

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาพร่างกายและพฤติกรรมมนุษย์เป็นเครื่องชี้วัดในการประเมินสุขภาพของบุคคลในสังคม และเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาประเทศให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหรือเจริญก้าวหน้าได้ สังคมไทยมีวิวัฒนาการที่ยาวนาน ผู้คนมีความสามัคคีกัน ปกป้องรักษาและสร้างสรรค์สังคมไทยให้เจริญก้าวหน้า มั่นคง และเป็นปึกแผ่น ในอดีตครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลซึ่งกันและกันเพื่อการมีสุขภาพที่ดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีชีวิตที่ยืนยาว เมื่อมีปัญหาโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเกี่ยวกับสุขภาพก็ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยใช้ภูมิปัญญาไทยในท้องถิ่น เกิดความสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลในครอบครัวและชุมชนเป็นไปอย่างแน่นแฟ้นจนกลายเป็นความเข้มแข็งของชุมชน ต่อมาโลกมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้พฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิต ส่วนใหญ่เป็นโรคที่สามารถ ป้องกันได้ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการแพทย์และเทคโนโลยีทันสมัยมาใช้ในการวินิจฉัยโรค ทำให้การรักษาพยาบาลง่ายขึ้น สะดวก รวดเร็ว และมีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น ประชาชนเกิดความศรัทธาและหันไปพึ่งพาระบบการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่แทนการดูแลให้ความร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกันดังเช่นในอดีตที่ผ่านมา ศักยภาพ การดูแลสุขภาพและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของประชาชนลดลง ความร่วมมือร่วมใจ และการพึ่งพากันในครอบครัวและชุมชนก็ลดลงตามไปด้วยเช่นเดียวกัน สังคมชุมชนเสื่อมโทรม และล่มสลาย ส่งผลให้ผู้คนเผชิญกับปัญหาชีวิตที่ยากจะแก้ไข สิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติถูกทำลายลงไปทุกขณะปัจจุบันยังไม่สามารถหาทางหยุดยั้งสถานการณ์ดังกล่าวได้ ผู้คนเกิดความคับแค้นใจ ในความรู้สึก เกิดภาวะความตึงเครียด นำไปสู่การมีพฤติกรรมการแก้ไขปัญหที่ไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขโดยการหันกลับไปใช้ต้นทุนทางสังคม (Social Capital) โดยส่งเสริมให้ปัจเจกบุคคลและองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมในการคิด พัฒนากิจกรรมชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและ

วิธีการดำรงชีวิตของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชนเกิดเป็นชุมชนที่เข้มแข็งโดยภาครัฐให้การสนับสนุน (Change Agent or Facilitator) และพัฒนาทักษะที่จำเป็นเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในขณะเดียวกัน ต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพดี อาศัยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเรียนรู้ทั้งในระดับครอบครัว และชุมชน ตลอดจนมีการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมจนเกิดเป็นชุมชนที่เข้มแข็งได้ในที่สุด

นับตั้งแต่มีการพัฒนาประเทศโดยการประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ในวันที่ 1 มกราคม 2504 จนถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) รวมเป็นเวลากว่า 30 ปี พบว่า ประเทศไทยมีแนวทางเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นหลัก ขณะเดียวกันมีการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานเพื่อความเจริญก้าวหน้าให้ทัดเทียมกับประเทศตะวันตก การพัฒนาในช่วงนี้มีการขยายฐานการผลิตจากภาคเกษตรกรรมไปสู่การผลิตในภาคอุตสาหกรรมที่เน้นปริมาณมากกว่าการผลิตเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ โดยการนำทรัพยากรธรรมชาติมาใช้ในกระบวนการผลิตจำนวนมากมายมหาสถาบัน จนกระทั่งเกิดการขาดแคลนและส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมโดยรวมของประเทศ นอกจากนี้ การพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมนั้นจำเป็นต้องพึ่งพาเงินทุนและเทคโนโลยีจากต่างประเทศมาใช้ในการผลิตปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับชีวิตประจำวันที่เน้นความหรูหรา สะดวกสบาย ทำให้ประชาชนหันมานิยมใช้สินค้าประเภทนี้มากขึ้น ทำให้ภาคอุตสาหกรรมขยายตัวไปอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว โดยเฉพาะตลาดผลิตภัณฑ์และบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้นมีการขยายตัวตามไปด้วย สถานบริการสาธารณสุขมีการกระจายให้ครอบคลุมทั่วถึงมากขึ้น ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้สะดวกขึ้น นอกจากนี้ประชาชนยังแสวงหาและสร้างหลักประกันสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว รวมทั้งการเลือกใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ตามความต้องการ

ผลจากการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาฯ ทั้ง 7 ฉบับนี้ โดยภาพรวมแล้วให้ผลดีเป็นที่น่าพึงพอใจดังจะเห็นได้จากความเจริญก้าวหน้าของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเจริญทางด้านวัตถุ ประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรม อัตราการขยายตัวของเศรษฐกิจและผลผลิตโดยรวมของประเทศ แต่เมื่อพิจารณาการกระจายรายได้ของประชาชน พบว่ามีความไม่เป็นธรรม เห็นได้จากการที่รายได้ที่เพิ่มขึ้นของประเทศตกอยู่ในมือของกลุ่มคนรวยซึ่งเป็นกลุ่มคนส่วนน้อยของประเทศ ในขณะที่กลุ่มคนจนซึ่งเป็นกลุ่มคนส่วนใหญ่และอยู่ในภาคเกษตรกรรมถูกปล่อยปละละเลยส่งผลให้รายได้ของพวกเขาลดต่ำลง (ถนนศักดิ์ แก้วเทพ, 2543 : 103) และอยู่ในสภาพที่ขาดแคลนการศึกษา การสาธารณสุขโลก การเงิน และการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนกลุ่มนี้ สิ่งที่เห็นได้ชัด ก็คือความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายทรัพยากร โดยเฉพาะทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ถึงแม้ว่าจะมีการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และมีการขยายสถานบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างมีคุณภาพและทั่วถึง ขณะเดียวกันสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชนก็มีการขยายตัวตามอย่างรวดเร็ว และดึงเอาแพทย์บุคลากรทางการแพทย์เข้ามาทำงานในภาคเอกชนมากขึ้น ทำให้ชนบทหรือชุมชนห่างไกลขาดแคลนแพทย์ พยาบาล เป็นการดึงเอาทรัพยากรบุคคลจากชนบทสู่เมือง และจากคนจนไปสู่คนรวย

สภาพบีบคั้นที่เกิดขึ้นกับประชาชน เป็นปัญหา และกระทบต่อสังคมแทบทั้งสิ้น ปัญหาสำคัญที่พบ ได้แก่ การอพยพเคลื่อนย้ายแรงงานจากภาคเกษตรกรรมเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสังคมวัฒนธรรมไทยเป็นอย่างมาก เช่น มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่คึกคัก เรียบง่ายแบบไทย ไปสู่การดำเนินชีวิตแบบตะวันตก ซึ่งวัฒนธรรมตะวันตกนั้นมีความแตกต่างจากวัฒนธรรมไทยเป็นอย่างมาก เกิดความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ในสังคม ระบบโครงสร้างของสังคมวัฒนธรรมถูกทำลายไป ด้านวัฒนธรรมและค่านิยม พบว่า มีการโฆษณาขายสินค้าฟุ่มเฟือยผ่านสื่อต่าง ๆ จนกลายเป็นสังคมบริโภคนิยม มีการแสวงหาอำนาจทางการเงินนำมาซื้อสินค้าฟุ่มเฟือยมาบริโภคมากขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตดังเช่นคนในประเทศตะวันตก ด้านวัฒนธรรมกับการดำรงชีวิตของประชาชน พบว่า การอยู่ร่วมกันของครอบครัวมีน้อยลง มีการปรับเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เกิดการพลัดพรากของครอบครัว และคู่สมรส เกิดการแตกแยกและหย่าร้างกันมากขึ้น (ภัสสร ลิมานนท์ และคณะ, 2535 : 4) ครอบครัวในชุมชนเหลือแต่เด็กและคนชรา ครอบครัวขาดความอบอุ่น ไม่สามารถทำหน้าที่ให้สมบูรณ์ได้อ่อนแอลง เมื่อปัญหาชุมชนรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดความตึงเครียด ประชาชนหันไปทางออกและแสดงพฤติกรรมการแก้ไขปัญหามากขึ้นที่ไม่ถูกต้อง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เสพยาเสพติด เป็นต้น พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้นำไปสู่ทุกขภาวะหรือการมีสุขภาพเสียท่ามกลางการพัฒนาที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาเหล่านี้ขยายตัวมากขึ้นกลายเป็นปัญหาดังสังคมและประเทศชาติ ขณะเดียวกันการแก้ไขปัญหาก็ถือว่าเป็นบทบาทสำคัญของชุมชนมาตั้งแต่ครั้งอดีตกาลกลับลดลง ผลที่เกิดขึ้นตามมา คือ ชุมชนอ่อนแอลง ไร้พลัง ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ จึงเสื่อมโทรมลงและล่มสลาย ละเลยบทบาทหน้าที่การดูแลสุขภาพของคนในชุมชน รวมถึงสิ่งแวดล้อมด้วย

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าการพัฒนาตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแม้จะส่งผลดีต่อสภาพเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศก็ตาม การพัฒนาที่ไม่สมดุลก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนคนไทย ดังนั้นในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) รัฐจึงได้ปรับเปลี่ยนกระบวนการพัฒนาใหม่ที่เน้น “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ทั้งนี้เพราะเชื่อว่า “คน” นั้นเป็นปัจจัยที่ชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง

เป็นผู้กำหนดทิศทางในการพัฒนา เป็นผู้รับประโยชน์และผลกระทบจากการพัฒนา เศรษฐกิจนั้น เป็นเพียงเครื่องมือที่ช่วยให้คนมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่านั้น (คณะกรรมการอำนวยการ จัดทำแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2539 : 9) ในการนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 ประเทศไทย ร่วมกับองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิก ประกาศ ดำเนินการพัฒนาระบบสาธารณสุขโดยใช้กลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care = PHC) มาจัดระบบการบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนผู้ด้อยโอกาสและยากจนให้มีโอกาสเข้าถึงการ บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานได้ ตลอดจนมีการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้เสมอภาค เกิดความเป็นธรรมเพื่อเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี 2543 (Health For All by the year 2000 = HFA 2000) (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข, 2532 : 10-14) ในระดับชุมชนมีการดำเนินงานให้บรรลุการมีคุณภาพชีวิต (Quality Of Life = QOL) ที่ดีของประชาชน โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้มีความรู้ ความสามารถในการ บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ โดยมีผู้นำด้านสาธารณสุข คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นแกนกลางในการดำเนินงานด้าน สาธารณสุขในชุมชน ได้แก่ การค้นหาปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของครอบครัวและประชาชน มีการแสวงหาทรัพยากรต่าง ๆ ใน ชุมชนนำมาใช้เพื่อการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ นอกจากนี้ มีการระดมทรัพยากรในท้องถิ่น โดยมีชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการเอง ได้แก่ กองทุนยาและเวชภัณฑ์หมู่บ้าน กองทุนสุขภาพ กองทุนเกลือไอโอดีน เป็นต้น มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างชุมชน ก่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตัวเองอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวง สาธารณสุข, ม.ป.ป. หน้า 19-20) บทบาทของ อสม. อีกประการหนึ่งที่สำคัญ ก็คือการ ให้บริการเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพแก่ประชาชน ทั้งนี้เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความ สำคัญของการมีสุขภาพดี ทั้งส่วนตัวและส่วนรวมที่จะยังผลทำให้หันกลับมาดูแลสุขภาพและ แสวงหาความช่วยเหลือเมื่อคราวจำเป็น

ข้างต้นนี้เป็นความพยายามของภาครัฐในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้สามารถ เข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้ ผลในการดำเนินงานสาธารณสุขช่วงที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจนสามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น แต่ยังไม่ บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าและการพึ่งพาตนเองอย่างแท้จริง สิ่งทีกล่าวนี้นี้ได้จากการเรียนรู้ การเห็นความสำคัญของคุณภาพชีวิต จนสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และ ชุมชน (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข สาขาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่ง ตนเองด้านสาธารณสุข, 2540 : 49) ปัจจัยที่ทำให้การพัฒนาสุขภาพไม่บรรลุเป้าหมาย คือ ประชาชน ขาดโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการที่ควรจะเป็นขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ข้อเท็จจริง

ตลอดจนไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็นใด ๆ เกี่ยวกับการทำงานของรัฐซึ่งเป็นการผูกขาดโดยอำนาจของรัฐ นอกจากนี้ ยังพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น อสม. นั้นเป็นการจัดตั้งโดยภาครัฐ ไม่ได้เกิดจากความสมัครใจหรือความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง (คณะอนุกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข สาขาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเอง ด้านสาธารณสุข, 2540 : 40-41) อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานภาครัฐยังคงให้ความรู้โดยใช้กระบวนการอบรมแก่ อสม. ต่อไป ขณะเดียวกันได้สร้างผู้นำในระดับครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว กลุ่มบุคคลเหล่านี้คือ “แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว, กสค.” (Family Health Leader) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังคงทำหน้าที่ในการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำสุขภาพครอบครัว เป็นการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกของครอบครัวของตนเอง ก่อเกิดการพัฒนาทางสุขภาพอนามัยของประชาชนอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยเสริมให้ประชาชนทุกครอบครัวมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้นั่นเอง

สรุปได้ว่า การพัฒนาประเทศไทยในช่วงเวลาที่ผ่านมานั้น รัฐบาลเน้นการพัฒนาด้านเศรษฐกิจเป็นหลัก มีมุมมองประชาชนไม่ถูกต้อง (Fallacies) เกี่ยวกับประชาชน คือ มีมุมมองสุขภาพหรือความเจ็บป่วยเป็นเรื่องทางกาย ไม่มองทางด้านจิตใจ สังคม รวมทั้งขาดความสนใจด้านสังคมวัฒนธรรมของประชาชน การพัฒนาสุขภาพเป็นแบบแยกส่วน ขาดการเชื่อมโยงกับโครงสร้างต่าง ๆ ในชุมชนที่เกี่ยวข้องกันในด้านสังคมวัฒนธรรม การเมือง การปกครอง เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ตลอดจนถึงสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่กระทบต่อปัญหาโดยรวมของประชาชน โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ เป็นผลให้ประชาชนยังมีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมด้านต่าง ๆ ที่ไม่เคยได้รับการแก้ไข

บ้านป่าแะเป็นชุมชนที่มีปรากฏการณ์ตามประเด็นที่ผู้วิจัยกล่าวถึง คือ มีความหลากหลายของวัฒนธรรมในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากชุมชนแห่งนี้ถูกแบ่งออกเป็นสองส่วน โดยทางหลวงหมายเลข 107 (ถนนโชตนา) ทิศตะวันออกของทางหลวงสายนี้เป็นชุมชนดั้งเดิมที่ตั้งมานานเกินกว่า 60 ปี จึงยังคงสภาพของวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่นที่ทำให้ประชาชนมีการดำเนินวิถีชีวิตสืบทอดกันมาเป็นระยะเวลายาวนานจนถึงปัจจุบัน ประชาชนจึงมีความผูกพัน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการรวมกลุ่มและจัดตั้งเป็นองค์กรเพื่อพัฒนาชุมชนของตนเอง เช่น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้าน เป็นต้น ทำให้สังคมของชุมชนนี้เป็นชุมชนที่เข้มแข็ง ทางทิศตะวันตกของทางหลวงสายนี้ได้รับผลกระทบจากการขยายตัวของเขตเมือง มีการเคลื่อนย้ายหน่วยราชการหลายหน่วยงานออกจากตัวเมือง เพื่อลดความหนาแน่นของประชากรและเพื่อสะดวกในการให้บริการแก่ประชาชน ทำให้ชุมชนแห่งนี้เป็นที่ตั้งของหน่วยงานหลายหน่วยงาน มีการอพยพย้ายถิ่นฐานของประชาชน

เข้ามาทำงานในหน่วยงานราชการต่าง ๆ ที่ตั้งอยู่ในบริเวณนี้ หรือประกอบอาชีพอื่น เช่น ค้าขาย เสริมสวย เป็นต้น รวมถึงการเข้ามาอาศัยตั้งหลักแหล่งอยู่ในชุมชนเกิดเป็นวัฒนธรรมเมือง การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันหรือผูกพันกันมีน้อย เพราะมีการเคลื่อนย้ายเข้าออกในพื้นที่ตลอดเวลา ทำให้ขาดการให้ความร่วมมือหรือมีส่วนร่วมด้วยชุมชนดั้งเดิม ประชาชนส่วนหนึ่งของบ้านป่าแะทำงานเป็นข้าราชการ รับจ้างในหน่วยงานต่าง ๆ เหล่านี้ บางส่วนเดินทางไปรับจ้างทำงานอยู่ในตัวเมืองเชียงใหม่ ทำให้สมาชิกในชุมชนสามารถติดต่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับบุคคลภายนอกชุมชน และรับเอาวัฒนธรรมใหม่ได้ง่ายเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีวิถีชีวิตที่คล้ายคนในเมือง

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจที่จะศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นในชุมชนบ้านป่าแะ ตำบลคอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อที่จะอธิบายบริบท ปัจจัย เงื่อนไข และสภาพแวดล้อมโดยรวมของสังคมวัฒนธรรม หรือวิถีชีวิตที่กำหนดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน ตลอดจนรวมถึงการศึกษาลักษณะ รูปแบบ และขอบเขต ของการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวและชุมชน ภายใต้ลักษณะเงื่อนไขตัวกำหนดหรือบริบททางสังคมวัฒนธรรมหรือวิถีการดำรงชีวิตของประชาชนต่อการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นอย่างไร มีขั้นตอนในการดำเนินการอย่างไร และการมีส่วนร่วมนั้นก่อให้เกิดผลอย่างไรต่อครอบครัวและชุมชน การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนถือได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของจนเกิดการรวมตัวเป็นพลังในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาชุมชนท้องถิ่น อันจะนำไปสู่การทำให้ชุมชนนั้นมีพลัง กลายเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง อย่างไรก็ตาม การสร้างบทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชน และ/หรือชุมชนนั้นจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่าย โดยเฉพาะจากภาครัฐในการสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชน โดยการเตรียมความพร้อมให้กับประชาชนพร้อมกับสร้างกลไกหรือช่องทางที่เอื้ออำนวย ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างต่อเนื่อง อันเป็นรากฐานของการพัฒนาประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่กำหนดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพระดับครอบครัวและชุมชน

ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

1. ทราบและเข้าใจในกระบวนการคิด และการแสวงหาข้อเท็จจริงในมิติทางสังคม วัฒนธรรมที่กำหนดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพพระคัมภีร์และชุมชน
2. ทราบวิธีคิด ความเชื่อ วัฒนธรรมของชุมชน การกระทำหรือการแสดงออกของ พฤติกรรมเพื่อการสื่อความหมายในสังคมนั้น ๆ
3. นำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการแสวงหาทางเลือกกิจกรรมในการดำเนินการ และ/หรือการพัฒนาที่หลากหลาย โดยให้สอดคล้องกับลักษณะเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรม หรือ วิธีการดำเนินชีวิตของชุมชน

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตประชากร

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลในครอบครัวและชุมชน ผู้อาวุโส ผู้นำชุมชน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ องค์การชุมชน (อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มออมทรัพย์ เป็นต้น) และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหมู่บ้านและทำงานเกี่ยวข้องในชุมชน บ้านป่าแฉะ ตำบลคอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่

2. ขอบเขตพื้นที่

การคัดเลือกพื้นที่ในการวิจัยเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกพื้นที่บ้านป่าแฉะ หมู่ที่ 4 ตำบลคอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่ในการวิจัย เหตุผลที่เลือกชุมชนแห่งนี้เป็นพื้นที่ในการวิจัย เนื่องจากบ้านป่าแฉะเป็นชุมชนชนบท กึ่งเมืองขนาดเล็กที่มีจำนวนหลังคาเรือน 283 หลังคาเรือน และมีประชากรจำนวนทั้งสิ้น 885 คน อีกทั้งเป็นชุมชนที่มีปรากฏการณ์ตามประเด็นที่ผู้วิจัยศึกษา

3. ขอบเขตของเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งที่จะศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่กำหนดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนบ้านป่าแฉะ ตำบลคอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งระดับครอบครัวและชุมชน โดยกำหนดเนื้อหาในวิจัยดังนี้

3.1 บริบทของชุมชน ได้แก่

3.1.1 ประวัติความเป็นมาของชุมชน ได้แก่ การก่อตั้งชุมชน เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชุมชน

3.1.2 ลักษณะโครงสร้างทางกายภาพ ได้แก่ ที่ตั้ง อาณาเขต ลักษณะทั่วไป การตั้งบ้านเรือน ไร่นาในเชิงภูมิศาสตร์ ถนนหนทาง ระบบการขนส่ง

3.1.3 ลักษณะโครงสร้างทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การประกอบอาชีพ โครงสร้างค่าจ้างแรงงาน ระดับรายได้ การผลิตและการบริโภค

3.1.4 ลักษณะโครงสร้างทางการเมือง ได้แก่ การปกครองในชุมชน การจัดการปัญหาต่าง ๆ ในชุมชน กลุ่มผลประโยชน์ กลุ่มผู้นำชุมชน การบริการชุมชน และการมีส่วนร่วมในชุมชน

3.1.5 ลักษณะโครงสร้างทางการศึกษา ได้แก่

- การศึกษาใน / นอกหลักสูตร
- ระดับการศึกษา

3.1.6 ลักษณะโครงสร้างทางสังคม ได้แก่

- จำนวนประชากร จำนวนหลังคาเรือน
- การรวมกลุ่มอย่างเป็นทางการ / ไม่เป็นทางการ ลักษณะของกลุ่ม (กลุ่มอำนาจ กลุ่มวัฒนธรรม ชนชั้น) สถานที่คนมาชุมนุมกันเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น วัด โรงเรียน ร้านค้า ศาลากลางบ้าน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดการรวมกลุ่มกันในองค์กรหรือในชุมชน
- ความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ / หมวกบ้าน

3.1.7 วัฒนธรรมชุมชน

- ลักษณะที่พ้องอาศัย ลักษณะการตั้งบ้านเรือนเชิงวัฒนธรรม (อยู่กันเป็นกลุ่ม / มีการกระจายตัว) ความสัมพันธ์ทางเครือญาติและแรงงานร่วมทางเศรษฐกิจ
- การหาเลี้ยงชีพของคนในชุมชน
- ศาสนาในเชิงวัฒนธรรม ได้แก่ ระบบความเชื่อ พิธีกรรม สถานที่ศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ ศาสนา และค่านิยมทางสังคม
- สุขภาพอนามัย ได้แก่ การให้ความหมายของสุขภาพ การแสวงหาการรักษาพยาบาล (แพทย์ทางเลือก หมอพื้นบ้าน แพทย์สมัยใหม่) การดูแลสุขภาพ และสถานบริการสาธารณสุข

- การปกครองแบบเป็นทางการ / ไม่เป็นทางการ
- นันทนาการ (เชิงวัฒนธรรม) ได้แก่ การใช้เวลาว่าง กิจกรรมนันทนาการ เช่น การการเล่นพื้นบ้าน
- ระบบการคิด การรับรู้ในชุมชน ค่านิยม ความยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชน
- การเข้าใจวัฒนธรรมอื่นๆ (ภายนอกกลุ่มของตนเอง) ได้แก่ การรับรู้เรื่องของกลุ่มกับกลุ่มอื่น ความเข้าใจข้อเท็จจริงทางธรรมชาติ และทางวัฒนธรรมของชุมชน

3.2 การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน

3.2.1 ระดับครอบครัว

3.2.1.1 ลักษณะของการมีส่วนร่วม

3.2.1.2 รูปแบบ ขอบเขต และผลการมีส่วนร่วม

3.2.1.3 ขั้นตอนการเข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมรับประโยชน์ และร่วมประเมินผล

3.2.2 ระดับชุมชน

3.2.2.1 ลักษณะของการมีส่วนร่วม

3.2.2.2 รูปแบบ ขอบเขต และผลการมีส่วนร่วม

3.2.2.3 ขั้นตอนการเข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมรับประโยชน์ และร่วมประเมินผล

3.3 บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เป็นตัวกำหนดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพระดับครอบครัวและชุมชน

3.3.1 ระดับครอบครัว

3.3.1.1 ปัจจัยด้านประชากร

- โครงสร้างอายุเพศ
- การสร้างครอบครัว จำนวนสมาชิก ลักษณะของครอบครัว
- การย้ายถิ่นฐาน
- การสื่อสาร ได้แก่ ภาษา การใช้สื่อ เช่น วิทยุ โทรทัศน์

3.3.1.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

- ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
- ระดับการศึกษาของสมาชิกในครอบครัว การศึกษาใน / นอกหลักสูตร
- ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและความผูกพัน
- ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในครอบครัว
- การวางแผนในการเลี้ยงดูบุตร
- อิทธิพลเทคโนโลยีและการสื่อสารสมัยใหม่ต่อครอบครัว ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ ฯลฯ เป็นต้น
- การเคลื่อนย้ายถิ่นของสมาชิกในครอบครัว
- รูปแบบการทำงานและวิถีชีวิตในการทำงาน

3.3.1.3 ปัจจัยทางวัฒนธรรม

- วิถีชีวิต
- ค่านิยม
- ความเชื่อ

3.3.2 ระดับชุมชน

3.3.2.1 ปัจจัยด้านประชากร

- โครงสร้างของอายุและเพศของประชากรในชุมชน
- แบบแผนการย้ายถิ่น

3.3.2.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

- การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม
- ความเป็นชนบท / เมือง
- การมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน
- การปกครอง (กลุ่มผลประโยชน์ ผู้นำชุมชน การบริหารของรัฐ การบริการชุมชน เป็นต้น)
- อาชีพของประชาชน โครงสร้างค่าจ้างแรงงาน ระดับรายได้

3.3.2.3 ปัจจัยด้านวัฒนธรรม

- วิถีชีวิตของชุมชน
- ค่านิยมของชุมชน
- บรรทัดฐานของชุมชน

- นันทนาการ ได้แก่ การใช้เวลาว่าง การเล่นพื้นบ้าน
- ระบบการคิด และการรับรู้ด้านสุขภาพของคนในชุมชน

3.3.2.4 ปัจจัยด้านสถาบัน

- ระบบการเมือง / การปกครอง
- ระบบการศึกษา
- ระบบการสาธารณสุข
- ระบบโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure)
- ระบบการสื่อสารและเทคโนโลยีสมัยใหม่

นิยามศัพท์

บริบท (Context) หมายถึง ลักษณะเงื่อนไขหรือปัจจัยที่ร้อยรัดรองรับเหตุการณ์ หรือตัวกำหนดในสิ่งแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมหรือชีวิตวัฒนธรรม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล และ/หรือกลุ่มคนอันจะทำให้บุคคลหรือกลุ่มคนนั้นเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวและชุมชน

สังคมวัฒนธรรม หมายถึง ชีวิตวัฒนธรรมหรือวิถีชีวิตที่เป็นองค์รวมของคุณค่า วิถีคิด และอุดมการณ์ทางสังคม คำว่า **คุณค่า** หมายถึง คุณค่าของการเป็นมนุษย์ จารีตกฎเกณฑ์ หรือกฎหมาย และอำนาจของชุมชนท้องถิ่น **วิถีคิด** หมายถึง การคิดที่เชื่อมโยงเอาสิ่งต่าง ๆ เข้ามาสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ และปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทางสังคมและธรรมชาติแวดล้อมที่มีความหลากหลายและแตกต่างกันไปแล้วแต่ละชุมชน ส่วน**อุดมการณ์ทางสังคม** หมายถึง ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมความถึงการให้อำนาจแก่บุคคลในชุมชนในการเรียนรู้ สร้างสรรค์ ถ่ายทอดภูมิปัญญา และการปรับวิถีการดำเนินชีวิตไปตามสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

บริบททางสังคมวัฒนธรรม หมายถึง สภาวะแวดล้อมที่เป็นข้อเท็จจริงในพื้นที่ ได้แก่ สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับลักษณะเงื่อนไข ปัจจัย และองค์ประกอบของส่วนต่าง ๆ ในสังคมวัฒนธรรมที่เป็นตัวกำหนดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพระดับครอบครัวและชุมชนบ้านป่าแฉะ ตำบลคอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งในการศึกษานี้เป็นการศึกษาปัญหาโดยนำเอามุมมองของผู้ถูกศึกษา คือ บุคคลในครอบครัวและชุมชนและสภาวะแวดล้อมอื่นๆ ของชุมชนมาประกอบการวิเคราะห์และหาความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับโครงสร้างส่วนต่าง ๆ ของสังคมวัฒนธรรมที่มีผลกระทบถึงกันและครอบครัว

การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง ขั้นตอนของกระบวนการที่ประชาชนทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพพระคัมภีร์ครอบครัวและชุมชน นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งกิจกรรมนั้นเสร็จสิ้น คือ การคิด ตัดสินใจเลือกวิธีดำเนินการแก้ไขปัญหา ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนกำลังกาย กำลังทรัพย์ ฯลฯ ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการรับประโยชน์จากการดำเนินกิจกรรมนั้น

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่ม ตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติงาน
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานขอความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ด้านวัตถุ สังคม และส่วนบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

การมีส่วนร่วมในระดับครอบครัวและชุมชน (participation in Family and Community Level) หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัวและชุมชนมีโอกาสเข้าร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกันประเมินปัญหาความต้องการของครอบครัวและชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา สาเหตุที่มาของปัญหา ตลอดจนหาแนวทางการแก้ไข ตัดสินใจเลือกปฏิบัติ อันเป็นผลให้เกิดความรับผิดชอบตามขีดความสามารถในการพึ่งพาตนเอง จากความรู้สึกรู้สึกต้องการมีส่วนร่วมในการกระทำกิจกรรมในทุกขั้นตอน

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของประชาชนในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและอาจก่อให้เกิดโรค และเสริมสร้างสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้ดีขึ้น โดยอาศัยให้ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ กำหนดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม เพื่อลดผลกระทบที่มีอาจเกิดขึ้นกับสุขภาพ อันจะทำให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้แนวทางกฎบัตรออกดาวน์ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 5 ประการ คือ

1. การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environments)
3. การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Actions)
4. การพัฒนาศักยภาพของบุคคล (Develop Personal Skills)
5. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient Health Services)

กิจกรรมทั้ง 5 ประการนี้ดำเนินการโดยอาศัยกลยุทธ์หลัก 3 ประการ คือ

1. การชี้นำ (Advocate) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชนในการสร้างกระแสสังคมของชุมชน
2. การสนับสนุน (Enable) เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถดำเนินการใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ในการสร้างสุขภาพที่ดี มีทักษะในการดำรงชีวิตและมีโอกาสเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดี
3. การไกล่เกลี่ย (Mediate) เป็นการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี