

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาถึงสภาพ รูปแบบ ความคิด ความเชื่อในการจัดการด้านสุขภาพอนามัย ตลอดจนกลไกและเงื่อนไขที่สัมพันธ์กับการจัดการ รวมทั้งศึกษาถึงศักยภาพของชุมชนในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพอนามัย โดยใช้แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัยดังนี้

1. แนวคิดพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพและวัฒนธรรมการแพทย์พื้นบ้าน
2. แนวคิดเครือข่ายสังคมกับการดูแลสุขภาพ
3. แนวคิดการจัดการของชุมชน
4. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
5. แนวคิดศักยภาพของชุมชนและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ
6. แนวคิดประชาสังคมสุขภาพ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพและวัฒนธรรมการแพทย์พื้นบ้าน

การที่บุคคลปกติซึ่งมีอาการปกติหรือผิดปกติทางด้านร่างกายหรือจิตใจนั้น ย่อมมีการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลเพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์อยู่เสมอ ซึ่ง มัลลิกา มัติโก (2530) จำแนกการกระทำหรือพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1. การดูแลตนเองในสภาวะปกติ (Self Care in Health) เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพสมบูรณ์และแข็งแรงอยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่กระทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง มี 2 แบบคือ

- 1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลถึงสุขภาพ เป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การไปปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันออกเป็น 3 ระดับคือ

- การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention)
- การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่จะขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่อาการโรคจะรุนแรงมากขึ้น
- การป้องกันการระบาดของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่น ๆ

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตนเอง ครอบครัว หรือเครือข่ายสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับคือ

- 2.1 การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล
- 2.2 การดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัว
- 2.3 การดูแลสุขภาพตนเองโดยเครือข่ายสังคม
- 2.4 การดูแลสุขภาพตนเองโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน

เมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอย่างเพียงพอ บุคคลจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยอยู่ 4 แบบคือ

1. การตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ
2. การใช้ยารักษาตนเองซึ่งอาจเป็นทั้งการซื้อยามากินเอง การใช้ยากลางบ้าน
3. การรักษาตนเองโดยวิธีต่าง ๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่น การนอนพักและการดื่มน้ำอุ่นเมื่อรู้สึกตัวว่าเป็นหวัด การลดการสูบบุหรี่เมื่อรู้สึกเจ็บหน้าอก เป็นต้น

Jame C.Young (อ้างในมัลลิกา มัติโก, 2530) ได้อธิบายพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสาธารณสุขในระบบสังคมที่มีแหล่งหรือวิธีการรักษาให้เลือกหลาย ๆ แหล่งที่เรียกว่า ระบบการแพทย์แบบพหุ ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของปัจจัยสำคัญ ๆ 4 ประการคือ

1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วย บุคคลใช้ระดับความรุนแรงของโรคที่รับรู้ นั้นเป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการตัดสินใจเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษาใด ๆ ทั้งนี้บุคคลนั้นจะ คำนึงถึงความคิดเป็นส่วนใหญ่ในหมู่ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง

2. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านหรือการเยียวยาตนเอง เมื่อบุคคลรู้ถึง การรักษาเยียวยาตนเองหรือการเยียวยาแบบพื้นบ้านตามระบบของสามัญชน ประกอบกับการ รับรู้ว่าอาการนั้นไม่มีระดับรุนแรง เขามักจะเลือกรักษาเยียวยาตนเองตามระบบของสามัญชน แต่ถ้าเขาไม่รู้จักรักษาวิธีรักษา นี้ เขามีวิธีการรักษาตามระบบการแพทย์ตะวันตกหรือในกรณีที่วิธีการรักษา แบบพื้นบ้านหรือการรักษาตนเองไม่สามารถบรรเทาความเจ็บป่วยได้

3. ความเชื่อในผลของวิธีการศึกษา ความเชื่อที่สัมพันธ์กับทางเลือกต่าง ๆ ของการ รักษาพยาบาลคือ บุคคลย่อมเลือกแบบแผนหรือวิธีการรักษาตามความเชื่อถือ ศรัทธา ใน ประสิทธิภาพของวิธีการรักษานั้น แต่มิใช่ว่าการรักษาแบบแผนตะวันตกจะได้รับการยอมรับว่ามี ประสิทธิภาพสูงสุด ในขณะที่การรักษาตนเองมีประสิทธิภาพต่ำที่สุด

4. การเข้าถึงแหล่งบริการ เช่น ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการสาธารณสุขชนิดต่าง ๆ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการจากแหล่งบริการนั้น ความพอเพียงของแหล่งบริการ ความยุ่งยากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขชนิดต่าง ๆ นอกจากนี้บุคคลจะประเมินถึงค่าใช้จ่าย ที่ตนมีพอเพียงที่จะช่วยให้กับบริการนั้นด้วย สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับการเลือกแหล่งหรือ ชนิดการรักษาของบุคคลทั้งสิ้น

แนวคิดวัฒนธรรมการแพทย์พื้นบ้าน

สุขภาพและความเจ็บป่วยจัดอยู่ในขอบข่ายวัฒนธรรม ประชาชนแต่ละชุมชนย่อมมีวิธี ที่จะแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไป แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บเดียวกัน แต่ ว่า ชุมชนแต่ละชุมชนมีประสบการณ์ ค่านิยม ระบบคิด ความเชื่อเรื่องสุขภาพอนามัยและความเจ็บ ป่วยแตกต่างกันไป

แม้ว่าการแพทย์แผนใหม่จะได้เข้ามามีบทบาทต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของชาวไทย มากกว่า 100 ปี มาแล้วก็ตาม แต่กว่าที่การแพทย์แผนใหม่จะเป็นที่ยอมรับและถูกกระจายออก ไปเป็นที่รู้จักของชาวบ้านไทยในชนบทก็ในช่วง 2-3 ทศวรรษนี้เท่านั้น ซึ่งหากเทียบกับแนวคิด ตามวัฒนธรรมความเชื่อดั้งเดิมของไทย ได้ทำหน้าที่ในการขัดเกลาและมีบทบาทในการทำความ

เข้าใจและแก้ไขปัญหาสุขภาพนับเป็นพันปีแล้ว การแพทย์สมัยใหม่ยังคงเป็นสิ่งแปลกแยกและยังไม่สามารถสวมเข้ากับรากฐานทางความคิดของชุมชนได้อย่างสนิทแนบ แม้ประสิทธิภาพของการแพทย์สมัยใหม่จะปรากฏเป็นที่ประจักษ์ชัดและเป็นที่ยอมรับมากขึ้นในปัจจุบัน แต่ก็ยังมีได้มีฐานะเป็นองค์ความรู้ที่เป็นกระแสหลักในการขึ้นำกำหนดพฤติกรรมทางสุขภาพของชาวบ้าน ความรู้สึกนึกคิด ท่าทีและพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของชาวบ้านยังคงถูกกำหนดจากแนวความคิดและวัฒนธรรมพื้นบ้านเป็นสำคัญ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535, หน้า 2 – 3)

ในทางมานุษยวิทยาทางการแพทย์ (Medical Anthropology) ถือว่าสังคมใด ๆ ย่อมประกอบขึ้นด้วยระบบการแพทย์มากกว่า 1 ระบบ หรือที่เรียกกันว่ามีระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ ที่ดำรงอยู่และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยอยู่มากกว่า 1 ระบบ โดยต่างก็มีระบบวิธีคิด ทฤษฎี และวัฒนธรรมทางการแพทย์ที่ต่างกัน ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นความจริงที่ปรากฏอยู่ในทุกสังคมทั่วโลก ซึ่งมูลเหตุของปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้เกิดจากข้อเท็จจริงที่ว่าไม่มีระบบการแพทย์ใดระบบเดียวที่จะมีความสมบูรณ์แบบในตัวเองในอันที่จะตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยและสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องในทุกมิติ ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะที่มีเนื้อหาหลากหลายและมีรูปแบบที่ผิดแผกแตกต่างกันนี้ จึงเป็นระบบที่มีความหลากหลายเพียงพอที่จะรองรับความแตกต่างของผู้คนและปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยบางประการได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่ระบบการแพทย์ดั้งเดิมในสังคมนั้นอาจเป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการทางสังคมจิตวิทยาบางอย่างอย่างเหมาะสม

ตามกรอบแนวคิดทางมานุษยวิทยาซึ่ง โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2535, หน้า 7) กล่าวไว้ว่า ระบบการแพทย์ประกอบขึ้นจากองค์ประกอบ 2 ประการคือ

1. ระบบทฤษฎีโรค (Disease Theory System) หมายถึง แนวคิดหรือทฤษฎีทางการแพทย์ที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค ลักษณะการดำเนินไปของโรค พยากรณ์โรค ตลอดจนวิธีการดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ระบบทฤษฎีโรคนี้เองที่เป็นความรู้ความเข้าใจที่ใช้สำหรับการแก้ปัญหาต่าง ๆ เป็นแนวคิดที่สำคัญที่กำหนดท่าทีและพฤติกรรมต่าง ๆ ที่มนุษย์จะต้องตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ตลอดจนเป็นตัวกำหนดรูปแบบและระบบการดูแลสุขภาพ

2. ระบบการดูแลสุขภาพสุขภาพ (Health Care System) หมายถึง ระบบที่สังคมจัดขึ้นเพื่อให้การดูแลสุขภาพหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจมีรูปแบบแตกต่างกันไป โดยจะประกอบด้วยผู้ให้การดูแลสุขภาพ ผู้รับการดูแลสุขภาพ อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่าง ๆ รวมไปถึงระบบความ

สัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาและผู้รับการรักษา ซึ่งแนวคิดนี้สะท้อนออกจากแนวคิดในระบบทฤษฎีโรค

ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยของคนเรานั้น ระบบการแพทย์เป็นวัฒนธรรมซึ่งปรากฏให้เห็นดังที่ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2525) ได้แบ่งระบบการแพทย์พื้นบ้านไทยออกเป็นระบบต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและการแก้ไข ปัญหาความเจ็บป่วยได้ดี โดยแบ่งออกเป็น 4 ระบบย่อยพอสรุปได้ดังนี้

1. ระบบการแพทย์แบบประสบการณ์ เป็นระบบการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญในการรักษาพยาบาลที่เกิดจากการสะสมประสบการณ์และได้รับการถ่ายทอดต่อกันมา การแพทย์แบบประสบการณ์จึงเป็นกระบวนการพื้นฐานที่สุดและดั้งเดิมที่สุดในการแสวงหาทางออกแก่ปัญหาสุขภาพที่ยังคงเกิดขึ้น ดำรงอยู่และมีการผลิตใหม่อยู่ตลอดเวลา จึงไม่มีทฤษฎีหรือแนวคิดที่เป็นระบบซึ่งมีพื้นฐานอยู่บนประสบการณ์ของท้องถิ่นเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม รูปแบบการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยในระบบการแพทย์แบบประสบการณ์ออกได้เป็น 3 ลักษณะด้วยกัน คือ

- 1.1 การรักษาด้วยยากลางบ้าน ซึ่งโดยทั่วไปมักใช้สมุนไพรตามบริเวณบ้าน
- 1.2 แบบแผนการปฏิบัติตัวเฉพาะซึ่งพบบ่อยที่สุดในวัฒนธรรมก็คือ ข้อห้าม
- 1.3 การรักษาด้วยหมอพื้นบ้าน ได้แก่ หมอพื้นบ้านที่รักษาได้เฉพาะโรคหรือรักษาได้เฉพาะที่ตนสืบทอดประสบการณ์เรื่องนั้น ๆ มาโดยเฉพาะ เช่น หมอยาต้ม หมอกระดูก หมอตำแย หมอนวด ฯลฯ

2. ระบบการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ ซึ่งมองสาเหตุการเจ็บป่วยว่าเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติในรูปของวิญญาณหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ มนุษย์จะต้องเรียนรู้ถึงกฎเกณฑ์ของอำนาจและปฏิบัติตามเพื่อความสุขสบายของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

3. ระบบการแพทย์แบบโหราศาสตร์ เป็นอิทธิพลความคิดความเชื่อจากศาสนา พราหมณ์ โดยเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ ในจักรวาลล้วนแต่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน และเป็นไปตามวิถีหรือโชคชะตาที่ถูกกำหนดโดยตำแหน่งที่อยู่ในอิทธิพลของจักรราศี ความเจ็บป่วยก็ถือว่าเป็นเคราะห์ที่เกิดขึ้นเมื่อชีวิตได้เคลื่อนไปถึงจุดที่มันต้องเกิด และอาจรู้ล่วงหน้าด้วยการคำนวณ

การทำนายตามหลักการโหราศาสตร์ และสามารถแก้ไขได้ด้วยการสะเดาะเคราะห์เพื่อผ่อนหนักเป็นเบา

4. ระบบการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ โดยอธิบายถึงปรากฏการณ์ของร่างกายมนุษย์และความเจ็บป่วยที่เป็นระบบที่สุด มีแนวคิดว่าร่างกายประกอบด้วยธาตุ 4 ธาตุคือ ดิน น้ำ ลมไฟ ซึ่งเมื่อใดที่ธาตุหนึ่งธาตุใดผิดปกติหรือแปรปรวนก็จะเกิดภาวะไม่สมดุลเกิดเจ็บป่วยขึ้น

ยิ่งยง เทาประเสริฐ (2537) ได้กล่าวว่า วัฒนธรรมการแพทย์พื้นบ้านของชนบทไทยเป็นการสะท้อนระบบคิดและวิถีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองในท้องถิ่นของตน โดยอาศัยภูมิปัญญาพื้นบ้านเป็นองค์ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของชาวบ้านที่สั่งสม สืบทอด กันมาเป็นศักยภาพหรือความสามารถในเชิงแก้ปัญหา จัดการ ปรับตัว เรียนรู้ และสืบทอดไปสู่คนรุ่นใหม่เพื่อการดำรงอยู่ของเผ่าพันธุ์

แนวคิดเครือข่ายสังคมกับการดูแลสุขภาพ

เครือข่ายสังคมของบุคคลนั้นเริ่มตั้งแต่ในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้านและบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน ซึ่งเกิดความสัมพันธ์ต่อกัน ดังนั้นเครือข่ายสังคมของบุคคลหนึ่งจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเขา ขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมผู้อื่นด้วย ซึ่ง พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2530) กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมขึ้นได้แก่ การไปมาหาสู่เยี่ยมเยียนกับการปรึกษาหารือกันและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นต้น

เครือข่ายสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (อ้างแล้ว, 2530) สรุปสาระสำคัญการดูแลสุขภาพตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บตลอดจนการรักษาเยียวยาเมื่อเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่จะต้องกระทำด้วยตนเองหรือครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงของผู้เจ็บป่วย นั่นเอง พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยรวมตั้งแต่การตีความอาการผิดปกติ การตัดสินใจว่าพฤติกรรมอย่างไร การกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อป้องกันตนเองจากการเกิดโรคตลอดจนถึงการงดเว้นไม่กระทำสิ่งใดที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพหรือแม้แต่การไม่ทำอะไรเลย เมื่อเกิดอาการผิดปกติที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยเหล่านี้ และปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งก็คือ กระบวนการตัดสินใจภายในบริบททางสังคมของครอบครัวและชุมชน

Eliot Freidson (อ้างใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 144-145) ได้กล่าวถึงกระบวนการตัดสินใจของพ่อแม่เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของเด็กและผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ก็ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ในการตีความสถานการณ์การเจ็บป่วยและแนะนำทางเลือกในการรักษาเยียวยา ซึ่งเรียกชื่อกระบวนการดังกล่าวว่า “ระบบการส่งต่อผู้ป่วยของสามัญชน” (Lay Referral System) โครงสร้างของระบบดังกล่าวทำให้เกิด “ที่ปรึกษา” ที่ไม่เป็นทางการสำหรับขั้นตอนต่าง ๆ ของพฤติกรรมกรรมการเยียวยาตั้งแต่การเลือกแหล่งรักษาเยียวยาต่าง ๆ ที่ไม่ใช่แพทย์ จนกระทั่งถึงขั้นตอนการเลือกบริการรักษาเยียวยาจากแพทย์ซึ่ง “ที่ปรึกษา” มีบทบาทไม่เพียงแต่วินิจฉัยโรคและเลือกประเภทของยาสำหรับโรคหรือการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังเลือกแหล่งรักษาเยียวยาให้แก่ผู้ป่วยพร้อมกับประเมินผลการรักษานั้น ๆ ด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่าบทบาทครอบครัวและเครือข่ายสังคมที่มีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยนั้น มีปรากฏอยู่อย่างชัดเจน ทั้งในลักษณะที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อรูปแบบพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการรักษาเยียวยา ประสิทธิภาพของพฤติกรรมกรรมการดูแลรักษาตนเอง ตลอดจนการลดอัตราการเจ็บป่วยซึ่งระบบการแพทย์ของสามัญชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบวัฒนธรรมซึ่งประกอบด้วยสายใยของการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล บทบาทของแต่ละฝ่ายเปลี่ยนแปลงได้ง่าย และมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการและไม่มีปัญหาที่เกิดจากช่องว่างทางวัฒนธรรมและสังคมของทั้งสองฝ่าย

แนวคิดการจัดการของชุมชน

การที่ชุมชนสามารถดำรงความเป็นชุมชนมาได้ มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วย โดยมีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ผ่านการเรียนรู้ สังเกต ลองใช้ คัดเลือก จนกลายเป็นองค์ความรู้และวัฒนธรรมสืบทอดต่อกันมาซึ่งความสามารถของภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาได้ในระดับหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นทางกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะจิตใจซึ่งสามารถเข้าถึงความรู้สึกมีกำลังใจของผู้ป่วย ตลอดจนญาติพี่น้องได้อย่างยิ่ง

ในการจัดการของชุมชน ปัญหาสุขภาพอนามัยถือว่าเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งนอกเหนือจากด้านการพัฒนา ซึ่ง เอกวิทย์ ณ ถลาง (2538, หน้า 108-109) ได้เสนอประสบการณ์ในการจัดการของชุมชน ซึ่งสามารถสรุปเป็นบทเรียนที่สำคัญยิ่งในวิธีคิดและการจัดการของชุมชนว่า

1. ถ้าเจ้าหน้าที่ของรัฐปล่อยให้ชาวบ้านคิดและทำเองตามบริบทของชุมชน ไม่มีการครอบงำและแทรกแซงแล้ว ชาวบ้านจะมีสติปัญญาความสามารถที่จะแก้ปัญหาและพัฒนาชีวิตได้ถูกต้องเหมาะสมแก่ความต้องการของเขา

2. ชาวบ้านมีคุณธรรมและจริยธรรมที่เขาสามารถตกลงกันได้เอง โดยการปฏิบัติจริงตามหลักจริยธรรมนั้น ๆ

3. ภาวะผู้นำมีอยู่เสมอในชุมชน โดยจะมีการยอมรับและนับถือกันเอง ถ้อยทีถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน อย่างไรก็ตามแล้วแต่ในชุมชนนั้นย่อมจะมีคนที่เกรงไม่ยอมให้ความร่วมมือ เขาก็มีการจัดการไม่ไห้บุคคลเหล่านั้นมาก่อวุ่นซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการทำงานได้

4. ในการจัดการของชุมชน ต้องมีการฟื้นฟูขนบธรรมเนียมประเพณีที่ชาวบ้านรู้จักคุณค่ามาประสานกับงานที่ทำ เพื่อใช้แก้ปัญหาในสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เขาเข้าใจความต้องการของเขาเอง ตลอดจนภาวะการณ์แวดล้อม

5. ในการจัดการชุมชนต้องใช้หลักพุทธธรรมเข้าช่วย โดยที่ในชุมชนมีพระสงฆ์หรือแก่วัดซึ่งเป็นทีเคารพของชุมชนจะทำหน้าที่เป็นผู้นำในการเรียกศรัทธาความเชื่อถือจากชาวบ้าน

กระบวนการในการจัดการนั้น มีส่วนเกี่ยวข้องอยู่หลายประการ ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จและเป็นการชี้ให้เห็นถึงศักยภาพและคุณค่าต่าง ๆ ของชุมชนโดยถือเอาแนวทางหรือปรัชญาและกระบวนการจัดการหรือกระบวนการทำงานพัฒนา ดังนี้ (เสรี พงศ์พิศ, 2532, หน้า บทนำ)

1. ประชาชนคือศูนย์กลางของงานพัฒนาเช่นเดียวกับพวกเราและคนอื่น ๆ ไม่ว่าจะป็นนักวิจัยหรือนักพัฒนา ไม่ใช่เครื่องมือ ผู้รับใช้หรือผู้ถูกกระทำแต่เพียงฝ่ายเดียว ยิ่งกว่านั้นไม่ใช่ดวงอาทิตย์ที่หมุนรอบโลกแต่เป็นโลกที่หมุนรอบดวงอาทิตย์ซึ่งเป็นศูนย์กลางของจักรวาล ชาวบ้านและชุมชนหมู่บ้านคือศูนย์กลางของการพัฒนาไม่ใช่คนนอกที่ยัดเยียดความคิดและแนวทางปฏิบัติเข้าไปให้พวกเขา

2. ศักยภาพคือ พลังภายในของประชาชน หากไม่ศรัทธาก็ไม่มีการค้นหาและจะไม่พบได้ แต่สรุปเอาอย่างง่าย ๆ ว่า ประชาชนโง่ จน และเจ็บ ไม่เช่นนั้นพวกเขาคงไม่สามารถยืนหยัดดำรงอยู่ท่ามกลางธรรมชาติและสังคมมาได้นับร้อยนับพันปี ถ้ายทอดความรู้และประสบการณ์สู่คนรุ่นแล้วรุ่นเล่า จนกระทั่งถึงคนรุ่นปัจจุบัน พวกเขาคือครู หมอ ผู้นำทาง พิธีกรรม

นักปกครอง นักจัดการ นักวิจัย และอีกหลายอย่างที่มืออยู่ในสังคมสมัยใหม่ เพียงแต่แตกต่างกันตามเนื้อหาหรือรูปแบบ บุคคลเหล่านี้ยังมีอยู่ในชุมชนและมีศักยภาพที่จะช่วยเหลือชุมชนในการจัดการเรื่องต่าง ๆ

3. เครือข่ายคือการรวมกลุ่มของบุคคลในชุมชน บุคคลระหว่างชุมชน กลุ่มกับกลุ่มชุมชนกับชุมชน ซึ่งแบ่งออกเป็น

- ตามพื้นที่ เขต ตำบล อำเภอ จังหวัด ภาค และทั่วประเทศ
- ตามประเด็น เช่น เกษตรพื้นฐาน การอนุรักษ์ป่าและ

ทรัพยากรธรรมชาติ เหมืองฝาย การออมทรัพย์ สวัสดิการ (ธนาคารข้าว บัญ ยาร้านค้า) การรักษาแบบพื้นบ้าน สมุนไพร ฯลฯ

- ตามสถานภาพทางสังคม เช่น ผู้นำหมู่บ้าน หมอยา ผู้เฒ่า พระสงฆ์

ครู ตลอดจนนักวิชาการท้องถิ่น

การสร้างเครือข่ายคือ กระบวนการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระดมแลกเปลี่ยนปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ และรวมพลังเพื่อต่อรอกับกลุ่มอื่น ๆ ในสังคม

4. กระบวนการเรียนรู้ คือ กระบวนการอันมีรากฐานอยู่ที่ประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งไม่ได้แยกกระหว่างการเรียนรู้กับวิถีชีวิต การรู้และการปฏิบัติเนื้อหา และกระบวนการเรียนรู้เป็นหนึ่งเดียว กระบวนการดังกล่าวเกิดจากท้องถิ่นเหมาะสมกับท้องถิ่น ช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ องค์ประกอบสำคัญคือภูมิปัญญาพื้นบ้าน การปฏิบัติตามแบบอย่างของผู้รู้ การอบรมสั่งสอนในบริบทสังคม วัฒนธรรมที่เป็นอยู่จริง กระบวนการนี้ได้ถูกปรับตามสภาพการณ์สังคมที่เปลี่ยนไป การคมนาคมและการติดต่อที่สะดวกยิ่งขึ้นทำให้การไปมาหาสู่ การดูงาน การร่วมกันทำข้ามเขตแดนของชุมชน อำเภอ จังหวัดและภาคเป็นไปได้ เนื้อหาและวิธีการหลายอย่างในกระบวนการนี้ก็ถูกปรับตามเช่นเดียวกัน เกณฑ์การปรับคือความต้องการและสภาพการณ์ที่เป็นจริงของชาวบ้านในท้องถิ่นแต่ละแห่ง เพื่อจุดมุ่งหมายของการพึ่งตนเองและพึ่งพากันอย่างมีศักดิ์ศรี

5. ตัวแบบ คือประสบการณ์ที่เป็นนามธรรมและรูปธรรมของบุคคล กลุ่มชนและเครือข่ายที่ได้ผ่านการหล่อหลอมขึ้นมาในระดับหนึ่ง เป็นแรงบันดาลใจให้กับผู้ได้รู้ ได้ยิน ได้ฟัง ได้พบเห็นและสัมผัสให้เกิดกระทำในลักษณะเดียวกันหรือคล้ายกัน จากตัวแบบย่อยของประเด็น

ย่อยจากบุคคล ชุมชน และกลุ่มจะนำไปสู่ตัวแบบการพัฒนา เพื่อการพึ่งตนเองในระดับภาค และระดับประเทศ

6. องค์ความรู้ใหม่ เกิดจากกระบวนการการวิภาษ์แห่งการปฏิบัติและการไตร่ตรอง ประสบการณ์อันเป็นตัวแบบต่าง ๆ ประการหนึ่ง ประกอบกับการวิเคราะห์ภาพรวมในระดับใหญ่ หรือมหภาคอีกประการหนึ่ง เกิดจากหล่อหลอมความคิดที่เริ่มจากข้างล่างไปสู่ข้างบน สร้างแนวคิดระดับมหภาคใหม่อันเริ่มต้นจากจุลภาค กลายเป็นพลังและรากฐานแห่งวิภาษ์วิธีต่อไป

ในการวิจัยผู้วิจัยใช้กระบวนการทั้งหมดนี้ประกอบเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ซึ่งพบในชุมชนในการศึกษาศักยภาพของชุมชน ในการจัดการปัญหาสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เพราะกระบวนการดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอยู่ตลอด ซึ่งในการจัดการของชุมชนนั้น ผู้วิจัยจะศึกษาถึงการจัดการในองค์กรและกลุ่มต่าง ๆ ที่มีในชุมชนในการแก้ปัญหาของชุมชนด้วย

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการยกระดับศักยภาพของชุมชน โดยให้เกิดการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ดำเนินการและรับผลที่ได้ร่วมกัน ซึ่งการมีส่วนร่วมส่งผลสำคัญต่อการพัฒนาคือ ทำให้ประชาชนได้เกิดสำนึกของความเป็นชุมชน เข้าใจปัญหาของชุมชน เกิดการเรียนรู้เลือกสรรวิธีที่เหมาะสมเพื่อจัดการกับปัญหาของตนเอง

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527, หน้า 2) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมหมายถึง การที่ประชาชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการควบคุมการใช้ประโยชน์และการกระจายทรัพยากร ตลอดจนมีปัจจัยการผลิตที่อยู่ในสังคมเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตทางเศรษฐกิจและสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกของสังคม

การมีส่วนร่วมของประชาชนนับได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา ซึ่งจะเห็นได้ว่า กิจกรรมการพัฒนาใด ๆ ก็ตามหากประชาชนไม่มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและลงมือดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองแล้ว กิจกรรมนั้นก็มิอาจสำเร็จและดำรงอยู่ได้ แต่ถ้าหากว่าประชาชนมีความรู้มีความเข้าใจในกระบวนการอย่างถ่องแท้และสามารถมองเห็นและคาดหวังในผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน ทั้งยังได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ จนเกิดความตระหนักในปัญหาของตนเองและค้นหาทางแก้ไขเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเกิดการตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งจะเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และจะเป็น

ประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับความเป็นจริงชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ความยั่งยืนของกิจกรรม พร้อมทั้งจะช่วยให้พัฒนาขีดความสามารถของประชาชนให้เพิ่มมากขึ้น (ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์, 2531)

อุณา นพคุณ (2528, หน้า 103-106) ได้เสนอว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับรูปธรรม หมายถึง การที่ชาวบ้านได้ใช้แรงงาน เวลา วัสดุในการพัฒนาชุมชน ส่วนความหมายในระดับนามธรรมนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องของการนำตนเอง มโนภาพแห่งตน ความอิสระในการกำหนดวิถีแห่งตนและความรู้สึกผูกพันรับผิดชอบต่อส่วนรวม

อัฟฮอฟ และ โคเฮน (อ้างใน ชูเกียรติ ลีสุวรรณ, 2534) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น กลุ่มคนที่มีความสำคัญสูงสุดคือมวลชนพื้นฐาน ได้แก่ ชาวบ้าน นั่นเอง และกล่าวถึงลักษณะการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนไว้ดังนี้

1. พื้นฐานของการเข้าร่วม ลักษณะที่เข้ามามาร่วมมาจากแรงจูงใจภายในซึ่งเป็นแรงหนุนหรือช่วยให้ประชาชนมีความกระตือรือร้นที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ส่วนการมีส่วนร่วมที่มาจากปัจจัยภายนอกโดยอำนาจหรือบารมีหรือแรงบีบบังคับจากผู้มีอำนาจ ความเกรงใจหรืออิทธิพลของผู้มีอำนาจจากชุมชนเอง ถึงจะสามารถทำได้สำเร็จ แต่ก็ไม่มีผลผูกพันทางด้านจิตใจ ความยั่งยืนต่อเนื่องของกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ก็ลดลง

2. รูปแบบของการเข้าร่วม การเข้าร่วมของประชาชนนั้นเป็นการเข้าร่วมโดยผ่านองค์กรจัดตั้งของประชาชนเอง โดยเฉพาะกิจกรรมที่คำนึงถึงผลประโยชน์ที่ได้รับของประชาชน สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมโดยผ่านตัวแทนกลุ่ม เช่น กรรมการหมู่บ้าน การเข้าร่วมของประชาชนจะอยู่ในลักษณะผู้ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือ

3. ขอบเขตการมีส่วนร่วมเป็นช่วงเวลาการมีส่วนร่วม การใช้เวลาเข้าร่วมในกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ จะใช้เวลาต่างกัน ความถี่ห่าง จำนวนครั้งที่เข้าร่วม ความสม่ำเสมอและฤดูกาลที่เหมาะสม ช่วงเวลาที่ใช้ในกิจกรรมแต่ละครั้ง

4. ผลของการเข้าร่วม ลักษณะการเข้ามามีส่วนร่วมประชาชนทำให้เกิดกิจกรรมการรวมพลังที่จะสร้างอำนาจต่อรองให้ชุมชนมีศักยภาพ เป็นตัวของตัวเอง สร้างปฏิสัมพันธ์อันดี มีความสามัคคีในมวลสมาชิกของชุมชน

จากบทเรียนกรณียกกระบัตร (อคิน รพีพัฒน์, 2531) ได้พิสูจน์ให้เห็นว่าระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถแบ่งได้เป็น 5 ระดับด้วยกันคือ

1. ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา พิจารณาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
2. ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุแห่งปัญหา
3. ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาและพิจารณาแนวทาง วิธีการแก้ปัญหา
4. ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา
5. ประชาชนมีส่วนร่วมในการประเมินผลกิจกรรม

สำหรับในเรื่องของสุขภาพอนามัยของชุมชนนั้น ลีอชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2533) ได้เสนอแนวคิดว่าการดูแลสุขภาพตนเองไม่ว่าจะปรากฏในรูปแบบใด ในเรื่องของการป้องกัน การส่งเสริมหรือการรักษา ลักษณะพื้นฐานที่สำคัญที่สุดในทุกรูปแบบคือ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติโดยปัจเจกบุคคลและครอบครัว แม้การมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเองจะเป็นลักษณะการจัดตั้ง แต่มีการเผยแพร่และปรากฏทั่วไป ดังนั้นจึงอาจถือว่าการดูแลสุขภาพตนเองในรูปแบบการมีส่วนร่วมที่สูงกว่ารูปแบบจัดตั้ง เช่น คณะกรรมการสาธารณสุขหมู่บ้าน สหกรณ์ ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ซึ่งเราอาจพบได้ทั่วไปในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ความพยายามที่มุ่งเพิ่มขีดความสามารถ (ศักยภาพ) และทักษะของบุคคลและครอบครัวในการจัดการกับภัยที่คุกคามสุขภาพจึงเท่ากับเป็นการสร้างอำนาจ และพัฒนาการพึ่งตนเองของประชาชน

การที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม (ยงยุทธ บุราสิทธิ์, 2531) ต้องยึดแนวปฏิบัติต่อไปนี้

1. ต้องถือว่าชาวบ้านเป็นตัวหลักในการแก้ปัญหาของเขาเอง องค์กรภายนอกเป็นเพียงตัวกระตุ้นและเสริมหรือสนับสนุนเท่านั้น
2. กิจกรรมการพัฒนาต้องเพิ่มจากพื้นฐานของชุมชน กล่าวคือ วิถีชีวิตที่ดำรงอยู่ในชุมชนทั้งในอดีตและปัจจุบัน การยึดเยียดกิจกรรมการพัฒนาซึ่งกำหนดตามกรอบความคิดของคนภายนอก นอกจากจะไม่นำไปสู่การมีส่วนร่วมที่แท้จริงแล้ว ยังเป็นการทำลายศักยภาพการแก้ไขปัญหาของชุมชน สร้างลักษณะขาดความมั่นใจในตัวเอง

3. ต่อปัญหาบางลักษณะ ระดับการรับรู้ของชุมชนอาจมีข้อจำกัด ทำให้ไม่ชัดเจนต่อปัญหาหรือแก้ไขไม่ถูกจุด การมีส่วนร่วมจึงครอบคลุมถึงการกระจายและสื่อสารข้อมูลข่าวสารเพื่อพัฒนาการรับรู้ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของประชาชนในการแก้ปัญหา

แนวคิดศักยภาพของชุมชน

ศักยภาพของชุมชน หมายถึง ขีดความสามารถในอันที่จะตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาของคนส่วนใหญ่ในชุมชน รวมทั้งความสามารถของชุมชนในการให้ความร่วมมือการดำเนินงานกับคนภายในชุมชน ขณะเดียวกันก็ดำเนินการแก้ไขปัญหามีที่มาจากภายนอกชุมชน ทั้งนี้ด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อความปกติสุขในการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชน องค์ประกอบที่ทำให้ชุมชนเกิดศักยภาพในการดำเนินงานใด ๆ นั้น ได้แก่ โครงสร้างประชากร ระบบเครือญาติ ทรัพยากรธรรมชาติ ระบบนิเวศวิทยา โครงสร้างอำนาจและระบบการปกครอง อาชีพ และระบบการผลิต ปัจจัยในการผลิตและระบบความเชื่อ (สุวิทย์ ธีรศาสตร์, 2533, หน้า 5) ดังที่ อคิน รพีพัฒน์ (2531) ได้ศึกษาและแสดงบทพิสูจน์ว่า ชาวบ้านยกกระบัตรมีศักยภาพและใช้กระบวนการจัดการในการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์กับชุมชนของตนเองได้ ได้แก่ ประเพณีการสร้างงานส่วนเกินแบบเก่าโดยการลงแขกเพื่อผลัดเปลี่ยน ร่วมแรงกันทำงานในชุมชนเอง และ พรพีไล เลิศวิชา (2532) ได้กล่าวถึงกลุ่มศิวิล ศักยภาพในการแก้ปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัวและชุมชน สามารถใช้กลุ่มเป็นแกนนำในการพัฒนาในด้านต่าง ๆ และจัดสวัสดิการในชุมชน มีพลังความสามารถต่อรองอำนาจรัฐและใช้สิทธิชุมชนในการจัดการทรัพยากรในชุมชนได้

ก่อนที่จะมีระบบการบริหารราชการเข้าไปมีบทบาทในชุมชนนั้น ชุมชนมีระบบการจัดการภายในชุมชนของตนเองอยู่หลายร้อยปี เช่น ระบบเครือญาติ ระบบการคัดเลือกผู้นำ ระบบผู้นำเหมืองฝายต่าง ๆ ระบบศาลเตมา ศาลเก่า ทำหน้าที่พิจารณาคดีแก้ไขคดีความขัดแย้งหรือการมีกรณีพิพาทในชุมชน นอกจากนี้ยังมีหมู่บ้านทั่วประเทศอีกนับร้อยแห่งที่พยายามชวนขว้ายรวมกลุ่ม รวมตัวกันจัดการทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่มโดยมีผู้นำทางความคิด ปราชญ์ชาวบ้าน ปัญญาชนและนักวิชาการให้ท้องถิ่น สามารถนำพลังทางวัฒนธรรมมาฟื้นฟูแก้ปัญหาและพัฒนาสร้างสรรค์ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุรเชษฐ์ เวชชพิทักษ์, 2533, หน้า 22-23) นอกจากนี้ อเนก นาคนบุตร (2532) ได้ทำการศึกษาศักยภาพของชุมชนในการแก้ปัญหาของตนเองได้ และได้สรุปผลการศึกษาว่าประชาชนมีบทบาทจัดการตนเองในเรื่องของการแก้ปัญหา

จัดการเรียนรู้ หาทางออกในเชิงดินร่น โดยได้ประสบทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวมากมาย ทั้งในด้านความรู้ ทักษะและทัศนคติ กล่าวคือ

1. ในด้านความรู้ พบว่า ในชุมชนชนบทเองมีการสะสมและสืบทอดความรู้ความสามารถตอบปัญหาและการดำเนินชีวิตของชาวบ้านได้ในระดับหนึ่ง บางหมู่บ้านมีการผลิต การคิดค้น ประยุกต์ความรู้ร่วมกัน ความรู้ที่ได้มาจากข้างนอกมีการลองผิดลองถูกตลอดเวลา ในหมู่ผู้นำชาวบ้าน ปัญญาชนชาวบ้าน

2. การเปลี่ยนทัศนคติของชาวบ้านในหลายกรณีพบว่า เราสามารถทำผ่านผู้นำชาวบ้านที่มีบารมีที่เป็นฐานของความเชื่อ ความศรัทธาของชุมชน

แนวคิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

ในด้านการพึ่งตนเองนั้น ได้มีผู้กล่าวถึงการพึ่งตนเองไว้ดังนี้

กาญจนา แก้วเทพ (2530, หน้า 34) ได้ให้ความหมายการพึ่งตนเองที่แตกต่างออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. การให้ความหมายในเชิงปัจเจกบุคคล การพึ่งตนเอง หมายถึง กิจกรรมทั้งหลายที่กระทำโดยปัจเจกชนและครัวเรือน เพื่อบรรลุถึงการมีหลักประกันของการดำรงชีพของเขา

2. การให้ความหมายในลักษณะของกลุ่ม การพึ่งตนเอง หมายถึง สังคม (กลุ่ม) ที่มีการจัดระบบเพื่อให้ประชาชนสามารถดำเนินการตอบสนองความต้องการของตนเอง ด้วยวิธีการช่วยเหลือตนเอง ด้วยการร่วมมือกับคนอื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ทั้งนี้การพึ่งตนเองอย่างแท้จริงต้องหมายรวมถึงกลุ่มชนนั้นมีอิสระในการตั้งเป้าหมายและมีอิสระในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย โดยอาศัยความพยายามและกำลังของตนเอง

นอกจากนี้ ฉัตรทิพย์ นาถสุภา (2529, หน้า 95-101) ได้กล่าวถึงเงื่อนไขในการพัฒนาเพื่อการพึ่งตนเอง 6 ประการคือ

1. การพัฒนาจะต้องเป็นแบบกลุ่ม ชาวบ้านจะต้องอยู่รวมกันเป็นชุมชน เป็นหมู่บ้าน ไม่ใช่ต่างคนต่างอยู่

2. ต้องมีจิตสำนึก มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน พื้นฐานก็คือ การพึ่งตนเองขึ้นอยู่กับการจิตใจ ความสมัครใจจะทำอย่างนั้น (กิจกรรม) ของผู้คน (ชาวบ้าน)

3. จิตสำนึกมีการผลิตซ้ำขึ้นมาอีกได้คือ ต้องใช้มันสร้างขึ้นมาใหม่ให้แจ่มชัด ต่อเนื่อง

4. ต้องมีการรวมตัวกันในรูปแบบสหสัมพันธ์อย่างใดอย่างหนึ่ง กล่าวคือ ต้องมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มในหน่วยย่อยคือ ในหมู่บ้านและหมู่บ้านเหล่านี้สามารถที่จะรวมตัวกันเป็นสหพันธ์ โดยพัฒนาเป็นเขตที่สามารถต่อรองกับสถาบันภายนอก เช่น พ่อค้าและรัฐได้อย่างมีพลัง เพื่อก่อให้เกิดเครือข่ายของหมู่บ้าน

5. การประสานวัฒนธรรม ซึ่งควรส่งเสริมให้ชาวบ้านประสานวัฒนธรรมของตนเองหรือกิจกรรมของตัวเองกับคนกลุ่มอื่น ๆ ในสังคมด้วย

6. ชุมชนควรมีความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมธรรมชาติ

สำหรับขอบเขตของการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพ เริ่มตั้งแต่สิ่งที่ชาวบ้านคิด ตัดสินใจ แล้วยังกระทำ โดยมีการพึ่งกันเองในระดับครอบครัว เครือญาติและชุมชน (ทั้งนี้ไม่มีระบบบริการใด ๆ ทั้งของรัฐ เอกชน และชาวบ้านเองที่พร้อมจะช่วยชาวบ้านได้ทุกอย่าง ทุกเวลา ชาวบ้านจะต้องเรียนรู้ที่จะช่วยตัวเองในระดับหนึ่ง) ซึ่งการพึ่งตนเองอาจจะแยกออกได้หลาย ๆ ระดับ ระดับของการพึ่งตนเองทางสังคมควรอยู่ในจุดที่ทำอย่างไรถึงจะทำให้ชาวบ้านมีการตัดสินใจ ในการที่จะช่วยเหลือตัวเองอย่างถูกต้องและปลอดภัยที่สุด โดยมีความรู้และใช้อย่างถูกวิธี ในระดับที่ชาวบ้านสามารถหาได้จากสิ่งที่มีอยู่ในพื้นที่ของเขา รู้จักเลือกใช้บริการในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ในชุมชน อนามัย โรงพยาบาลอำเภอและจังหวัด (สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2531, หน้า 65)

แนวคิดประชาสังคมสุขภาพ

คำว่า "ประชาสังคม" หรือ Civil Society มีคำจำกัดความต่าง ๆ ที่ ชูชัย ศุภวงศ์ (2540) ได้สัมภาษณ์บรรณานักคิดในสังคมไทย พอสรุปความหมายของประชาสังคมดังนี้

ประเวศ วะสี ได้ให้ความหมายที่ใช้กับชุมชนที่แสดงถึงความเป็นชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกันหรือมีการรวมกลุ่มกัน จะอยู่ห่างกันก็ได้ มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีเรื่องจิตใจเข้ามาด้วย มีความรัก มีมิตรภาพ มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำ ในการปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างจะเรื่องใดก็แล้วแต่และมีการจัดการ

ชัยอนันต์ สมุทวณิช ประชาสังคม หมายถึงทุก ๆ ส่วนของสังคมโดยรวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนด้วย

การพัฒนากระบวนการประชาสังคมหรือ Civil Society เพื่อสร้างความเข้มแข็งของสังคม โดยการนำแนวคิดดังกล่าวมาวิเคราะห์และเสนอเป็นทางเลือกหนึ่งในการพัฒนาสุขภาพคนไทย จึงเป็นเรื่องใหม่ที่ถือได้ว่าเป็น “นวัตกรรมสาธารณสุข” ประชาสังคมกับสุขภาพเน้นที่การสร้าง “หุ้นส่วนสุขภาพ” (Health Partnership) ให้เกิดขึ้นในหมู่ประชาชน องค์กรชุมชน ร่วมกับภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน ในแนวคิดนี้ประชาคมหรือชุมชนจะต้องร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมหาทรัพยากร ร่วมปฏิบัติการ ร่วมติดตามประเมินผลในลักษณะ active จนสามารถเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในลักษณะที่เรียกว่า Interactive Learning Through Action ซึ่งนำไปสู่การแก้ไข ปัญหาสุขภาพด้วยพลังทั้งหมดของ “สังคมสุขภาพ” สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2540, คำนำ)

การก่อตัวของแนวคิดประชาสังคมทั้งระดับโลกและในประเทศไทย กล่าวได้ว่ากระแสประชาสังคมก่อตัวมาจากหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่

1. วิกฤติในสังคมที่รัฐและทุนไม่สามารถแก้ไขได้โดยลำพังหรือเป็นวิกฤติระดับโลก (Global Crisis) เช่น วิกฤติสิ่งแวดล้อม สิทธิมนุษยชน เอดส์ ฯลฯ
2. การก่อกำเนิดของชนชั้นกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพ่อค้า นักธุรกิจ นักวิชาการที่มีการศึกษาและมีฐานะทางเศรษฐกิจ
3. พัฒนาการของกระบวนการประชาธิปไตย ซึ่งเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถแสดงออกในทางความคิดเห็นได้โดยอิสระ
4. ระบบการติดต่อสื่อสาร ซึ่งช่วยให้การรวมตัวกันเป็นไปได้สะดวกขึ้นโดยที่บางครั้งไม่จำเป็นต้องพบกัน
5. ปัญหาเรื่องสิทธิภาพและความโปร่งใสทางภาครัฐ ทำให้รัฐไม่สามารถเป็นผู้แก้ไขปัญหาในสังคมได้แต่เพียงผู้เดียว จึงต้องมีการหาทางเลือกอย่างอื่น

ดังนั้น การที่มีปัญหาเกิดขึ้นในสังคมซึ่งประชาชนผู้แบกรับปัญหาไม่สามารถพึ่งพารัฐแต่เพียงอย่างเดียว ไม่ว่าจะด้วยเหตุความสลับซับซ้อนของปัญหา หรือเพราะความจำกัดของประสิทธิภาพในภาครัฐ ประชาชนย่อมต้องหาทางแก้ไขปัญหานั้น ตั้งแต่แก้ไขด้วยตนเองเป็นกลุ่มเล็ก ๆ จนเมื่อมีโอกาสในการสนทนาแลกเปลี่ยนความเห็นในวงกว้าง จึงเกิดการรวมตัวกันที่จะกระทำบางอย่างเพื่อแก้ไขปัญหานั้นให้ลุล่วงไป ทั้งนี้อาจดำเนินการโดยประชาสังคมเองหรือร่วมกับภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชนก็ได้ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, อ้างแล้ว) นอกจากนี้กิจกรรม

หรือกระบวนการที่จะเรียกว่าเป็นประชาสังคมได้นั้นจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่

1. จิตสำนึกประชาสังคม (Civic Consciousness) หมายถึง ความคิดและการยอมรับในเรื่องการรวมตัวกันอย่างอิสระด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ความยอมรับในความคิดเห็นของกันและกัน ในอันที่จะเรียนรู้ร่วมกันหรือแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่

2. โครงสร้างองค์กรประชาสังคม (Civic Organization) หมายถึง กลุ่มการรวมตัวซึ่งอาจเป็นองค์กรที่เป็นทางการ (นิติบุคคล) หรือไม่เป็นทางการก็ได้ เป็นการรวมตัวกันเฉพาะคราวเฉพาะเรื่องหรือต่อเนื่องก็ได้ สมาชิกของกลุ่มอาจจะเป็นบุคคลในภาครัฐ ภาคธุรกิจหรือประชาชนหรือรวมกันอยู่ก็ได้

3. เครือข่ายประชาสังคม (Civic Network) หมายถึง โครงสร้างและกระบวนการซึ่งเชื่อมโยงสมาชิกในกลุ่มหรือเชื่อมโยงองค์กรประชาสังคมต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งปัจจัยสำคัญของเครือข่ายประชาสังคมคือ ระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการสัมพันธ์กันด้วยความสมานฉันท์

ความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนดังกล่าวเสมือนเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข เพราะรัฐมองว่าภาคเอกชนจะสามารถเสริมงานที่รัฐทำไม่ได้ หรือทำไม่ได้ดีพอ โรคเอดส์เป็นตัวอย่างสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่าลำพังรัฐเพียงหน่วยงานเดียวจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่สลับซับซ้อนและมีรากเหง้าทางสังคมเช่นนี้ได้ (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข ในสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, อ้างแล้ว)

ดังนั้นปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของชุมชนและวิกฤติในสังคมซึ่งมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น การที่จะหลุดพ้นหรือบรรเทาวิกฤติในสังคมโดยอาศัยรัฐหรือทุนจากภาคธุรกิจไม่เพียงพอ การที่กลุ่มคนรวมตัวกันด้วยมิตรภาพ การมีส่วนร่วมและความสมานฉันท์ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชน เพื่อแก้ไขปัญหาคือพลังอำนาจใหม่ที่เข้มแข็งที่จะรับกับวิกฤติต่าง ๆ ได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประยงค์ ลีมิตรกุล และคณะ (2536) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อแผนโบราณและพฤติกรรมการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านของชาวบ้านบ้านบ้านห้วยสะพาน อำเภอจอมทอง จังหวัด

เชียงใหม่ พบว่า มีเครือข่ายทางสังคมทั้งในระดับครอบครัว เครือญาติและชุมชน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรักษา

ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคณะ (2537) ศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการดูแลรักษาสุขภาพ กรณีศึกษาการรักษากระดูกหักของ “หมอเมือง” และการดูแลครรภ์ของชาวอาข่า จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่า ระบบการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านเป็นระบบการดูแลสุขภาพตนเองที่ดำรงอยู่คู่กับชุมชนทุกเผ่าพันธุ์ ซึ่งยังคงมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการรับใช้ชุมชนตราบนานปัจจุบัน ภูมิปัญญาบางอย่างยังร่วมสมัย เช่น การรักษากระดูกหักและการดูแลสุขภาพครรภ์ สามารถเข้าใจได้โดยหลักวิทยาศาสตร์และมิติทางวัฒนธรรม และยังสะท้อนถึงศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้าน ในฐานะที่มีบทบาทเป็นทางเลือกหนึ่งของระบบการดูแลรักษาสุขภาพตนเองและจุดได้เปรียบของระบบการแพทย์พื้นบ้านคือ มุ่งรักษาคนทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนรวมถึงครอบครัวหรือเครือญาติและสังคมทั้งระบบ

เทียน นารินทร์ทอง (2538) ศึกษากระบวนการเรียนรู้ทางสังคมที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในชนบท พบว่า บริบทชุมชนมีส่วนร่วมสัมพันธ์กับกระบวนการเรียนรู้เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะการเรียนรู้ในรูปแบบไม่เป็นทางการ โดยจะมีแหล่งเรียนรู้ภายในชุมชน เช่น ระบบเครือญาติ เพื่อนบ้าน หมอพื้นบ้าน ชนบธรรมเนียมประเพณีและมีแหล่งเรียนรู้ที่นำข่าวสารความรู้ที่มาจากภายนอกชุมชน ซึ่งผ่านประชาชนที่เป็นอาสาสมัครด้านสาธารณสุข การมีโอกาสติดต่อสื่อสารกับภายนอกชุมชนและจากสื่อมวลชน ซึ่งจะทำให้เกิดรูปแบบของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทั้งก่อนการเจ็บป่วย ระหว่างการเจ็บป่วยและหลังการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน

ชูชาติ เหลี่ยมวานิช (2537) ได้ศึกษาเครือข่ายการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพสุขภาพของประชาชนในชุมชนชนบท พบว่า มีการเรียนรู้ตามลักษณะของเครือข่ายสังคมชนบทซึ่งเริ่มต้นจากครอบครัว เครือญาติ แล้วขยายออกไปยังเพื่อนบ้านทั้งภายในชุมชนและนอกชุมชน และเงื่อนไขที่มีผลต่อการเกิดเครือข่ายการเรียนรู้ ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลและชุมชน ได้แก่ ครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน ระยะเวลาความสัมพันธ์ของบุคคล ความถี่ของการพบปะ การแลกเปลี่ยนและพึ่งพากันเป็นวัฒนธรรมของประชาชนชนบทที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

สุวิทย์ วีระศาสตร์ (2533) ได้ศึกษาศักยภาพของชุมชนอีสาน พบว่า ศักยภาพของชุมชนในการตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาของชุมชนนั้น ต้องอาศัยความสามารถของชุมชนในการประสานความร่วมมือ มีการดำเนินงานกับคนภายนอกชุมชน ขณะเดียวกันที่ดำเนินการแก้ไขปัญหาที่มาจากภายนอกชุมชน ทั้งนี้ด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อความปกติสุขในการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชน

สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ (2537) ศึกษาเรื่องศักยภาพและเครือข่ายผู้นำท้องถิ่น พบว่า ผู้นำและเครือข่ายผู้นำมีความสำคัญในฐานะตัวแทนของการแก้ไขปัญหาความยากจนหนี้สิน ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ความอ่อนแอทางสุขภาพและการสร้างอำนาจต่อรองกับรัฐและเอกชน การที่ชาวบ้านจะหลุดพ้นจากสภาวะอันไม่พึงประสงค์ไปสู่ชีวิตที่ดีได้ท่ามกลางภาวะการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว อันเนื่องมาจากนโยบายรัฐและการเติบโตทางเศรษฐกิจจำเป็นต้องอาศัยผู้นำชุมชนรวมตัวกันเป็นองค์กรและสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง

นภาพร มุลมั่ง (2539) ได้ศึกษาการรวมตัวของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพอนามัย พบว่า การรวมกลุ่มของประชาชนในการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยเป็นการเรียนรู้และการจัดประสบการณ์แก่ประชาชนในชุมชน เท่ากับว่าเป็นการให้การศึกษาอีกแบบหนึ่งที่สอดคล้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ และสภาพปัญหาของชุมชนนั้น ๆ เมื่อเกิดการเรียนรู้แล้วประชาชนก็จะสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเอง ซึ่งหมายถึงว่า ศักยภาพของกลุ่มก็จะได้รับการพัฒนาไปด้วย ทำให้สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาของชุมชนเองได้ จึงนำไปสู่การจัดการปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัว ชุมชน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

เอกสุธี พยุหมนตรี (2538) ศึกษาศักยภาพขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ในชุมชน พบว่า องค์กรชุมชนมีศักยภาพในการดำเนินงานเนื่องจากมีองค์ประกอบสำคัญคือ เป็นองค์กรชุมชนที่มีผู้นำที่เข้มแข็ง เสียสละ สนใจปัญหาและความต้องการแก้ปัญหาของชุมชน เป็นองค์กรชุมชนที่มีอำนาจเครือข่ายในชุมชน การได้รับข้อมูลข่าวสาร การมีประสบการณ์ในการศึกษาและพัฒนาในชุมชนดี และมีเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลและองค์กรทั้งในและนอกชุมชน

นุชจรินทร์ พันธุ์บุญปลุก (2541) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพชุมชนชนบทในการดำเนินการเรื่องโรคเอดส์ พบว่า ความพร้อม กลไกและวิธีการของชุมชนในการดำเนินงานให้มีศักยภาพนั้น ชุมชนมีความพร้อมทางด้านผู้นำองค์กร ผู้นำมีประสบการณ์การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ในชุมชน

ประชาชนมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ช่วยเหลือกันเวลามีปัญหา การได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง เมื่อได้รับการส่งเสริมให้มีความเข้มแข็งก็สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของชุมชนได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นกรอบความคิดในการวิจัย โดยในชุมชนมีการจัดการกับสุขภาพอนามัยของตนเองมาแต่อดีต โดยเป็นเรื่องของครอบครัว เครือญาติ และสมาชิกในชุมชน ซึ่งเกิดความสัมพันธ์ทางสังคม การไปมาหาสู่ปรึกษาหารือ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (พิมพ์วิทย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530) การดูแลสุขภาพตนเองให้สมบูรณ์ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ การรักษาเมื่อเจ็บป่วย โครงสร้างของระบบดังกล่าวทำให้เกิดที่ปรึกษาของพฤติกรรมกรรมาการเยียวยา เป็นสายใยของการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งรูปแบบในการปฏิบัติของบุคคลที่มีอาการปกติหรือผิดปกติทางด้านร่างกายหรือจิตใจย่อมมีการกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์อยู่เสมอ (มัลลิกา มัติโก, 2530) จำแนกเป็น 2 ลักษณะคือ ในภาวะปกติได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและในขณะเจ็บป่วยก็จะมีการรักษา ซึ่งทั้งสองลักษณะก็จะปรากฏเป็นวิธีการที่แตกต่างกันไปตามความคิด ความเชื่อและบริบททางสังคมของบุคคลในชุมชน

การที่ชุมชนจะสามารถจัดการกับปัญหาหรือการพัฒนาได้นั้น ในชุมชนย่อมมีการเรียนรู้ สังเกต ลองใช้ คัดเลือก จนกลายเป็นองค์ความรู้และวัฒนธรรมสืบทอดกันมาและในการจัดการจะมีกลไกที่จะดำเนินงาน ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล สถาบันหลักในชุมชน กลุ่มหรือองค์กรในชุมชน กลไกภาครัฐและเอกชนที่จะร่วมกันจัดการกับปัญหาโดยมีเงื่อนไขที่สนับสนุนเอื้อให้การจัดการเป็นไปด้วยดี ได้แก่ ความเอื้ออาทร ประเพณีวัฒนธรรม ภาวะผู้นำ การเรียนรู้ การมีส่วนร่วมของชุมชน และประชาสังคมที่ก่อตัวขึ้นเป็นภาคีสุขภาพ ทำให้ชุมชนสามารถวางแผนแก้ไขปัญหของชุมชนได้แสดงถึงความเข้มแข็งของชุมชน จนเกิดเป็นศักยภาพในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพอนามัย