพราะในส่วนรายละเอียดของกระบวนการมีเทคนิควิธีการประชุมระดมความคิดเห็นที่เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมระดมความคิดเห็นได้มีส่วนร่วมอย่างเป็นประชาธิปไตย มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งทำให้เข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการ และศักยภาพของผู้ที่ร่วมระดมความคิดเห็นทุกคน โดยทั่วไปวิธีการระดมความคิดเห็นตามกระบวนการ A-I-C แบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 เป็นขั้นตอนการสร้างความรู้ความเข้าใจในสภาพของหมู่บ้าน

(Appreciation หรือ A)

เป็นขั้นตอนที่สร้างการรับรู้ การเรียนรู้ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข้อเท็จจริงจาก มุมมอง ความคิดเห็น และประสบการณ์ของบุคคลต่างๆที่เข้าร่วมประชุม วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้เน้นการสร้างการยอมรับและความเข้าใจ โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นและรับฟังความคิดเห็น พร้อมทั้งหาข้อสรุปที่ทุกคนเข้าใจและยอมรับร่วมกันอย่างเป็นประชาธิปไตย หัวใจของการเปิดโอกาสให้มีการสื่อสารระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมอย่างเสรีจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจสถานการณ์มากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดการปรับทัศนคติและเจตคติ (Paradigm Shift) และจุดเด่นของขั้นตอนอยู่ที่การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกโดยไม่มีภาวะวิพากษ์ หรือการต่อต้าน สำหรับการประชุมในขั้น Appreciation แบ่งเป็น 2 ช่วงคือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของหมู่บ้านในปัจจุบัน (A_1) และ 2) การกำหนดอนาคตของหมู่บ้านว่าต้องการให้เกิดการพัฒนาไปในทิศทางใด (A_2)

2.2 ขั้นตอนการสร้างแนวทางพัฒนา (Influence หรือ I)

เป็นขั้นตอนที่สมาชิกได้มีโอกาสคิดแนวทางในการพัฒนาร่วมกัน โดยสมาชิกทุกคนจะร่วมกันคิดหาวิธีการ หรือ โครงการ/กิจกรรมที่จะนำไปสู่ความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ในช่วง (A_2) ในการกำหนด โครงการ/กิจกรรมผู้เข้าร่วมระดมความคิดเห็นทั้งหมดจะต้องช่วยกันคิดวิเคราะห์ร่วมกันว่าโครงการ/กิจกรรมใดบ้างที่มีความสำคัญเหมาะสม และเป็นประโยชน์ต่อชุมชนมากที่สุด และที่สำคัญต้องเป็น โครงการ/กิจกรรมที่เป็นที่ยอมรับของบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชนด้วยการประชุมแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ 1) การคิด โครงการ/กิจกรรมที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์ (I_1) 2) การคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญของโครงการ/กิจกรรม (I_2) โดยแยกออกเป็น 3 ประเภท คือ โครงการ/กิจกรรมที่ชาวบ้านทำเอง โครงการ/กิจกรรมที่ชาวบ้านทำเองบางส่วนและขอความช่วยเหลือจากแหล่งทุนภายนอก และโครงการ/กิจกรรมที่สามารถขอจากภาครัฐโดยผ่านตำบล (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2543, 92-93)

2.3 ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control หรือ C)

เป็นการนำเอาแนวคิดในการพัฒนามาวางแผนปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม โดยการนำเอาโครงการ/กิจกรรมต่างๆที่เข้าร่วมตกลงและยอมรับมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติอย่างละเอียดเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้ดำเนินงานซึ่งจะรับผิดชอบต่อโครงการ/กิจกรรม ขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่ 1) การแบ่งกลุ่มรับผิดชอบ (C₁) 2) การตกลงรายละเอียดในการดำเนินงาน (C₂)

โดยสรุปกระบวนการ A-I-C เป็นเทคนิคที่ระดมความคิดเห็นของประชาชนในชุมชนเพื่อช่วยกันวางแผนการพัฒนาชุมชน ซึ่งเป็นเทคนิคหนึ่งที่มีศักยภาพในการสร้างพลังและกระตุ้นการยอมรับของชาวบ้านให้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิด การวางแผนเพื่อการพัฒนาชุมชนของตนเอง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

1. แนวคิดและความสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นงานวิจัยที่ถูกจัดประเภทให้เป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนา หรือการวิจัยและการพัฒนา (กรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ, 2538, 10) ซึ่งถ้าแปลจากคำภาษาอังกฤษว่า Research and Development จะเห็นได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นผลที่เกิดขึ้นจากแนวคิดใหม่ของการพัฒนาที่พยายามจะแก้ไขปรับปรุงรูปแบบการพัฒนารวมทั้งรูปแบบการวิจัยมาเป็นการพัฒนาในลักษณะให้ประชาชน ชาวบ้านเป็นศูนย์กลางของการดำเนินงาน เป็นลักษณะจากล่างขึ้นบน (Bottom – up Approach)

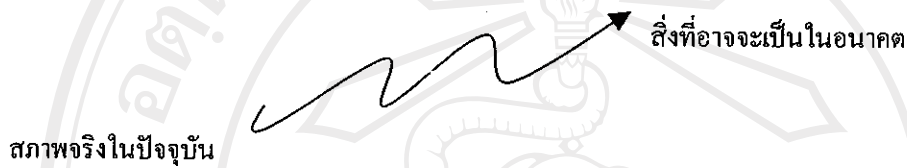
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัย นับตั้งแต่ระบุปัญหาการดำเนินงาน การติดตามผล จนถึงขั้นประเมินผล ปฏิบัติการ (Action) หมายถึง กิจกรรมที่โครงการวิจัยต้องดำเนินการ อาจเป็นเรื่องพัฒนาแหล่งน้ำ พลังงาน หรือภาวะโภชนาการ ฯลฯ ส่วนใหญ่แล้วมักเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านใดด้านหนึ่ง การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของทุกฝ่ายที่ร่วมกิจกรรมวิจัยในการวิเคราะห์สภาพปัญหา หรือสถานการณ์อันใดอันหนึ่ง แล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการจนสิ้นสุดการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ การนำแนวคิด 2 ประการมาผสมผสานกัน (สุภางค์ จันทวานิช, 2543, 67-68)

ดังนั้น PAR จึงนับเป็นกระบวนการประชาธิปไตยหลังจากที่ประชาชนได้เรียนรู้กระบวนการวิจัยด้วยตนเอง และใช้ความรู้ที่ได้จากการวิจัยนั้น ไปใช้เพื่อเปลี่ยนสภาพสังคมของตนโดยผ่านกระบวนการ 3 อย่าง คือการสำรวจและศึกษาสังคม (Social Education) และมีการปฏิบัติเพื่อให้

เกิดการนำความรู้ไปจัดการเปลี่ยนแปลงสังคม (Social Action) เพื่อจะปรับปรุงสภาวะชีวิตความเป็นอยู่ตลอดจนสภาพโครงสร้างและความสัมพันธ์พื้นฐานในสังคมของคนด้วย (สุริยา วีรวงศ์, 2544, 56)

จะเห็นได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมผู้วิจัยนั้นจะต้องมีแนวคิดพื้นฐานสำคัญดังต่อไปนี้ (กรมการศึกษาออกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ, 2538, 11-12)

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการพลวัตและมีชีวิต กล่าวคือ เป็นเรื่องที่ไม่ได้หยุดนิ่งอยู่กับที่ การวิจัยจะเริ่มต้นจากสถานการณ์ที่เป็นจริงทำการค้นหาว่าปัญหาคืออะไร มีสาเหตุมาจากอะไรสืบเนื่องจากสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม หรือว่าความเชื่อ ต่อจากนั้นจึงมุ่งไปยังจุดที่ควรจะเป็นไปได้ในอนาคตซึ่งไม่สามารถทำนายได้



เมื่อเป็นเช่นนี้แล้ว ในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงมีลักษณะสำคัญดังนี้

- 1.1 ยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้
- 1.2 ไม่สามารถกำหนดเวลาที่แน่นอนได้
- 1.3 ไม่มีการกำหนดกิจกรรม (โดยเฉพาะปัญหาและแนวทางแก้ไข

ปัญหา) ล่วงหน้า

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการจะประสบผลสำเร็จได้เมื่อผู้วิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความเชื่อว่า

2.1 คนทุกคนมีศักยภาพความสามารถในการคิดการทำงานร่วมกันเพื่อคุณภาพของชีวิตที่ดีขึ้น

2.2 ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสำคัญเช่นเดียวกับภูมิปัญญาของผู้วิจัย นักวิชาการ หรือนักพัฒนา

2.3 ทุกสิ่งทุกอย่างในชุมชนทั้งเรื่องของความรู้ความชำนาญ ทรัพยากรที่มีอยู่ และที่จะหามาได้ในอนาคตจะต้องได้รับการจัดสรรอย่างเท่าเทียมกัน

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะต้องเริ่มจากความรู้สึกร่วมกันของบุคคลที่มีต่อปัญหา หรือความต้องการของชุมชน จากนั้นนำไปสู่การสร้างความเข้าใจ และการกระทำที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในตนเองและชุมชน ทั้งในด้านมิติแห่งปัญญา จิตใจและกายภาพ

4. กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และไม่สิ้นสุดใน 1 วงจร แต่เป็นเพียงการเริ่มเพื่อนำไปสู่วงจรใหม่ ซึ่งเป็นวงจรที่ประกอบด้วย การแสวงหาความรู้และการกระทำ วงจรนี้จะคงอยู่และดำเนินต่อไปตราบเท่าที่ประชาชน ชาวบ้าน สมาชิกของชุมชน ยังสามารถรวมกลุ่มกันอยู่ได้

กิจกรรมและขั้นตอนในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) มีการประยุกต์ข้อมูลที่ศึกษาได้เพื่อหาทางแก้ปัญหาและทำกิจกรรมไปพร้อมๆ กัน พอสรุปขั้นตอนสำคัญได้ดังนี้ (อนุรักษ์ ปัญญาวิวัฒน์, 2544, 1/9 -1/13)

1. การพิจารณาหาปัญหา โดยเปิดโอกาสให้ใช้ภูมิปัญญาของกลุ่มบุคคลต่างๆ ที่มีมุมมองและวิธีการวิเคราะห์ปัญหาต่างกัน โดยอาศัยความเข้าใจในคุณค่า ค่านิยม วัฒนธรรม และบรรทัดฐานในการประพฤติ ปฏิบัติของชาวบ้าน หรือกลุ่มเป้าหมาย อาจจะโดยวิธีการอภิปรายกลุ่ม การทัศนศึกษา การเยี่ยมชมดูงานต่างพื้นที่ การปรึกษาหารือกับผู้ชำนาญการ การทดสอบ การทดลอง ตลอดจนการศึกษาจากสื่อประเภทต่างๆ เช่น เอกสาร คน สถานการณ์ สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี และวีดิทัศน์ เป็นต้น

2. การจัดกลุ่มและประเภทของปัญหา เช่น ด้านอาชีพ ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม การศึกษา หรืออาจจะแบ่งประเด็นย่อยออกไปอีกก็ได้ แต่ต้องมีความเชื่อมโยงกับประเด็นใหญ่

3. การเลือกวิธีการและออกแบบการวิจัย โดยเลือกปัญหา และวิธีการวิจัยที่เหมาะสม ผ่านการใช้กระบวนการกลุ่มแบบไม่ชี้นำ และให้กลุ่มเป้าหมายหรือชาวบ้านมีส่วนในการออกแบบการวิจัย โดยเฉพาะเครื่องมือวิจัยในรูปแบบ แบบสอบถาม ประเด็นการอภิปรายกลุ่ม ประเด็นการสังเกต หรือสัมภาษณ์ เป็นต้น ผู้วิจัยต้องพยายามทำความเข้าใจกับวิธีการวางแผนแบบพื้นบ้าน หรือวิธีการที่กลุ่มเป้าหมาย หรือชาวบ้านใช้กันอยู่โดยไม่ให้เกิดความแปลกแยก (Alienation) ซึ่งจะนำไปสู่การเตรียมแผนปฏิบัติการที่มีบทบาทของนักวิจัย และกลุ่มเป้าหมายชัดเจน

4. การจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลหลังจากมีการทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือวิจัยในสนามแล้วก็มีดำเนินการดังนี้

4.1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน โดยอาศัยความร่วมมือ และเรียนรู้กันระหว่างชาวบ้านกับนักวิจัย ซึ่งเป็นการสร้างความตระหนัก และเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Transformation)

4.2 การศึกษาสถานการณ์ที่คาดหวังภายใต้ประเด็นที่กำหนดไว้ในกรณีนี้ ผู้วิจัยควรเข้าใจว่าข้อมูลแต่ละเรื่องสามารถพิจารณาได้หลายมุมมอง การด่วนสรุปอาจจะทำให้เกิดความผิดพลาด ฉะนั้นจำเป็นต้องมีใจกว้าง และอดทนต่อการเรียนรู้ของชาวบ้านในการศึกษาสถานการณ์ดังกล่าว

5. การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสภาพปัจจุบัน และที่คาดหวังจำเป็นต้องอาศัย ข้อมูลหลากหลาย และการคัดเลือกข้อมูลที่เหมาะสม กลุ่มเป้าหมายต้องใช้ความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์ และอาจจะต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมขึ้นอีก และ PAR จะก่อให้เกิดมิติใหม่ที่มีจะไม่มีการวิจัยทางวิชาการทั่วไปโดยเปรียบเทียบในตาราง ดังนี้

ตาราง 5 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อมูลในแบบวิชาการและแบบ PAR

แบบวิชาการ	แบบ PAR
- อาศัยข้อเรื่อง	- อาศัยกระบวนการ
- ผู้วิจัย	- ผู้ร่วมการวิจัย (รวมผู้ถูกวิจัย)
- พิสูจน์สมมติฐาน	- การร่วมกันหาสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลายเป็นความต้องการแก้ปัญหา อุปสรรค และข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์แล้ว สำหรับประกอบการตัดสินใจกำหนดแนวทางดำเนินงานต่อไป

6. การรายงานและนำเสนอ อาจเป็นรูปเอกสารการประชุมชี้แจง แผนภูมิ ฝาผนัง หรือ แม้แต่การออกรายการวิทยุในชุมชน เพื่อให้ทุกคนในชุมชนที่จะได้รับผลกระทบจากโครงการ ได้มีส่วนร่วมรับรู้ และวิเคราะห์หรือวิจารณ์ต่อเนื่อง

7. การวางแผนอย่างมีส่วนร่วม หลังจากการนำเสนอผลการวิจัยแล้ว กลุ่มวิจัย PAR จำเป็นต้องมีความสอดคล้องกันเพื่อนำไปสู่การวางแผนงานอย่างมีส่วนร่วมอันประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ

7.1 การจำแนกปัญหา

7.2 กำหนดจุดประสงค์และเป้าหมายอาจจะเป็นทั้งด้าน

ปริมาณและคุณภาพ

7.3 กำหนดทรัพยากร และวางแผนงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้

7.4 เตรียมแผนปฏิบัติงาน ทั้งด้านกลุ่มเป้าหมาย เวลา สถานที่

เทคนิคกระบวนการและขั้นตอนของงานธุรการและวิชาการ

7.5 วางแผนงบประมาณ

8. การจัดการและดำเนินการ โดยช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีทักษะในการจัดการและจะเกิดการตื่นตัว มีความตระหนักและติดตามงานอย่างใกล้ชิด และมีโอกาสในการเพิ่มศักยภาพในการคิดริเริ่มสร้างสรรค์งานอื่นๆ และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี ดังนั้นกลุ่มเป้าหมาย

8.1 ต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

8.2 มีแรงบันดาลใจ ความสามารถ และความพร้อมที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และยอมรับการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ

8.3 ลดแรงต่อต้านหรือไม่มีแรงต่อต้านต่อสิ่งที่กลุ่มเป้าหมายได้ตัดสินใจ และมีส่วนร่วมดำเนินการที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของเขา การจัดการ และการดำเนินการ กิจกรรมที่กำหนดไว้จะมี 6 ขั้นตอน คือ

8.3.1 ศึกษาแผน และเตรียมขั้นตอนปฏิบัติ

8.3.2 ดำเนินการในภาคปฏิบัติ

8.3.3 ติดตามและทบทวนการปฏิบัติงาน

8.3.4 แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน

8.3.5 จัดการผลผลิตและแบ่งสรรผลประโยชน์

8.3.6 ประเมินผลและรายงานต่อผู้เกี่ยวข้อง

9. การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมที่กลุ่มเป้าหมายมีส่วนที่จะให้ ข้อมูลย้อนกลับอย่างต่อเนื่องว่ากิจกรรมนั้นๆ เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยครอบคลุมทุกกระบวนการ เช่น กระบวนการทำงาน กิจกรรมของผู้เกี่ยวข้อง ความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพปัจจัยป้อนที่ใช้และจำเป็น ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ ผลลัพธ์ที่ได้ และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้เกี่ยวข้องด้านต่างๆ และแม้แต่ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองและธรรมชาติ ทั้งนี้การติดตามและประเมินผลแบบมีส่วนร่วมมักมี 5 ขั้นตอนคือ

9.1 กำหนดจัดระบบและลำดับความสำคัญของเรื่องที่จะติดตามและประเมินผล

9.2 สร้างตัวชี้วัดที่บอกถึงความเปลี่ยนแปลงตามจุดประสงค์ของโครงการ เช่น ตัวชี้วัดทางสังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ เป็นต้น

9.3 สร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผลและการแบ่งความรับผิดชอบ

9.4 การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลโดยให้โอกาสอย่างเต็มที่แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีส่วนร่วมในกระบวนการต่างๆ

9.5 การรายงานและเผยแพร่

สรุปแล้ว PAR เป็นการวิจัยที่ได้ให้โอกาสแก่กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์หาทางเลือก ตัดสินใจ และดำเนินการแก้ไขปัญหามาที่เลือกไว้

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์ดังนี้ (สุคนธ์ เกรื่อน้ำคำ และคณะ, 2543, 239)

2.1 เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนท้องถิ่นแต่ละแห่งเข้ามาร่วมกันศึกษากันว่าหาข้อมูล ตลอดจนประเด็นปัญหาเชิงพัฒนา และวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาของชุมชนของตนมิใช่รอคอยนักวิจัยและนักพัฒนาจากภายนอกมาดำเนินงานให้ตน

2.2 เพื่อให้ได้ข้อมูลความจริงตามที่เป็นจริง และแนวทางพัฒนาที่เหมาะสม และมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาชุมชนนั้นๆ ทั้งนี้เพราะประชาชนในท้องถิ่นซึ่งสัมผัสกับบริบทของท้องถิ่นของตนเองมาตลอดย่อมรู้จักสภาพท้องถิ่นของตนเองดีกว่าบุคคลภายนอก

2.3 เพื่อให้มีการขับเคลื่อน (Mobilization) มวลสมาชิกเข้าด้วยกันเป็นกระบวนการของผู้ที่มีความรับผิดชอบร่วมกัน เรียนรู้ได้ด้วยกันและแก้ปัญหาได้ด้วยกัน

3. รูปแบบของการมีส่วนร่วม

PAR อาจมีรูปแบบของการมีส่วนร่วมแบบหนึ่งแบบใดคือ

3.1 มีนักวิจัยจากภายนอกเป็นนักวิจัยหลัก (Principal Researcher) ในระยะแรกๆ หรือวงรอบแรกๆ ของกระบวนการ PAR โดยมีประชาชนในท้องถิ่นเข้ามาเป็นนักวิจัยร่วมจนกระทั่งถึงระยะหนึ่งหรือวงรอบหลังๆ จึงค่อยถ่ายโอนความรับผิดชอบของบทบาทผู้นำของนักวิจัยหลักภายนอก ไปยังสมาชิก โดยอาจจะมียกวิจัยหลักหรืออาจไม่มีก็ได้

3.2 ไม่มีนักวิจัยหลักจากภายนอก แต่อาจมีผู้ให้คำปรึกษาจากภายนอกผู้เดียวหรือเป็นคณะผู้ให้คำปรึกษาก็ได้และมีสมาชิกผู้ร่วมวิจัยในท้องถิ่นนั้นเองจัดรูปองค์กรคณะผู้วิจัยขึ้นเองตามที่เหมาะสมกับปัญหาเชิงพัฒนา (Development Problem) ที่ต้องการจะแก้ไขของชุมชนท้องถิ่น

3.3 รูปแบบอื่นๆ ที่ดัดแปลง หรือประยุกต์ไปจากรูปแบบทั้งสองที่กล่าวแล้วข้างต้น เช่น ไม่เรียกว่านักวิจัยหลักจากภายนอกและไม่เรียกว่าผู้ให้คำปรึกษา แต่อาจเรียกว่า ผู้อำนวยกระบวนการ (Facilitator) เป็นต้น

4. วิธีดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วิธีดำเนินการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรือ PAR นั้นมีกิจกรรมที่แตกต่างกันอยู่สองจุด คือ (สุคนธ์ เกรื่อน้ำคำ และคณะ, 2543, 343-344)

4.1 กิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือ PAR ของผู้ประสานงาน หรือผู้อำนวย
การวิจัย

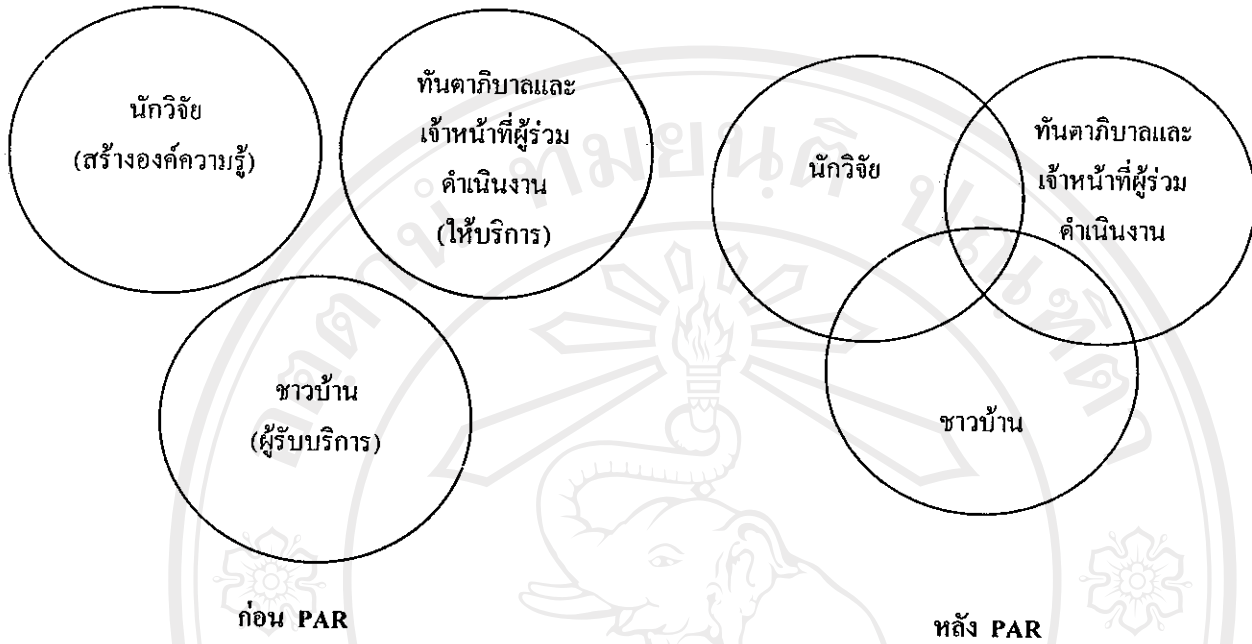
4.2 กิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือ PAR ของชุมชน

กิจกรรมของผู้ประสานงานการวิจัยนั่นก็คือ กิจกรรมการแสวงหาความรู้ของนักวิจัย ปฏิบัติการ โครงการ PAR แต่ละคนในชุมชนใดชุมชนหนึ่ง จุดมุ่งหมายที่สำคัญของนักวิจัยคือ การสร้างรูปแบบ PAR ที่มีประสิทธิภาพ เป็นไปตามหลักการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ และสามารถที่จะเผยแพร่บทบาทต่อสังคมได้ในรูปแบบของ PAR ที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องเป็นรูปแบบที่สามารถแก้ปัญหาของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สิ้นเปลืองเงินทอง กำลังงานและเวลาไม่มากนัก แต่ในเวลาเดียวกันก็ได้รับผลตอบแทนสูง

5. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมี 3 ฝ่ายคือ ชาวบ้าน นักวิจัย และนักพัฒนา ซึ่งชาวบ้านเป็นตัวแทนของชุมชน และผู้วิจัยถือว่าชาวบ้านเป็นผู้ที่รู้ดีเท่ากับนักวิจัยหรือนักพัฒนา ในการกำหนดปัญหาและการเลือกปฏิบัติการใดๆที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต นักวิจัยเป็นตัวแทนของนักวิชาการที่สนใจเรื่องการพัฒนา ส่วนนักพัฒนาเป็นตัวแทนของฝ่ายรัฐบาลหรือองค์กรพัฒนาเอกชน สองฝ่ายหลังนี้นับรวมๆ กันเป็นคนนอกชุมชน ส่วนชาวบ้านเป็นฝ่ายคนในชุมชน อย่างไรก็ตามทั้งสามฝ่ายนี้ควรมีบทบาทเท่าเทียมกัน ในการร่วมกำหนดปัญหาและเลือกแนวทางปฏิบัติการ ซึ่งในการวิจัยจะเป็นการผสมผสานกันระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีและระเบียบวิธีของนักวิจัย เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนักพัฒนา รวมทั้งความต้องการกับความรอบรู้ของชาวบ้านในการมองปัญหาแต่ละฝ่ายจะมีวิธีการมองและโลกทัศน์ที่แตกต่างกันไปตามกรอบแนวคิดที่ตนยึดถือ แต่เมื่อได้มีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมแล้วจะช่วยให้ทั้ง 3 ฝ่ายมีโลกทัศน์ร่วมและมีความเข้าใจร่วมกันในเรื่องการพัฒนา ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญและเป็นจุดเริ่มต้นในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในงานวิจัยนี้ความสัมพันธ์ของ 3 ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

ภาพ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัย ทันตภิบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ร่วมดำเนินงาน ชาวบ้านก่อนและหลังการวิจัยแบบ PAR



แนวคิดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care)

ในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ระบบบริการระดับปฐมภูมิเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีความสำคัญมาก เพราะเชื่อว่าจะเป็นระบบที่สร้างสุขภาพแก่ประชาชน (ประคิม สุจฉายา และคณะ, 2545, 2) และจากกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบบริการสุขภาพอย่างรุนแรง ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือ Primary Care ได้กลายเป็นด่านหน้าของยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพครั้งใหม่ นี้ โดยมีศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit) ที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545, 1)

จากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้กล่าวถึงสิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่พึงจะได้รับจากการบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาค ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยหลักการสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 และมาตรา 82 ดังนี้ (กองการพยาบาล, 2545, 1-2)

มาตรา 52 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึง

และมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า และทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

มาตรา 82 “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

ดังนั้นนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนสำหรับการสร้างความเสมอภาคในการได้รับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้สถานพยาบาลทุกแห่งจัดบริการระดับปฐมภูมิให้ครอบคลุมประชากรในเขตพื้นที่ การเปลี่ยนนโยบายไปสู่การปฏิบัติจึงเป็นภารกิจหลักและหน้าที่ที่สำคัญของทุกคนทั้งระดับผู้บริหารและระดับผู้ปฏิบัติที่จะต้องเร่งรัดดำเนินการขยายบทบาท ขอบเขต หน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างครอบคลุม ครบถ้วนและได้มาตรฐาน ด้วยการเตรียมความพร้อมและปรับตัวเพื่อรองรับการดำเนินงานส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวกให้เกิดระบบ และ/หรือกระบวนการที่เอื้อ และเกื้อกูลให้การดำเนินงานดังกล่าวบรรลุเป้าหมาย

2. แนวคิดการพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

โดยทั่วไปแล้วโครงสร้างการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแยกออกเป็น 2 ระดับ คือระดับ Primary Care และ Secondary Care ซึ่งบทบาทหน้าที่ในการให้บริการแต่ละระดับจะแตกต่างกันดังนี้ (ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, 2542, 65)

Primary Care เป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านแรก (First Contact Care) ที่เน้นคุณภาพการให้บริการเชิงสังคมควบคู่ไปกับเชิงเทคนิคบริการ กล่าวคือ นอกจากผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถด้านการรักษาพยาบาลแล้วยังต้องมีความรู้ ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับประชาชนและชุมชน ได้ดีด้วย จนทำให้บริการมีความต่อเนื่อง (Continuity) ผสมผสาน (Integrated) และมีลักษณะองค์รวม (Holistic) บริการปฐมภูมิ (Primary Care) ภายใต้แนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งมุ่งเน้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ฟังตนเองได้ สามารถเข้าถึงบริการและยอมรับได้ทั้งในด้านสังคมและเศรษฐกิจระบุว่า บริการปฐมภูมิ หรือ Primary Care มิใช่บริการรักษาพยาบาลที่เป็นการคัดกรองโรคเบื้องต้น แต่เป็นบริการผสมผสานที่อยู่ใกล้บ้าน ที่ทำงาน ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับประชาชนในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการ (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพ ชุมชน, 2545)

ดังนั้นคำจำกัดความของ “บริการปฐมภูมิ” จึงหมายถึง การให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข โดยประยุกต์ความรู้ทั้งด้านการแพทย์ จิตวิทยาและสังคมศาสตร์ ในลักษณะที่ผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่าง

ต่อเนื่องให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองได้ในยามที่เจ็บป่วย หรืออาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า Primary Care มีบทบาท ดังนี้ (ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, 2542, 66)

1. เป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าสู่บริการสาธารณสุขของผู้ป่วย
2. การบริการต้องมีความต่อเนื่องทั้งตอนป่วยและตอนไม่ป่วย
3. การบริการมีลักษณะองค์รวม ใช้ความรู้ความสามารถในหลายสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง
4. มีความเชื่อมโยงและประสานกับการให้บริการสาธารณสุขในระดับสูงขึ้นตามความจำเป็นของผู้ป่วย
5. มีความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องในปัญหาของผู้ป่วยและชุมชนตลอดชีวิตของผู้ป่วย

Secondary Care เป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความสามารถทางด้านเทคโนโลยีเป็นหลัก เป็นการให้บริการเฉพาะทาง เฉพาะโรค ความสัมพันธ์กับชุมชนจึงมีน้อย บริการเช่นนี้จะมีเฉพาะในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ อาจกล่าวได้ว่าการให้บริการสาธารณสุขในระดับ Secondary Care ในประเทศไทยนั้นได้รับการพัฒนามาถึงจุดที่น่าพอใจในระดับหนึ่งแล้ว ทั้งนี้เพราะการพัฒนาด้านเทคโนโลยีเป็นรูปธรรมที่เห็นได้ชัดเจน แต่การพัฒนา Primary Care ซึ่งจากปรัชญาที่กล่าวว่า “เป็นบริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจมุ่งที่การสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดีเพื่อให้ประชาชนดูแลตนเองได้ โดยการสนับสนุนจากทีมสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถ พร้อมทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมปฏิบัติการกับชุมชน เพื่อสร้างศักยภาพชุมชนในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและมีคุณภาพที่ดี” ก่อนข้างจะเป็นนามธรรม นอกจากนั้นการให้บริการสาธารณสุขของประเทศไทยไม่มีการแยกระดับของการให้บริการอย่างชัดเจน ลักษณะการให้บริการในระดับ Primary Care และ Secondary Care นั้นมีความซ้ำซ้อนคือเน้นการใช้เทคโนโลยีในการรักษาโรคทั้งสองระดับ แทนที่ในระดับ Primary Care ควรเน้นในเรื่อง Community Oriented และในระดับ Secondary Care นั้นควรเน้นเรื่อง Technology Oriented (ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, 2542, 66-67)

3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการบริการปฐมภูมิ

บริการปฐมภูมิมิแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชน, 2545)

3.1 **องค์รวม** หรือ Holistic หรือ Wholism มาจากรากศัพท์ภาษากรีกที่ว่า Holos ซึ่งหมายถึง ความเป็นจริงหรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของสรรพสิ่ง มีเอกลักษณ์และเอกภาพที่มีอาจแบ่งแยกเป็นส่วนย่อยได้ คำนี้ถูกนำมาใช้ในสถานการณ์ต่างๆและในศาสตร์สาขาต่างๆโดยมุ่งหวังให้เกิดการมองเป้าหมายที่กว้างขวางรอบด้าน สำหรับระบบสุขภาพ สาธารณสุขหรือแนวคิดหลักขององค์รวมมีจุดรวม ดังนี้

3.1.1 องค์รวมเกิดจากความเข้าใจความหมายของสุขภาพว่า เป็น สุขภาวะที่สมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

3.1.2 องค์รวมเกิดจากการพิจารณาปัจจัยองค์ประกอบที่กระทบต่อ สุขภาพอย่างรอบด้าน ได้แก่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

3.1.3 องค์รวมในมุมมองที่เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพทั้งด้านการรักษา โรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

3.1.4 องค์รวมในลักษณะที่เชื่อมความสัมพันธ์ของการบริการในแต่ละ ระดับ และเชื่อมกับระบบอื่นๆที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ

ส่วนคำว่า “การจัดการบริการอย่างเป็นองค์รวม” หรือ Holistic Care มีความหมาย เป็นเพียงส่วนหนึ่งของแนวคิด “องค์รวม” คือหมายถึง การดูแลแบบเชื่อมมิติของความเป็น “คน” ในทุกด้านที่เกี่ยวข้องโดยอาศัยความสัมพันธ์แบบเข้าอกเข้าใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และ ประสานเชื่อมโยงกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

3.2 **ความต่อเนื่อง** ความต่อเนื่องของบริการสุขภาพมี 3 ลักษณะ

3.2.1 การดูแลต่อเนื่องก่อนปัญหาสุขภาพ

3.2.2 การดูแลต่อเนื่องเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นจนกระทั่งปัญหาสิ้นสุด

3.2.3 การดูแลต่อเนื่องระหว่างปัญหา หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ความพยายามในการนำแนวคิดเรื่องความต่อเนื่อง ไปประยุกต์ใช้กับบริการสุขภาพ เช่น พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้เป็นฐานข้อมูลที่ประกอบด้วยข้อมูลที่จำเป็นในการติดตามดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้ตั้งแต่เกิดจนตาย การพัฒนาทีมสุขภาพให้มีลักษณะเป็นเจ้าของและมีความเป็นประจำในการดูแล โดยมีเป้าหมายที่ความต่อเนื่องของการให้บริการ

3.3 **ความเสมอภาค** ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ คือการบริการที่ ประชาชนซึ่งมีความจำเป็นที่เท่ากัน หวังได้รับอย่างเท่าเทียมกัน การพัฒนาบริการสุขภาพให้เกิดมิติของการบริการที่มีความเสมอภาคนั้นสามารถทำได้โดย

3.3.1 ด้านบริการ จัดให้มีบริการพื้นฐานตามความจำเป็นของประชาชนอย่างครอบคลุมทั่วถึง ให้มีลักษณะเป็นทางเลือกที่หลากหลาย จัดให้มีระบบประกันคุณภาพเพื่อให้บริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน

3.3.2 ภาคประชาชน จัดให้มีระบบการประกันสิทธิประโยชน์ของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พร้อมทั้งพัฒนากลไกการจ่ายเงินให้ยืดหยุ่นเหมาะสม พอดีกับความสามารถในการจ่ายของประชาชน

3.4 การมีส่วนร่วมของประชาชน การมีส่วนร่วม หมายถึงการร่วมมือร่วมใจ การประสานงาน ความรับผิดชอบ หรืออาจหมายถึง การทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจซึ่งความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในเรื่องสุขภาพ ได้แก่

3.4.1 สุขภาพเป็นสิทธิของประชาชน สิทธิที่จะเป็นผู้เลือกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยบทบาทของรัฐคือ การสนับสนุน ส่งเสริม สร้างโอกาส ไม่ใช่การบังคับหรือสั่งการ

3.4.2 การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพสำหรับภาครัฐหรือ หน่วยบริการ ในฐานะหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ ซึ่งทำได้โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมในกิจกรรมของหน่วยบริการ หรือการที่หน่วยบริการไปร่วมพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชน ซึ่งการปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนทำได้โดย

- 1) ต้องสร้างให้เป็นระบบทั้งวิธีการและรูปแบบมีช่องทางให้ประชาชนพิจารณาเลือกวิธีการ หรือรูปแบบได้เองตามความเหมาะสม
- 2) สร้างกลไกสะท้อนความต้องการ รูปแบบ หรือวิธีการที่ประชาชนต้องการเข้ามาร่วม
- 3) มีเงื่อนไขสำคัญ คือ มีอิสระภาพ มีความสามารถที่จะมีส่วนร่วม เต็มใจที่จะร่วม

4. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ประเด็นหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เป็นรูปธรรม ได้แก่ การจัดโครงสร้างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการ และการเพิ่มศักยภาพผู้ให้บริการที่มีอยู่ในปัจจุบันและผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ (ชนินฐา นันทบุตร, 2545, 35-38)

4.1 การจัดโครงสร้างระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่

โครงสร้างเดิม เช่น โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลชุมชนทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการหลักของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิระดับพื้นที่ มีสถานี

อนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา รูปแบบการกำหนดโครงสร้างของหน่วย ได้แก่

4.1.1 ใช้โรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลเป็นหน่วยบริการ

4.1.2 สร้างหน่วยบริการใหม่แทรกในโรงพยาบาล เช่น ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแยกส่วนเฉพาะ

4.1.3 สร้างหน่วยบริการใหม่ในชุมชน

4.1.4 กำหนดพื้นที่บริการ โดยมีผู้ให้บริการประจำ เช่น พยาบาล

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย

ส่วนในการกำหนดกลไกสนับสนุนที่ทำให้โครงสร้างสามารถทำหน้าที่ได้มากขึ้นที่ระบบการจัดการเรื่องการเงิน การคลัง การกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรผู้ให้บริการและการควบคุมคุณภาพการบริการ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร กลไกอื่น เช่น ระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพชุมชน ระบบยาและเวชภัณฑ์ การพัฒนามาตรฐานการบริการ การนิเทศและการประเมินผล การสร้างความร่วมมือกับประชาคม เป็นระบบที่ต้องพัฒนาในระยะต่อไป ซึ่งเงื่อนไขของวิธีการทำงานของโครงสร้างระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ วิเคราะห์จากกระบวนการทัศน์ของผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหารสถานบริการและผู้ให้บริการในเรื่องสุขภาพและการบริการสุขภาพ และการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในการพัฒนาบริการสุขภาพ กล่าวคือ

1) กระบวนทัศน์สุขภาพและการบริการสุขภาพ ประเด็นที่สำคัญได้แก่

- การทำความเข้าใจหรือเข้าใจวิธีการทำงานตามกระบวนทัศน์ใหม่เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ

- ความเชี่ยวชาญในการให้บริการสุขภาพ เช่น การรักษา

การฟื้นฟูสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การบริการเวชปฏิบัติครอบครัว และการบริการทันตกรรม

- ประสบการณ์การทำงานเป็นเครือข่ายในระดับชุมชน

การทำงานร่วมกับบุคลากรสุขภาพทั้งในโรงพยาบาล สถานบริการอื่น และในชุมชน

2) กระบวนทัศน์การเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในการพัฒนาบริการ

สุขภาพ โดยเฉพาะในแง่

- ประสบการณ์การสร้างร่วมมือกับองค์กรชุมชน สถาน

บริการอื่นๆ ในระดับปฐมภูมิและระดับอื่น องค์กรวิชาการและองค์กรวิจัย เป็นเครือข่ายองค์ความรู้สู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

- กระบวนการสร้างกระบวนทัศน์การทำงานโดยอาศัยการ

เรียนรู้อย่างต่อเนื่องร่วมกับวิชาชีพต่างๆ และกับองค์กรเครือข่าย

4.2 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการ

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรตามขอบเขตการประกอบอาชีพแต่ละอาชีพ โดยมี

4.2.1 การกำหนดพื้นที่บริการและผู้ให้บริการหลัก เช่น การกำหนดให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการหลักในพื้นที่บริการของตนอย่างชัดเจน และส่งต่อเพื่อการจัดการ หรือขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเมื่อเกินความสามารถ

4.2.2 การสร้างทีมให้บริการตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ส่วนนี้เน้นให้แพทย์มีบทบาทนำ ส่วนวิชาชีพอื่นร่วมทีมและให้บุคลากรที่สถานีอนามัยเป็นผู้ให้บริการรอง หรือเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการให้บริการ โดยลักษณะของทีมให้บริการอาจเป็นทีมปฏิบัติการเต็มเวลา เป็นทีมประจำในพื้นที่ ทีมสนับสนุนด้านวิชาการ บริการ การจัดการเป็นครั้งคราวไม่อยู่ประจำและอาจหมุนเวียน ทีมกับองค์กรท้องถิ่น ประชาชน ทีมกับผู้ให้บริการอื่นในพื้นที่ เช่น ผู้ให้บริการแพทย์แผนไทย

4.2.3 การสร้างทีมพัฒนาหรือทีมนิเทศโดยให้บุคลากรที่สถานีอนามัยเป็นผู้ให้บริการหลัก ส่วนบุคลากรจากโรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนเชิงวิชาการและการจัดการ

4.2.4 การสร้างทีมพัฒนาสุขภาพชุมชนร่วมกับองค์กรชุมชน ประชาชน องค์กรวิชาการและวิจัย และสถานบริการอื่น

4.3 การเพิ่มศักยภาพผู้ให้บริการที่มีอยู่ในปัจจุบันและการผลิต

กระบวนการในการเพิ่มศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตั้งอยู่บนฐานการปรับกระบวนการทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพและบริการสุขภาพสู่การสร้างวิถีการทำงานแบบใหม่จากการใช้องค์ความรู้ระดับพื้นที่นำการปฏิบัติ หรือทำให้การปฏิบัติเกิดขึ้นได้มี 2 รูปแบบหลัก คือ

4.3.1 การอบรมหรือการศึกษา อาศัยการเข้าร่วมประชุมวิชาการ การฟังจากผู้เชี่ยวชาญ การศึกษาดูงาน การเข้าอบรมในหลักสูตรเฉพาะ เช่น หลักสูตรเวชปฏิบัติครอบครัว หลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติ หลักสูตรวิถีชุมชน หรือการศึกษาในระบบของการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโทหรือเอกในสาขาวิชาชีพต่างๆ

4.3.2 การเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในพื้นที่ บนฐานการสร้างกระบวนการทัศน์ การพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง รูปแบบที่ใช้ประกอบด้วย การสร้างกลุ่มการเรียนรู้ในพื้นที่ ทั้งนี้อาจอาศัยแนวคิดการบริการบนฐานข้อเท็จจริง การสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านวิชาการกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรชุมชน ประชาชน องค์กรวิชาการ องค์กรวิจัย และกลุ่มผู้ให้บริการจากวิชาชีพข้างเคียง การสร้างทีมพัฒนาและทีมนิเทศ และการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกันในระหว่างพื้นที่

สรุปแนวคิดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ประคิน สุฉายา และคณะ, 2545, 6) เป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นต้นที่ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่องและเป็นหน่วยบริการสุขภาพแห่งแรกที่ประชาชนเลือกและตัดสินใจเข้าไปใช้บริการ เพราะตั้งอยู่ใกล้บ้านเข้าถึงบริการได้ง่าย มีบริการพื้นฐานที่ความต้องการ และบริการโดยบุคลากรวิชาชีพหรือบุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกฝน โดยบริการรวมถึงการเยี่ยมบ้าน ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีการทำงานประสานกับองค์กรต่างๆ มีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายบริการ และการมีระบบส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนหรือเกินความสามารถที่จะจัดการได้ไปยังสถานบริการในระดับที่สูงขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทั้งนี้ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมิเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพและส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสร้างสุขภาพ

แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ

สุขภาพเป็นองค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิต สุขภาพที่ดีนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดี คือพลังผลักดันให้เราสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าทั้งต่อตนเองและต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541, 14)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2541-2545) ได้กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาประเทศโดยถือ “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาในทุกๆด้านอย่างสอดคล้องประสานกันทั้งทางด้านการศึกษา การสาธารณสุข ทักษะในการใช้ชีวิตและการทำงาน การกระจายอำนาจสู่ภาคประชาชนและชุมชน

จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ซึ่งจัดทำขึ้นโดยมีการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 ได้เสนอแนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพไว้ 2 ประการ คือ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2544, ก-ข)

แนวคิดหลักที่ 1 : สุขภาพ คือ สุขภาวะ

ทิศทางการพัฒนาที่ถูกต้องจะต้องมีแนวคิดที่ถูกต้องเป็นพื้นฐาน การปรับกระบวนการทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพโดยไม่เพียงแต่ต้องมองสุขภาพทั้งในมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณแล้วยังต้องมองให้เชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม ซึ่งแนวคิดหลักที่ถือว่า “สุขภาพ คือ สุขภาวะ” หมายความว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงแยกไม่ได้จาก

วิถีชีวิตที่จะต้องดำเนิน ไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมที่พัฒนาอย่างสมดุลทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม

แนวคิดหลักที่ 2 : พัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ

จากแนวคิดหลักที่ถือว่าสุขภาพดี คือสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณที่สัมพันธ์เชื่อมโยงอย่างเป็นบูรณาการ การพัฒนาสุขภาพจึงต้องดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ เพราะสภาวะที่สมบูรณ์เกิดจากระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติจึงเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงไปถึงเหตุปัจจัยทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเข้าเป็นองค์ประกอบและกลไกสำคัญของการสร้างสภาวะที่สมบูรณ์ของสังคมอย่างเป็นบูรณาการ โดยต้องสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพ

ความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงในวงการสาธารณสุขของโลกในรอบ 50-60 ปี ที่ผ่านมา นับว่าได้รับอิทธิพลหลักจากแนวคิดผ่านองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังการขานรับคำประกาศอัลมา-ออตตา (The Declaration of Alma-Ata) ซึ่งเกิดจากการประชุมระดับนานาชาติเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544, 25-27) โดยการจัดขององค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ณ เมืองอัลมา-ออตตา สหภาพโซเวียต ในปี พ.ศ. 2521 (ค.ศ.1978) จากคำประกาศแสดงถึงการยอมรับว่า การบรรลุถึงสุขภาพที่ดีจะเป็นไปไม่ได้ หากไม่มีการปรับปรุงเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษาและการเมือง ทั้งนี้ที่ประชุมได้กำหนดให้การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นกุญแจสู่การบรรลุสุขภาพดีและกำหนดเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543" ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานในฐานะปรัชญาที่จะแทรกซึม ไปทั่วทุกระบบของสุขภาพ โดยมียุทธศาสตร์จะพัฒนาระบบสุขภาพที่มีอยู่ให้เกิดดุลยภาพระหว่างการรักษา การให้บริการอย่างผสมผสานสอดคล้องกับความเป็นอยู่จริงของชีวิตในชุมชน และเปิด โอกาสให้ทุกกลุ่มองค์กรที่มีใช้ภาครัฐได้เข้ามามีส่วนร่วมสำคัญในบริการดังกล่าว โดยคำนึงถึงความเป็นธรรมและความยุติธรรมในสังคม ภายใต้ปรัชญาแนวคิดในคำประกาศอัลมา-ออตตา ซึ่งได้เน้นในกิจกรรมพื้นฐานอย่างน้อย 8 ประการ คือ

1. การให้การศึกษาก่อนให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและวิธีการป้องกันและควบคุม
2. การส่งเสริมด้านโภชนาการให้มีอาหารเพียงพอและได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วน
3. การจัดหาน้ำสะอาดให้มีเพียงพอและมีสุขภาพิบาลพื้นฐานที่ดี
4. งานอนามัยแม่และเด็ก

5. งานวางแผนครอบครัว
6. การป้องกันและควบคุมโรคที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น
7. การให้การรักษาโรคทั่วไปและการบาดเจ็บต่างๆอย่างเหมาะสม
8. การจัดสรรยาที่จำเป็น

อาจกล่าวได้ว่าในเนื้อหาของงานของสาธารณสุขมูลฐานสะท้อนให้เห็นถึงการพยายามเคลื่อนกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) ของคนจากประเด็นสุขภาพที่รับผิดชอบส่วนบุคคลไปยังความรับผิดชอบต่อชุมชนและสังคม

การจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการจัดบริการแบบผสมผสานทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟู ซึ่งนับว่าเป็นจุดแข็งของระบบที่เอื้อต่อการปรับตัวไปสู่ทิศทางของ Good Health Approach (<http://www.ruralnet.go.th>) และประเทศไทยได้นำกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาปรับใช้ตั้งแต่ปี 2521 เป็นต้นมา โดยพยายามดึงภาคประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพร่วมด้วย อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาพบว่า ประเทศไทยประสบปัญหาเกี่ยวกับการจัดบริการด้านสุขภาพ คือการสูญเสียค่าใช้จ่ายทางเทคโนโลยีที่สูงและราคาแพงเกินความจำเป็น และความขาดแคลนบริการสาธารณสุขที่ไม่ครอบคลุมประชาชน (H.S Dhillon and Lois phillip, 1994, 3) รวมทั้งประชาชนยังมีแนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพที่ยังไม่ถูกต้องนัก สิ่งต่างๆเหล่านี้ก่อให้เกิดวิธีการใหม่ที่ท้าทายงานสาธารณสุขมูลฐาน การจัดบริการด้านสาธารณสุขจึงได้พยายามหาแนวทางใหม่ในการให้บริการสุขภาพแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและพัฒนาสุขภาพของประชาชน (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541, 16-17) เพื่อลดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายด้านการรักษา พร้อมปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การให้บริการจากเชิงรับให้มุ่งเน้น หรือเปลี่ยนทิศทางไปในเชิงรุก คือ “การส่งเสริมสุขภาพ” (Health Promotion) ซึ่งถือเป็น “การสาธารณสุขแนวใหม่” (New Public Health)

การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ตามกฎบัตรอตตาวา

ยุทธศาสตร์การทำงานภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกำหนดว่าประชาชนจะมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 หรือ ค.ศ. 2000 (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544, 34-40) พบอุปสรรคสำคัญในการทำงานด้านสาธารณสุขในยุคผ่านมา ที่มีจุดเน้นในด้านการรักษาและป้องกันโรค (Disease Prevention) เมื่อขอบเขตของงานถูกตีกรอบด้วยแนวคิดเรื่องโรค (Disease Oriented) การแก้ไขจึงเน้นไปที่การแพทย์ เน้นสถาบัน สำนักงาน ผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาชีพเป็นหลัก ไม่ได้เปิดโอกาสการเข้ามามีส่วนร่วมของคนข้างนอก และภายใต้แนวคิดนี้ทำให้ถึง

ที่สุดก็ได้เพียงการลดโรคซึ่งไม่จำเป็นที่ต้องหมายถึง การมีสุขภาพที่ดีที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายว่า เป็นความสมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

จากการทบทวน ได้มีความเห็นสอดคล้องที่จะปรับยุทธศาสตร์ซึ่งเน้นงานส่งเสริม

สุขภาพ (Health Promotion) อันหมายถึง แนวทางการทำงานที่อยู่ภายใต้แนวคิดของคำว่าสุขภาพ (Health/มิใช่ Disease) ซึ่งเป็นพื้นที่ (Area) ที่ไม่ว่าจะเป็นบุคลากร คนนอกวงการสาธารณสุข และที่สำคัญคือชาวบ้านสามารถเข้ามาเป็นผู้กระทำได้ทุกคน การเน้นในแนวทางนี้บทบาทการทำงานของบุคลากรจะต้องเปลี่ยน ไปจากเดิมที่ทำหน้าที่เป็นผู้หยิบยื่นให้ (The Give) หรือเป็นผู้ทำให้/จัดตั้งให้ (The Doer) มาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จุดประกาย ผู้กระตุ้นสนับสนุน (The Catalyst/The Facilitator) ให้เขาทำงานเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของเขาขึ้นมา ดังนั้นการทำงานแนวใหม่นี้ต้องการการเข้ามา ร่วมกันทำงานของหลายภาคี เน้นความเท่าเทียมและเคารพในความคิดซึ่งกันและกัน หรือที่เรียกว่าเป็น “บทบาทแห่งยุคของทุกคน”

กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) เป็นผลการประชุมระหว่างประเทศเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อปี พ.ศ. 2529 (<http://www.ruralnet.go.th>) พร้อมทั้งได้ให้ความหมายของคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” หมายถึง “กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมและส่งเสริมให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น ในการที่จะบรรจบสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ป้องกันบุคคลหรือกลุ่มบุคคลควรที่จะต้องมี ความสามารถที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนที่จะสนองความต้องการ ต่างๆของตนเองและสามารถที่จะเปลี่ยนแปลง หรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม เรื่องสุขภาพจึง ถูกมองในลักษณะของความจำเป็นสำหรับชีวิตประจำวัน ไม่ใช่เป็นเพียงจุดมุ่งหมายของการดำรงชีวิตเท่านั้น สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายในทางบวก เน้นหนักที่ทรัพยากรบุคคลและสังคม เช่นเดียวกับสมรรถนะต่างๆทางร่างกาย ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่เป็นความรับผิดชอบขององค์กรในภาคสาธารณสุขเท่านั้น หากกินความนอกเหนือจากการมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดี ไปสู่เรื่องของสุขภาวะโดยรวมอันประกอบด้วย สภาวะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ”

การส่งเสริมสุขภาพภายใต้กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter of Health Promotion) ได้ให้ความสำคัญในกระบวนการพัฒนาคน (ประชาชน) และปรับการทำงานของนักวิชาชีพให้เป็น ผู้กระตุ้น ผู้สนับสนุน และเป็นผู้จุดประกายความคิด ซึ่งกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแนว ใหม่ ประกอบด้วย

1. การก่อกระแสกลุ่มพลังทางสังคม (Advocate) โดยการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ สาธารณชนเพื่อสร้างกระแสสังคม และสร้างแรงกดดันให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดนโยบายเพื่อ สุขภาพ การจุดประกายความคิด ชักชวนให้เห็นผลประโยชน์ที่จะได้รับหากลงมือทำในลักษณะ

ร่วมคิดร่วมทำ หรือชี้ให้เห็นผลเสียหายหากเพิกเฉย ซึ่งกระบวนการนี้หมายถึงการสร้างจิตสำนึก
ประชาชนร่วมกัน โดยหวังว่าจะทำให้เกิดปฏิบัติการทางสังคมขึ้น (A Call for Social Action)

2. เอื้ออำนวยให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ (Enable) โดย
กำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้มีการส่งเสริมสุขภาพ มีทักษะในการดำเนินชีวิต มีโอกาสที่
จะเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพแทนที่จะถูกขัดเยียดให้คิดและทำอย่างไม่มีทางเลือกได้ นั่นคือ มี
ความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Self-Efficacy)

3. เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่มองค์กรต่างๆ (Mediate) ทำให้
เกิดความเข้าใจในโครงการที่เกิดขึ้นในชุมชนอย่างถ่องแท้ หรือช่วยไกล่เกลี่ยปัญหาความขัดแย้ง
ระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

จากกลยุทธ์ทั้ง 3 ประการนำไปสู่กิจกรรมหลักที่สำคัญ 5 ประการคือ

ประการที่หนึ่ง การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Build Health
Public Policy) การทำให้เป็นสาธารณะในความหมายคือ การที่ทำให้คนที่มีอำนาจในการตัดสินใจ
ไม่เฉพาะหน่วยงานทางสาธารณสุขเท่านั้นมาสร้างมาตรการใหม่ นโยบายส่งเสริมสุขภาพประกอบ
ด้วยมาตรการต่างๆ เช่น มาตรการทางกฎหมาย การเงินการคลัง มาตรการทางภาษีหรือการปรับ
องค์กร ปรับโครงสร้างใหม่ เป็นต้น มาตรการเหล่านี้จะต้องประสานกันเพื่อนำไปสู่เรื่องการมี
สุขภาพ รายได้และความเสมอภาค รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค การเอาใจใส่กลุ่มพลสมาชิกใน
ฐานะที่เป็นมนุษย์และเป็นเจ้าของสิทธิพื้นฐาน

ประการที่สอง การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive
Environment) โดยเห็นว่าไม่สามารถแยกสุขภาพออกจากสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เนื่องจากสังคมมีความ
สลับซับซ้อนและเชื่อมโยงส่งผลกระทบต่อกัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกระตุ้น (Encourage)
ประชาชนดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น ในภูมิภาคและเชื่อมโยงเห็นความเกี่ยวเนื่องในโลก
นอกจากนี้ยังหมายถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต การทำงาน การพักผ่อน การปรับเปลี่ยน
สังคมในที่ทำงานที่จะส่งผลต่อสุขภาพ หรือจัดสิ่งแวดล้อมที่ให้ง่ายต่อการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมของตนเอง โดยหวังจะไปถึงซึ่งการสร้างสรรค์สังคมที่มีสุขภาพดี (Healthy Society)
สร้างสรรค์เมืองที่มีสุขภาพดี (Healthy City) สถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพดี (Healthy Workplace)
สร้างสรรค์ครอบครัวที่มีสุขภาพดี (Healthy Family) และโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีของทั้งครู
และนักเรียน (Healthy School)

ประการที่สาม การเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน (Strengthen
Community Action) การที่จะสามารถสร้างกระแสให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีชีวิตชีวา มีสุขภาพจิต
ที่ดีได้นั้นผู้ที่เข้าไปทำงานจะต้องไม่ล้อมกรอบตัวเองเฉพาะหน้าที่ เฉพาะส่วนแต่จะต้องเห็นภาพ

กว้าง เห็นความเชื่อมโยงและเข้าร่วมทำงานกับคนอื่น ทั้งนี้เพราะกิจกรรมของสังคมที่เข้มแข็งเป็นเรื่องเดียวกับการพัฒนาชุมชน การหนุนช่วยให้ชุมชนได้รวมกลุ่ม หรือรวมตัวทำกิจกรรมและเรียนรู้ร่วมกัน โดยจะต้องเป็นประเด็นที่ชุมชนเป็นเจ้าของ ประชาชนมีส่วนร่วมและที่สำคัญโครงการส่งเสริมทั้งหลายประชาชนเป็นคนทำ ส่วนบุคลากรภายนอกเป็นเพียงไปเอื้อให้ชุมชนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้เช่นนี้จะทำให้ชุมชนเห็นคุณค่าและเชื่อมั่นในความสามารถของตน กล่าวได้ว่าหัวใจของยุทธศาสตร์นี้คือ กระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน สร้างความรู้สึกร่วมกันของการเป็นเจ้าของ สร้างพลังที่จะบากบั่นสู่จุดหมายปลายทางที่เป็นความฝัน/ความหวังของชุมชน

ประการที่สี่ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Development Personal Skills) ที่ไม่ได้มีความหมายเกี่ยวกับทักษะทางกาย แต่มีความหมายที่กว้างไปกว่านั้นมาก การส่งเสริมสุขภาพควรช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนามีความรู้ มีทักษะ (Life Skills) มีความสามารถที่จะควบคุมตนเอง ควบคุมสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพได้ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลนี้จึง หมายถึง การเสริมอำนาจให้กับตนเองของฝ่ายประชาชน (Self-Empowerment) โดยเป็นกิจกรรมหรือโครงการที่มีคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา

ประการที่ห้า การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ซึ่งระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน เน้นในเรื่องการรักษาและการป้องกันโรคจึงต้องปรับระบบให้มีการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น รวมทั้งปรับกระบวนการปรับความคิดของบุคลากรทั้งหลายให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือปรับบทบาทของตนสู่การเป็นผู้กระตุ้น ผู้อำนวยการความสะอาด หรือเป็นผู้สนับสนุนให้บุคคล/องค์กรชุมชนได้รื้อฟื้น พัฒนาศักยภาพที่ตนเองมี ส่งเสริมให้ตนเองและสังคมสิ่งแวดล้อมให้มุ่งสู่สุขภาพที่ดี

เมื่อพิจารณากิจกรรมสำคัญและยุทธศาสตร์การทำงานจะเห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอดตาว่าให้ความสำคัญทั้งกับการพัฒนาในระดับบุคคล การปรับโครงสร้างทางอำนาจของระบบสาธารณสุข การเพิ่มพลังทางองค์กรชุมชน การให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม/ระบบนิเวศน์ และการดำเนินงานทางการเมืองโดยผ่านนโยบายสาธารณะ

งานทันตสาธารณสุข

1. การดำเนินงานทันตสาธารณสุข

การดำเนินงานทันตสาธารณสุขเป็นการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ ควบคุม และป้องกันโรคในช่องปาก รักษาและฟื้นฟูอวัยวะในช่องปากเพื่อทันตสุขภาพของประชาชน ซึ่งการดำเนินงานทันตสาธารณสุขมีความสำคัญ ดังนี้ (เกษม กัลยาสิริ, 2535, 431)

1.1 การดำเนินงานทันตสาธารณสุขเป็นการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคในช่องปากของประชาชน โดยให้ความสำคัญแก่การส่งเสริมป้องกันทางด้านทันตสาธารณสุขร่วมกับบริการทางการแพทย์และฟื้นฟูสภาพ

1.2 การดำเนินงานทันตสาธารณสุขทำให้การบริการทันตสาธารณสุขสามารถกระจายบริการให้ครอบคลุมประชากรได้มากขึ้น

1.3 การดำเนินงานทันตสาธารณสุขช่วยลดการสูญเสียฟันของประชาชนทำให้สามารถเก็บสงวนฟันให้มีสุขภาพดีและใช้งานชั่วชีวิต

1.4 การดำเนินงานทันตสาธารณสุข ทำให้โครงการทันตสาธารณสุขต่างๆ ที่กำหนดในแผนงานทันตสาธารณสุขบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

2. พัฒนาการของงานทันตสาธารณสุข

ปัญหาทันตสุขภาพที่สำคัญ คือ โรคฟันผุ ภาวะปริทันต์และการสูญเสียฟัน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2542, 10) ซึ่งถึงแม้ว่าโรคในช่องปากดังที่กล่าวมาข้างต้นไม่ใช่โรคติดต่อร้ายแรงหรือเป็นอันตรายแก่ชีวิตในทันที แต่ก็ได้ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยเรื้อรังและการสูญเสียฟันในที่สุด ซึ่งไม่สามารถจะทดแทนให้สมบูรณ์เหมือนเดิมได้ (เกษม กัลยาสิริ, 2535, 431) ทั้งนี้ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพได้พยายามปรับเปลี่ยนกลยุทธ์และพัฒนาวิธีการดำเนินงานเพื่อให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน โดยที่ผ่านมามีการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขมีความเคลื่อนไหวในกลวิธีการดำเนินงาน ดังนี้ (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544, 8-10)

2.1 งานทันตสาธารณสุขภายใต้แนวคิดการป้องกันโรค

แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการทำงานด้านทันตสาธารณสุข คือ แนวคิดการป้องกันโรค หรือ บางครั้งใช้คำว่า ส่งเสริมสุขภาพ แต่ใช้สุขภาพในความหมายของการปราศจากโรคที่มีความรู้และความคิด ความเชื่อของทันตบุคลากรเป็นศูนย์กลาง โดยแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 การป้องกัน โรคอย่างเฉพาะเจาะจงและการให้ทันตสุขภาพศึกษา (Specific Prevention and Health Education) โดยผ่านเทคนิคบริการ เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน การให้ฟลูออไรด์ หรือการสอนเกี่ยวกับทันตสุขภาพ

ระดับที่ 2 การค้นหาและการให้การรักษาอย่างทันท่วงที (Early Detection and Prompt Treatment) โดยการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ รวมทั้งการให้การรักษาอย่างเร่งด่วนทุกชนิด

ระดับที่ 3 การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เช่น การใส่ฟันปลอม

จากรูปแบบของการป้องกันโรคทั้ง 3 ระดับ ซึ่งเห็นว่าได้ให้ความสำคัญกับโรคและหน้าที่ของอวัยวะต่างๆจนไม่ได้ให้ความสำคัญกับ “คน” ดังนั้นจึงได้มีการปรับการทำงานที่เน้นเกี่ยวกับ “พฤติกรรมสุขภาพ” และการปรับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ

ก. ในแง่มุมด้านพฤติกรรม (Behavioral change) ได้ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยเน้นกลวิธีที่จะให้ทันตสุขศึกษาและการชักชวนเพื่อปรับพฤติกรรม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ดำเนินการในแต่ละบุคคล นอกจากนั้นยังได้ประยุกต์แนวคิดทางสังคมวิทยาโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อควบคุมและเสริมแรงในการปรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ซึ่งเน้นการควบคุมพฤติกรรมโดยกลุ่ม เช่น การควบคุมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน โดยผู้นำนักเรียนที่ได้รับการอบรม การดูแลสุขภาพของเด็กโดยบุคคลในครอบครัว

ข. ในแง่มุมของการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่สุขภาพที่ดี (Environmental Change) ได้มีความพยายามในการทำงานป้องกันโรคและส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้วยการทำงานกับชุมชน สังคม และสถาบันเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่จะลดความเสี่ยงต่อการมีโรคในช่องปาก ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการทำงานจากฐานของโรงเรียน เช่น การรณรงค์ทางทันตสาธารณสุข การบ้วนปากด้วยน้ำยาฟลูออไรด์ในโรงเรียน การควบคุมการบริโภคขนมหวานในโรงเรียน อย่างไรก็ตามความพยายามทั้งหมดในการทำงานอยู่บนศูนย์กลางความคิดการสั่งการ และการดำเนินงานโดยบุคลากรทันตสาธารณสุขเป็นหลัก

2.2 งานทันตสาธารณสุขในกระแสของการสาธารณสุขมูลฐาน

งานทันตสาธารณสุขได้เริ่มนำกระแสแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนมาสู่การปฏิบัติ พร้อมทั้งพยายามดำเนินงานโดยผนวกร่วมกับงานสาธารณสุขอื่นใน 3 ระดับ คือ

2.2.1 การเข้าร่วมในระดับหมู่บ้าน โดยเข้าไปผนวกกับระบบของการจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกองทุนยาในหมู่บ้านด้วยการอบรมให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ และจัดตั้งกองทุนยาสีฟัน-แปรงสีฟันในหมู่บ้าน รวมทั้งอบรมอาสาสมัครในหมู่บ้านให้ชุดหินน้ำลายด้วยมือได้ แต่โครงการหลังนี้ในช่วงต่อมาไม่ได้ถูกยอมรับในระดับนโยบาย

2.2.2 การพัฒนารูปแบบการทำงานในโรงเรียน โดยแทรกเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพปากและฟันเข้าไปเมื่อมีการอบรมผู้นำนักเรียน ในงานอนามัยโรงเรียน พร้อมทั้งปรับแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในโรงเรียน จากระบบทันตกรรมแบบเพิ่มทวีที่ทันตภิบาลเป็นผู้ให้บริการและดูแลช่องปากให้กับเด็กในโรงเรียน มาสู่รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ โดยครูทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจช่องปากให้กับเด็ก ทั้งนี้ได้มีการประสานงานกับ

โครงสร้างการประถมศึกษาแห่งชาติให้กำหนดเป็นนโยบายให้ครูปฏิบัติทั่วประเทศในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ซึ่งยังคงดำเนินการสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ลักษณะรูปแบบการทำงานจึงถือว่าเป็นการสั่งการให้ความร่วมมือภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ภาครัฐ

2.2.3 การกระจายงานทันตสาธารณสุขสู่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล โดยจัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลเพื่อให้สามารถตรวจวินิจฉัยโรคในช่องปากในระยะเริ่มแรกได้ภายใต้ชื่อ “โครงการทันตสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน 1” (ทสสม.1) และเพิ่มขีดความสามารถให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบลให้สามารถพูดห็น้ำลายได้ในชื่อ “โครงการทันตสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน 2” (ทสสม.2) เพื่อรองรับการส่งต่อนักเรียนในโครงการเส้นรุ้งทางทันตสุขภาพ

การดำเนินงานทันตสาธารณสุขภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน แม้จะมีการพัฒนาโดยก้าวไกลออกมาจากคลินิกและการรักษามาสู่การทำงานร่วมกับคน กลุ่มคน และสถาบันอื่น แต่ในแนวคิดเบื้องหลังของการทำงานยังคงวนเวียนอยู่กับการทำงานแบบเดิมที่ให้ความสำคัญกับเรื่องโรค การค้นหาโรค การป้องกันและการรักษา ที่มีการจัดการภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรม ซึ่งแนวทางการทำงานดังกล่าวเป็นลักษณะการทำงานที่เน้นสุขภาพในเชิงลบ (Negative Health) โดยมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดี คือการปราศจากโรค ทั้งที่ภายใต้การนิยามขององค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายเกี่ยวกับ สุขภาพ ว่าคือ “ภาวะความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคมไม่ใช่เพียงปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น” (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544, 13-16)

2.3 งานทันตสาธารณสุขภายใต้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่

เป็นความท้าทายการทำงานด้านทันตสาธารณสุขที่ขยายกรอบคิดจากเรื่องโรค โดยให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพช่องปากว่ามีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรม โดยจากอุปสรรคที่ปรากฏ คือ โรคฟันผุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศโลกที่สาม ในขณะที่ประเทศอุตสาหกรรมมีการลดลงอย่างมาก ซึ่งความแตกต่างของโอกาสในการเกิดโรคในช่องปาก โอกาสในการได้รับบริการทางทันตกรรมสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตและบุคลิกภาพของกลุ่มคนแต่ละชนชั้น รวมไปถึง โอกาสของชีวิต (Life Chances) ที่จะดำรงอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดีมีการศึกษาที่ดี และการได้รับการปกป้องภายใต้กฎหมาย นั่นคือ ชนชั้นล่างยังคงมีสถานะในช่องปากที่ด้อยกว่าชนชั้นบนอย่างเห็นได้ชัด ด้วยการมีเงื่อนไขชีวิตที่โน้มนำสู่การเป็นโรครมากกว่า ดังนั้นการทำงานทันตสาธารณสุขกับสาธารณสุข ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ในชนชั้นล่างโดยเน้นกลวิธีด้านคลินิกและให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาระดับปัจเจกบุคคล ไม่ว่าจะเพื่อให้ได้รับการป้องกันอย่างเฉพาะเจาะจง หรือเพื่อปรับพฤติกรรมจึงประสบความสำเร็จได้ยาก และความ

สำเร็จจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อต้องทำงานเพื่อปรับเปลี่ยนเงื่อนไขทางสังคมที่ล้อมรอบปัจเจกบุคคล เพื่อเปิดโอกาสให้ปัจเจกบุคคลได้ใช้ศักยภาพของตนในการดูแลสุขภาพช่องปากและสุขภาพโดยรวม

งานทันตสาธารณสุขในเงื่อนไขสังคมปัจจุบันจึงมีทิศทางการทำงานสอดคล้องกับงานส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ภายใต้กฎบัตรรอดตา ที่ได้เสนอกลวิธีการทำงานซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การสร้างสรรค์สภาพแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพดี การสร้างพลังความเข้มแข็งในชุมชนให้ดำเนินการด้วยตนเองได้ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปฏิรูประบบสาธารณสุข อย่างไรก็ตามในแนวคิดดังกล่าวได้ถูกดำเนินงานในประเทศอุตสาหกรรม และการนำเอาแนวคิดนี้มาสู่การปฏิบัติในประเทศโลกที่สาม ซึ่งมีระบบสังคมวัฒนธรรมและการเมืองที่แตกต่าง จึงมิได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยง่ายและก่อให้เกิดความท้าทายในการดำเนินงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเงื่อนไขของการประยุกต์นำไปใช้ในประเด็นงานทันต สาธารณสุขที่กระแสการทำงานหลักถูกผูกขาดไว้กับวิชาชีพ และเน้นในเรื่อง “โรค” ให้ปรับเปลี่ยนวิธีคิดมาเน้นในเรื่องของ “สุขภาพ” ซึ่งก็คือ การเน้นเรื่องการพัฒนาศักยภาพ “คน” และ “ชุมชน” เป็นสำคัญ (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544, 17-18)

3. การส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดในชีวิต เด็กจึงควรได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด เหมาะสมเพื่อให้เด็กมีสุขอนามัยที่สมบูรณ์และมีพัฒนาการตามวัย ปัญหาโรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนนับเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านสุขภาพอนามัยและค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษา (เพ็ญทิพย์ จิตต์จางค์ และบุปผา ไตรโรจน์, 2544, 12) โรคฟันน้ำนมผุในเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่การเกิดโรคมักดำเนินมาตั้งแต่เด็กมีอายุก่อน 3 ขวบ โดยสาเหตุการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมสรุปได้เป็นสาเหตุใหญ่ๆ ดังนี้ (วัลลพ ภูพานิช และเพชร ชลปราณี, 2535, 475)

ก. ระยะก่อนคลอด ได้แก่

แม่ขาดสารอาหารในระยะตั้งครรภ์ เริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ได้ 6 สัปดาห์ก็เริ่มมีการสร้างหน่อของฟันน้ำนม และสร้างต่อมน้ำลายในระยะต่อมา ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือแม่มักได้รับสารอาหารที่ไม่ครบถ้วนระหว่างตั้งครรภ์เนื่องจากมีความเชื่อที่ผิดๆ หรือเกิดการแสลงอาหารจึงทำให้ขาดสารอาหารได้ ซึ่งการที่แม่ขาดสารอาหาร จะทำให้หน่อฟันของลูกมีการสร้างที่ผิดปกติ และยังมีผลกระทบต่อการสร้างต่อมน้ำลายที่ล้วนเกี่ยวข้องและเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคฟันน้ำนมผุได้ง่าย

ข. ระยะหลังคลอด ได้แก่

1. การให้นมที่ไม่ถูกวิธี โดยแม่มักให้นมผสมในการเลี้ยงลูก และให้ลูกหลับไปโดยมีขวดนมค้างอยู่ในปาก การให้นมไม่เป็นมือ ไม่เป็นเวลา การให้นมมือดึกโดยปลุกขึ้นมารับประทานแม้เด็กจะมีอายุมากขึ้นแล้วก็ตาม โดยมีความเชื่อว่าถ้าเด็กไม่ได้รับนมมือดึกจะ

ทำให้ขาดอาหาร การไม่ฝึกให้เด็กดื่มนมจากแก้วเมื่อเด็กอายุ 2-3 ปี และการปรุงแต่งรสของนมด้วยการผสมน้ำตาลให้ลูกดื่ม ซึ่งที่กล่าวมาทั้งหมดล้วนแต่เป็นสาเหตุที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุทั้งสิ้น

2. การให้อาหารที่ไม่ถูกวิธี โดยการซื้ออาหารหวาน พวกแป้งและน้ำตาลที่เหนียวติดฟัน ลูกอม ขนมถุงและน้ำอัดลมให้ลูกรับประทาน ซึ่งการกินอาหารเหล่านี้พร่ำเพรื่อจะทำให้เกิดโรคฟันผุได้ง่าย

3. การละเลยการทำความสะอาดฟัน ปัจจุบันพ่อแม่ส่วนใหญ่ออกไปทำงานนอกบ้าน ดังนั้นผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่จะเป็นญาติผู้ใหญ่ซึ่งอาจเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กและอาจไม่ทำความสะอาดช่องปากให้เด็ก เนื่องจากในเวลาที่ทำความสะอาดเด็กจะร้อง ดิ้น และเกิดความสงสารเด็กไม่อยากฝืนจึงทำให้เด็กไม่ได้รับการทำความสะอาดฟัน นอกจากนั้นผู้ปกครองยังขาดความรู้เรื่องวิธีการทำความสะอาดฟันเด็กที่เหมาะสม และอายุที่ควรเริ่มแปรงฟันให้เด็ก

ค. พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเป็นโรคฟันผุ ซึ่งถึงแม้ว่าโรคฟันผุจะไม่ใช่โรคที่เป็นกรรมพันธุ์ แต่พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยง มีฟันผุ มีเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากก็อาจถ่ายทอดไปยังลูกได้โดยการจูบ การป้อนอาหาร หรือการรับประทานอาหารร่วมกันโดยผ่านทางช่องปากได้

ง. ทักษะการดูแลฟันน้ำนมของผู้เลี้ยงดู ส่วนใหญ่ประชาชนมักไม่ให้ความสำคัญกับฟันน้ำนม เพราะถือว่าเป็นฟันที่ใช้อย่างชั่วคราว อีกไม่นานก็มีฟันแท้ขึ้นมาใช้แทน จากทัศนคตินี้ทำให้ประชาชนละเลยจากการดูแลฟันน้ำนม แม้จะมีความรู้ในการป้องกันที่ถูกต้องก็ไม่ใช้ความพยายามที่จะปฏิบัติ และหากเกิดปัญหาเรื่องฟันขึ้นกับเด็กก่อนวัยเรียนจึงทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นลุกลามไปได้อย่างรวดเร็ว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนและศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยที่ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมไว้หลายท่าน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเพื่อนำมาประกอบและสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

ที่ผ่านมามีงานวิจัยที่นำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพ ซึ่งผลที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการถ่ายทอดประสบการณ์ระหว่างชาวบ้านด้วยกัน โดยผู้ปกครองของเด็กได้เรียนรู้การแก้ไขปัญหาาร่วมกัน (ไพฑูริย์ สายสงวนสัจย์ และคณะ, 2542) ทั้งนี้ในการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมยังทำให้ผู้ปกครองได้ปรับบทบาทเพื่อเรียนรู้ พร้อมทั้งทำความเข้าใจในปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกับเจ้าหน้าที่ (จินดา นันทจิวงกรชัย และคณะ, 2542) และพบว่าหากผสมผสานการแก้ไขปัญหาเรื่องฟันเข้ากับงานสาธารณสุขอื่นที่เกี่ยวข้อง

จะช่วยให้การแก้ไขปัญหาก็เกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น นอกจากนั้นการนำกระบวนการดังกล่าวไปใช้ยังช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนในการทำงานทั้งในเจ้าหน้าที่และชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ได้ปรับเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้นำไปสู่การมีส่วนร่วม และชุมชนปรับจากการเป็นผู้ตามสู่การเข้าไปมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น (พีระ อารีรัตน์ และคณะ, 2544)

และจากการนำเอากระบวนการ A-I-C ไปใช้เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งผลที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาระหว่างเจ้าหน้าที่กับชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ได้ร่วมเรียนรู้ตลอดจนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหามาให้สอดคล้องกับสภาพและความต้องการของชุมชน ทั้งนี้ชุมชนเองได้เกิดการปรับเปลี่ยนจากเดิมที่มักจะเป็นผู้รับ และปฏิบัติตามโครงการหรือแผนงานที่เจ้าหน้าที่ได้เสนอไปให้ทำ มาเป็นคิดแผนงานโครงการที่นำไปปฏิบัติการแก้ไขปัญหาในชุมชนของตนเอง อย่างเช่นคิดกิจกรรมที่จะช่วยแก้ไขปัญหาเรื่องฟัน ได้แก่ กิจกรรมจัดประกวดหนูน้อยฟันสวย และการจดจำหน้าลูกอมในหมู่บ้าน เป็นต้น (ปิยนุช เอกก้านตรง, 2542) นอกจากนั้นในการนำเอากระบวนการนี้ไปใช้สร้างการมีส่วนร่วม ทำให้ อสม. มีความพอใจและเชื่อมั่นในการทำงานยิ่งขึ้น โดยสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพเองในชุมชนได้ (น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง และเพ็ญศรี สมชัย, 2543)

อย่างไรก็ดีในปัญหาเรื่องฟันของเด็กก่อนวัยเรียน จากผลการสำรวจพบว่าผู้ปกครองจะมีอิทธิพลและมีบทบาทสูงต่อสถานะสุขภาพฟันของลูกหลาน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุในเด็ก ได้แก่ ทัศนคติของผู้ปกครองที่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก การควบคุมเข้มงวดเรื่องการแปรงฟันของเด็ก และการดูแลจัดระเบียบเรื่องการกินขนมของเด็ก เป็นต้น (จุฑามาศ เรียบร้อย, 2538)