

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าในเนื้อหาต่างๆ ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. แนวคิด ทฤษฎี การสร้างเสริมสุขภาพ
2. การสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย
3. แนวทางและบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพ
4. ผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพ ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎี การสร้างเสริมสุขภาพ

แนวคิดและการสร้างเสริมสุขภาพได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในระดับนานาชาติทั้งในระดับนโยบาย ระดับองค์กร จนถึงระดับบุคคล ในประเทศไทยกระแสการสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งกระตุ้นให้คนไทยมีความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น โดยการนำหลักการของการสร้างเสริมสุขภาพมาใช้ในการดำเนินงานสาธารณสุขโดยการนำของกระทรวงสาธารณสุขในระดับนโยบายนำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ระดับหน่วยบริการ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

1. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

1.1 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการป้องกันโรค (The preventative medicine approach) เป็นแนวคิดดั้งเดิมของหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพที่มองว่า สุขภาพคือการปราศจากโรคและความเจ็บป่วย การสร้างเสริมสุขภาพจึงมุ่งที่จะขจัด หรือลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง การไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับการรักษาและการป้องกันโรค กิจกรรมทางด้านสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดนี้ จึงมักดำเนินการ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับบุคคลหรือประชาชน ที่ระบุว่าปัจจัยเสี่ยง

หรือพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพและมักจะถูกเรียกว่าเป็น การป้องกัน โรคระดับปฐมภูมิ การป้องกัน โรคระดับทุติยภูมิ และการป้องกัน โรคระดับตติยภูมิ (สิทธิชิตล อุ๋นพรมมี และคณะ, 2550)

1.2 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต (The lifestyle/behavioral approach) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากความเชื่อว่าการให้ความรู้และพัฒนาทักษะในการใช้ชีวิตที่ถูกต้องจะช่วยสร้างสุขภาพของประชาชนได้ ดังนั้นจึงมุ่งเน้นการปรับปรุงพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของคน กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจะมุ่งเน้นบุคคล และประชากร โดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การใช้กลยุทธ์การตลาดเชิงสังคม กลุ่มช่วยเหลือกันเอง การดูแลตนเองการมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้คนใช้ชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (สิทธิชิตล อุ๋นพรมมี และคณะ, 2550)

1.3 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่คำนึงถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม (The social-environmental approach) เนื่องจากสุขภาพมักจะขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่อยู่ นอกเหนือระบบสุขภาพและไม่อยู่ในวิสัยที่แต่ละบุคคลจะควบคุมได้ จึงให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การเข้าถึงแหล่งอาหาร ลักษณะที่อยู่อาศัย การมีงานทำ การโคดเคี้ยวทางสังคม การแบ่งแยกทางเชื้อชาติ เป็นต้น รวมทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ กิจกรรม จะมุ่งเน้นที่การสร้างสรรคสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสร้างเข้มแข็งของการพัฒนาชุมชน การสร้างความตระหนักแก่สังคมเพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะ (สิทธิชิตล อุ๋นพรมมี และคณะ, 2550)

1.4 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ (Integration health promotion approach) เป็นการที่หน่วยงานหรือองค์กรจากภาคส่วนต่างๆ และชุมชนในบริเวณที่รับผิดชอบทำงานร่วมกัน โดยใช้วิธีการสร้างเสริมสุขภาพแบบผสมผสานและใช้กลยุทธ์การเสริมสร้างศักยภาพเพื่อจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพและสุขภาพะที่สำคัญของชุมชนนั้น ซึ่งแนวคิดนี้มีลักษณะ 3 ประการ ได้แก่ 1) การมีหุ้นส่วนที่มีประสิทธิภาพ จากเครือข่ายและหน่วยงานที่ให้ความร่วมมืออย่างเป็นทางการ ที่ไหนที่มีความร่วมมือก็จะเห็น ได้ถึงพลังของทรัพยากรที่มีอยู่ของหน่วยงานนั้นๆ 2) มีการใช้วิธีสร้างเสริมสุขภาพหลายๆ วิธีและกรอบแนวคิดในการวางแผนร่วมกัน จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า การทำให้ได้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพสูงสุด จะต้องใชการผสมผสานระหว่างวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ หลาย ๆ วิธี ทั้งในรายบุคคล และคนจำนวนมาก วิธีการสร้างเสริมเหล่านี้จำเป็นต้องมีการสนับสนุนด้วยแนวทางของการสร้างศักยภาพ และจำเป็นต้องมีการอบแนวคิดในการวางแผนร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในระดับปฐมภูมิ และ 3) มีหน่วยงานที่เป็นหุ้นส่วนอย่างกว้างขวาง คือ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ของหน่วยงานต่างๆ รวมทั้ง NGO และกลุ่มต่างๆ ในชุมชน นอกจากนี้องค์กรที่ไม่ใช่หน่วยงานด้าน

สาธารณสุขโดยตรง เช่น โรงเรียน การเคหะ ชมรมเพื่อการสันตนาการ และองค์กรทางธุรกิจ ก็ นับเป็นหุ้นส่วนที่สำคัญที่จะร่วมกันหาปัญหา สาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการวางแผนการ สร้างเสริมสุขภาพของประชาชน (สิทธิติล อุ๋นพรมมี และคณะ, 2550)

2. ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ ได้มีการให้ความหมายที่หลากหลาย โดยถูกใช้ครั้งแรกใน ประเทศไทยในขั้นตอนการจัดตั้ง กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพช่วงปี พ.ศ. 2541 แทน คำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งมาจากภาษาอังกฤษคำเดียวกันคือ “Health promotion” โดยที่คำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ยังคงถูกใช้จากมุมมองของบุคคลผู้เชี่ยวชาญ ภาคราชการสาธารณสุข สามารถสรุปได้ดังนี้

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายขอบเขตของการส่งเสริมสุขภาพจาก กิจกรรมส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็น กระบวนการที่มุ่งส่งเสริมและ สนับสนุนบุคคลและชุมชน ให้สามารถจัดการหรือพัฒนาสุขภาพของตนและชุมชน รวมทั้ง การ พัฒนาหรือยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพซึ่งความหมายนี้สอดคล้องกับ กรอบแนวคิดเรื่องการสร้าง เสริมสุขภาพระดับสากล (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และ กุมภการ สมมิตร, 2556)

การสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดเดิม หมายถึง งานบริการของบุคลากร สาธารณสุข ได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว การดูแลสุขภาพมารดา การดูแล สุขภาพทารกและเด็ก ได้แก่ การให้วัคซีน โภชนาการ การส่งเสริมพัฒนาการ การให้สุศึกษา การ ให้คำปรึกษา เป็นต้น ซึ่งจะมีลักษณะมุ่งเน้นที่สุขภาพบุคคลเป็นหลัก ส่วนงานที่ครอบคลุมไปถึง ชุมชนและสังคมจะแทรกในกิจกรรมงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การพัฒนาสุขภาพิบาลอาหารและ สิ่งแวดล้อม การจัดหา น้ำสะอาด การกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูล ซึ่งเดิม ไม่ได้เรียกกิจกรรมเหล่านี้ว่า เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของการสร้างเสริมสุขภาพว่า เป็น กระบวนการที่ทำให้ประชาชนมีศักยภาพมีอำนาจมากขึ้น ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของ ตนเอง และการทำให้สุขภาพของตนเองดียิ่งขึ้น (the process of enabling people to increase control over, and to improve their health) (WHO, 1998)

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของประชาชนในการ ควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ถึงภาวะที่มีความสุขสมบูรณ์ทั้งทางสุขภาพกาย ทาง จิตใจ และทางสังคม ซึ่งสภาวะของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน เป็นผลลัพธ์จากอิทธิพล ของปัจจัยกำหนดกำหนดภาวะสุขภาพ (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2556)

กระบวนการทางสังคมและการเมือง ไม่ใช่เพียงการกระทำโดยตรงเพื่อให้บุคคลมีทักษะหรือความสามารถที่จะดูแลสุขภาพตนเองเท่านั้น แต่รวมถึงการกระทำใดๆ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขหรือสถานการณ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลและสาธารณะ (องค์การอนามัยโลก, 2556) เป็นความพยายามเพื่อให้แน่ใจว่าประชาชนที่มีสุขภาพดีต้องมีการป้องกันโรคและได้รับการส่งเสริมการมีสุขภาพดีในแบบแผนของการดำเนินชีวิต (Kaplan, Saillis, & Patherson, 1993)

Pender (1996) กิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนที่มีสุขภาพดี และมีผลกระทบต่อตรงต่อการเพิ่มระดับความผาสุกเพื่อนำไปสู่สุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เน้นพฤติกรรมของประชาชนที่ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพดี

การใดๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี (พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544)

การกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย จิต ปัญญาและสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552)

จะเห็นได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการ วิธีการ การกระทำ ที่ทำให้ระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมมีความสามารถในการจัดการปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ลักษณะและความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ

การทำงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการช่วยให้ประชาชนปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและผสมผสานกลวิธีการสอนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพโดยคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพที่หลากหลายทั้งทางสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และกายภาพเพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ดี (ชวลีกร คำนุทธศิลป์, 2554) ซึ่งเป็นงานหลักของการสาธารณสุข และสนับสนุนการจัดการโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมถึงปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพอื่นๆ ด้วย (องค์การอนามัยโลก, 2556) และผลการพัฒนาสุขภาพที่ผ่านมามีความก้าวหน้าตามลำดับ แต่ยังคงพบว่ามีปัญหาสุขภาพปัจจุบันส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมของประชาชน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการเปลี่ยนวิธีคิดด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (สำนัก

นโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) เป็นมากกว่าการปรับปรุงพฤติกรรมส่วนบุคคล แต่ยังหมายถึงการจัดการปัจจัยกำหนดทางสังคมและสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2554)

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่บุคลากรด้านสุขภาพและประชาชนต้องรับผิดชอบร่วมกันบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุน กระตุ้น และพัฒนาศักยภาพประชาชนและชุมชนให้สามารถดำเนินการจนบรรลุผลและพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ส่วนการบริการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วย บุคลากรสุขภาพจะเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ โดยประชาชนมีส่วนร่วมดูแล บำบัดด้วยตนเองก่อน (อลิสสา ศิริเวชสุนทร, 2556) เพื่อให้บรรลุสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องมีความสามารถในการบ่งบอกและความตระหนักถึงความสามารถของตนเอง สามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการของตนเองได้ สามารถเปลี่ยนแปลงหรือปรับตนเองให้เข้าสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ โดยที่สุขภาพมีความหมายในทางบวกหรือเป็นวิถีชีวิต (พรเพ็ญ ภัทรนุชาพร, เอกสารประกอบการสอน, 2556)

การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกัน โรคมักมีความแตกต่างกันในเรื่องของแนวคิดพื้นฐาน การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการใช้นโยบายเชิงบวก เพื่อให้บรรลุถึงสุขภาพะ แต่การป้องกันโรคนั้นใช้นโยบายเชิงลบหรือหลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย เมื่อใช้นโยบายทั้งสองเป็นพื้นฐานในการบรรลุสุขภาพที่ดี จึงเป็นภาพสะท้อนความแตกต่างของกลยุทธ์ที่ใช้ คือ การเข้าถึง (Approach) หรือการหลีกเลี่ยง (Avoidance) (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2556)

เป็นวิธีการทำงานเชิงรุก ที่สามารถดำเนินการได้ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนอกสถานบริการ โดยเฉพาะในชุมชนโดยมีวิธีการปฏิบัติ (ไพจิตร วราชิต และคณะ, 2554) องค์ประกอบในการสร้างเสริมสุขภาพและการประเมินผลต้องนำมาบูรณาการ เข้าด้วยกัน การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้น การดำเนินโครงการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต้องคำนึงถึง คน พื้นที่ ทรัพยากรต่างๆ ในชุมชน วางแผนจัดโครงการและดำเนินการตามแผนโดยพยาบาลชุมชน เป็นผู้สนับสนุน ประสานงานให้สามารถดำเนินการได้ และประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะตลอดการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงแผนงานอย่างต่อเนื่องและแก้ไขปัญหาได้ตรงตามสภาพปัญหา (ชุลีกร ค่านกรศิลป์, 2554)

4. พัฒนาการการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้วยองค์การอนามัยโลกมีความห่วงใยเรื่องค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่สถานะทางสุขภาพของประชากรโลกโดยรวมไม่ดีขึ้น จึงได้มีการจัดประชุมกำหนดนโยบายเป็นปฏิญญาอัลมาออตตา (WHO, 1978) “สุขภาพถ้วนหน้า ภายในปี 2000” โดยใช้ยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลัก ซึ่งแต่ละประเทศรับไปดำเนินการให้เหมาะสมกับ

สภาวะภายในของประเทศ ซึ่งต่อมามองการณ์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรป พยายามหารูปแบบการสาธารณสุขมูลฐานที่เหมาะสมกับยุโรปซึ่งเป็นประเทศอุตสาหกรรม เห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพที่มีการดำเนินงานในประเทศแคนาดา เป็นยุทธศาสตร์ที่น่าสนใจ และได้มีการศึกษาเรื่องจากแคนาดา ต่อมาจึงได้ร่วมกับแคนาดาเป็นเจ้าภาพจัดให้มีการประชุมระหว่างประเทศเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นที่เมืองออกตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อปี 1986 ปลายได้เป็นที่มาของกฎบัตรออกตาวา ซึ่งถือว่าการกำเนิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพยุคใหม่อย่างเป็นทางการ (สำนักนโยบายยุทธศาสตร์, 2554)

4.1 การประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 กรุงออกตาวา ประเทศแคนาดา ระหว่างวันที่ 17-21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 ที่ประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 ณ กรุงออกตาวา เสนอกฎบัตรฉบับนี้ ในวันที่ 21 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 สามารถสรุปประเด็นสำคัญดังนี้

4.1.1 การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง การจะเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกายจิตและสังคมนั้น บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถระบุถึงสิ่งที่ต้องการบรรลุและบรรลุในสิ่งที่ต้องการได้ รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปได้ สุขภาพจึงไม่ใช่เป้าหมายแห่งการดำรงชีวิตอยู่อีกต่อไป แต่เป็นแหล่งประโยชน์ของทุกวันที่เราดำเนินชีวิต สุขภาพเป็นแนวคิดด้านบวกที่มุ่งเน้นแหล่งประโยชน์ทางสังคมและแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล รวมถึงศักยภาพทางกายของบุคคล ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่เป็นเพียงความรับผิดชอบของภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมุ่งไปที่รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพะในที่สุด

4.1.2 กลยุทธ์พื้นฐาน 3 ประการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่

4.1.2.1 การสนับสนุนชี้แนะ (Advocate)

4.1.2.2 การเสริมสร้างความสามารถ (Enable)

4.1.2.3 การไกล่เกลี่ย การประสานงาน (Mediate)

4.1.3 กลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ ได้แก่

4.1.3.1 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy) เป็นการทำให้สุขภาพเป็นวาระของผู้กำหนดนโยบายในทุกภาคส่วนและทุกระดับ เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายเหล่านั้นตระหนักถึงผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการตัดสินใจในทุกเรื่อง และเพื่อให้ยอมรับว่าคนกลุ่มนี้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้วย

4.1.3.2 การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment) การที่คนกับสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวพันกันจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้ นับเป็นพื้นฐานสำคัญของมุมมองสุขภาพด้านสังคมและนิเวศวิทยา แนวคิดนี้เป็นเป้าหมายทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค หรือแม้แต่ในระดับชุมชน ที่ต่างต้องเห็นความสำคัญที่จะรักษาให้ชุมชนและสิ่งแวดล้อมสนับสนุนส่งเสริมซึ่งกันและกันได้ การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติของโลกควรได้รับการเน้นย้ำและถือเป็นความรับผิดชอบของทุกคนบนโลก

4.1.3.3 การเสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็ง (Strengthen community actions) เป็นการทำงานในชุมชนที่มีประสิทธิผลและจับต้องได้ ด้วยกิจกรรมการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และการดำเนินการตามแผน เพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น หัวใจสำคัญของกระบวนการทำงานในชุมชน คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน ซึ่งหมายถึงการทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ สามารถควบคุมการดำเนินการต่างๆ และสามารถกำหนดอนาคตของตนเองได้

4.1.3.4 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills) เป็นการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาทั้งในตัวบุคคลและสังคม ด้วยการให้ข้อมูล เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาทักษะชีวิต การดำเนินการในลักษณะนี้จะเปิดโอกาสให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม และสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ

4.1.3.5 การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient health services) เป็นบทบาทของทุกภาคส่วน ทั้งบุคคลกลุ่มภายในชุมชน บุคลากรสุขภาพ หน่วยงานบริการสุขภาพ และภาครัฐ การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ต้องการการสนับสนุนที่เข้มแข็งจากการวิจัยสุขภาพพร้อมๆกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการศึกษาและการอบรมในวิชาชีพ จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลและองค์กร ให้มองความต้องการของบุคคลเป็นภาพรวม

4.2 การประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 2 เมืองแอตแลนตา ประเทศออสเตรเลีย ระหว่างวันที่ 5-9 เมษายน พ.ศ. 2531 การประชุมที่แอตแลนตา เรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ วาระประชุมครั้งนี้เป็นเรื่องของ นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ซึ่งถือเป็นข้อแรกที่ต้องมี เพื่อให้เกิด แผนปฏิบัติการเชิงกลยุทธ์ อีก 4 ข้อ ตามมาในระยะหลังจะใช้คำว่า สุขภาพอยู่ในทุกๆ นโยบาย (Health in all policy) แทน Healthy public policy มุ่งเน้น 4 ประเด็น สนับสนุนสุขภาพสตรี อาหารและโภชนาการ บุหรี่และแอลกอฮอล์ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

4.3 การประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 3 เมือง ซุนด์วอลล์ ประเทศสวีเดนระหว่างวันที่ 9-15 มิถุนายน พ.ศ. 2534 ในเรื่องสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ นับเป็นการประชุมการสร้างเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 1 การประชุมครั้งนี้มีประเทศเข้าร่วมทั้งหมด 81 ประเทศ ที่ประชุมได้เรียกร้องให้ประชาชนทุกคนจากทุกมุมโลกได้มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการทำให้สิ่งแวดล้อมมีส่วนสนับสนุนสุขภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ จากการศึกษาประเด็นทางสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันร่วมกัน ที่ประชุมได้ชี้ประเด็นว่าประชาชนหลายล้านคนมีความยากจน และเป็นอยู่ที่แร้นแค้น อีกทั้งอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมที่คุกคามต่อสุขภาพทำให้การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 เป็นเรื่องที่ยากยิ่ง ทางออกทางเดียว คือการทำให้สิ่งแวดล้อม ทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคมและเศรษฐกิจ และทางการเมืองสนับสนุนสุขภาพ ไม่ใช่ทำลายสุขภาพ ได้แสดงออกให้เห็นอีกครั้งว่า ประเด็นของสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการพัฒนามนุษย์นั้น ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การพัฒนาต้องนำมาซึ่งการปรับปรุงคุณภาพชีวิตและสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันทรัพยากรต้องได้รับการสงวนไว้ให้เกิดความยั่งยืนมิเพียงการดำเนินการในระดับนานาชาติที่มีพื้นฐานมาจากภาคีหุ้นส่วนในระดับ โลกเท่านั้นที่จะรับประกันอนาคตของโลกของเราได้

4.4 การประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 4 เป็นการนำการสร้างเสริมสุขภาพเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 กรุงจาการ์ตาประเทศอินโดนีเซีย ระหว่างวันที่ 21-25 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 เป็นการประชุมครั้งแรกที่จัดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา และการนำภาคเอกชนที่ให้การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมด้วย โดยเปิดโอกาสให้สะท้อนมุมมองของสิ่งเรียนรู้จากการสร้างเสริมสุขภาพที่ประสบความสำเร็จ เพื่อเป็นการทบทวนปัจจัยกำหนดสุขภาพและเพื่อกำหนดแนวทางและยุทธศาสตร์ที่ควรได้รับการตอบสนอง เพื่อให้เท่าทันกับความท้าทายในการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ผู้เข้าร่วมประชุม ณ กรุงจาการ์ตา ในครั้งนี้จึงเสนอคำประกาศจาการ์ตา เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 โดยมีประเด็นที่มีความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ดังนี้

4.4.1 สนับสนุนความรับผิดชอบทางสังคมต่อสุขภาพ ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจต้องแสดงออกถึงความทุ่มเทและความรับผิดชอบต่อสังคม ภาคส่วนสาธารณะและเอกชน ต้องมีส่วนร่วม

4.4.2 เพิ่มการลงทุนเพื่อพัฒนาสุขภาพ เช่น การเพิ่มแหล่งประโยชน์ทางการศึกษาและที่อยู่อาศัย มีความสำคัญเช่นเดียวกับการเพิ่มแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ เพื่อสุขภาพควรสะท้อนถึงความต้องการของเฉพาะกลุ่มด้วย เช่น กลุ่มสตรี กลุ่มเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มคนพื้นเมืองเดิม กลุ่มคนยากจน และกลุ่มชนชายขอบ

4.4.3 ผนึกกำลังและขยายภาคีหุ้นส่วนเพื่อสุขภาพ ต้องมีภาคีหุ้นส่วนเพื่อสุขภาพ และมีการพัฒนาด้านสังคมระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในทุกระดับของการบริหารและสังคม ควรได้รับการพัฒนาให้เข้มแข็งขึ้น และควรแสวงหาโอกาสเสริมสร้างภาคีหุ้นส่วนใหม่ๆ เพิ่มขึ้น

4.4.4 เสริมสร้างศักยภาพของชุมชนและพลังอำนาจของบุคคล เป็นการพัฒนาความสามารถของบุคคลในการดำเนินการและพัฒนาศักยภาพขององค์กรหรือชุมชนเพื่อให้สามารถรับมือกับปัจจัยกำหนดสุขภาพได้

4.4.5 การรักษาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ การแสวงหากฎใหม่ในการสนับสนุนทุน ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และระดับโลกมีความจำเป็นต่อการรักษาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบผลตอบแทนต้องได้รับการพัฒนาให้เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดอิทธิพลต่อการดำเนินการในระบบราชการ องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันการศึกษา และภาคเอกชน เพื่อให้มั่นใจว่าการขับเคลื่อนได้รับการส่งเสริมอย่างเต็มที่

4.5 การประชุมระดับโลกเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ ที่เน้นการลดช่องว่างความไม่เสมอภาค ณ กรุงเม็กซิโกซิตี ประเทศเม็กซิโก ระหว่างวันที่ 5-9 มิถุนายน พ.ศ. 2543 ได้ร่วมกันลงนามในคำแถลงที่มีใจความสำคัญดังนี้

4.5.1 ยอมรับว่าการมีมาตรฐานทางสุขภาพในระดับสูงสุดเท่าที่สามารถเป็นไปได้ เป็นทุนเชิงบวกของความยืดหยุ่นสนุกสนานของชีวิต และมีความจำเป็นต่อการพัฒนาทางสังคมการพัฒนาทางเศรษฐกิจ และต่อความยุติธรรม

4.5.2 ระบุว่าสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนาทางสังคมเป็นหน้าที่สำคัญและเป็นความรับผิดชอบของทุกรัฐบาล ที่ต้องนำทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม

4.5.3 ตระหนักว่าในช่วงหลายปีที่ผ่านมาพัฒนาการและความก้าวหน้าในการให้บริการสุขภาพอย่างมากในหลายประเทศ ที่สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือกันอย่างต่อเนื่องของภาครัฐ และภาคสังคม

4.5.4 ตระหนักว่ายังมีปัญหาสุขภาพอีกหลายปัญหาที่กีดขวางการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งที่มีความก้าวหน้าในการให้บริการสุขภาพอย่างมากก็ตาม ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องมุ่งดำเนินการเพื่อให้เกิดความเสมอภาคทางสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ได้อย่างเร่งด่วน

4.5.5 ยอมรับว่าโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำได้คุกคามความก้าวหน้าสู่สุขภาพดีด้วยในเวลาเดียวกัน

4.5.6 ตระหนักว่า การดำเนินการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องเร่งด่วน และต้องการกลไกที่เข้มแข็ง และร่วมมือกันเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในทุกภาคส่วนและทุกระดับของสังคม

4.5.7 เห็นพ้องว่าการสร้างเสริมสุขภาพต้องเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของนโยบายสาธารณะและของโปรแกรมต่างๆ ในทุกประเทศ เพื่อให้บรรลุถึงความเสมอภาคและสุขภาพที่ดีขึ้นสำหรับทุกคน

4.5.8 ตระหนักว่ามีหลักฐานสนับสนุนอย่างมากมายที่ยืนยันว่ายุทธวิธีการสร้างเสริมสุขภาพเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผล

4.6 การประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ ประเทศไทย ระหว่างวันที่ 7 – 11 สิงหาคม พ.ศ. 2548 เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์เป็นการให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และเน้นว่าเป็นบทบาทหลักของระบบสุขภาพโดยเพิ่มในนิยาม เป็น กระบวนการที่ทำให้ประชาชนมีศักยภาพมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และในการทำให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น ซึ่งเป็นหน้าที่หลักของการสาธารณสุขและการให้ความช่วยเหลือในการจัดการ โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ และการรักษาสุขภาพ และได้กำหนดแผนกลยุทธ์ปฏิบัติการส่งเสริม สุขภาพ 5 ข้อคือ 1) ภาคิ (Partners) 2) การลงทุน (Invest) 3) การใช้ตัวบทกฎหมาย (Regulations) 4) การสนับสนุนชี้แนะ (Advocacy) และ 5) การพัฒนาศักยภาพ (Building capacity) (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และ กุมภการ สมมิตร, 2556)

4.7 การประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 7 ในโรบี ประเทศเคนยา ปี พ.ศ. 2553 เน้น การสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนา : การปิดช่องว่างการนำไปสู่การปฏิบัติ เป็นเรื่องของ Nairobi Core to Action ให้ความสำคัญในเรื่องของ การสร้างพันธมิตรด้านสุขภาพ และ การปฏิบัติร่วมกัน เรื่องการเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพ เสริมพลังชุมชน และ เสริมพลังปัจเจกบุคคล และมีการทำงานอย่างเป็นระบบ และที่สำคัญคือ ต้องมีข้อมูลเชิงประจักษ์ เรื่องของ ในโรบี วิถีสู่การปฏิบัติ เน้นที่พันธมิตร การเสริมสร้างความเข้มแข็ง ระบบสุขภาพ การพัฒนาสุขภาพ การเสริมสร้างพลังชุมชน และรู้เท่าทันสุขภาพ มีจุดรวม 5 เรื่อง คือ ภาวะผู้นำ นโยบาย การพัฒนาทักษะ การทำงานเป็นระบบ และมีข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นส่วนของเวทีโลกที่พูดถึงเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ (สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์, 2553)

พัฒนาการการสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่การเริ่มต้นครั้งแรกในการประชุมที่ออกตาวาประเทศแคนาดา ถึงการประชุมครั้งล่าสุดที่ในโรบี ประเทศเคนยา เห็นได้ว่าการประชุมแต่ละครั้งได้ให้ความสำคัญในประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของโลก ณ เวลานั้นเป็นอย่างไร โดยพบประเด็นสำคัญจากการประชุม ครั้งที่ 1-7 คือ 1) การกำหนดกลยุทธ์และกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การให้ความสำคัญกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 3) การให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ 4) การสนับสนุนเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม 5) การลดช่องว่างความไม่เสมอภาค 6) การให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และ 7) การปิด

ช่องว่างที่นำไปสู่การปฏิบัติ ตามลำดับ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานกลวิธีและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) ทั้งสิ้น

การสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ปัจจุบันการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชน เข้าถึงบริการ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพด้วยเทคโนโลยี อุปกรณ์ เครื่องมือ ที่ทันสมัย มีการส่งเสริมสุขภาพโดยเน้นเป็นกลุ่มวัยที่สำคัญ โรคในอดีตลดลงมากขึ้น แต่ปัญหาด้าน สาธารณสุขก็ยังไม่หมดไป โดยเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อค่อยลงแต่ทำให้เกิดสถานการณ์โรคไม่ ติดต่อเพิ่มขึ้น ซึ่งโรคไม่ติดต่อกับส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมดำรงชีวิต หากมองกลไกการ ขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สามารถสรุปได้การบริหารจัดการทั้งในระดับชาติ ท้องถิ่น ดังนี้

1. โครงสร้างและระบบบริหารจัดการ

1.1 ระดับประเทศ มีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ซึ่งอยู่ภายใต้การ กำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี มีรายได้จากภาษีสรรพสามิตยาสูบและสุรา ทำหน้าที่ กระตุ้น สนับสนุน ประสานความร่วมมือ เพื่อให้คนไทยเริ่มกิจกรรมหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพโดย ไม่จำกัดกรอบแนวคิดวิธีการ ยอมรับแนวทาง การดำเนินงานที่ใหม่ๆ เป็นความคิดสร้างสรรค์ที่ สามารถนำไปสู่การขยายค่านิยมและสร้างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมี ประสิทธิภาพและวงกว้าง นับเป็นองค์กรด้านสุขภาพรูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพ โลกในการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

1.2 ระดับกระทรวงสาธารณสุข โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขตามกฎหมาย สาธารณสุข พ.ศ. 2545 กำหนดให้มีสำนักงานปลัดกระทรวง และ กลุ่มภารกิจ อีกจำนวน 3 กลุ่ม ภารกิจ มีรัฐวิสาหกิจและหน่วยงานในกำกับ ที่มีความเชื่อมโยงและบูรณาการการบริหารจัดการ ได้ ในระดับหนึ่ง มีการวางแผนทั้งในระดับแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติราชการ แต่การบริหาร จัดการในภาพกลุ่มภารกิจยังขาดความรูปธรรม เนื่องจากกรมเป็นส่วนราชการที่เป็นนิติบุคคล ซึ่ง สามารถขอจัดสรรงบประมาณและบริหารเองได้ จึงยังมีข้อจำกัดเชิงยุทธศาสตร์ และการปรับ โครงสร้างดังกล่าวทำให้มีการ ขุกกองสาธารณสุขภูมิภาคและกองโรงพยาบาลภูมิภาค ตั้งเป็นกรม สนับสนุนบริการสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหา ได้แก่ คือขาดผู้รับผิดชอบดูแลในการให้คำแนะนำ

แก้ไขปัญหาเรื่องต่างๆ แก่หน่วยงานระดับส่วนภูมิภาค มีเพียงสำนักบริหารภูมิภาคจัดตั้งงบประมาณหมวดลงทุนสนับสนุนให้หน่วยงานภูมิภาค แต่ขาดความเชื่อมโยงทางการบริหาร การประสานงาน รวมถึงกรณีคลินิกกามโรคในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ประสบความสำเร็จไปจัดตั้งในโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยขาดความคุ้นเคย ไร้ความไว้วางใจ และไม่ประสงค์เปิดเผยความเจ็บป่วยของตนเอง

1.3 ระบบบริการสุขภาพ รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขพยายามจัดระบบการบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนที่มาใช้บริการในแต่ละพื้นที่ โดยมุ่งเน้นถึงการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของพื้นที่นั้นๆ

2. โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ

2.1 การบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) เป็นบริการที่ใกล้ชิดประชาชน และชุมชนมากที่สุด จึงเน้นที่ความครอบคลุม มีการบริการผสมผสาน ตั้งแต่การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการบริการในระดับชุมชน จะเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำหรับเขตเมือง จะเป็น ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดเทศบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพฯ เป็นต้น

2.2 การบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการรักษาพยาบาลโรค ซับซ้อนและยากขึ้น เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงอื่นๆ

2.3 การบริการระดับตติยภูมิและศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Tertiary care and Excellent center) เป็นการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง มีความซับซ้อน บุคลากรมีความเฉพาะทางแต่ละสาขาเช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงเรียนแพทย์ เป็นต้น

2.4 ระบบการส่งต่อผู้ป่วย มีการพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพในการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่าย เพื่อประชาชนได้รับบริการที่ปลอดภัย มาตรฐาน ตรงตามความจำเป็นด้านสุขภาพ

3. การจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย และแพทย์ทางเลือก

ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมควรเป็นระบบบริการที่หลากหลายลักษณะ เป็นการผสมผสานทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์ที่เป็นภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน อาจจะเป็นการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย คือ การแพทย์แผนปัจจุบันผสมผสานองค์ความรู้ ภูมิปัญญา ทั้งที่มีอยู่เดิมในท้องถิ่น บริการและการดูแลสุขภาพทั้งโดยกลุ่มวิชาชีพ

4. การสาธารณสุขมูลฐาน

เป็นการดูแลสุขภาพ ที่จัดให้ทุกคน ครอบครัว และชุมชน ที่มีความจำเป็น โดยการมีส่วนร่วมเต็มที่และยอมรับในค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังความสามารถของชุมชน และประเทศจะยอมรับได้ โดยเป็นกลวิธีเพิ่มเติมจากการบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ ที่มีการดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน ชุมชน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค รวมถึงกิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยภาคประชาชน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เทคโนโลยีที่เหมาะสม มีการนำสุขภาพที่เป็นภาคประชาชนดำเนินการ นั่นคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เรียกว่า อสม.

5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ทุกสมัยของรัฐบาลมีการให้ความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก มีการดำเนินการตามโครงการต่างๆ ที่เป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เช่น

5.1 จัดหาครุภัณฑ์ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง ภายใต้โครงการไทยเข้มแข็ง ซึ่งได้รับอนุมัติงบประมาณลงทุนตาม โครงการ เพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในการให้บริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขให้ครอบคลุม มีประสิทธิภาพและคุณภาพ

5.2 นโยบายการยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเพิ่มคุณภาพ ประสิทธิภาพในการทำงาน โดยให้บุคลากรปฏิบัติงานเชิงรุกที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรชุมชน ภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน และเพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาล ระบบส่งต่อ ระบบยาและเวชภัณฑ์ ที่สามารถเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างผสมผสานในการบริการ

5.3 การใช้บัตรประชาชนในการเข้ารับบริการสุขภาพ ประชาชนสามารถแสดงบัตรประชาชนเอนกประสงค์รุ่นใหม่ (Smart card) ซึ่งจะมีหน่วยความจำในการบันทึกข้อมูลที่มีการระบุรายละเอียดของประชาชนไว้ เมื่อไปรับบริการ

6. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรไปด้วยกัน เพื่อที่จะสามารถรองรับกับระบบบริการที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการสร้างกำลังใจให้แก่บุคลากร โดยมีคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการกลางในการเสนอแนะภาพรวมด้านกำลังคนของประเทศ

7. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ

รูปแบบการการบริโภคและ ดำเนินชีวิต ในสถานการณ์กดดันทางเศรษฐกิจและสังคม การเพิ่มขนาดของสังคมเมือง ซึ่งส่งผลให้สภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ความไม่ปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สินที่อยู่อาศัย สถานที่ปฏิบัติงาน ความอ่อนแอของครอบครัว และความไม่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต กระแสต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นค่านิยมการบริโภควัตถุนิยม บริโภคนิยม ทั้งหมดนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้สุขภาพเสื่อม นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่เสื่อมตามไปด้วย

8. ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านสุขภาพ

8.1 ระบบสุขภาพ ปัญหาของระบบสุขภาพ คือ มีการลงทุนสูง แต่ผลตอบแทนที่ได้รับทางสุขภาพน้อย สามารถเห็นได้จากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ แต่ผลทางสุขภาพยังไม่มี ความคุ้มค่าเพียงพอต่อการลงทุนที่เสียไป

8.2 ระบบเฝ้าระวัง การเฝ้าระวังยังขาดรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนมากจะเน้นในด้านการควบคุม และป้องกันโรค จึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบให้มีความเข้มแข็ง รวมถึงบุคลากรควบคู่ไปด้วย

8.3 การสร้างองค์ความรู้ใหม่จากการศึกษาวิจัยและสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ด้านสุขภาพ เป็นรากฐานของการพัฒนางานให้มีคุณภาพ ปัจจุบันการดำเนินการศึกษาวิจัยจะเป็นลักษณะที่เป็น โครงการเดี่ยว ขาดการบูรณาการและเชื่อมโยงให้มีความครอบคลุมของปัญหา และการศึกษายังอยู่ในวงจำกัดและบางส่วนไม่มีการนำไปสู่การสร้างผลสัมฤทธิ์ในอนาคต หรือสร้างความรู้ใหม่เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่แท้จริง

8.4 ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ แม้ว่าจะมีการขยายบริการสุขภาพและการตรวจรักษาทางการแพทย์ให้กว้างขวาง และทั่วถึงมากขึ้นอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการเร่งรัดพัฒนาคุณภาพ จากการสำรวจความเห็นต่อบริการที่ได้รับจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีปัญหาที่สำคัญที่สุด คือ ความรู้สึกที่ไม่เท่าเทียมกันของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมา คือ คุณภาพยา รวมทั้งการปรับปรุงเรื่อง คุณภาพการบริการด้านการรักษา และระยะเวลาการให้บริการ

9. ระบบสนับสนุนทรัพยากร วิชาการ การวิจัย และระบบข้อมูลสารสนเทศ

9.1 การเงินการคลังในระบบสุขภาพ แนวโน้ม จะเพิ่มมากขึ้นจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ 1) การกดดันจากการค้าเสรีที่จะบังคับใช้ทำให้ต้องมีการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ในราคาที่แพงขึ้นจากปกติ ในขณะที่ไม่สามารถผลิตวัตถุดิบด้านการผลิตยาได้ 2) ผู้สูงอายุที่มีเป็นโรคเรื้อรัง

มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น 3) แพทย์มีการส่งจ่ายยาและใช้เทคโนโลยี ที่มีราคาแพงที่ในการรักษาพยาบาลที่มีแนวโน้มสูงขึ้นมากขึ้น 4) การฟ้องร้องแพทย์ที่เพิ่มขึ้น ทำให้ต้องมีการรักษาและการตรวจที่มากขึ้นด้วย โดยเกินจำเป็น ซึ่งการกระทำดังกล่าว เพื่อป้องกันการถูกฟ้องร้องจากการให้บริการ และ 5) การแพทย์เชิงธุรกิจที่ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่สิ้นเปลืองและเกินความจำเป็น

9.2 ระบบข้อมูลสารสนเทศ และการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันเป็นยุคแห่งเทคโนโลยีสารสนเทศ การนำเทคโนโลยีต่างๆ มาเป็นตัวช่วยในการจัดการข้อมูลโดยเฉพาะจัดเก็บข้อมูลที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวาง ทำให้หน่วยบริการต่างๆ มีข้อมูลสุขภาพจำนวนมาก แต่มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่มีอยู่ไม่เกิดประโยชน์สูงสุด เนื่องจากการจัดเก็บข้อมูลไม่สามารถเชื่อมโยง ขาดฐานข้อมูลที่เป็นชุด และเป็นมาตรฐานเดียวกันที่เป็นกลาง ระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ในการส่งต่อข้อมูลขาดประสิทธิภาพ โดยข้อมูลที่มีอยู่นั้นไปทางการเบิกจ่ายงบประมาณ ซึ่งไม่สามารถนำมารวบรวมกัน เพื่อเป็นคลังของข้อมูลที่มีขนาดใหญ่ระดับประเทศได้

10. การวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพ

ระบบวิจัยสุขภาพของประเทศไทยกำลังประสบปัญหาหลายด้าน ได้แก่ ขาดองค์การนำที่ชัดเจน ขาดทรัพยากรที่เพียงพอและขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ฯลฯ การแก้ปัญหาต่าง ๆ เพื่อที่จะพัฒนาระบบการวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพให้เจริญเติบโตเป็นต้นไม้ที่แข็งแรงสามารถช่วยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพให้เป็นไปอย่างได้ผลและยั่งยืนจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจ

11. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของระบบสร้างเสริมสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 และแนวโน้มในอนาคต

11.1 ข้อค้นพบ จากการวิเคราะห์

11.1.1 นิยามการสร้างเสริมสุขภาพ/การส่งเสริมสุขภาพ ของประเทศไทย ขยายขอบเขตและสอดคล้องกับสากล

11.1.2 การสร้างเสริมสุขภาพมีมิติที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพและเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพด้วย

11.1.3 สถานการณ์ปัจจุบันของบทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า เสริมหนุนกัน ไปทิศทางเดียวกัน แต่ระบบอภิบาลแยกส่วน

11.1.3.1 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดบทบาทตนเองใหม่ ให้มีหน้าที่หลักในการอภิบาลระบบ เพิ่มจากเดิมที่เน้นเป็นผู้ให้บริการ

11.1.3.2 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีบทบาทสร้างการร่วมมือกับภาคีและการเสริมศักยภาพภาคีในการสร้างเสริมสุขภาพ

11.1.3.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีบทบาทเป็นผู้จัดสรรงบประมาณให้กับบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

11.1.3.4 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีบทบาทในด้านการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม แต่ไม่พบกลไกการเชื่อมงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับจังหวัด ไม่มีแผนพัฒนากำลังคนด้านการสร้างเสริมสุขภาพระดับประเทศ และการประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพไม่ครอบคลุมทั้ง ระบบ เนื่องจากงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่มีความหลากหลายสูง และมีนวัตกรรมที่หลากหลาย

11.1.4 สถานการณ์ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักๆ พบว่า การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยส่วนบุคคลและการลดการตายจากอุบัติเหตุจราจรมีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อยๆ แต่มาตรการที่ใช้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักอื่นๆ เริ่มชะลอประสิทธิภาพบ้างแล้ว ทำได้แค่เพียงควบคุมสถานการณ์ให้ทรงตัวเช่น อัตราการสูบบุหรี่ เป็นต้น ในขณะที่ปัจจัยคุกคามใหม่ๆ เกิดขึ้น อยู่ตลอดเวลา

11.1.5 บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ พ.ศ. 2552 คือ การปฏิรูบบทบาทภายในระบบราชการสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ. 2554-2556 และการเปิดเขตประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่กำลังจะมาถึงในพ.ศ. 2558 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554)

รายงานการวิจัยและพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในประเด็น การพัฒนาและการขับเคลื่อนเครือข่ายการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี พบว่า

เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจังหวัดปัตตานี ดำเนินงานโดยมีพี่เลี้ยงแกนนำจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เป็นแกนนำในการพัฒนานำร่อง และจะดำเนินงานทั้งจังหวัดโดยบูรณาการให้สอดคล้องกับนโยบายจังหวัด แต่เน้นประเด็นการพัฒนาเฉพาะเรื่อง คือ โรคเรื้อรัง แม่และเด็ก และการสร้างสุขภาพ โดยมี หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่นำร่อง เพื่อขับเคลื่อนภายใต้บริบทของภาวะวิกฤตภาคใต้ นำเสนอรูปแบบเครือข่าย โดยเน้นการทำเป็นทีม มีการเรียกตัวแทนแต่ละอำเภอร่วมกันถอดบทเรียนในรูปของการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง วิทยาการกระบวนการถอดบทเรียนหลังจากอบรมได้นำเอาเนื้อหาที่ได้ประจุมร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ทั้งนี้การดำเนินงานที่ผ่านมาเครือข่ายจังหวัดปัตตานีมีความสำเร็จในการทำเครือข่ายที่ดี เนื่องจากนำวิสัยทัศน์ของจังหวัดมาวางรูปแบบ และได้คัดเลือกทีมจาก ทีมพัฒนา

คุณภาพ (Quality improvement team, QIT) ทีมวิทยากรที่มีความรู้ มีศักยภาพอยู่แล้ว มารับการฝึก เข้มเพื่อให้เป็น ผู้อำนวยการความสะดวก (Facilitator) เข้าใจศักยภาพของชุมชนที่มีทุนทางสังคม มากมาย จึงส่งเสริมกันที้อย่างเป็นกระบวนการ เช่น ถอดบทเรียน 11 โครงการ คือ ทำใน 5 ตำบลที่ เข้มแข็งคือ อำเภอหนองจิก 4 โครงการ อำเภอมาบ 6 โครงการ อำเภอโคกโพธิ์ 2 โครงการ เน้น การสร้างคน 5 โครงการ ระบบสร้างสุขภาพ และเห็นความสำคัญของปัญหาพื้นฐาน คือ อนามัยแม่ และเด็กที่มีปัญหาในชาวมุสลิม ถึง 4 โครงการ หน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการ PCU ในพื้น มีเครือข่ายในการดำเนินงาน และสามารถถอดบทเรียนจากการดำเนินงานตาม โครงการซึ่ง ตอบสนองปัญหาของพื้นที่ จนมีวิธีการทำงานที่เป็นเลิศ ตลอดจนเกิดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ร่วมกันระหว่าง หน่วยงาน เจ้าหน้าที่ องค์กรในชุมชน และประชาชน และสามารถนำไปสู่เวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับองค์กรอื่นๆ ได้ สุดท้ายคือ เกิดกลไกแห่งการพัฒนาหน่วยบริการฯ ที่ เป็นพลวัต โดยใช้ วงจรบริหารงานคุณภาพ Plan Do Check Act (PDCA) หรือ Plan Do Study Action (PDSA) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคุณภาพ สุดท้ายคือ ประชาชนมีสุขภาพดีและสามารถ พึ่งตนเอง ภายใต้ระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน และลักษณะ โครงการที่จัดทำขึ้นเป็น โครงการ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำด้านสุขภาพ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน, 2550)

แนวทางและบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานหลักของการสาธารณสุข และสนับสนุนการจัดการ โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมถึงปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพอื่นๆด้วย เป็นสิ่งทีุ่บุคลากรด้านสุขภาพ และประชาชนต้องรับผิดชอบร่วมกัน บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุน กระตุ้น ส่งเสริมความสามารถ และพัฒนาศักยภาพประชาชนและชุมชนให้สามารถดำเนินการจนบรรลุผลและ พึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ส่วนการบริการดูแลรักษาความเจ็บป่วย บุคลากรสุขภาพจะเป็นผู้รับผิดชอบ ดำเนินการ โดยประชาชนมีส่วนร่วมดูแล บำบัดด้วยตนเองก่อน (อลิสา ศิริเวชสุนทร, 2556)

1. แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการปรับการบริการสุขภาพระดับปฐม ภูมิของประเทศไทยโดยเปลี่ยนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอยู่ได้แก่ สถานีอนามัยให้เป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” จะเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มุ่งเน้นการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้ประชาชนทุกวัยมีสุขภาพดี และใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพะ ขณะเดียว

กันก็ดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เจ็บป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด สามารถควบคุมอาการให้คงที่ หรือดีขึ้นเท่าที่จะเป็นไปได้เป็นการเปลี่ยนจากบริการเชิงรับมาเป็นเชิงรุก มุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก

1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

เป็นทัพหน้าของกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในตำบลหมู่บ้าน ชุมชน เพื่อเป็นการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐาน และมีศักยภาพมากขึ้นเพื่อให้บริการเชิงรุกด้านสุขภาพแก่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียม และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง

1.1.1 ภารกิจสำคัญหลัก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟู และการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งต้องดำเนินการพร้อมกัน เป็นภารกิจเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีให้ครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ และทางด้านสังคมควบคู่กัน ไป ที่สำคัญอย่างยิ่งจะต้องเป็นส่วนหนึ่งของโครงการตามโรงพยาบาล 3 ดี คือ บรรยากาศดี การให้บริการที่ดี และการบริหารจัดการที่ดี

1.1.2 แนวคิดหลัก คือ กลุ่มปกติต้องให้สุขศึกษา กลุ่มเสี่ยงต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มที่ป่วยต้องดูแลรักษาให้เหมาะสมหากโรคที่เป็นไม่รุนแรงก็สามารถรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้

1.1.3 ระบบบริการที่พึงประสงค์ เป็นการพัฒนาให้มีขีดความสามารถมากขึ้นในเรื่องบริการปฐมภูมิ ไม่ได้เพียงแค่ปรับบริการจากที่ทำอยู่เดิมให้ดีขึ้น แต่เป็นการปรับระบบบริการให้แตกต่างจากระบบปัจจุบันที่ผู้ป่วยจำนวนมากไปรับบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งในอำเภอและจังหวัดอย่างแออัดจนไม่สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ

1.1.4 ขอบเขตบริการเน้น 5 กลุ่มเป้าหมายหลัก โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ธรรมชาติของกลุ่มเป้าหมาย ความรู้สึกรู้คิด ค่านิยม ปัญหาสุขภาพ การจำแนกออกเป็นกลุ่ม ปกติ-เสี่ยง-ป่วย ศักยภาพแต่ละกลุ่มและความต้องการความช่วยเหลือในแต่ละกลุ่ม ออกแบบบริการตามพันธกิจสำคัญ

1.1.5 งานเชิงรุก คือ สร้างการเข้าถึงบริการ หรือการเข้าหาประชาชนในรูปแบบบริการในสำนักงาน/นอกสำนักงาน และหมายรวมถึงการมุ่งจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุปัญหาสุขภาพ บริการต่อเนื่องเป็นองค์รวมด้วยมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ประสานบริการยึดชุมชนเป็นฐานตัวอย่างรูปธรรม ทีมเยี่ยมบ้าน มีข้อมูลสภาพปัญหาเข้าใจความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

1.1.6 งานเชื่อมโยง คือ การเชื่อมโยงบริการกับหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยราชการอื่นที่เกี่ยวข้องปัญหา องค์กรเอกชน ภาคธุรกิจ/เอกชน NGOs ที่จะมาร่วมคิด ร่วมดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพด้วยกัน ตัวอย่างรูปธรรม ระบบให้คำปรึกษาและส่งต่อในอำเภอ เช่น ศูนย์ให้คำปรึกษาและส่งต่อ มีทีมสุขภาพของโรงพยาบาล ที่รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาและมีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพ ที่เฉพาะ สนับสนุนให้มีการเชื่อมโยงการทำงานกับภาคีที่เกี่ยวข้อง

1.1.7 งานชุมชน คือ การเสริมพลังชุมชนให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เข้ามาเรียนรู้ปัญหาสุขภาพตนเองสามารถจัดการปัญหาสุขภาพในระยะยาวได้อย่างไร (ร่วมคิด วางแผน ระดมทุน ดำเนินการและติดตาม) มาด้วยวิธีการเป็นที่ยอมรับและมีบทบาทในการร่วมกัน คิดวางแผน ระดมทุน ดำเนินงานและติดตามปัญหาสุขภาพของตำบล (แผนสุขภาพตำบล)

Prince of Songkla University
Pattani Campus

ตารางที่ 1 กิจกรรม กระบวนการ และการสนับสนุนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประเด็นสำคัญ	กิจกรรม/กระบวนการ/การสนับสนุน
<p>1. รพ.สต. มีสมรรถนะและมีบรรยากาศเอื้ออำนวยขององค์กรมีประสิทธิภาพ</p>	<p>1.1 มีจำนวนบุคลากรเหมาะสมกับงาน (1 :1,250)</p> <p>1.2 มีพยาบาลเวชปฏิบัติ 1: 5,000 (ทีมละ 2-3 คนต่อประชากร 10,000 คน)</p> <p>1.3 ทีมงานมีการเรียนรู้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์(SRM) และการจัดการความรู้เพื่อใช้ในการพัฒนาการทำงานเป็นทีม</p> <p>1.4 ทีมงานมีขวัญกำลังใจและมีความสามารถสร้างจริยธรรมในการทำงานร่วมกัน</p> <p>1.5 ทีมงานมีความรู้ ทักษะและพัฒนาต่อเนื่อง</p> <p>1.6 มีระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (โทรศัพท์ติดต่อประชาชน Web cam)</p> <p>1.7 สร้างกระบวนการจัดการข้อมูลที่ทันสมัยใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชน</p> <p>1.8 ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช) เป็นพี่เลี้ยงช่วยเหลือ</p>
<p>2. รพ.สต. มีระบบบริหารจัดการ</p>	<p>2.1 ปฏิบัติงานเชิงรุก “ใช้บ้านเป็นที่ทำงาน”</p> <p>2.2 ประสาน “การส่งต่อเอื้ออาทร”</p> <p>2.3 สนับสนุนส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมบริการวิธีการและผลผลิต</p> <p>2.4 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>2.5 มีการพัฒนาระบบสื่อสารสาธารณะเข้าถึงประชาชน</p> <p>2.6 มีระบบการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง</p>
<p>3. ภาคืทุุกภาคส่วนร่วมตัดสินใจในการขับเคลื่อนและสนับสนุน</p>	<p>3.1 อปท. ประชาคม มุคินิชิ ชมรม ร่วมขับเคลื่อนทำแผน ทำประชาคมทำให้เกิดการปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง</p> <p>3.2 มีกองทุนสุขภาพร่วมแก้ไขปัญหาในพื้นที่</p> <p>3.3 องค์กรต่าง ๆ ร่วมเป็นเจ้าภาพดูแล “สุขภาพะ”</p> <p>3.4 ผู้นำชุมชน อสม. ร่วมงานแข็งขันคุณาติมิตร</p> <p>3.5 มี ร.ร. อสม. เพื่อพัฒนาให้ชุมชนพึ่งตนเองรวมทั้งสนับสนุนการดำเนินการของ ร.ร. อสม.ในระยะยาว</p>
<p>4. ชุมชน เข้มแข็งประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้</p>	<p>4.1 มีการสร้างแกนนำเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพในชุมชน</p> <p>4.2 ชุมชนกำหนดมาตรการทางสังคมอย่างมีส่วนร่วม</p> <p>4.3 ชุมชนทำแผนชุมชนเอง</p>

2. แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การทำงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยพบว่าประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีการขับเคลื่อนและประยุกต์ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพที่ควบคู่มากับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข “การจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นองค์รวม ด้วยการขับเคลื่อนผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน”

จากการศึกษาวิจัยแนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของ อติสรา ศิริเวชสุนทร ในปี พุทธศักราช 2556 ได้ค้นพบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ประเมินว่ามีความเหมาะสม ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 การพัฒนาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการคัดเลือก การอบรม การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์เจ้าหน้าที่จากผู้รอบรู้และผู้รักษาเป็นผู้เอื้ออำนวยการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน และการสนับสนุนการทำงานให้เกิดการบริการด้วยหัวใจมนุษย์

ด้านที่ 2 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการรณรงค์ให้ผู้รับบริการและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ตั้งแต่เริ่มต้นวางแผน การร่วมทำกิจกรรม และประเมินผล

ด้านที่ 3 การพัฒนาวิธีการทำงานและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และวัสดุ อุปกรณ์ รวมทั้งการวางแผนจัดประเมินผล และพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเฉพาะกับชุมชน

แนวทางทั้ง 3 ด้านนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นการสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ หรือวิธีการสร้างเสริมสุขภาพแบบผสมผสาน ที่มุ่งเสริมสร้างศักยภาพของผู้รับบริการประชาชนเพื่อจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพและสุขภาวะที่สำคัญของตนและชุมชนนั้น ตรงกับแนวคิดวัตถุประสงค์ และกรอบการปฏิบัติเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของออตตาวา (Ottawa charter)

3. มองมุมใหม่ เพื่อการจัดการใหม่ที่จำเป็นสำหรับเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิในยุคปัจจุบัน

ความสามารถในการจัดการใหม่ และบทบาทใหม่ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างมากเช่นปัจจุบัน การปรับมุมมองหรือมองมุมใหม่ในการจัดการระบบสุขภาพ เพื่อหาวิธีการดำเนินงานใหม่ น่าจะเป็นจุดเริ่มต้นในพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และระบบสุขภาพชุมชน

3.1 มุมมองต่อเป้าหมายสุขภาพ การมองปัญหาสุขภาพอย่างเข้าใจตามความเป็นจริงในขอบเขตที่กว้างขวาง ชับซ้อน ลึกซึ้งมากขึ้น สุขภาพที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิต สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลง ไม่ได้มองแบบชี้ดวงตามบริการทางสาธารณสุขที่เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ หรือมองแบบแยกส่วน ที่เป็นโรค หรือเป็นกิจกรรม เพื่อให้งานบรรลุผลเพื่อส่งผลงานต่อส่วนกลาง

3.2 มุมมองต่อหุ้นส่วน ภาคิ เพื่อการดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพไม่ควรรวมศูนย์อยู่แต่ในมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ แพทย์ พยาบาล แต่ต้องให้ข้อมูล และสร้างความเข้าใจให้ประชาชนทุกคน ชุมชน ท้องถิ่นเข้ามามีบทบาท มีความสามารถในการร่วมดูแลสุขภาพ หรือ จัดการระบบสุขภาพชุมชนตนเอง ทีมของการดำเนินงานต้องขยายวงออกไปได้มากขึ้น

3.3 บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดการระบบสุขภาพ จากการใช้บริการเพียงส่วนเดียว เป็นการเข้าไปมีบทบาทเป็นผู้กระตุ้นหนุนเสริมชุมชนท้องถิ่นให้มีข้อมูล มีความรู้ ความสามารถในการจัดการตนเองได้ด้วย บทบาทที่เน้นแต่การใช้บริการทางการแพทย์ เน้นเทคนิคบริการ โดยเจ้าหน้าที่เพื่อซ่อมแซมสุขภาพ ต้องขยายวงไปสู่การบริการทางสังคม การจัดการเชิงการพัฒนาชุมชนที่ร่วมมือกับชุมชน ท้องถิ่น

3.4 มุมมองต่อกลยุทธ์การจัดการระบบสุขภาพชุมชน ไม่จำเป็นต้องเริ่มจากประเด็นปัญหาสุขภาพที่เป็นส่วนขาดของบุคคล หรือ ของชุมชนเสมอไป ที่เจ้าหน้าที่ต้องไปชวนขยายหาทางแก้ไขให้แต่ให้ขยายวงไปที่การหาช่องทางด้านบวกของบุคคลหรือของชุมชน หนุนเสริมต้นทุนที่ดี ที่เป็นศักยภาพของบุคคลนั้นๆ หรือของชุมชนนั้น ในการจัดการปัญหาอื่น หรือดูแลตนเองได้ดี แล้วค่อยขยายให้นำส่วนดีนั้นมาประคับประคองการแก้ปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้ หรือให้ชุมชนร่วมกันหาทางออกกัน ได้เอง

3.5 มุมมองต่อกระบวนการดำเนินงาน เพื่อการจัดการสุขภาพ มิใช่เพียงการใช้บริการการหิบบัณฑิตบริการที่เจ้าหน้าที่คิดว่าเหมาะสม หรือการบริการแบบกลไกที่ไม่ได้คำนึงถึงลักษณะความแตกต่างของบุคคลที่รับบริการอยู่ตรงหน้า แต่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลแต่ละคน ในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่นเข้าร่วมด้วย บทบาทเจ้าหน้าที่ที่ต้องทำมากขึ้น หรือ การเป็นพี่เลี้ยง หรือการเป็นคุณอำนวย ที่ช่วยหล่อลื่น หล่อเลี้ยงกระบวนการร่วมพัฒนาสุขภาพของส่วนต่างๆ ให้เดินหน้าไปได้อย่างต่อเนื่อง

3.6 มุมมองต่อผลลัพธ์ ผลสำเร็จในการจัดการสุขภาพชุมชน ไม่ใช่เพียงพิจารณาความสำเร็จของกิจกรรมเป็นชิ้นๆ แต่ให้ความสำคัญมากขึ้นต่อการเรียนรู้ของประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการร่วมมือกันดูแลสุขภาพของตนเอง การเรียนรู้ต่อบทบาทของกันและกันในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน

ระบบบริการปฐมภูมิจึงมีหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป จะสามารถลดจำนวนการเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ และลดค่าใช้จ่ายโดยรวมทางสุขภาพและของสถานพยาบาลลงได้ (สุพรรณิ ฐรากุล และคณะ, 2549)

การดูแลเพื่อป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ ต้องผสมผสานคู่ไปได้กับการดูแลรักษาพยาบาลด้วย ไม่ได้แยกโคดเดี่ยว การส่งเสริมสุขภาพต้องคิด ออกแบบดำเนินการให้เนียนไปกับวิถีชีวิตของประชาชน กลุ่มวัยต่างๆ ไม่ได้ทำแบบเหมาโหลเหมือนกันหมดทุกคน กลยุทธ์การทำงานที่เน้นสร้างหรือปูรากฐานให้เกิดการเรียนรู้ของบุคคล และของชุมชนในการจัดการสุขภาพของตนเองได้ เพื่อส่งผลกระทบยาวควบคู่ไปด้วย ไม่ได้เพียงการทำกิจกรรมหรือโครงการแต่ละโครงการที่เป็นผลระยะสั้นเท่านั้น และการทำงานร่วมมือกับองค์กรชุมชน องค์กรท้องถิ่น ในลักษณะของการเป็นภาคี หนุนส่วนมากกว่าการเป็นผู้ให้ เจ้าหน้าที่ไม่ได้เป็นผู้ที่รู้ดีกว่าชุมชนในเรื่องการจัดการสุขภาพในทุกเรื่อง (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2555)

4. ภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนีไม่พ้นกับการดำเนินงานร่วมกับชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยที่รับผิดชอบในการดำเนินงาน ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพไม่ได้เกิดขึ้นจากหน่วยงานในหน่วยงานหนึ่งตามลำพังแต่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องประสานความร่วมมือกัน ทำงานร่วมกับชุมชนในการพัฒนาสุขภาพประชาชนเพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเอง การทำงานสร้างเสริมสุขภาพถือเป็นการลงทุนทางสุขภาพเป็นการสร้างทุนทางสังคม (ชูลิกร ด้านกรศิลป์, 2556)

4.1 ทุนทางสังคม เป็นหัวใจของการทำ งานเพื่อพัฒนางานสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานชุมชน จำเป็นต้องทำความรู้จักและเข้าใจคำ ว่า “ทุนทางสังคม” เพื่อเป็นฐานและกลไกในการลงมือทำ งานในชุมชนให้ประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะการทำ ความเข้าใจความหมายของคำ ว่า ทุน หรือ ต้นทุนหรือ ทุน ทางสังคมที่ไม่ใช่เฉพาะเรื่องเงิน แต่ทุน ทางสังคมประกอบด้วยทุนคน ทุนเครือข่าย/กลุ่มคน ทุนเงินทุนทรัพยากร และทุนภูมิปัญญา วัฒนธรรม ประเพณีระบบคิดหรือวิถีคิดของคนในชุมชนที่เกิดจากการรวมตัวร่วมคิด ร่วมทำ บนฐานของความไว้เนื้อเชื่อใจ ความสัมพันธ์อันดีงาม การสืบทอดวัฒนธรรมประเพณี นำ สู่การปฏิบัติและนำไปใช้ประโยชน์เพื่อสร้างแรงยึดเหนี่ยวและเกาะเกี่ยวความเป็นชุมชนไว้ด้วยกัน ทำให้ชุมชนมีความเป็นตนเองอย่างมีเอกลักษณ์ มีความเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้ (ขนิษฐา นันทบุตร, 2551) ซึ่งลักษณะของทุนทางสังคมมี ดังนี้

4.1.1 ทูคนคน ได้แก่ คนดี คือ คนในชุมชนที่ทำแต่สิ่งดีๆ เรื่องดีๆ เกิดขึ้นในชุมชน คนเก่ง คือ คนที่มีความสามารถหรือความถนัด ความชำนาญในเรื่องเฉพาะของตนเอง คนพาทำ คือ คนที่ชักชวนให้เพื่อนๆ ในชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมวางแผนและร่วมลงมือปฏิบัติในสิ่งดีๆ ของชุมชน คนนำ คือผู้นำที่สามารถแนะนำ ชี้แนะ และพาทำในสิ่งที่ดีๆ ตลอดจนสามารถเป็นผู้ลุกขึ้นยืนและนำทุกคนในชุมชนขึ้นมาเพื่อร่วมกันทำสิ่งดีๆ ในชุมชนและสามารถนำไปเกิดการเปลี่ยนแปลงของชุมชนได้อย่างดี และคนปฏิบัติคือคนที่ลงมือทำจริงในเรื่องที่ตนเองชำนาญ ตนเองปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

4.1.2 ทูนครือข่ายทางสังคมหรือกลุ่มคน เครือข่ายทางสังคมหรือกลุ่มคนจึงเกิดขึ้นจากการรวมตัวของประชาชนในชุมชนหมู่เดียวกัน หรือต่างหมู่บ้านในตำบลเดียวกันหรือต่างตำบลรวมตัวกันหรือคนที่มีแนวคิด พันธกิจ หรือเป้าหมายการทำงานเดียวกันมารวมกลุ่มกันเพื่อเป็นพลังในการเจรจาต่อขอผลประโยชน์ของตนเอง เครือข่ายและกลุ่มได้ (กมลทิพย์ ขลังธรรมนิยม, 2556)

4.1.3 ทูตเงิน หรืองบประมาณ การได้รับเงินสนับสนุนให้พัฒนางานหรือขับเคลื่อนงานต่างๆ ของชุมชนจำแนกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ทูตสนับสนุนจากหน่วยงาน เช่น การได้รับทุนสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมจากองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัดงบประมาณสนับสนุนโครงการจากหน่วยงานภาครัฐภาคเอกชน โดยมีวิธีการบริหารจัดการกองทุนแตกต่างกัน 2) การรวมเงินสะสมจากกลุ่มต่างๆหรือจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนในการบริจาคหรือการให้เงินตามสัดส่วนที่เหมาะสมเพื่อรวบรวมมาเป็นกองทุนของตำบลหรือกองทุนของชุมชนเพื่อใช้ในการบริหารจัดการ (ขนิษฐา นันทบุตร, 2550)

4.1.4 ทูตทรัพยากร คือ ทูตที่มีอยู่ในชุมชน ชุมชนได้ใช้ประโยชน์ร่วมกัน เช่น แม่น้ำ น้ำตก ถ้ำ ป่าเขาซึ่งทรัพยากรทั้งหลายที่มีอยู่ในชุมชนจะเป็นสิ่งที่ทำให้คนในชุมชนเกิดความผูกพัน เป็นตัวเชื่อมให้คนในชุมชนมีความสัมพันธ์เป็นกลุ่ม/เครือข่าย ร่วมกันใช้ประโยชน์เพื่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน

4.1.5 ทูตภูมิปัญญา วัฒนธรรมประเพณี คือ วิถีชีวิตที่สืบทอดกันมายาวนานและเป็นที่ยอมรับในสังคมนั้นๆซึ่งมีความหลากหลายในแต่ละพื้นที่ เป็นในรูปแบบของภูมิปัญญาท้องถิ่น

สรุปได้ว่าทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนนั้นมีหลายประเภทและมีอยู่ในชุมชนมานาน โดยเฉพาะทุนคนที่เป็นศักยภาพของชุมชนที่ทำหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาของชุมชนเอง ทุนคนเหล่านั้นมักเป็นผู้ที่ใกล้ชิดคุ้นเคยและลึกซึ้งกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ภูมิปัญญาและที่มาของปัญหาของคนในชุมชนเป็นอย่างดี และสามารถนำ ใช้ทุนทางสังคมอื่นๆ เช่น ทุนภูมิปัญญา ทุนทรัพยากร ทุน

เงิน เป็นต้น มาเป็นตัวหนุนเสริมในการแก้ปัญหาของชุมชน ทูทางสังคมเหล่านี้จึงเป็นทุนที่สำคัญยิ่งที่พยาบาลชุมชนจะนำ มามีส่วนร่วมในการทำ งานที่จะก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพและการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนได้เป็นอย่างดี (กมลทิพย์ ขลังธรรมนิยม, 2556)

4.2 ภาคส่วนที่เป็นทุนทางสังคมในดูแลสุขภาพชุมชน การทำงานเพื่อการดูแลสุขภาพชุมชนของพยาบาลชุมชนจะประสบความสำเร็จได้ มักไม่ได้เกิดจากการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพเพียงหน่วยเดียว แต่ต้องเกิดจากการร่วมคิดร่วมทำ ของหลายภาคส่วนที่เป็นเจ้าของเรื่องสุขภาพชุมชน ซึ่งทุนคนที่เป็นศักยภาพของชุมชนที่ทำ หน้าที่ในการแก้ปัญหา ร่วมดูแลสุขภาพชุมชนนั้นประกอบด้วยอย่างน้อย 3 ภาคส่วน ดังนี้

4.2.1 ประชาชน องค์กรชุมชน กลุ่ม เครือข่าย เช่นผู้ใหญ่บ้าน กำนัน คณะกรรมการหมู่บ้าน ครู พระสงฆ์กลุ่มอาสาสมัครได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน หรือกลุ่มหมอพื้นบ้าน เป็นต้น กลุ่มคนเหล่านี้สามารถสะท้อนถึงปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ เป็นผู้ที่มีส่วนในการดูแลสุขภาพทั้งของตนเอง คนในครอบครัว และคนในชุมชนได้ซึ่งบทบาทของแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ร่วมทำ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกำลังสำคัญในการทำงานด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการให้บริการด้านการเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกัน โรคประจำท้องถิ่นติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน กลุ่มหมอพื้นบ้าน ใช้ภูมิปัญญาด้านสมุนไพร การนวดแผนไทย ดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยของคนในชุมชน เป็นต้น

4.2.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีฐานะเป็นนิติบุคคลและเป็นราชการส่วนท้องถิ่น โดยราษฎรเลือกตั้งผู้แทนแต่ละหมู่บ้านเข้าไปเป็นสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล มีอำนาจหน้าที่ตัดสินใจในการบริหารงานของตำบลตามที่กฎหมายกำหนดไว้ ซึ่งบทบาทหน้าที่หนึ่งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือให้การดูแลสุขภาพของกลุ่มประชากรเป้าหมายในพื้นที่ร่วมกับสถานบริการด้านสาธารณสุขในการจัดการบริการสุขภาพชุมชน โดยครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมายตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต ทุกกลุ่มวัยและสามารถที่จะจัดทำ แผนพัฒนาท้องถิ่น แผนพัฒนาสุขภาพ และกำหนดนโยบายใช้ในท้องถิ่นของตนเองได้ (ขนิษฐา นันทบุตร, 2551) ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงถือว่าเป็นพลังสำคัญในการสนับสนุน หนุนเสริมการทำงานของพยาบาลชุมชนอาสาสมัครต่างๆ ในการดูแลสุขภาพชุมชน

4.2.3 หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน มีบทบาทหลักในการจัดบริการสุขภาพและให้การดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรเป้าหมายทั้งตามอายุ ตามภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพได้แก่ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเจ็บป่วยและตามความต้องการเฉพาะ โดยเน้นบทบาท

ในการดูแลสุขภาพเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ เน้นการให้บริการด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัวยุ และชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การตรวจรักษา การคัดกรองโรคการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพแกนนำ เป็นต้น (ชวลีกร คำนกรศิลป์, 2556)

จะเห็นได้ว่าภาคส่วนที่กล่าวข้างต้นนี้ต่างมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ ชุมชนร่วมกัน อาจต่างกันที่แต่ละส่วนจะเน้นเรื่องของการดูแลสุขภาพตามบทบาทหน้าที่ ตามความถนัดและความเชี่ยวชาญของตนเอง ดังนั้น บุคลากรจะต้องสามารถที่จะค้นหาและนำทุนทางสังคมเหล่านี้มาเป็นส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชน เรียนรู้การทำงานร่วมกับชุมชนพร้อมๆ กับช่วยให้ชุมชนได้เกิดการเรียนรู้ นำศักยภาพที่มีอยู่มาช่วยกัน

ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากการยกระดับหน่วยบริการปฐมภูมิจากสถานีอนามัยสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพ การบริการที่เป็นเชิงรุก รวมไปถึงการดูแลสุขภาพเบื้องต้นตามพันธกิจหลัก (3 ข) คือ เชิงรุก เชื่อมโยง และชุมชน และนโยบายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นระดับประเทศ กระทรวง ที่ปัจจุบันหันมาให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ มากยิ่งขึ้นเห็นได้จากนโยบายระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

5. ความสามารถและทักษะที่จำเป็นในการสร้างเสริมสุขภาพ

การที่บุคลากรทางสาธารณสุขจะสามารถเป็นกลไกที่สำคัญในการผลักดันการสร้างเสริมสุขภาพได้ ต้องการการพัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะหลายประการ (สุปริดา อุดุลยานนท์ และ ปิยะฉัตร พัทธานุกัฏ, 2550) และกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพได้มีการพูดถึงอย่างแพร่หลายเพื่อที่จะสามารถให้ประชาชน ชุมชน สังคม สามารถที่จะจัดการกับสุขภาพตนเองได้ เพื่อให้มีสุขภาพดีและอีกมุมหนึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ และเป็นเจ้าภาพหลักในการสาธารณสุข และจากการยกระดับสถานีอนามัย สู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสำคัญและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยเป็นหน่วยบริการหลักที่ให้บริการประชาชนที่มีความหลากหลายและรอบด้าน ใกล้ชิดประชาชน มีหลายกิจกรรมที่ต้องให้บริการทั้งที่บ้าน ชุมชน การบริการจึงสะท้อนถึงลักษณะสำคัญ คือ เป็นบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของพื้นที่เป็นไปตามบริบท สอดคล้องกับวัฒนธรรม (สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร และ สิริชัย นามทัศนีย์, 2555) จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารวิชาการ สามารถประมวลได้ดังนี้

กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถของตนเองในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถปฏิบัติงานภายใต้กลยุทธ์ การชี้แนะ การเพิ่มความสามารถ และการไกล่เกลี่ย (ไพจิตร วราจิต และคณะ, บรรณาธิการ, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับมติจากการประชุมกฎบัตรออกดาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (The Ottawa Charter for Health Promotion) ซึ่งถือกันว่าเป็นการให้กำเนิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพยุคใหม่อย่างเป็นทางการ และกำหนดกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

5.1 การสนับสนุนชี้แนะ (Advocate) สุขภาพดีเป็นแหล่งประโยชน์อันสำคัญของการพัฒนาด้านสังคมและเศรษฐกิจและการพัฒนาในระดับบุคคล นอกจากนี้ สุขภาพยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตด้วย ปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และปัจจัยทางชีวภาพล้วนสามารถส่งเสริมสุขภาพและเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ การสร้างเสริมสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนให้ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลดีต่อสุขภาพผ่านการสนับสนุนชี้แนะเพื่อสุขภาพ (องค์การอนามัยโลก, 2556)

การใช้กระแสสังคมให้เกิดการผลักดัน เปลี่ยนแปลง โดยการชี้หรือประกาศให้ทุกคนได้มีความตระหนักและดำเนินการให้ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพให้เป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชน ในส่วนของสถานบริการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการทำให้ทุกคน ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องเกิดความรู้ ตระหนัก และร่วมดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงาน (ศิริพร ชมภูลิขิต และคณะ, 2545)

ชูลีกร ด่านกรศิลป์ (2554) Carlisle (2000) และ สุมาลี ประทุมรัตน์ (2551) เห็นพ้องต้องกันว่า เป็นการเพิ่มเสียง กระบอกเสียงให้ดังขึ้น การปกป้องพิทักษ์สิทธิ์ ให้ได้ยินไปถึงผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้ด้อยโอกาสให้มีความเสมอภาคเพื่อก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและนำไปสู่การมีและดำรงอยู่ในสังคมที่ดี และยังเป็นการสร้างความร่วมมือของสังคมทางสุขภาพรวมไปถึงการสร้างพลังอำนาจในบทบาทผู้ชี้แนะ

การเป็นตัวแทนแก่ต่างให้กับประชาชน มีการนำข้อเท็จจริงไปกระตุ้น เร่งรัดประชาชน หรือชุมชนให้มีการสร้างเสริมสุขภาพพื้นฐาน (ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล, 2551) เป็นกระบวนการสนับสนุนและสร้างความร่วมมือของสังคม เป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งนำเสนอข้อมูลข่าวสารแก่ชุมชนและสังคมเพื่อให้เกิดกระแสสังคมที่สามารถระดมพลังและสร้างจิตสำนึกร่วมกันของสมาชิกเพื่อให้เกิดการดำเนินการในกิจกรรมหนึ่งๆ ที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสังคม ชุมชนและคุณภาพชีวิต เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีการก่อกระแสกระทำได้โดยการพยายามจุด

ประกายความคิด ชักชวนให้เห็นถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหากลงมือทำในลักษณะร่วมคิดร่วมทำอย่างเข้มแข็ง (อดิศักดิ์ จึงพัฒนาวดี, 2552)

ดังนั้น การสนับสนุนชี้แนะ (Advocate) เป็นการก่อกระแส การนำข้อเท็จจริง การนำเสนอข้อมูลข่าวสาร และการกระตุ้น โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นกระบอกเสียงในการเพิ่มเสียงให้สังคม ชุมชน เพื่อให้เกิดความตระหนัก จิตสำนึกร่วมกันของชุมชน เกิดกระแสสังคมด้านสุขภาพ มีการระดมสมอง นำไปสู่การสร้างมาตรการ ข้อกำหนด นโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ

5.2 การเสริมสร้างความสามารถ (Enable) การสร้างเสริมสุขภาพมีจุดเน้นที่การเข้าถึงความเสมอภาคทางสุขภาพ ลดความแตกต่างของสถานะทางสุขภาพ โดยสร้างโอกาสและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงศักยภาพด้านสุขภาพอย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน ด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมให้สนับสนุนสุขภาพ เพิ่มโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เพิ่มพูนทักษะชีวิต และเพิ่มทางเลือกที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ประชาชนจะไม่สามารถเข้าถึงสุขภาพดีตามศักยภาพสูงสุดของตนหากประชาชนไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพเหล่านี้ได้ โอกาสและแหล่งประโยชน์เหล่านี้ควรมีความเท่าเทียมกันทั้งหญิงและชาย (องค์การอนามัยโลก, 2556) เป็นการสนับสนุนให้ประชาชนหรือชุมชนควบคุมและปรับปรุงตนเองได้ เป็นการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง (ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล, 2551) โดย สถานบริการสุขภาพต้องมุ่งเน้นให้บุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนให้มีความสามารถในการเข้าถึงโอกาสการรับรู้ข่าวสาร การบริการ หรือกิจกรรมต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพที่จะเป็นประโยชน์ในการสร้าง โอกาสให้กับทุกคนทุกเพศ ทุกวัย (รัชณี สรรเสริญ และ วรรณรัตน์ ลาวัณ, 2545)

การดำเนินกิจกรรมในลักษณะของประชาชนหรือภาคีโดยมีความร่วมมือสมัครใจในการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้เขาเหล่านั้นมีอำนาจต่อรองหรือเสนอแนะเพิ่มขึ้น โดยการระดมทรัพยากรบุคคล และวัสดุต่างๆ เพื่อทำการสร้างสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การดำเนินการให้หุ้นส่วนเพิ่มพลังให้บุคคลหรือกลุ่มด้วยการเคลื่อนย้ายทรัพยากร และบุคคล เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพให้แก่บุคคลหรือกลุ่มคนเหล่านั้น (ศุภชัยนามย์ที่ 4 ราชบุรี, 2557)

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างความสามารถ (Enable) เป็นการสนับสนุนให้บุคคล ชุมชน สังคม โดยให้สามารถเข้าถึงการบริการ ข้อมูลข่าวสาร กิจกรรมต่างๆ ด้านสุขภาพ อย่างเท่าเทียมกัน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills) และเพิ่มพลังอำนาจ (Empowerment)

5.3 การไกล่เกลี่ย การประสานงาน (Mediate) ปัจจัยพื้นฐานของสุขภาพและโอกาสที่จะเข้าถึงสุขภาพไม่ได้ขึ้นกับภาคส่วนที่ให้บริการสุขภาพเพียงด้านเดียว การสร้างเสริมสุขภาพต้องเกิดจากการดำเนินการร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เห็นความสำคัญของสุขภาพ ไม่ว่าจะ

เป็นภาครัฐ ภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพภาคสังคมและเศรษฐกิจ ภาคเอกชน องค์กรอาสาสมัคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคอุตสาหกรรมและสื่อมวลชน ประชาชนทุกเพศทุกวัยมีบทบาทต่อสุขภาพ ในฐานะบุคคล สมาชิกครอบครัว และสมาชิกชุมชน กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มทางสังคม และบุคลากรทางสุขภาพมีภารกิจสำคัญในการเป็นสื่อกลางระหว่างภาคส่วนที่มีความต้องการแตกต่างกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพ (องค์การอนามัยโลก, 2556)

การประสานความร่วมมือช่วยกันจากทุกส่วนได้แก่ ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรอิสระ และภาคประชาชน ในการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและปกป้องสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ เพราะสุขภาพดีหรือไม่ดี มีผลมาจากปัจจัยต่างๆ ที่นอกเหนือเกินกว่าการดำเนินการของรัฐบาลเพียงอย่างเดียว (รัชณี สรรเสริญ และ วรณรัตน์ ลาวัณ, 2545) รวมถึงเป็นกระบวนการในการเจรจาต่อรอง เพื่อให้บุคคลหรือกลุ่มประชากรที่มีความสนใจที่ต่างกัน และภาคส่วนที่ต่างกัน มีทางออกทางด้านส่งเสริม หรือปกป้องสุขภาพร่วมกัน

สรุปได้ว่า การไกล่เกลี่ย การประสานงาน (Mediate) เป็นการประสาน การเป็นสื่อกลาง การสื่อสารเพื่อให้เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เป็นทุนทางสังคม ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ รวมไปถึงการเป็นสื่อกลางในการไกล่เกลี่ยหากมีภาคส่วนที่มีความคิด ความต้องการที่แตกต่างกัน ให้มีความคิด ความต้องการที่เป็นทางออกในการปกป้องสุขภาพ นำไปสู่การจัดการบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

5.4 การสร้างพันธมิตรเพื่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (Alliances) จากการประชุมการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 2 ที่ เมืองแอตแลนตา ประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างวันที่ 5-9 เมษายน พ.ศ. 2531 (ค.ศ. 1988) ในประเด็น สิ่งแวดล้อมและการพัฒนามนุษย์ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งกลวิธีการปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในระดับชุมชน ได้เพิ่มเติมจากกลยุทธ์ที่ตามกฎบัตรออตตาวา เพื่อสร้างเข้มแข็งในความร่วมมือระหว่างการรณรงค์และกลยุทธ์ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (อาภาพร เผ่าวัฒนาและคณะ, 2556)

6. ทักษะที่จำเป็นต่อการใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ

จากกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพข้างต้น ไม่ว่าจะเป็น การสนับสนุนชี้แนะ การเพิ่มความสามารถ การไกล่เกลี่ยประสานงาน และการสร้างพันธมิตรเพื่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม นั้น ล้วนมีความสำคัญและมีนิยามที่ครอบคลุมถึงแนวทางการปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขต้องมีความสามารถและทักษะหลายประการ เพื่อที่จะสามารถนำกลยุทธ์ที่กล่าวมาข้างต้นไปปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน จากการศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ สามารถประมวลผลทักษะและความสามารถที่จำเป็นในงานสร้างเสริมสุขภาพได้ดังนี้

6.1 ความสามารถในการรวบรวมข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบเพื่อชี้แนะและสร้างกระแส เป็นความสามารถในการศึกษา ค้นคว้าและประเมินหลักฐานกระบวนการส่งเสริมสุขภาพที่ต้องใช้ความรู้ในศาสตร์ที่กว้างขวาง รวมทั้งเรียนรู้ระเบียบวิธีการศึกษาที่จำเป็น เช่น การศึกษาวิจัยเชิงประมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์หลักฐานแบบการอภิमान การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข เป็นต้น

6.2 ทักษะการสื่อสารและการเจรจาต่อรอง (Communication and negotiation skills) เป็นทักษะที่มีความสำคัญมาก การสื่อสารนี้ หมายรวมถึงทั้งด้วยวาจา ภาษาท่าทาง และทักษะการปรากฏของบุคคลและสัญลักษณ์ที่แสดงออก เช่น การแต่งกาย เครื่องแบบ กลิ่น เป็นต้น เอกสารหนังสือ หรือในรูปแบบสื่อสารมวลชนต่างๆ โดยภาษาสื่อสารานี้จะมีบทบาทในการติดต่อทางสังคม การกระตุ้นความสนใจ การแสดงออกทางคิดและอารมณ์ ทักษะการสื่อสารที่นักส่งเสริมสุขภาพควรได้รับการเน้นย้ำ ได้แก่ การเลือกการสื่อสารให้ตรงจุดมุ่งหมายในการทำงาน การไม่ใช้ศัพท์เทคนิคทางวิชาการเกินเหมาะสม การเป็นผู้ฟังที่ดี การตั้งคำถามที่เหมาะสมต่อการกระตุ้น ขบวนการคิดของประชาชน การเปิดและปิดสนทนา การประเมินและควบคุมอุปสรรคในการสื่อสาร

6.3 ทักษะในการเคลื่อนไหวสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ กลยุทธ์แห่งการสาธารณสุขแนวใหม่ที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพต้องใช้กระบวนการเคลื่อนไหว เป็นหลักเพื่อก่อกิจกรรม โดย การชี้แนะและสร้างกระแส เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณสุขเพื่อสร้างกระแสสังคม สร้างแรงกดดันให้แก่ผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดนโยบาย การเจรจาไกล่เกลี่ย โดยนักวิชาชีพด้านสุขภาพและกลุ่มเคลื่อนไหวสังคม ต้องมีความรับผิดชอบอย่างสำคัญในการไกล่เกลี่ย เจรจาต่อรองเพื่อให้ได้มาผลประโยชน์ต่อส่วนรวม การเสริมสร้างพลังประชาชน เป็นการมุ่งส่งเสริมประชาชนไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีข้อมูลข่าวสารที่ทันต่อเหตุการณ์ทำให้รู้เท่าทัน มีทักษะในการดำรงชีวิตและมีโอกาสตัดสินใจเลือกวิถีทางที่เอื้อต่อสุขภาพด้วยตนเอง

กระบวนการดังกล่าว บุคลากรต้องมีทักษะ ความสามารถในด้านอื่น นอกเหนือจากจากที่กล่าวมา คือ ทักษะการเข้าถึงชุมชนเชิงบวก การทำความเข้าใจในวิถีคิดของประชาชนและเข้าใจวิถีชีวิตของชุมชน ทักษะการเสริมสร้างพลัง และเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน (สุปรีดา อุดุลยานนท์ และ ปิยะฉัตร พัทธานูฉัตร, 2550)

ดังนั้น ความสามารถและทักษะของบุคลากรสาธารณสุขจึงมีความสำคัญมากในการใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเป็นกลไกผลักดันให้งานมีความสำเร็จ ซึ่งการรับรู้ความ

สามารถของตนเอง เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถที่จะจัดการและการดำเนินการ
กระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่ความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนด ความคิด
ความรู้สึก จูงใจให้บุคคลกระทำได้ในระดับใด (Bandura, 2003 อ้างถึงใน สุปรียา ตันสกุล, 2548) จึง
มีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานเฉพาะอย่างได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญที่จะเชื่อมโยง
ระหว่างสิ่งที่ทราบว่าจะต้องทำอะไรกับสิ่งที่ต้องปฏิบัติจริง (Bandura, 1977 อ้างถึงใน อาภาพร เผ่า
วัฒนาและคณะ, 2556) ซึ่งแบนดูราได้กล่าวถึง ปัจจัยทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง

7. การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง หรือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่
บนพื้นฐานแนวคิดของแบนดูรา (1977) ที่เชื่อว่า บุคคลล้วนมีศักยภาพและสามารถสร้างสรรค์
ผลงานออกมาจากความพยายามของตนเอง โดยจัดอยู่ในกลุ่มทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม ซึ่ง
มีความเชื่อหรือมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองนั้น จะช่วยให้บุคคลตัดสินใจทำ มีความ
พยายามต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง และยังคงแสดงศักยภาพเพื่อต่อสู้กับความยากลำบากต่างๆ ได้ รวมไปถึง
ไปถึงการต่อสู้กับความรู้สึกกังวล ความไม่สบายใจต่างๆ ที่บุคคลประสบได้อย่างดี (Usher; &
Pajares, 2008)

7.1 แหล่งของความเชื่อในความสามารถ แบนดูราได้เสนอการพัฒนาการรับรู้
ความสามารถตนเอง ไว้ 4 วิธี (Bandura, 1996)

7.1.1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) คือ การ
เรียนรู้จากความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งจากอดีตเชื่อมโยงเข้าสู่การ
ตัดสินใจที่จะกระทำกิจกรรมในปัจจุบัน ประสบการณ์ของความสำเร็จของตนเองถือเป็นปัจจัยที่มี
อิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของตนเองมากที่สุด การที่บุคคลกระทำกิจกรรมแล้ว
ประสบความสำเร็จหลายๆ ครั้งจะเสริมให้บุคคลมีความคาดหวังความสามารถของตนเองในการ
กระทำมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นจะต้องให้ฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จไปพร้อมๆ กับ
การทำให้เขายอมรับว่าเขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้นได้ และจะทำให้ใช้ทักษะที่ได้รับการฝึก
อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

7.1.2 การใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่าง
ความสำเร็จของผู้อื่นในการกระทำที่ยาก โดยไม่เกิดผลเสียตามมา ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งอิทธิพลที่มี
ความสำคัญเป็นอันดับสองรองจากประสบการณ์ของความสำเร็จด้วยตนเอง การที่บุคคลได้เห็น
ผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับ
ความสามารถของตนเองมากขึ้น ทั้งนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมนั้นได้

ก่อนอยู่แล้ว เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นแล้วว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งนั้นได้ ถ้าตั้งใจพยายาม โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในวัย เพศ ความสามารถและประสบการณ์ในอดีตที่ไม่แตกต่างกัน

7.1.3 การชักจูงโดยใช้คำพูด (Verbal persuasion) เป็นอีกแหล่งที่ช่วยเสริมความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ด้วยการรับเอาคำแนะนำชักจูงจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาถึงความสามารถที่ตนเองมีอยู่ การพูดชักจูงจากผู้อื่นจะช่วยทำให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ แม้ว่าจะไม่เคยกระทำมาก่อนก็ตาม ส่งผลให้เกิดความพยายามจะทำให้สำเร็จ มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองมากขึ้นพลังของคำพูดไม่สามารถชักนำให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองได้ทุกครั้งไป ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับ สถานภาพและความเชื่อถือได้ของผู้ที่ให้คำชักจูง เช่น บิดา มารดา ครูบาอาจารย์ เป็นต้น

7.1.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) เป็นการใช้สภาวะทางร่างกายและอารมณ์เพื่อตัดสินความสามารถบุคคลที่มีความเครียดตื่นเต้น วิตกกังวล หรือมีสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากๆ จนทำให้เกิดความอ่อนเพลีย เมื่อดำ ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้กระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ไม่ดีเท่าที่ควร จนเกิดการหลีกเลี่ยงการกระทำหรือเผชิญกับสถานการณ์นั้นในที่สุด ความสำคัญของการกระตุ้นทางอารมณ์ไม่ได้อยู่ที่ว่าสภาวะร่างกายและจิตใจจะมีความเข้มแข็งเท่าไรแต่อยู่ที่เขาจะรับรู้และแปลความหมายว่าอย่างไร บุคคลที่มีความรู้สึกในความสามารถของตนเองสูง สภาวะที่มีความรู้สึกสูงนั้น จะสามารถปลุกเร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยส่งเสริมพลังในการแสดงพฤติกรรม แต่บุคคลที่สงสัยตนเอง จะวัดความสามารถได้ด้วยสภาวะทางสรีระวิทยา และอารมณ์เป็นตัวชี้วัด

7.2 กระบวนการกระตุ้นความสามารถ (Efficacy activated processes)

7.2.1 กระบวนการรู้คิด (Cognitive processes) จะช่วยให้บุคคลเดาเหตุการณ์และพัฒนาแนวทางที่จะควบคุมสิ่งที่มีผลต่อวิถีชีวิตของเขา

7.2.2 กระบวนการจูงใจ (Motivation processes) แรงจูงใจจะถูกกำกับด้วยความคาดหวังของบุคคลนั้นๆ บุคคลจะกระทำเมื่อเข้ามีความเชื่อว่าเขาทำได้ การจูงใจจะมีอิทธิพลต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำนั้นๆ

7.2.3 กระบวนการความรู้สึก (Effective processes) ความรู้สึกในความสามารถตนเองมาเท่าไร บุคคลก็จะพยายามทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ

7.2.4 กระบวนการเลือกสรร (Selection processes) ความเชื่อถือในความสามารถของตนเอง สามารถปรับแต่งให้เกิดขึ้นได้ โดยอิทธิพลของกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เขาเลือก

7.3 ผลประโยชน์ในแง่ที่ดีที่มีต่อความเชื่อในความสามารถของตนเอง

(Adaptive benefit of optimistic self- beliefs of efficacy) จากการศึกษาของเบนคูรา ความรู้สึกของบุคคล ที่จะแสดงความสำเร็จและความผาสุกคือ ความต้องการความรู้สึกที่ดีต่อความสำเร็จของตนเอง บุคคลที่ประสบความสำเร็จด้านต่างๆ เป็นผู้ที่อยู่ในสังคมได้ดี ได้มองความสามารถของตนเองในด้านดี เพื่อการควบคุมเหตุการณ์ที่มีผลต่อชีวิต และเชื่อว่าความสามารถของตนเองจะทำให้เกิดความผาสุกและประสบความสำเร็จ

7.4 การพัฒนาและการฝึกหัดการมีความสามารถของตนเองตลอดชีวิต

(Development of self - efficacy over the lifespan) ในช่วงเวลาที่ต่างกันของชีวิต บุคคลจะต้องการความสามารถในการทำงานให้สำเร็จที่ต่างกัน วิธีการพัฒนาความสามารถก็จะแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ ความสามารถในเรื่องต่างๆ ในการดำรงชีวิตของบุคคล จะเพิ่มขึ้นตามประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้เกิดจากการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบต่างๆ ที่บุคคลมีความตั้งใจรับรู้การเรียนรู้จากตัวแบบนี้มีส่วนประกอบที่สำคัญ 4 กระบวนการ ดังนี้

7.4.1 กระบวนการตั้งใจ (Attention processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต ถ้าบุคคลนั้น ไม่มีความตั้งใจ และรับรู้ได้แม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ ตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด และสร้างให้เกิดความพอใจ และตัวผู้สังเกตเองที่มีความสามารถในการรับรู้ การเห็นและการได้ยิน

7.4.2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) บุคคลจะไม่สามารถรับอิทธิพลมากนักจากตัวแบบ ถ้าเขาไม่สามารถจดจำได้ถึงลักษณะของตัวแบบ บุคคลจะต้องแปลงข้อมูลจากตัวแบบให้เป็นรูปแบบสัญลักษณ์และจัด โครงสร้างเพื่อให้จำได้ง่ายขึ้น เบนคูรา พบว่า ผู้สังเกตที่สามารถอธิบายพฤติกรรมหรือการกระทำของตัวแบบได้ด้วยคำพูดหรือสามารถมีภาพพจน์สิ่งที่ตนเองสังเกตไว้ในใจจะเป็นที่สามารถเรียนรู้ โดยการสังเกต ได้ดีกว่าผู้ที่เพียงแต่ดูเฉยๆ หรือทำงานอื่นในขณะที่ดูตัวแบบไปด้วย

7.4.3 กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้นมาเป็นการกระทำ ซึ่งจะทำได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตการณ์กระทำของตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการทำของตนเองและได้เทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ รวมถึงความสามารถทางกายและทักษะในพฤติกรรมต่างๆ จะทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมที่เลียนแบบออกมาได้ดีและตรง

7.4.4 กระบวนการจูงใจ (motivation processes) การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ กระบวนการจูงใจขึ้นอยู่กับ

กับองค์ประกอบของสิ่งล่อใจจากภายนอก สิ่งนั้นจะต้องกระตุ้นการรับรู้ เป็นที่ยอมรับของบุคคล และสังคม (Bandura, 1977 อ้างถึงใน อภาพร เผ่าวัฒนาและคณะ, 2556)

ดังนั้น การรับรู้ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในบริบทการทำงาน หมายถึง ความเชื่อมั่นและมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถ มีศักยภาพ และมีความพยายามอย่างไม่หยุดยั้งที่จะไปสู่วินัย หรือความสำเร็จเกี่ยวกับงานที่ได้รับมอบหมาย แม้จะมีอุปสรรคต่างๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้น บุคคลที่มีความสามารถในตัวเองสูง สามารถแสดงพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้

ผู้วิจัยคาดว่า หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองท่ามกลางสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นด้าน ความเข้าใจความเชื่อ ประเพณีที่มีความหลากหลาย มีความปลอดภัยในการปฏิบัติงานสามารถสื่อสารภาษาถิ่นได้ มั่นใจว่าการทำงานในพื้นที่ที่มีความก้าวหน้าไม่แตกต่างจากพื้นที่ปกติ และสามารถควบคุมความตระหนกได้หากเกิดเหตุการณ์เป็นต้น จะทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนได้

จะเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นการทำงานที่ต้องคำนึงถึงการดูแลแบบองค์รวม การเสริมสร้างพลังอำนาจในการพึ่ง ตนเองของประชาชนการมีส่วนร่วมของประชาชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงมิใช่เพียงบริการสาธารณสุขที่หยิบยื่นให้ประชาชน หรือคิดแทนประชาชน แต่มีคุณค่ามีความสำคัญในลักษณะที่เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เชื่อมประสานระหว่างความต้องการบริการสุขภาพที่มีความหลากหลายอย่างไม่แยกส่วนเป็นด้านๆ รวมทั้งมีบทบาทของการสร้างให้เกิดความตื่นตัวความเข้มแข็งของประชาชน และชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน กล่าวโดยสรุป แนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นวิธีการที่ใช้สำหรับพัฒนาเจ้าหน้าที่ โดยมุ่งให้ผู้บริการเข้าใจผู้รับบริการอย่างแท้จริงก่อน เมื่อเข้าใจแล้วการให้บริการจะไม่เป็นการสั่งการหรือบังคับ ให้ทำตามคำแนะนำ แต่จะคำนึงถึงความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ

ผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

การดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในอดีตคงไม่มีความแตกต่างกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่อื่น หากแต่ภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ต้น พ.ศ. 2547 ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่โดยทั่ว มีการสูญเสียทั้งชีวิต ทรัพย์สิน ทรัพยากรและคุณค่าความ

งดงามทางสังคม ไม่ยกเว้นแม่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ (ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้, 2552)

สถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนภาคใต้ ซึ่งประกอบด้วยพื้นที่จังหวัดยะลา ปัตตานี นราธิวาส และ 4 อำเภอจังหวัดสงขลา เป็นเหตุการณ์ที่สะท้อนขวัญ มีความรุนแรง และถี่ขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา จากสถานการณ์ความไม่สงบดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ โดย วันที่ 8 สิงหาคม 2550 เป็นวันที่หมออนามัยและชาวสาธารณสุขทั่วประเทศต้องประสบกับความรู้สึกตกใจและสะท้อนใจอย่างยิ่งเมื่อ “ไฟใต้” ที่ยึดถือเป็นเวลาเกือบ 4 ปี ได้มากระทบโดยตรงกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากเหตุการณ์ที่คนร้าย ได้ขึ้นไปบนสถานีอนามัยแห่งหนึ่ง แล้วใช้อาวุธปืนยิงหมออนามัยจำนวน 2 ท่านจนเสียชีวิต เหตุการณ์นี้เป็นการบอกให้ทราบว่า “ไฟใต้” ไม่มีข้อยกเว้นการกระทำที่รุนแรงต่อกลุ่มใด ๆ ทั้งสิ้น แม้แต่กับหมออนามัยซึ่งเป็นบุคลากรภาครัฐที่จัดว่ามีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด เป็นผู้ดูแลประชาชนตั้งแต่ในท้องแม่ ดูแลในทุกเวลาจนเขาเติบโตเป็นวัยรุ่น เป็นผู้ใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และจนถึงเวลาสุดท้ายของชีวิต (จินดา หวังวรรณศรี, 2550)

ผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ต่อการจัดบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข หน่วยบริการสาธารณสุข ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ต่อการจัดบริการสุขภาพ

จังหวัด	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	
	บาดเจ็บ	เสียชีวิต
ปัตตานี	12	22
ยะลา	7	4
นราธิวาส	7	7
4 อำเภอ จังหวัดสงขลา	4	-
รวม	29	33

ที่มา ข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2557 ใน(ร่าง) แผนยุทธศาสตร์เขตบริการสุขภาพที่ 12 พ.ศ. 2558

และผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ความไม่สงบที่ส่งผลต่อบุคลากรสาธารณสุขอีกด้านหนึ่ง คือ ความประสงค์ย้ายออกจากหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ซึ่งในปีงบประมาณ 2557 พบว่าการขอย้ายสถานที่ปฏิบัติงานในรอบที่ 1 ปี 2557 การขอย้าย (ภายในจังหวัดปัตตานี ย้ายออกนอกจังหวัดปัตตานี ย้ายเข้ามาในจังหวัดปัตตานี) จำนวน 40 คน ด้วยเหตุผลความปลอดภัยในการ

เดินทาง สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ทั้งหมด จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.5 และเป็น ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ขอย้ายด้วยเหตุผลความปลอดภัยในการเดินทาง จากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.43 ของผู้ที่ขอย้ายด้วยเหตุผล ดังกล่าว และการขอย้ายสถานที่ปฏิบัติงานในรอบที่ 2 ปี 2557 การขอย้าย (ภายในจังหวัดปัตตานี ย้ายออกนอกจังหวัดปัตตานี ย้ายเข้ามาในจังหวัดปัตตานี) จำนวน 35 ราย ด้วยเหตุผลความปลอดภัย ในการเดินทาง สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 และเป็น ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ขอย้ายด้วยเหตุผลความปลอดภัยในการ เดินทาง สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.57 (สรุปผลการขอย้าย ในสังกัดสำนักงานงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีรอบที่ 1 และ รอบที่ 2 ปี 2557, 2557)

แม้สถานการณ์ความไม่สงบที่ยืดเยื้อและไม่มีความหวังจะยุติ สถานบริการด้าน สุขภาพต้องพยายามเรียนรู้ ปรับตัวเพื่อให้สามารถอาศัยอยู่ในพื้นที่และปฏิบัติงานให้ได้ตามเกณฑ์ มาตรฐาน และนโยบายของประเทศภายใต้ข้อจำกัดที่เกิดขึ้น โดยก่อให้เกิดความเล็งต่อชีวิตน้อย เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐาน และ เป็นที่พึงของประชาชนท่ามกลาง ความไม่สงบ ความขัดแย้งต่างๆ ในพื้นที่ เนื่องด้วยประชาชนในพื้นที่ ชุมชนยังให้ความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น ซึ่งจากการสำรวจความเชื่อมั่นไว้วางใจต่อกลุ่มคนหรือองค์กรต่างๆ ในพื้นที่เป็นการ ประเมินความเชื่อมั่นไว้วางใจที่ประชาชนมีต่อกลุ่มบุคคลและกลุ่มองค์กรทั้งเอกชนและรัฐ โดยการ สำรวจความเชื่อมั่นไว้วางใจจะพิจารณาจากภารกิจงานในสองประเภท คือ ในงานด้านการพัฒนา และในงานด้านกระบวนการสันติภาพ เมื่อถามเกี่ยวกับความเชื่อมั่นไว้วางใจต่อกลุ่มคนหรือองค์กร ในด้านการพัฒนาประชาชน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามวางลำดับความเชื่อมั่นไว้วางใจลำดับที่ 1 ให้กับกลุ่มหมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าหน้าที่อนามัย ลำดับที่ 2 คือ คณะกรรมการอิสลาม ประจำจังหวัดและผู้นำศาสนา (อิหม่ามหรือพระ) ลำดับที่ 3 คือ ครู โรงเรียนรัฐบาล ลำดับที่ 4 คือ ศูนย์อำนวยการบริหารชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต). และลำดับที่ 5 คือ ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือ นายอำเภอ เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มที่มีคะแนนต่ำสุดในด้านความเชื่อมั่นไว้วางใจต่อการพัฒนา คือ กองกำลัง อส. และทหารพราน ทั้งสองกลุ่มนี้มีค่าระดับความเชื่อมั่นไว้วางใจต่ำที่สุด

จากการสำรวจความเชื่อมั่นไว้วางใจเกี่ยวกับความมั่นคงปลอดภัยและการสร้าง สันติภาพ กลุ่มที่ประชาชน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความเชื่อมั่นไว้วางใจ ลำดับที่ 1 คือ คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด ลำดับที่ 2 คือครูโรงเรียนรัฐบาล ลำดับที่ 3 คือ หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อนามัย ลำดับที่ 4 คือ ศูนย์อำนวยการบริหารชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) และ ลำดับที่ 5 คือ กำนันผู้ใหญ่บ้าน ส่วนกลุ่มที่มีคะแนนต่ำมากคือ เจ้าหน้าที่ทหารและ ทหารพราน ซึ่งมีระดับค่าความเชื่อมั่นไว้วางใจต่ำสุด (ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี, 2556)

ดังนั้น แม้จะมีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นในพื้นที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังเป็นกลุ่มคน บุคคลที่ประชาชนให้ความไว้วางใจ ให้ความเชื่อมั่นในลำดับต้นๆ หากเทียบกับองค์กรอื่นๆ ที่มีอยู่ในพื้นที่ หากจะเป็นการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ย่อมมีโอกาสที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่จะสามารถปฏิบัติงานได้ ด้วยเหตุผลอีกประการคือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของพื้นที่อยู่แล้ว อาจจะต้องเสริมแรง สร้างพลังอำนาจในเจ้าหน้าที่ และพัฒนาศักยภาพ หากมีข้อมูลการรับรู้สมรรถนะของเจ้าหน้าที่ในปฏิบัติงานภายใต้ภาวะวิกฤติชายแดนได้ที่กำลังเกิดขึ้นอยู่

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกัน โดยเฉพาะจังหวัดปัตตานี เป็นพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานพอสมควร การศึกษาปัจจัยต่างๆ และแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะช่วยให้เข้าใจและสามารถบริหารจัดการและพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่ โดยมีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

ขวัญใจ ต้นวิวัฒน์จินดา (2552) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติงานตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎออกตราโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.78$, S.D. = 0.54) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การชี้แนะและการสนับสนุนมีระดับคะแนนสูงสุด ($\bar{x} = 2.97$, S.D. = 0.51) ส่วนด้านการไต่ถาม การประสานงาน มีระดับคะแนนต่ำสุด ($\bar{x} = 0.45$, S.D. = 0.71) และพบว่า ลักษณะการปฏิบัติงานเวรเข้า ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านการกระตุ้น ($\beta = 0.150$) และคำจูง ($\beta = 0.188$) ปัจจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านการได้รับโอกาส ($\beta = 0.223$) สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎออกตราของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตได้ ร้อยละ 30.60

อลิสตา ศิริเวชสุนทร (2556) ได้ศึกษาแนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า แนวทางการทำงาน ประกอบด้วยแนวทาง 3 ด้าน ได้แก่

1. การพัฒนาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการคัดเลือก การอบรม การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์เจ้าหน้าที่จากผู้รอบรู้และผู้รักษาเป็นผู้เอื้ออำนวยการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน และการสนับสนุนการทำงานให้เกิดการบริการด้วยหัวใจมนุษย์
2. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการรณรงค์ให้ผู้รับบริการและชุมชนมีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มวางแผน ทำกิจกรรมและการประเมินผล
3. การพัฒนาวิธีการทำงานและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเน้นการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งวางแผน ประเมินผลและพัฒนา กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเฉพาะกับชุมชน

การประเมินแนวทางทั้ง 3 ด้าน โดยประชาชนและเจ้าหน้าที่ พบว่า มีความเหมาะสมมาก และความเป็นไปได้มาก

นิมลต์ หะยีนิมะ (2557) ได้ศึกษา ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จในการดำเนินการคัดกรองเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จในการดำเนินงานประกอบด้วย 10 ปัจจัย ได้แก่ 1) การมีฐานข้อมูลชัดเจน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน 2) การมีเครื่องมือคัดกรองเพียงพอ 3) การเข้าถึงแหล่งงบประมาณ 4) การมีนโยบายชัดเจนทุกระดับ 5) การวิเคราะห์ผลการคัดกรองเบาหวาน 6) บุคลากรตระหนักรู้และให้ความสำคัญในการคัดกรองเบาหวาน 7) การจัดการบุคลากรที่ได้นำสู่ความสำเร็จ 8) การเข้าถึงชุมชนเพื่อการมีส่วนร่วมของชุมชน 9) การคัดกรองเชิงรุกสอดคล้องกับวิถีชุมชนมุสลิมและสถานการณ์ความไม่สงบ และ 10) การบูรณาการคัดกรองกับงานบริการประจำและ โครงการต่างๆ

นุจนาด ขวาไทย (2557) ได้ศึกษา ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านสุขาภิบาลอาหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านสุขาภิบาลอาหาร โดยมีปัจจัยการบริหารจัดการ ด้านการควบคุมกำกับ ด้านงบประมาณ และด้านการจัดองค์กร สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านสุขาภิบาลอาหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 63.30 และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรให้การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ อย่างเพียงพอ และควรมีการจัดอบรมเพิ่มทักษะ ความรู้

ความสามารถ เพื่อเสริมศักยภาพผู้ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านสุขภาพอาหาร
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี (2556) ได้สำรวจความเชื่อมั่นไว้วางใจของประชาชนต่อ
กลุ่มคนหรือองค์กรทั้งเอกชนและรัฐเกี่ยวกับการพัฒนา พิจารณาจากภารกิจงานในสองประเภท คือ
ในงานด้านการพัฒนาและในงานด้านกระบวนการสันติภาพ พบว่า ลำดับความเชื่อมั่นไว้วางใจ
ลำดับที่หนึ่ง ให้กับกลุ่มหมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าหน้าที่อนามัย รองลงมา เป็น
คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดและผู้นำศาสนา (อิหม่ามหรือพระ) ครู โรงเรียนรัฐบาล ศูนย์
อำนวยการบริหารชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต) และผู้ว่าราชการจังหวัดหรือนายอำเภอ ตามลำดับ เป็นที่
น่าสังเกตว่ากลุ่มที่มีคะแนนต่ำสุดในด้านความเชื่อมั่นไว้วางใจต่อการพัฒนา คือ กองกำลัง อส. และ
ทหารพราน ทั้งสองกลุ่มนี้มีค่าระดับความเชื่อมั่นไว้วางใจต่ำที่สุด สำหรับการศึกษาความเชื่อมั่น
ไว้วางใจเกี่ยวกับความมั่นคงปลอดภัยและการสร้างสันติภาพ พบว่า ความเชื่อมั่นไว้วางใจลำดับที่
หนึ่ง คือ คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด รองลงมา เป็นครู โรงเรียนรัฐบาล หมอ พยาบาล
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อนามัย ศูนย์อำนวยการบริหารชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต) และ กำนัน/
ผู้ใหญ่บ้าน ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีคะแนนต่ำมากคือ เจ้าหน้าที่ทหารและทหารพราน ซึ่งมีระดับค่า
ความเชื่อมั่นไว้วางใจต่ำสุด

บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยคุณลักษณะของบุคลากรสาธารณสุข
ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของ
บุคลากรสาธารณสุขภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.60$, S.D. = 0.44) และจากการวิเคราะห์
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ตำแหน่งหน้าที่ในการทำงาน
($p = 0.023$) และการป่วยมีโรคประจำตัว ($p = 0.024$) มีผลเชิงบวกต่อคุณภาพการทำงานของ
บุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และได้ให้ข้อเสนอแนะโดยให้
หน่วยงานสาธารณสุขควรมีการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข พัฒนาศักยภาพ และ
ความก้าวหน้าในการทำงาน โดยเฉพาะการปรับตำแหน่งสำหรับบุคลากรที่มีวุฒิปริญญาตรี รวมทั้ง
ส่งเสริมให้มีค่าตอบแทนในพื้นที่เสี่ยงภัยที่เหมาะสม เพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

รัก นันตะ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังกัดสถานีอนามัย จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า การปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของ
เจ้าหน้าที่สังกัดสถานีอนามัย อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.90$, S.D. = 0.49) และ ปัจจัยจูงใจด้าน
ความสำเร็จในการทำงาน ($r = 0.481$) ด้านการยอมรับนับถือ ($r = 0.532$) ด้านลักษณะของงาน ($r =$
0.420) ด้านความรับผิดชอบ ($r = 0.435$) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($r = 0.418$)
ด้านความควบคุมบังคับบัญชา ($r = 0.425$) ด้านนโยบายและการบริหาร ($r = 0.440$) มีความสัมพันธ์

กับการปฏิบัติงานระดับปานกลางบวกอย่างมีนัยสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยจิตใจด้านความก้าวหน้าในหน้าที่ ($r = 0.271$) ปัจจัยค้ำจุนด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ($r = 0.141$) ด้านสภาพการทำงาน ($r = 0.233$) ด้านสถานภาพวิชาชีพ ($r = 0.201$) ด้านความเป็นส่วนตัว ($r = 0.164$) ด้านความมั่นคงในงาน ($r = 0.248$) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกอย่างมีนัยสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า ปัจจัยจิตใจด้านการยอมรับนับถือ ($\beta = 0.333$) ปัจจัยจิตใจด้านความก้าวหน้าในหน้าที่ ($\beta = -0.344$) ปัจจัยจิตใจด้านความรับผิดชอบ ($\beta = 0.212$) ปัจจัยจิตใจด้านลักษณะของงาน ($\beta = 0.166$) และปัจจัยค้ำจุนด้านการควบคุมบังคับบัญชา ($\beta = 0.355$) สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดสถานีอนามัย ในจังหวัดอุดรธานีได้ ร้อยละ 38.10

อัญชิสา อยู่สบาย (2555) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอ่างทอง พบว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ($\beta = 0.587$) และการรับรู้บทบาท ($\beta = 0.375$) มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และสามารถทำนายการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการ ได้ร้อยละ 71.90 และ ปัญหาและอุปสรรคคือ คณะกรรมการบริหารมีหลายบทบาทจึงไม่สามารถเข้าประชุมได้ และขาดความรู้ด้านการบริหารจัดการ

นันทยา เมฆวรรณ และ สมเดช พินิจสุนทร (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระดับวิทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี พบว่า เพศ ($P\text{-value} = 0.000$) ตำแหน่ง ($P\text{-value} = 0.018$) และการฝึกอบรมทางระดับวิทยา ($P\text{-value} < 0.001$) มีผลต่อการปฏิบัติงานระดับวิทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ฉวีวรรณ ชมภูษา (2554) ได้ศึกษา บทบาทของของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีบทบาทจริงครบด้านการฟื้นฟูสภาพมากที่สุด รองลงมา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการรักษาพยาบาล ด้านวิชาการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรค ด้านการสนับสนุน และด้านบริหารและธุรการตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า บทบาทที่ปฏิบัติจริงด้านการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($p = .002$) โดยพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทด้านการรักษาพยาบาลมากที่สุด บทบาทที่ปฏิบัติจริงด้านบริหารและธุรการมีความสัมพันธ์กับอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($p = .027$) โดยอายุระหว่าง 30-39 ปี มีบทบาทด้านบริหารและธุรการมากที่สุด

ฉวีวรรณ อัครภาณุวัฒน์ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($\beta = 0.377$) และกระบวนการบริหารองค์กร ($\beta = 0.176$) มีอิทธิพลต่อการพัฒนาระบบบริการใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสามารถทำนายการพัฒนา ระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 24.10 ส่วนปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ คือ ภาระงานหนัก เนื่องจากบุคลากรไม่ครบตามกรอบอัตรากำลัง การคมนาคมยากลำบากทำให้การพัฒนา ระบบบริการ ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำได้ยาก

ต้ม บุญรอด และคณะ (2554) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ในภาพรวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.60$, S.D. = 0.44) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีคุณภาพชีวิตการทำงานด้านความเป็นประโยชน์ต่อสังคม/การทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมสูงสุด ($\bar{x} = 4.06$, S.D. = 0.57) รองลงมา ด้านการทำงานร่วมกันและแสดงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ($\bar{x} = 3.96$, S.D. = 0.68) ด้านโอกาสในการพัฒนาสมรรถภาพของตนเอง ($\bar{x} = 3.84$, S.D. = 0.59) ด้านสถานที่ทำงานที่คำนึงความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{x} = 3.77$, S.D. = 0.60) ด้านจังหวะชีวิต ($\bar{x} = 3.69$, S.D. = 0.77) ด้านสิทธิส่วนบุคคล ($\bar{x} = 3.60$, S.D. = 0.61) สำหรับด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในงาน ($\bar{x} = 3.47$, S.D. = 0.64) และด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ($\bar{x} = 2.31$, S.D. = 0.73) ตามลำดับ

บุญยราศรี ช่างเหล็ก (2549) ได้ศึกษา การประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียดของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจากสถานการณ์ไม่สงบในภาคใต้ กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา พบว่า

1. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ร้อยละ 8.0 ถึง 56.6 ประเมินสถานการณ์ไม่สงบว่าเป็นอันตรายโดยร้อยละ 56.6 ประเมินว่าการส่งต่อผู้ป่วยในเวลากลางคืนเป็นอันตราย รองลงมา คือ การวางระเบิดในที่ต่าง ๆ และการที่ตำรวจ คุรุ ทหาร และข้าราชการถูกฆ่าตาย

2. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ร้อยละ 4.4 ถึง 42.5 ประเมินเหตุการณ์ไม่สงบว่าเป็นเหตุการณ์คุกคาม โดยร้อยละ 42.5 ประเมินเกี่ยวกับการมีข่าว/แผ่นปลิวขู่ฆ่า วางระเบิด และวางเพลิง รองลงมา ประเมินการเผารถยนต์ของทหาร/ชาวบ้าน เผา/ทำลายสวนยางสวนผลไม้ ของตำรวจและชาวบ้านร้อยละ 33.6 และการลอบวางเพลิงที่พักสายตรวจบ้านพักตำรวจและขน้าของตำรวจและของชาวบ้าน และประเมินการมีเอกสาร/แผ่นปลิวจูงใจให้โคจรรัฐบาล

3. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ร้อยละ 4.4 ถึง 26.5 ประเมินเหตุการณ์ไม่สงบว่าเป็นเหตุการณ์ ทำหายโดยร้อยละ 26.5 ประเมินการประกาศเป็นพื้นที่ใช้กฏอัยการศึกของทางการ รองลงมาประเมินการมีตำรวจ ทหารกระจายอยู่ตามพื้นที่ต่างๆ ร้อยละ 22.1 และประเมินการแต่งกายที่คล้ายคลึงประชาชนทั่วไป ร้อยละ 17.7

4. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยร้อยละ 3.5 ถึง 56.6 ประเมินเหตุการณ์ไม่สงบว่าไม่เครียด โดยร้อยละ 56.6 ประเมินเกี่ยวกับการแต่งกายที่คล้ายคลึงกับประชาชนทั่วไป รองลงมา คือ การไปตลาดเพื่อซื้ออาหาร/ของใช้ที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ร้อยละ 43.4 และจัดงานบุญประเพณี หมู่บ้าน/ชุมชน ร้อยละ 41.6

สำหรับวิธีการเผชิญความเครียด พบว่า

1. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยร้อยละ 26.5 ถึง 59.3 ใช้วิธีการมีสติรู้เท่าทันความรู้สึกนึกคิด นอกจากนี้พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ใช้การค้นการค้นหาสาเหตุ กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาเป็นเรื่อง ๆ และหลีกเลี่ยงการเดินทางผ่านพื้นที่เสี่ยงภัย ในระดับบางครั้งถึงปานกลาง ร้อยละ 57.6, ร้อยละ 55.7, ร้อยละ 53.1 ตามลำดับ

2. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยร้อยละ 15.0 ถึง 69.0 ใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ อารมณ์บ่อยครั้งถึงทุกครั้ง โดยร้อยละ 69.0 คิดว่าสัปดาห์เหตุการณ์คงดีขึ้น รองลงมา ร้อยละ 67.3 ให้กำลังใจตนเองว่าไม่เบียดเบียนใครคงไม่คิดทำร้ายใคร นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.0 ไม่เคยพกอาวุธไปทำงาน และร้อยละ 63.7 ไม่เคยร้องไห้เมื่อมีเหตุการณ์ไม่สงบ

พัชรี พุทธชาติ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.8 และมีคุณภาพชีวิตในระดับดี ร้อยละ 30.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 54.3 รองลงมาคือ ด้านจิตใจ ร้อยละ 50 และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 35.3 ส่วนองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุดคือ ร้อยละ 7.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์ รองลงมาคือ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และความพึงพอใจรายได้ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน และความรู้สึกไม่ปลอดภัยจากสถานการณ์ความไม่สงบ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ถึงร้อยละ 33 (Adjusted $R^2=0.33$) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งพบว่าเป็นปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ปัจจัยด้านความพึงพอใจรายได้ ความพึงพอใจต่อโอกาสศึกษาต่อ ความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์ และความรู้สึกไม่ปลอดภัยจากสถานการณ์ความไม่สงบ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมได้ถึงร้อยละ 47.3 (Adjusted $R^2=0.473$) มีความสอดคล้องกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมเช่นเดียวกัน

ปาริฉัตร อุทัยพันธ์ และคณะ (2553) ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน มีความสัมพันธ์ ระดับต่ำถึงปานกลางกับการจัดบริการสุขภาพ กรณีจำแนกตามระดับของสถานบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ มีความเห็นสอดคล้องกัน คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และ ยาเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นปัจจัยลำดับแรกๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพ สำหรับปัจจัยรองลงมาคือ ระบบการทำงานเครือข่าย ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ และคณะ (2557) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ที่มีความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 86.29, S.D. = 10.04) โดยมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับดี (\bar{x} = 26.90, S.D. = 3.64; \bar{x} = 23.36, S.D. = 3.39 ตามลำดับ) ส่วนองค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 11.31, SD = 1.77; \bar{x} = 25.04, S.D. = 3.98 ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในจังหวัดนครราชสีมาสูงกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปัตตานี แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในจังหวัดยะลา ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปัตตานี และยะลา ไม่มีความแตกต่างกัน

สุนีย์ เกรานวล และคณะ (2552) ได้ศึกษาการให้ความหมาย ความรู้สึก แรงจูงใจ และเงื่อนไขการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายการปฏิบัติหน้าที่ว่า เป็นชีวิตที่มีแต่อันตราย เหมือนการทำงานในภาวะที่มีสงครามเกิดขึ้นสงคราม มีความหวาดระแวง แต่ก็ยังยืนหยัดในการทำหน้าที่ในการให้ช่วยเหลือและดูแลคนไข้ มีความภาคภูมิใจที่ได้รับผิดชอบงานที่ทำทนาย ทำให้ความรู้สึกต่อการทำงานในพื้นที่ที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น สะท้อนถึง ภาวะ เครียดกลัวการพิการ กลัวในความไม่ปลอดภัย รวมถึงการสูญเสียด้านชีวิต เสียใจ หดหู่และ สลดใจ สะท้อนถึงแรงจูงใจ ที่ทำให้ยังมีการปฏิบัติงานในพื้นที่อยู่ เนื่องจาก มีความผูกพันกับสถานที่ปฏิบัติงานและผู้ร่วมงาน มีภูมิลำเนาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และหากมีความประสงค์ย้าย ไม่สามารถย้ายได้ เขาไม่ให้ย้าย ต้องมีการสลับตัวกัน ถึงจะย้ายได้ (สุนีย์ เกรานวล และคณะ, 2552)

ณัฐวุฒิ อรินทร์ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุและผลของต้นทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตและพฤติกรรมการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ระดับการวิเคราะห์ตัวแปรระดับกลุ่มงานที่เก็บข้อมูลจากบุคลากรแต่ละคนภายในกลุ่มงาน คือ ตัวแปรกลวิธีการเสริมแรงจูงใจในการทำงานของหัวหน้า และความเหนียวแน่นของกลุ่ม พบว่า ตัวแปรทั้งสองมีระดับการวิเคราะห์ที่ระดับกลุ่ม

ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่า สมาชิกในกลุ่มงานเดียวกันมีความคิดเห็นคล้ายคลึงกัน จึงมีเหมาะสมในการวิเคราะห์พระระดับได้

ผลการวิเคราะห์แบบจำลองพระระดับ พบว่าบุคลิกภาพแบบเข้มแข็ง ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของท้องถิ่น การสนับสนุนจากชุมชน การสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้ความมั่นคงความปลอดภัย มีอิทธิพลโดยตรงต่อทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลางโดยส่งต่อไปยังตัวแปรผลด้านสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมบางตัวแปรคือ ความเติบโตทางจิตใจ ความเหนื่อยหน่าย และพฤติกรรมการเป็นสมาชิกองค์กรที่ดี ส่วนการเปิดรับข่าวสารจากสถานการณ์ความไม่สงบ แม้ว่าผลการวิเคราะห์พระระดับกลับพบว่า ไม่ส่งผลต่อตัวแปรใดๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความเชื่อและการปฏิบัติทางจิตวิญญาณส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกองค์กรที่ดีโดยไม่ผ่านทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก สำหรับผลการวิเคราะห์อิทธิพลข้ามระดับ พบว่า มีเพียงความเหนื่อยหน่ายระดับบุคคลที่ได้รับอิทธิพลข้ามระดับจากความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มเท่านั้น และไม่ผ่านทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ส่วนกลวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงานของหัวหน้ามีอิทธิพลข้ามระดับต่อความเหนื่อยหน่าย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ตัวแปรระดับกลุ่มงานทั้งสองสามารถอธิบายความแปรปรวนของความเหนื่อยหน่ายได้ร้อยละ 10

สุรัสวดี ไมตรีกุล และ สุชาดา รัชชกุล (2551) ได้ศึกษา ประสบการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ภายใต้สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ภายใต้ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ทำให้พยาบาลวิชาชีพมองการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากปรากฏการณ์นี้ว่าเปรียบเสมือนอยู่ในภาวะสงคราม บรรยากาศการอยู่ร่วมกันของผู้คนเป็นไปอย่างไร้ความสุขและเต็มไปด้วยความสับสน โดยเฉพาะการใช้ชีวิตประจำวัน อยู่ท่ามกลางความหวาดกลัว ความไม่ปลอดภัยในชีวิต และต้องระมัดระวังอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ เนื่องจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสภาพของการบาดเจ็บและล้มตายของบุคคลรอบข้างจากการถูกระเบิดหรือลอบยิง ดังนั้นการปฏิบัติงานของพยาบาล จึงมีความเครียดมากขึ้น เพราะต้องปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่ไม่มีความปลอดภัยในชีวิต ทำให้รู้สึกเครียดทั้งงานและเครียดความปลอดภัยในชีวิตของตนเองและครอบครัว ซึ่งพยายามต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองเพื่อให้สามารถทำงานของตนเองได้ รวมทั้งต้องหาวิธีการจัดการความเครียด ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีการหันเหความสนใจและปรับตัวโดยการยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ

สำหรับเหตุผลที่ทำให้พยาบาลสามารถคงอยู่ปฏิบัติงานท่ามกลางความไม่ปลอดภัยคือ 1) ได้รับขวัญกำลังใจจากหน่วยงานราชการ 2) ความรักและความผูกพันที่มีต่อกันเกิด 3) รู้สึกภาคภูมิใจในวิชาชีพพยาบาลที่สามารถเป็นที่พึ่งให้กับผู้ได้รับบาดเจ็บ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเรื่องของความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพตามกลยุทธ์ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) ได้แก่ การสนับสนุนชี้แนะ การเพิ่มความสามารถ และการใกล้เคียงประสานงาน และด้านอื่นๆ รวมถึงงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องเฉพาะจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ยะลา ปัตตานี นราธิวาส และ 4 อำเภอจังหวัดสงขลา) พบว่า งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้กลยุทธ์ 3 กลยุทธ์ มีเพียงการศึกษาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต และผลการศึกษาพบว่า มีความสามารถในการปฏิบัติตามกลยุทธ์อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความใกล้เคียงกับหัวข้องานวิจัยที่ได้จัดทำการศึกษาขึ้นในเรื่องของการนำประเด็นการใช้กลยุทธ์ 3 กลยุทธ์ตามกฎบัตรออตตาวา แต่มีความแตกต่างที่งานวิจัยดังกล่าวมุ่งเน้นที่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งงานวิจัยของผู้ศึกษามุ่งเน้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกสายวิชาชีพ ได้แก่ วิชาชีพสาธารณสุข และวิชาชีพพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และยังไม่พบงานวิจัยใดที่ศึกษาความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานีนามัยเดิมในการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้กลยุทธ์ 3 กลยุทธ์ตามกฎบัตรออตตาวา

ข้อค้นพบอื่นๆที่มีความเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังขาดทักษะการประสานกับประชาชนและหน่วยงานอื่นๆ มีความต้องการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม มีความรู้ในการปฏิบัติงานแต่ขาดการปฏิบัติเต็มความสามารถ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานีนามัยเดิม ได้แก่ ปัจจัยเชิงใจ ปัจจัยค้ำจุน ความเป็นวิชาชีพ ความมั่นคงในงาน การบริหารจัดการในองค์กร โดยเฉพาะ การกำกับติดตามงบประมาณ ในส่วนของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ มีความภาคภูมิใจต่อการเป็นบุคลากรสาธารณสุข สามารถควบคุมอารมณ์ได้หากมีเหตุการณ์เกิดขึ้น ภาพรวมมีขวัญกำลังใจดีอยู่ แต่ในด้านลบคือ มีความรู้สึกไม่ปลอดภัย กังวลต่อบุคคลในครอบครัว ค่าตอบแทนที่ได้รับในการปฏิบัติงานมีความเหมาะสม เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นภัยคุกคามและเป็นอันตรายรวมถึง พยาบาลวิชาชีพมองการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากปรากฏการณ์นี้ว่าเปรียบเสมือนอยู่ในภาวะสงคราม บรรยากาศการอยู่ร่วมกันของผู้คนเป็นไปอย่างไร้ความสุขและเต็มไปด้วยความสับสน โดยเฉพาะการใช้ชีวิตประจำวัน อยู่ท่ามกลางความหวาดกลัว ความไม่ปลอดภัยในชีวิต และต้องระมัดระวังอยู่ตลอดเวลา และเครื่องมือในการทำงานยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง หากแยก

รายด้านพบว่า การเป็นประโยชน์ต่อสังคมสูงสุด และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน คือ ตำแหน่งหน้าที่ในการทำงาน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดปัจจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1) จากการค้นพบปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในจังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ ลักษณะวิชาชีพ ในการวิจัยครั้งนี้ ได้เพิ่มปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสนใจ ได้แก่ ด้านเพศ ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยเหตุผลความเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนา การพัฒนาศักยภาพของตนเองในด้านการศึกษา และการปฏิบัติงานที่ต้องเป็นภาวะผู้นำ การลงพื้นที่ การเข้าถึงชุมชน

2) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ใช้ผลการวิจัยของ อลิสา ศิริเวชสุนทร (2556) เรื่อง แนวทางการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ค้นพบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านการพัฒนาวิธีการทำงานและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่เน้นการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งวางแผน ประเมินผล และงานวิจัยอื่นที่สนับสนุนว่า การบริหารจัดการมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานีนอชมัยเดิม

3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติงานในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเน้นถึงความปลอดภัยในปฏิบัติงาน การเดินทาง การเข้าใจบริบทในพื้นที่ การควบคุมอารมณ์หากมีสถานการณ์เกิดขึ้น ความประสงค์ย้ายออกจากพื้นที่ปฏิบัติงานอยู่ ด้วยเหตุผลสนับสนุน คือข้อมูลความประสงค์ย้ายด้วยเหตุผลความไม่ปลอดภัยในการเดินทาง และสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ เนื่องจาก สถานการณ์ในพื้นที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการทำงานสาธารณสุขเชิงรุก (บรรเจิด สุขพิพัฒน์พานนท์, 2557) และภายใต้ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ทำให้พยาบาลวิชาชีพมองการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากปรากฏการณ์นี้ว่าเปรียบเสมือนอยู่ในภาวะสงคราม บรรยากาศการอยู่ร่วมกันของผู้คนเป็นไปอย่างไร้ความสุขและเต็มไปด้วยความสับสน โดยเฉพาะการใช้ชีวิตประจำวัน อยู่ท่ามกลางความหวาดกลัว ความไม่ปลอดภัยในชีวิต และต้องระมัดระวังอยู่ตลอดเวลา (สุรัสวดี ไมตรีกุล และ สุชาดา รัชชกุล, 2551) และได้ให้ความหมายการปฏิบัติหน้าที่ว่าเป็นชีวิตที่มีแต่อันตราย เหมือนการทำงานในภาวะที่มีสงครามเกิดขึ้นสงคราม มีความหวาดระแวง แต่ก็ยังยืนหยัดในการทำหน้าที่ในการให้ช่วยเหลือและดูแลคนไข้ มีความภาคภูมิใจที่ได้รับผิดชอบงานที่ทำทนาย ทำให้ความรู้สึกต่อการทำงานในพื้นที่ที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น สะท้อนถึง ภาวะ เครียด

กลัวการพิการ กลัวในความไม่ปลอดภัย รวมถึงการสูญเสียด้านชีวิต เสียใจ หดหู่และ สลดใจ สะท้อนถึงแรงจูงใจ ที่ทำให้ยังมีการปฏิบัติงานในพื้นที่อยู่ เนื่องจาก มีความผูกพันกับสถานที่ ปฏิบัติงานและผู้ร่วมงาน มีภูมิลำเนาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และหากมีความประสงค์ ย้าย ไม่สามารถย้ายได้ เขาไม่ให้ย้าย ต้องมีการสลับตัวกัน ถึงจะย้ายได้ (สุนีย์ เกรานวล และคณะ, 2552)

Prince of Songkla University
Pattani Campus

ตารางที่ 3 สรุปผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ที่	ตัวแปร	ขวัญใจ	อติสา	นิมลต์	นุจนาท	ปริญญพัฒน์	รัก	อัญชิสา
		2552	2556	2557	2557	2556	2552	2552
1	เพศ	✓				✓	✓	✓
2	ศาสนา							
3	ลักษณะวิชาชีพ/ตำแหน่งหน้าที่	✓				✓*	✓	
4	อายุการทำงาน	✓				✓	✓	
5	ระดับการศึกษา	✓					✓	✓
6	การบริหารจัดการคน		✓**	✓*	✓			
7	การบริหารจัดการงบประมาณ		✓**	✓*	✓*			
8	การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์		✓**	✓*	✓			
9	การบริหารจัดการด้านการจัดการ		✓**		✓*		✓* (การบังคับบัญชา)	
10	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ/ สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่			✓*				

✓ หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าว

✓* หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าวและมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ตามสถิติที่วิจัย

✓** หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าว แต่ไม่มีการทดสอบระดับนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงพรรณนา ข้อค้นพบจากการวิจัย

ตารางที่ 3 สรุปผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ที่	ตัวแปร	จิตติวรดา	ต้ม	พัชรี	นันทิยา และ	ปาริฉัตรและ	สุนีย์และ	สุรัสวดี ไมตรีกุล
		2554	2554	2550	คณะ	คณะ	คณะ	และ สุชาดา รัชชกุล
					2556	2553	2552	2551
1	เพศ	✓		✓	✓*			
2	ศาสนา			✓				
3	ลักษณะวิชาชีพ/ตำแหน่งหน้าที่			✓	✓*			
4	อายุการทำงาน	✓		✓	✓			
5	ระดับการศึกษา	✓			✓			
6	การบริหารจัดการคน					✓*		
7	การบริหารจัดการงบประมาณ		✓**			✓*		
8	การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์							
9	การบริหารด้านการจัดการ	✓*				✓*		
10	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ/ สถานการณ์ความไม่สงบ			✓*			✓**	✓**

✓ หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าว

✓* หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าวและมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ตามสถิติที่วิจัย

✓** หมายถึง มีการศึกษาวิจัยในตัวแปรดังกล่าว แต่ไม่มีการทดสอบระดับนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงพรรณนา ข้อค้นพบจากการวิจัย