

รายงานการวิจัย

ชื่อโครงการย่อยที่ 2

การประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนานและการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

The Application of a Parallel Track Model for Health Promotion and Community Empowerment to Promote Health of Elderly People

ทีมวิจัย

อาจารย์ ดร. นายแพทย์ พสิษฐ์พล วัชรวงศ์วาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ชลธิชา อัมพวา เทศบาลเมืองคูคต ลำลูกกา ปทุมธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จีราภรณ์ กรรมบุตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

พ.ศ. 2559

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมถึงโรคมะเร็ง ประเทศไทยได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มหลักๆ ตามความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวันคือกลุ่มติดเตียง กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดสังคม เป้าหมายหลักของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคือการลดโอกาสการเปลี่ยนสถานะจากผู้สูงอายุที่ติดสังคมเป็นผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงในที่สุด ซึ่งจะช่วยให้รัฐบาลประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงได้ กลยุทธหลักในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุประกอบไปด้วย การให้ผู้สูงอายุกลับเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้แข็งแรงเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็น และการให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางการเงิน การศึกษาวิจัยชิ้นนี้มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านกลไกหลักในชุมชนคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยอาศัยหลักการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งเป็นหนึ่งในห้ากลยุทธของกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ในการศึกษาวิจัยนี้ ได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนานเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนร่วมกับกลุ่ม อสม. 2 ชุมชน (17 และ 13 คน) เป็นระยะเวลาประมาณ 4 เดือน ทั้งนี้ อสม. ทั้ง 2 ชุมชนทำงานแยกกันตลอดทั้งการศึกษาวิจัย โดยเริ่มจากการให้ความหมายของคำว่าชุมชนเข้มแข็ง จากนั้นจึงประเมินความเข้มแข็งของชุมชนใน 9 หมวดหมู่โดยใช้ Thai-version empowerment assessment rating scales ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่ม อสม. นำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผนเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนสิ้นสุดโครงการกลุ่ม อสม. ประเมินความเข้มแข็งของชุมชนอีกครั้ง และเข้าร่วมการสัมภาษณ์กลุ่มเพื่อถอดบทเรียน ผลการศึกษาพบว่าระดับความเข้มแข็งของชุมชนครั้งที่ 1 ทั้ง 2 ชุมชนมีความคล้ายคลึงกัน คือสูงในหมวดหมู่ผู้นำ โครงสร้างองค์กร การจัดการทรัพยากร หน่วยงานภายนอก ตัวแทนภายนอกและการดำเนินโครงการ อสม. ทั้ง 2 ชุมชนประเมินการมีส่วนร่วมและการวิเคราะห์ปัญหาในระดับต่ำ อสม. ทั้ง 2 ชุมชนวางแผนพัฒนาความเข้มแข็ง แต่ไม่ได้ดำเนินการตามที่วางแผนไว้ด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน การประเมินผลครั้งที่ 2 พบว่าระดับความเข้มแข็งในหมวดหมู่โครงสร้างองค์กร การประเมินปัญหา หน่วยงานภายนอก ตัวแทนภายนอกและการดำเนินโครงการต่ำลงทั้ง 2 ชุมชน การจัดการทรัพยากรที่ต่ำลงในชุมชนที่ 2 ปัจจัยหลักที่ทำให้คะแนนต่ำลงคือการมองเห็นรูปแบบการทำงานที่ต่างไปจากเดิมกล่าวคือการเห็นว่า อสม. ทำงานแบบบนลงล่างภายใต้การกำกับดูแลของเทศบาล ซึ่งแตกต่างจากครั้งที่ 1 ที่มองเห็นว่า อสม. ดำเนินการเป็นอิสระและได้รับการสนับสนุนจากเทศบาล ผลที่เกิดขึ้นจากการศึกษาวิจัยชิ้นนี้ คือการเยี่ยมบ้านร่วมกับบุคลากรสุขภาพของกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 และการจัดการข้อมูลสุขภาพระดับชุมชนของกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าการประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนานเป็นไปได้ในบริบทของ อสม. ในเขตเทศบาลเมือง ในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ แต่จำเป็นต้องมีระยะเวลาการดำเนินโครงการที่นานกว่านี้ การนำไปประยุกต์ใช้กับชุมชนอื่นๆ หรือประเด็นอื่นๆ จำเป็นต้องดูบริบทของชุมชนและความเหมาะสมในการดำเนินโครงการ การศึกษาวิจัยชิ้นนี้นำเสนอความท้าทายในการทำงานของ อสม. เขตเทศบาลเมืองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและแนวทางต่อความท้าทายนั้นๆ ต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดย อสม.

Abstract

Thailand is an ageing society. The major health problems among older people are non-communicable diseases and cancer. Thailand categorizes older people into three groups according to activities of daily living: bed-bound, home-bound and well elders. An aim is to decrease a chance of change from a better group to a worse group such as from a well elder group to a bed-bound group, which will reduce health care cost. Three strategies in improving health of older people and preventing them to become home-bound and bed-bound are social integration of older people, improve health of older people and create financial security among older people. This study applied the first strategy to promote health of older people through community organization that is village health volunteers. The strategy complied with community empowerment as one of action plan in the Ottawa Charter. This study specifically applied a parallel track model for health promotion with village health volunteers (VHV) in two communities (number of VHVs are 17 and 13) in a four-month timeframe. Both communities worked separately. VHVs defined community empowerment in their own perspective prior to assessment of community empowerment with a workshop approach using Thai-version empowerment assessment rating scales. A result from the assessment was used for the VHVs to plan for improvement. The VHVs assessed community empowerment at the end of the study. Focus group discussions were conducted to describe lessons learned. The first assessment of two communities were similar. Community empowerment domains were ranked high in leadership, organizational structure, resource mobilization, links, outside agents and program management. Participation and asking "why" were ranked lowest in both communities. After the first assessment, both communities planned for improvement but did not take action according to the plans. The second assessment showed levels of community empowerment decreased in organizational structure, problem assessment, links, outside agents and program management. The main reason was a change of VHVs' perspective on relationship between them and a municipality. In the first assessment, they perceived that they independently worked in the communities and that the municipality provided essential supports to them. In the second assessment, they perceived that they worked under the municipality in a top-down fashion. This study found that the parallel track model is feasible and appropriate to VHVs in community regarding health of older people. Application of the model in other similar communities and other health issues needs to take into consideration context of those communities. This study found challenges of VHVs' work in an urban municipality and provided some suggestions that may strengthen VHVs in caring older people in a community.

สารบัญเรื่อง

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
สารบัญเรื่อง	ค
สารบัญตาราง	จ
สารบัญรูป	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	2
1.3 คำถามการวิจัย	2
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	3
บทที่ 3 ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย	13
3.1 ลักษณะของตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการศึกษา	13
3.2 วิธีดำเนินการวิจัย	13
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	15
3.4 การวิเคราะห์ผลการวิจัย	15
บทที่ 4 ผลการวิจัย	18
4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ	18
4.2 ความหมายของความเข้มแข็งของชุมชนตามมุมมองของอสม.	18
4.3 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน	19
4.4 หลังสิ้นสุดโครงการ	32
4.5 ผลการถอดเทปการเข้าร่วมโครงการวิจัย	33

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 อภิปรายและวิจารณ์ผล	35
5.1 ผลการประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนาน เพื่อเพิ่มระดับความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองคูคต	35
5.2 บทเรียนจากการประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนาน เพื่อเพิ่มระดับความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองคูคต	39
5.3 ผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่ม อสม.	41
5.4 ความท้าทายการทำงานกับ อสม. ในเทศบาลที่มีความเป็นเมืองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	42
5.5 ข้อจำกัดของโครงการวิจัย	44
บทที่ 6 สรุปผลวิจัยและข้อเสนอแนะ	46
6.1 สรุปผลวิจัย	46
6.2 ข้อเสนอแนะ	46
บรรณานุกรม	51
ภาคผนวก	54
แบบประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนในหมวดหมู่ต่างๆ	

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 หมวดหมู่ของการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน 4

ตารางที่ 2 ตัวอย่างข้อความที่ใช้ในการประเมินความเข้มแข็งของชุมชนแบ่งตามหมวดหมู่ 9

ตารางที่ 3 แสดง logical framework ที่ใช้ในการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชน ในหมวดหมู่การมีส่วนร่วมของชุมชน 15

ตารางที่ 4 ความหมายของความเข้มแข็งของชุมชนแต่ละหมวดหมู่ตามมุมมองของ อสม. 18

ตารางที่ 5 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนและแนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนของ อสม. ชุมชนที่ 1 ครั้งที่ 1 20

ตารางที่ 6 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนของ อสม. ชุมชนที่ 1 ครั้งที่ 2 25

ตารางที่ 7 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนและแนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนของ อสม. ชุมชนที่ 2 ครั้งที่ 1 28

ตารางที่ 8 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนของ อสม. ชุมชนที่ 2 ครั้งที่ 2 31

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 1 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนาน 7

รูปที่ 2 กรอบแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ 11

รูปที่ 3 ตัวอย่างการนำเสนอผลการประเมินความเข้มแข็งของชุมชนโดยใช้รูปแบบใยแมงมุม 16

รูปที่ 4 ระดับความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 20

รูปที่ 5 ระดับความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 2 ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 26

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความคัญของปัญหา

แนวโน้มสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรรวมในหลาย ๆ ประเทศมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ อันเนื่องมาจากอายุคาดเฉลี่ยของประชากรที่เพิ่มขึ้นและอัตราเจริญพันธุ์ที่ลดลง [1] สังคมในประเทศหนึ่ง ๆ จะเป็นสังคมผู้สูงอายุเมื่อสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดมีมากเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอายุอื่น ๆ [2] สำหรับในประเทศไทยนั้น มีดัชนีหลายตัวที่พยากรณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอีกไม่ถึงสองทศวรรษข้างหน้า ยกตัวอย่างเช่น ในปี 2556 ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.7 ของจำนวนประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 9.5 ล้านคน ในอีก 20 ปีข้างหน้าสำนักคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดการณ์ว่าสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25 [3] ซึ่งหมายความว่าจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีมากกว่า 12 ล้านคนในปี 2576 เมื่อคำนวณหาอัตราส่วนการเป็นภาระวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุจะพบว่ามีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ จาก 8.6 ในปี 2533 เป็น 5.7 ในปี 2253 และจะลดลงเหลือ 2.4 ในปี 2573 นั่นหมายความว่าประเทศไทยจะมีสัดส่วนภาคแรงงานลดลงเมื่อเทียบกับประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี เมื่อพิจารณาดัชนีผู้สูงอายุจะพบว่าในอีก 7 ปีข้างหน้าจะมีค่าประมาณ 98 ซึ่งแปลว่าจำนวนผู้สูงอายุจะมีใกล้เคียงกับจำนวนเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีและในอีก 15 ปีข้างหน้า ดัชนีผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 149 ซึ่งหมายความว่าจำนวนผู้สูงอายุจะมีมากกว่าเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี 1.5 เท่า

ผู้สูงอายุมักเสี่ยงที่จะเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ มากกว่าประชากรกลุ่มอื่น และความเสี่ยงจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันนำไปสู่ภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องเป็นภาระพึ่งพิงแก่ผู้ดูแล เช่น คู่ครอง ลูก หลานหรือผู้เลี้ยงดูอื่น ๆ สำนักสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจสุขภาพประชากรผู้สูงอายุในปี 2550 พบว่าโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุสามอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ [4] เมื่อพิจารณาดูถึงภาวะความพิการทางร่างกายพบว่ามีผู้สูงอายุราว 1 ล้านหรือ ร้อยละ 15 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศที่มีภาวะพิการ ในจำนวนนี้เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เมื่อให้ผู้สูงอายุประเมินสุขภาวะทั่วไปของตนเองพบว่าหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุประเมินว่าสุขภาพของตนนั้นอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี ในจำนวนนี้เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย จากการสำรวจสุขภาพประชากรโดยการตรวจร่างกายในปี 2551-2552 พบว่าร้อยละ 14.7 ของประชากรผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแล ซึ่งความต้องการผู้ดูแลของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีความต้องการการดูแลมากกว่าเพศชาย [5] นอกจากนี้แล้วผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพอื่น ๆ อีกเช่น ภาวะสมองเสื่อม ความเสื่อมถอยของอวัยวะที่ใช้ในการรับสัมผัส การหกล้ม เป็นต้น เกือบทุกปัญหาสุขภาพนั้น ผู้หญิงจะมีโอกาสเป็นมากกว่าผู้ชาย และเมื่ออายุเพิ่มขึ้นโอกาสที่จะเผชิญปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ก็จะมากขึ้น [5] นั่นหมายความว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุก็จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย จากรายงานค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพพบว่าในภาครัฐมีการใช้งบประมาณราวร้อยละ 0.64 ของ GDP ในปี 2553 เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ และมีการคาดการว่า ค่าใช้จ่ายจำนวนนี้จะ

เพิ่มเป็นร้อยละ 1.1 ของ GDP ในอีก 10 ปีข้างหน้า [4] อย่างไรก็ดี ค่าใช้จ่ายสุขภาพดังกล่าวนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งประเทศเป็นหลัก แต่ขึ้นอยู่กับภาวะความเจ็บป่วย และการดูแลในระยะสุดท้าย หากผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นแต่ภาวะความเจ็บป่วยน้อยลง หรือการดูแลในระยะสุดท้ายเป็นไปอย่างเหมาะสมและคุ้มทุน ค่าใช้จ่ายสำหรับสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคตอาจจะลดลงเหลือไม่ถึงร้อยละ 1 ก็เป็นไปได้

แนวทางในการพัฒนาสุขภาพและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุจำเป็นที่จะต้องใช้กลยุทธหลักสามประการเข้าด้วยกัน [6] กลยุทธแรกคือการให้ผู้สูงอายุกลับเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยอาจผ่านชมรมในชุมชน เป็นต้น กลยุทธที่สองคือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้เจ็บป่วย เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลายเป็นภาระพึ่งพิงให้น้อยที่สุด ผ่านรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รวมทั้งให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ง่ายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ กลยุทธสุดท้ายคือให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางการเงิน ทั้งจากเงินสะสมจากการทำงานในช่วงที่ผ่านมา สวัสดิการต่าง ๆ กองทุนต่าง ๆ ทั้งในระดับชุมชนและระดับชาติเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้สูงอายุจะมีรายได้เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการแสวงหาความสุขในบั้นปลายชีวิต

การศึกษาวิจัยนี้ได้มุ่งเน้นที่กลยุทธที่สอง ในสามกลยุทธหลักคือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านกลไกหลักในชุมชน คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยอาศัยหลักการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งซึ่งเป็นหนึ่งในห้ากลยุทธของกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ [7] โดยมุ่งหวังให้กลไกหลักในชุมชนมีความเข้มแข็งมากขึ้นและสามารถดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชม การศึกษาวิจัยชิ้นนี้ยังมุ่งหวังให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยเฉพาะตัวผู้สูงอายุเองเข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนากลไกที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนกลับเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเพื่อให้สุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น และเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางการเงิน ซึ่งผลลัพธ์ทั้ง 3 อย่างนี้จะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองคูคตก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการ
2. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเทศบาลเมืองคูคต โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนาน

1.3 คำถามการวิจัย

1. การประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนาน สามารถเพิ่มระดับความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองคูคตได้หรือไม่

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองคูคต มีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
2. ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 การสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ คือกระบวนการที่ทำให้คนหรือกลุ่มสามารถดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนได้ [7] จุดมุ่งหมายหลักของการสร้างเสริมสุขภาพคือการลดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพของคนในสังคมไม่ว่าจะเป็นในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศหรือระดับนานาประเทศ ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในสังคมเป็นความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบอย่างมากต่อคนในสังคม ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวไม่ได้เป็นผลที่คาดหวังจากคนในสังคมและสามารถป้องกันได้ผ่านนโยบายหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพ[8] กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวานั้นอาศัยกลยุทธ์ที่สำคัญ 3 ประการด้วยกันคือ 1. การชี้นำทางสังคม 2. การพัฒนาศักยภาพ และ 3. การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กลยุทธ์ดังกล่าวได้ถูกนำมาทำเป็นแผนปฏิบัติการ 5 ข้อประกอบไปด้วย 1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน 4. การพัฒนาศักยภาพบุคคล และ 5. การเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการทางสุขภาพ [7]

2.2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

เป้าหมายหลักของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การลดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในสังคมผ่านกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทั้งในระดับบุคคล ชุมชนและประเทศ กระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชนเป็นส่วนหนึ่งในแผนปฏิบัติการ 5 ข้อของกฎบัตรออตตาวา [7] กระบวนการนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือความต้องการของคนในชุมชน คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจว่าจะแก้ไขปัญหาในชุมชนอย่างไร และคนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ ชุมชนต้องรู้สึกว่าตัวเองเป็นเจ้าของปัญหา เป็นผู้ที่จะแก้ปัญหาและเป็นผู้ที่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาของตนได้ สิ่งที่สำคัญต่อกระบวนการดังกล่าวคือการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โอกาสทางการศึกษาที่จะได้เรียนรู้ปัญหาสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และงบประมาณสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของคนในชุมชน [8]

ลาบอนเตและเลเวอแรค [8] กล่าวว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนสามารถแบ่งได้เป็นสองประเภท ประเภทที่หนึ่งคือการที่คนจากภายนอกเข้าไปเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน กับประเภทที่สองคือการที่คนภายในชุมชนเองเป็นผู้เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน การให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพแบบแรกเป็นมุมมองที่มองว่าชุมชนเป็นผู้ถูกกระทำโดยคนภายนอก และเป็นการมองว่าชุมชน ขาดศักยภาพที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน การมองแบบนี้ยังทำให้ปัญหาสุขภาพในชุมชนมุ่งเน้นไปที่ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ออกกำลัง เป็นต้น มากกว่าการมุ้งเน้นไปที่ปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านสังคม เช่น ความยากจน การว่างงาน เป็นต้น ส่วนการมองในแบบที่สองเป็นการมองว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็ง

ของชุมชนเป็นสิ่งที่ชุมชนต้องทำเอง คนภายนอกไม่สามารถทำให้ได้ การมองแบบที่สองเป็นการมองว่าชุมชนมีศักยภาพอยู่แล้ว การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนคือการดึงศักยภาพของชุมชนเพื่อเปลี่ยนแปลงปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน

โดยปรกติแล้วบุคลากรด้านสุขภาพมักจะมีอำนาจหรือพลังในการจัดการบริหารทรัพยากร เพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชน อำนาจเหล่านั้นรวมถึงอำนาจทางการเงิน อำนาจทางบทบาทและหน้าที่ อำนาจทางความรู้และทักษะ อำนาจทางข้อมูล อำนาจเหล่านี้สามารถนำไปใช้ได้สองทาง [9, 10] ทางหนึ่งคือการนำอำนาจไปใช้โดยตรงกับชุมชน บุคลากรด้านสุขภาพอาจใช้ความรู้ ข้อมูลเป็นหลักในการบ่งชี้ว่าปัญหาสุขภาพในชุมชนคืออะไร และนำข้อมูล ความรู้ที่ตนเองมีไปทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน ชุมชนมักขาดการมีส่วนร่วม การนำไปใช้แบบนี้ไม่ถือว่าเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและอาจก่อให้เกิดผลตรงข้ามคือการทำให้ความเข้มแข็งของชุมชนลดน้อยลงไปเนื่องจากคนในชุมชนคิดว่าตนเองไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะดูแลแก้ไขปัญหาของชุมชนได้ การใช้อำนาจอีกทางหนึ่งคือการนำอำนาจไปใช้เพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งเพิ่มขึ้นสามารถที่จะค้นหา วิเคราะห์ วางแผนและแก้ไขปัญหาในชุมชนเองได้ ชุมชนสามารถจัดสรรงบประมาณในชุมชนหรือจัดหางบประมาณจากภายนอกเพื่อมาใช้แก้ปัญหาในชุมชน

การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนสามารถแบ่งย่อยได้เป็นหลายหมวดหมู่ [9, 11] การแบ่งย่อยเป็นหมวดหมู่นี้มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวางแผนและดำเนินการเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน รวมทั้งประเมินความเข้มแข็งของชุมชน ในที่นี้ขอยกตัวอย่างหมวดหมู่ของการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ที่พัฒนาโดยเลเวอร์แลค (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 หมวดหมู่ของการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน

หมวดหมู่	คำอธิบาย
การมีส่วนร่วม	สมาชิกในชุมชนจะสามารถแก้ไขปัญหาในชุมชนได้ก็ต่อเมื่อสมาชิกในชุมชนมีการรวมกลุ่มหรือจัดตั้งองค์กรในชุมชน
ผู้นำชุมชน	การมีส่วนร่วมและผู้นำชุมชนมีความสัมพันธ์กันอย่างมาก ผู้นำที่มีความสามารถต้องการการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง ในขณะที่การมีส่วนร่วมก็ต้องการผู้นำที่มีความสามารถเช่นกัน ทั้งสองหมวดหมู่นี้มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนากลุ่มและองค์กรในชุมชน
โครงสร้างองค์กร	องค์กรในชุมชนหมายถึงกลุ่มของคนในชุมชน เช่น คณะกรรมการ กลุ่มเยาวชน และกลุ่มศาสนา องค์กรเหล่านี้แสดงถึงความสัมพันธ์ทางสังคมของคนในชุมชนและแสดงถึงการทำงานร่วมกันของคนในชุมชนในการแก้ปัญหาชุมชน การมีอยู่และประสิทธิภาพขององค์กรเหล่านี้มีความสำคัญยิ่งต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

ตารางที่ 1 หมวดหมู่ของการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน

หมวดหมู่	คำอธิบาย
การประเมินปัญหา	ชุมชนที่เข้มแข็งสามารถที่จะประเมิน วางแผนและแก้ไขปัญหาในชุมชนได้ด้วยตัวเอง กระบวนการเหล่านี้มีส่วนช่วยชุมชนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้และเป็นการเพิ่มศักยภาพของชุมชน
การจัดการทรัพยากร	ความสามารถในการจัดการกับทรัพยากรในชุมชนหรือการจัดหาทรัพยากรนอกชุมชนมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของชุมชนในการแก้ไขปัญหาชุมชน
การวิเคราะห์ปัญหา	ความสามารถของชุมชนในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพทางด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจและอื่น ๆ อย่างมีวิจารณญาณเป็นขั้นตอนที่สำคัญต่อการพัฒนากลยุทธ์เพื่อเปลี่ยนแปลงสาเหตุเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม
หน่วยงานภายนอก	ความเชื่อมโยงกับบุคคลและองค์กรในรูปแบบต่าง ๆ มีส่วนช่วยให้ชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาชุมชนได้
ตัวแทนภายนอก	ในโครงการสุขภาพต่าง ๆ องค์กรภายนอกมักมีส่วนสำคัญในการจัดสรรทรัพยากรภายนอกให้กับชุมชน บทบาทขององค์กรเหล่านี้มีความสำคัญมากในระยะเริ่มต้นของโครงการใหม่ ๆ องค์กรเหล่านี้ค่อย ๆ เปลี่ยนบทบาทของตัวเองเพื่อให้ชุมชนสามารถบริหารจัดการโครงการต่อไปได้
การดำเนินโครงการ	การบริหารโครงการสามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนโดยให้ชุมชนเป็นผู้มีอำนาจในการวางแผนโครงการ การจัดทำโครงการ การประเมินผล การบริหารงบประมาณ การบริหารโครงการ การรายงานผล และการจัดการความขัดแย้งในชุมชน ขั้นตอนแรกในการบริหารโครงการสำหรับชุมชนคือการกำหนดบทบาท ความรับผิดชอบ และหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของคนในชุมชนอย่างชัดเจน

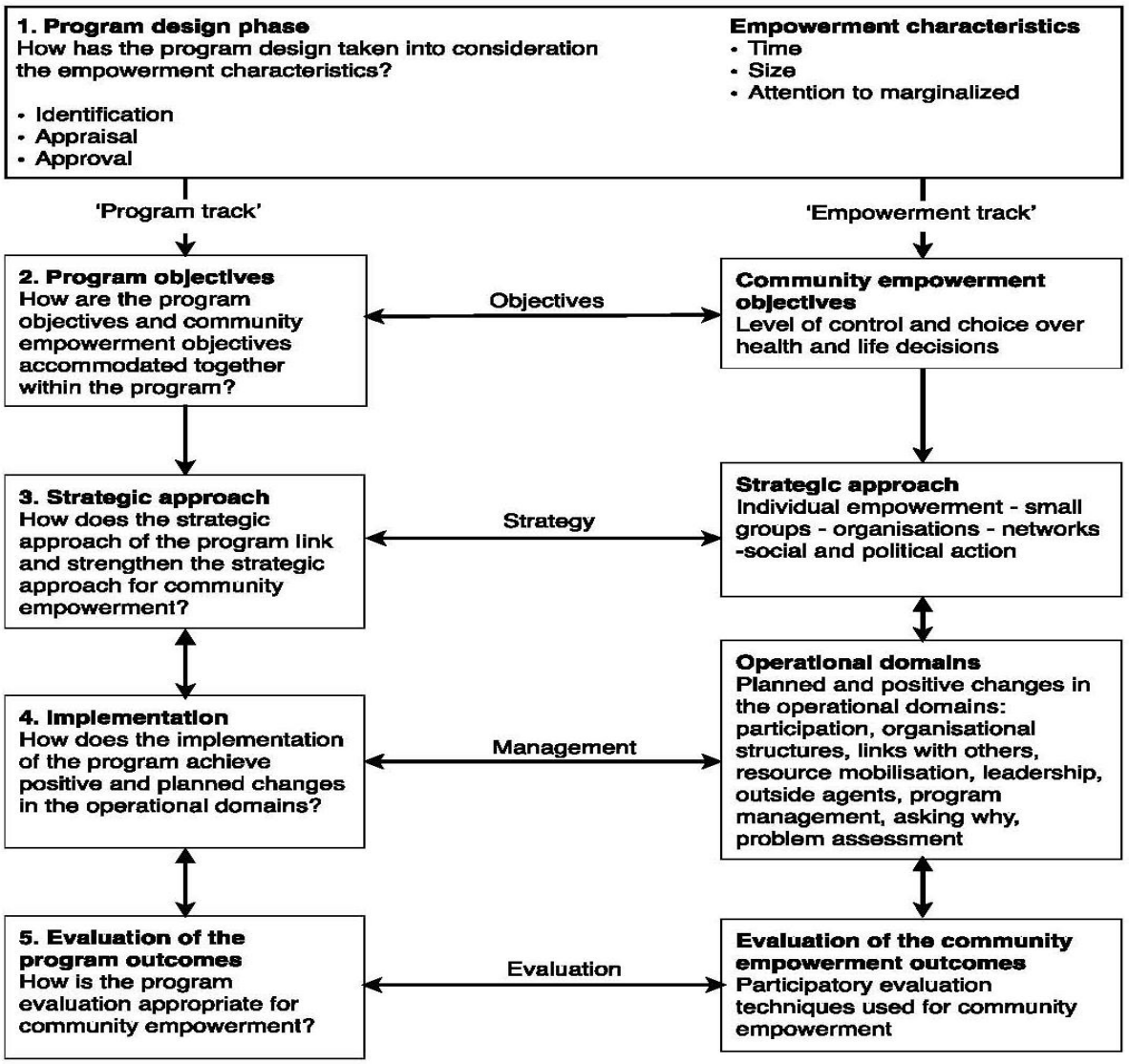
การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนมุ่งหวังให้ คือ 1) คนในชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมมากขึ้นในการแก้ไขปัญหาของคนในชุมชน 2) ชุมชนมีศักยภาพในการประเมินปัญหาของชุมชนมากขึ้น 3) ผู้นำชุมชนมีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น 4) มีองค์กรที่เข้มแข็งในชุมชน 5) องค์กรหรือชุมชนมีทรัพยากรและเงินทุนเพิ่มขึ้น 6) เกิดการพัฒนาเครือข่ายระหว่างองค์กรต่าง ๆ ชุมชน และคนในชุมชน 7) ชุมชนสามารถวิเคราะห์ต้นตอของปัญหาในชุมชนได้ 8) ชุมชนหรือองค์กรมีอำนาจมากขึ้นในการบริหารจัดการโครงการ และ 9) เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างชุมชนกับองค์กรหรือเจ้าหน้าที่นอกชุมชน [12]

2.3 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนาน

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพมีหลายแบบ เช่น แบบจำลองของบีตตี้ [13] แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED [14] เป็นต้น แบบจำลองเหล่านี้มีจุดเด่นจุดด้อยที่แตกต่างกันออกไป เช่น แบบจำลองของบิตตี้ได้แบ่งโครงการสร้างเสริมสุขภาพเป็นสี่ประเภท คือ 1. การให้ความรู้เรื่องสุขภาพ 2. การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ 3. การออกกฎหมายและนโยบายเพื่อสุขภาพและ 4. การพัฒนาชุมชนเพื่อสุขภาพ อย่างไรก็ตามแบบจำลองของบิตตี้ไม่ได้บรรยายวิธีการทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละประเภท ในขณะที่แบบจำลอง PRECEDE-

PROCEED มีการบรรยายวิธีอย่างละเอียดในการทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพแต่ก็ไม่ได้แสดงให้เห็นว่าโครงการสร้างเสริมสุขภาพจะทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งเพิ่มขึ้นอย่างไร

ปัญหาเรื่องการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในโครงการสร้างเสริมสุขภาพนั้นเป็นปัญหาในเชิงปฏิบัติที่เรื้อรังและมีมานานจวบจนถึงปัจจุบัน [15, 16] โครงการสุขภาพต่าง ๆ นั้นมักจะถูกกำหนดมาจากหน่วยงานด้านสุขภาพ เป็นการทำงานจากเบื้องบนสู่เบื้องล่าง ในขณะที่การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเป็นการทำงานจากเบื้องล่างสู่เบื้องบน เพื่อเป็นการช่วยให้บุคลากรสาธารสุขที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพสามารถดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพไปพร้อม ๆ กับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เลเวอร์แลคและลาบอนเต [17] ได้ทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนานสำหรับโครงการสร้างเสริมสุขภาพ (รูปที่ 1) แบบจำลองนี้เป็นการผสมผสานการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเข้าไปในโครงการสร้างเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิมที่ไม่ได้เน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน



รูปที่ 1 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนาน (the parallel track model). Reprinted from "A planning framework for community empowerment goals within health promotion", G. Laverack and R. Labonte, 2000, Health Policy and Planning, 15, p. 257. Copyright [2000] by Oxford University Press.

การประยุกต์ใช้แบบจำลองนี้เริ่มตั้งแต่การออกแบบโครงการ โดยคำนึงถึงระยะเวลา ขนาดของโครงการและกลุ่มคนชายขอบ โดยปรกติแล้วการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนมักใช้เวลาที่นานกว่าระยะดำเนินการของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของแรเบิร์นพบว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนอาจใช้เวลาหกเดือนหรือมากกว่าสองปี ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของชุมชนเดิม [18] การให้เวลาที่ไม่เพียงพอต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนนั้น เสี่ยงต่อความล้มเหลวของการพัฒนาคน และองค์กรในชุมชน ขนาดของโครงการควรอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริง และสามารถประสบความสำเร็จได้ในระยะเวลาที่กำหนด หากโครงการมีระยะเวลาสั้นก็อาจตั้งเป้าหมายสั้น ๆ ที่สามารถประสบความสำเร็จได้ แบบจำลองแบบคู่ขนานยังมุ่งเน้นให้โครงการดึงกลุ่มคนชายขอบให้เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการมากขึ้น โดยบุคลากรด้านสาธารณสุข

เป็นผู้ให้การสนับสนุนตลอดโครงการ ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้โครงการสร้างเสริมสุขภาพละเลยกลุ่มคนชายขอบเหล่านี้

ในขั้นตอนการตั้งวัตถุประสงค์นั้น แบบจำลองแบบคู่ขนานกระตุ้นให้บุคลากรสาธารณสุขตั้งวัตถุประสงค์ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนควบคู่กับวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพและให้บุคลากรสาธารณสุขได้หาวิธีที่จะทำให้วัตถุประสงค์ของโครงการ และวัตถุประสงค์ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ดำเนินไปด้วยกันได้ การตั้งวัตถุประสงค์ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนนั้นมุ่งเน้นให้ชุมชนเป็นผู้กำหนดเอง และอาจจะเกี่ยวหรือไม่เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพของโครงการก็ได้ ในขั้นตอนการวางแผน แบบจำลองนี้มุ่งเน้นให้บุคลากรสาธารสุขและชุมชนวางแผนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน แผนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนอาจเริ่มที่ระดับบุคคล การให้คนรวมตัวกันเป็นกลุ่ม การจัดตั้งองค์กร การสร้างภาคีเครือข่ายระหว่างชุมชนกับองค์กรต่าง ๆ และการดำเนินการด้านการเมือง [19] เช่น บุคลากรสาธารณสุขร่วมกับคนในชุมชนก่อตั้งชมรมหรือองค์กรเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนเป็นต้น ในขั้นดำเนินการ บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำหมวดหมู่ของการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนมาใช้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และในขั้นประเมินผล แบบจำลองแบบคู่ขนานได้ตั้งคำถามให้บุคลากรสาธารณสุข ว่าจะทำอย่างไร ให้การประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและจะทำอย่างไรให้การประเมินผลโครงการเป็นไปเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

2.4 การประเมินความเข้มแข็งของชุมชน

การประเมินความเข้มแข็งของชุมชน จากโครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเป็นเรื่องที่ยากและซับซ้อน [20] การศึกษาแบบเปรียบเทียบระหว่างชุมชนหรือการวิจัยแบบทดลองนั้นไม่เหมาะสมกับโครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่มีลักษณะซับซ้อน มีความเฉพาะเจาะจงกับชุมชนชุมชนหนึ่ง และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผลของการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนมักใช้เวลานานและไม่สามารถประเมินได้ครบถ้วนในระยะเวลาที่จำกัดของโครงการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไป [20] เพื่อให้การประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสามารถทำได้ในระยะเวลาที่จำกัด เลเวอร์แลคและลาบอนเต [8, 17] เสนอว่าให้ประเมินกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนแทนการประเมินผลของการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินความเข้มแข็งของชุมชนของตน

รูปแบบการประเมินที่เหมาะสมคือ การประชุมเชิงปฏิบัติการซึ่งเปิดโอกาสให้ชุมชนได้เข้ามาร่วมกันประเมินความเข้มแข็งของชุมชนก่อนเริ่ม ระหว่าง และหลังสิ้นสุดโครงการสร้างเสริมสุขภาพ [15] การจัดการประชุมเชิงปฏิบัติควรมีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับลักษณะของผู้เข้าร่วมประชุม จำนวนผู้เข้าประชุม และระยะเวลาที่มีอยู่ โดยปรกติแล้วการประชุมเชิงปฏิบัติการจะใช้เวลาประมาณหนึ่งวันเพื่อประเมินความเข้มแข็งของชุมชน เครื่องมือที่ชุมชนจะใช้ประเมินความเข้มแข็งของชุมชน คือหมวดหมู่ของความเข้มแข็งของชุมชน (**ตารางที่ 2**) โดยชุมชนจะได้รับข้อความ 5 ข้อความต่อหนึ่งหมวดหมู่ซึ่งไม่บ่งบอกคะแนน แล้วทำการเลือกข้อความที่ใกล้เคียงกับสภาพของชุมชนมากที่สุด เมื่อชุมชนทำการประเมินหมวดหมู่เหล่านี้ ก็จะให้เหตุผลของ

การประเมินในแต่ละหมวดหมู่และนำมาทำเป็นแผนภูมิเพื่อให้เข้าใจง่ายและสามารถนำไปใช้เปรียบเทียบในอนาคตได้

ตารางที่ 2 ตัวอย่างข้อความที่ใช้ในการประเมินความเข้มแข็งของชุมชนแบ่งตามหมวดหมู่

หมวดหมู่	1	2	3	4	5
การมีส่วนร่วมของชุมชน	คนในชุมชนบางคนหรือกลุ่มในชุมชนบางกลุ่ม เช่นผู้หญิง เด็ก หรือผู้ชายไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือการประชุมในชุมชน	คนในชุมชนเข้าร่วมประชุมแต่ไม่ให้ความเห็นและความช่วยเหลือ	คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นแต่ไม่มีส่วนในการตัดสินใจในเรื่องการวางแผนและดำเนินกิจกรรมในชุมชน การมีส่วนร่วมจำกัดอยู่ที่การเป็นอาสาสมัครหรือการบริจาคเงินและสิ่งของ	คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องการวางแผนและดำเนินกิจกรรมในชุมชน ชุมชนมีกลไกการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างคนในชุมชน	คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินอย่างสม่ำเสมอ คนในชุมชนมีส่วนร่วมกับกิจกรรมนอกชุมชน

อย่างไรก็ตาม การใช้หมวดหมู่และข้อความเพื่อประเมินความเข้มแข็งของชุมชนนั้นจำเป็นต้องมีการปรับให้เข้ากับบริบทของชุมชนและหัวข้อสุขภาพที่จะทำ เลเวอร์แลค [21] แนะนำว่าให้มีการศึกษาวิเคราะห์ความหมายเชิงปฏิบัติการของคำว่าชุมชนเข้มแข็งและเนื้อหาแต่ละหมวดหมู่ตามบริบทของชุมชนก่อนที่จะนำเครื่องมือนี้ไปใช้ประเมินผลความเข้มแข็งของชุมชน

2.5 การประยุกต์ใช้แบบจำลองแบบคู่ขนาน

วัชรวงศ์วาน และคณะ [22] ได้ทำการศึกษาวรรณกรรมที่มีการประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนานพบว่า ระหว่างปีค.ศ. 2000 ถึง 2011 มีงานวิจัยทั้งสิ้น 10 ชิ้นที่มีการประยุกต์ใช้แบบจำลองนี้ในโครงการสร้างเสริมสุขภาพ แบบจำลองนี้ถูกนำไปใช้ในประเทศต่าง ๆ ทั้งประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว เช่น ไทย อเมริกาและฟิจิ เป็นต้น ชุมชนที่อยู่ในโครงการมีทั้งชุมชนเมืองและชนบทที่อยู่ห่างไกล อย่างไรก็ตามกลุ่มเป้าหมายของโครงการเหล่านี้เป็นกลุ่มคนชายขอบเช่น ผู้สูงอายุ คนยากจน คนอพยพ เป็นต้น โครงการเหล่านี้มีจุดมุ่งหมายในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งทางพฤติกรรม สิ่งแวดล้อมและสังคม ถึงแม้ว่าโครงการเหล่านี้เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีโครงการไม่กี่โครงการที่บริหารและจัดการโดยชุมชน การประเมินผลโครงการเหล่านี้พบว่าแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนานสามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนได้และสามารถแก้ไขปัจจัยกำหนดสุขภาพบางอย่างได้

การศึกษาทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า มีโครงการหนึ่งที่ทำร่วมกับผู้สูงอายุในเขตชุมชนราพลาประเทศเอสโตเนีย [23] โครงการดังกล่าวเกิดขึ้นโดยกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้หญิงราวสี่สิบคนที่ต้องการพัฒนาชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน เป้าหมายหลักของโครงการคือการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าสังคมและป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุ

อยู่อย่างโดดเดี่ยว โครงการนี้ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ โครงการนี้ได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนานในการวางแผนโครงการ และใช้ดัชนีประเมินศักยภาพของชุมชนในการประเมิน วางแผนและพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ก่อนเริ่มโครงการกลุ่มผู้สูงอายุประเมินศักยภาพของกลุ่มของตนโดยใช้ดันชีประเมินศักยภาพเพื่อนำมาใช้วางแผน และพัฒนาศักยภาพของกลุ่มในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน โครงการนี้ประเมินศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุสามครั้ง คือในปีค.ศ. 2003, 2004 และ 2005 พบว่าศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ เนื่องจากในปีที่สองของโครงการ กลุ่มผู้สูงอายุไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ ผลที่เกิดขึ้นคือกลุ่มผู้สูงอายุไม่สามารถขับเคลื่อนกลุ่มของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่สามารถหาสมาชิกใหม่ได้ อย่างไรก็ตามงานวิจัยชิ้นนี้พบว่าศักยภาพในการจัดการโครงการและการดำเนินงานของกลุ่มผู้สูงอายุนั้นสูงขึ้น

2.6 รูปแบบการทำงานเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพในประเทศไทย

ก. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system)

ระบบสุขภาพระดับอำเภอหรือ district health system (DHS) เป็นระบบการดูแลสุขภาพในระดับอำเภอที่อาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรหรือหน่วยงานในพื้นที่และภาคประชาชน เช่น ผู้นำชุมชนและแกนนำด้านสุขภาพ โดยอาศัยองค์ความรู้และทรัพยากรที่แต่ละภาคส่วนมีเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่ [24] สำนักบริหารการสาธารณสุขได้นำเสนอกรอบแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอดังรูปที่ 2

<table>
<tr><td colspan="6">ประชาชนมีสุขภาวะ</td></tr>
<tr><td colspan="6">สถานะสุขภาพของประชาชนดี สามารถป้องกันภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ</td></tr>
<tr><td colspan="6">ระบบบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ตอบสนองความต้องการของประชาชน</td></tr>
<tr><td colspan="2">สร้างเครือข่ายความร่วมมือทุกภาคส่วนในการจัดการสุขภาพชุมชน</td><td colspan="2">ส่งเสริมและสนับสนุนประชาชนและชุมชนร่วมกันดูแลสุขภาพพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน</td><td colspan="2">พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุม มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ</td><td>พัฒนาการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการรับความเสี่ยงจากปัจจัยทางสังคมอันคุกคามสุขภาพ</td></tr>
<tr><td colspan="6">หลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอ</td></tr>
<tr><td colspan="2">การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team: U)</td><td colspan="2">การมีส่วนร่วมของเครือข่าย (Community participation: C)</td><td colspan="2">การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation and Quality: A)</td><td>การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร(Resource sharing and human development: R)</td><td>การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care: E)</td></tr>
<tr><td colspan="6">Six building block; WHO 2008</td></tr>
<tr><td>ระบบบริการ</td><td>กำลังคนด้านสุขภาพ</td><td>ระบบข้อมูลข่าวสาร</td><td>เทคโนโลยี</td><td>ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ</td><td>การนำ/การอภิบาลระบบ</td></tr>
</table>

รูปที่ 2 กรอบแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (ดัดแปลงจาก สำนักบริหารการสาธารณสุข ปี 2557)

เป้าหมายหลักของระบบสุขภาพระดับอำเภอคือ การทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น การทำให้สถานะสุขภาพของประชาชนในอำเภอดีขึ้น การเกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกันที่เข้มแข็งในอำเภอ และการทำให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพ

ระบบสุขภาพระดับอำเภอได้เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการขยายระบบสุขภาพระดับอำเภอให้ครอบคลุมทั้งประเทศและนำไปสู่แผนพัฒนาสุขภาพผ่านเครื่องมือต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายในปี พ.ศ. 2559 คือ มีอำเภอที่มีระบบสุขภาพระดับอำเภออยู่ในเกณฑ์ที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ของอำเภอทั่วประเทศ

ข. ระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (long-term care)

ระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้บุคลากรและทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตัวอย่างของระบบ long-term care ในประเทศสหรัสอเมริกา คือ ออน ล็อค โมเดล (On Lok model) [25] ซึ่งเป็นรูปแบบการให้บริการที่ต่อเนื่องระหว่างการเจ็บป่วยเฉียบพลันและการดูแลระยะยาวในชุมชนที่ถูกพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1971 ระบบดังกล่าวมีทีมผู้บริหารประกอบไปด้วย คนในชุมชน แพทย์และผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ โดย

ใช้เงินสนับสนุนจากระบบ Medicare และ Medicaid ออน ล็อค โมเดลได้ถูกพัฒนาและนำไปปรับใช้ในที่ต่าง ๆ ในประเทศสหรัสอเมริกา และได้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากไปจนถึงผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ ทีมที่ดูแลประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญ จากสหสาขาวิชาชีพที่วางแผนและตัดสินใจร่วมกันในการดูแลสุขภาพเพื่อสูงอายุ สำหรับประเทศไทยนั้น รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชนนั้นมีหลายรูปแบบ เช่น ลำสนธิโมเดล [26] เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยอาศัยทีมหลัก ๆ 3 ทีมคือ หมอครอบครัว ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและโรงพยาบาลชุมชน และทีมจากภาคส่วนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่วิชาชีพสุขภาพ โดยทั้ง 3 ทีมจะทำงานร่วมกันเพื่อดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชน

ในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้อุดหนุนงบประมาณเพิ่มเติมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จำนวน 600 ล้านบาท ผ่านสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนหนึ่งแสนราย ในพื้นที่ประมาณหนึ่งพันตำบลเข้ามาอยู่ภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า รูปแบบการทำงานของ long-term care ของภาครัฐนั้นจะไม่รวมทีมนักวิชาการ เช่น คณาจารย์จากมหาวิทยาลัย เป็นหนึ่งในทีมการดูแลสุขภาพ

ค. สารภีโมเดล

สารภีโมเดล [27] เป็นรูปแบบการทำงานที่ใช้ข้อมูลขับเคลื่อนการทำงานภายในชุมชน แนวคิดเริ่มมาจากการพัฒนาเครื่องมือการเก็บข้อมูลในอำเภอสารภีโดยชุมชนและเพื่อชุมชน โดยความร่วมมือระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โมเดลนี้อาศัยเทคโนโลยีในการเก็บ วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล รวมถึงการส่งต่อข้อมูลระหว่าง อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาล ซึ่งช่วยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลและส่งต่อข้อมูลเพื่อทำงานในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการพัฒนาดังกล่าวทำให้เกิดแอปพลิเคชันและฐานข้อมูล SaraphiHealth และ CMDigiHealth ซึ่งชุมชนสามารถเรียนรู้และนำมาใช้เพื่อสร้างฐานข้อมูลสุขภาพของคนในชุมชนที่จะช่วยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชนได้

บทที่ 3

ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้การประเมินความเข้มแข็งของชุมชนมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หลังสิ้นสุดการประเมินครั้งสุดท้าย ผู้วิจัยจะทำการถอดบทเรียนโดยการใช้การสนทนากลุ่มกับกลุ่ม อสม. ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

3.1 ลักษณะของตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการศึกษา (Study sample or Study population)

ก. ประชากรเป้าหมาย (Target population)

กลุ่ม อสม. ในเขตพื้นที่ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

ข. การเลือกตัวอย่าง (Sampling method)

กลุ่ม อสม. ที่สนใจเข้าร่วม 2 กลุ่ม ตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังต่อไปนี้ 1. มีการประชุมสม่ำเสมอ 2. ก่อตั้งมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี ทั้งนี้เกณฑ์ดังกล่าวจำเป็นต่อความเป็นไปได้ของการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ กลุ่ม อสม. ที่เข้าร่วมกับงานวิจัยอื่น

ค. ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

กลุ่ม อสม. 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน

3.2 วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology)

ก. การแบ่งกลุ่มเพื่อทำการศึกษา (Research grouping)

ไม่มี

ข. กรรมวิธีการศึกษาหรือการดำเนินงานการวิจัย (Research design)

1. กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติงาน
   - ก. ผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้เข้าร่วมโครงการทีละกลุ่มเพื่อกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยให้ผู้เข้า ร่วมโครงการเป็นผู้กำหนดสถานที่ วันและเวลาที่ประชุม
   - ข. ผู้เข้าร่วมโครงการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของคำว่า ความเข้มแข็งของชุมชนและหมวด หมู่ต่าง ๆ ของความเข้มแข็งของชุมชนในบริบทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน สุขภาพในที่นี้หมายถึงสุขภาพทั้งสี่มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตปัญญา (หรือจิตวิญญาณ) และครอบคลุมถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งทางกายภาพและสังคม (เช่น เศรษฐกิจ การเมือง เป็นต้น) ทั้งนี้จะใช้เวลาไม่เกินสามชั่วโมงสำหรับการประชุมดังกล่าว
   - ค. ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นกระบวนกร (facilitator)
2. ประเมินความเข้มแข็งของชุมชนเบื้องต้นในรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) ใช้เวลาประมาณสองชั่วโมงครึ่งถึงสามชั่วโมง รูปแบบกิจกรรมแบ่งเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

ก. ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมโครงการและอธิบายรูปแบบและเป้าหมายของกิจกรรม

ข. ผู้วิจัยแจกข้อความห้าข้อความในหมวดหมู่ที่ 1 (การมีส่วนร่วมของชุมชน) ซึ่งพิมพ์บนกระดาษกระดาษหนึ่งแผ่นจะมีข้อความ 1 ข้อความ โดยผู้เข้าร่วมโครงการไม่ทราบว่าข้อความไหนมีคะแนนเท่าไหร่

ค. ผู้เข้าร่วมโครงการเลือกข้อความที่สะท้อนสถานการณ์ในชุมชนได้ใกล้เคียงที่สุด ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างทำการเลือกข้อความ

ง. ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อความเดิมได้ตามความเหมาะสม

จ. ผู้เข้าร่วมโครงการให้เหตุผลในการเลือกข้อความ

ฉ. ผู้เข้าร่วมโครงการเริ่มวิเคราะห์หมวดหมู่ต่อไปตามขั้นตอน 5.2-5.5 จนครบ 9 หมวดหมู่

ช. ผู้วิจัยกล่าวปิดกิจกรรมในกรณีที่กิจกรรมการวางแผน (ข้อที่ 4) ไม่ได้อยู่ในวันเดียวกัน หรือผู้เข้าร่วมโครงการพักทานอาหารกลางวันเพื่อเตรียมเข้ากิจกรรมการวางแผนเพื่อพัฒนาศักยภาพชุมชน

3. กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการวิจัยวางเป้าหมายและแผนดำเนินงานเพื่อเพิ่มระดับความเข้มแข็งของชุมชน ใช้เวลาประมาณสามถึงสี่ชั่วโมง ผู้วิจัยอธิบายรูปแบบและเป้าหมายของกิจกรรม หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมโครงการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อกำหนดเป้าหมาย กลยุทธ วิธีการและทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนตามผลการประเมินตามหมวดหมู่ความเข้มแข็งของชุมชน ผู้เข้าร่วมโครงการจัดลำดับความสำคัญและแบ่งงานกันในกลุ่ม
4. กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการวิจัยดำเนินการตามแผนดำเนินงานที่วางไว้
5. กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการวิจัยประเมินความเข้มแข็งของชุมชน หลังสิ้นสุดการดำเนินการตามขั้นตอนที่ 3 ข้อย่อย ข
6. ผู้วิจัยจัดสนทนากลุ่มย่อย (focus group discussions) เพื่อสกัดประสบการณ์และบทเรียนที่ได้จากโครงการนี้ ใช้เวลาประมาณสองชั่วโมงต่อหนึ่งชุมชนเป้าหมาย โดยผู้เข้าร่วมโครงการเป็นผู้กำหนดสถานที่ วันและเวลาสำหรับการสนทนากลุ่มย่อย

ก. ผู้วิจัยอธิบายรูปแบบและเป้าหมายของการสนทนากลุ่มย่อย

ข. ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ลงทะเบียนผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มย่อย จดบันทึกการสนทนากลุ่มย่อยตามแบบฟอร์มที่ออกแบบไว้ อัดเสียงการสนทนากลุ่มย่อยทั้งนี้ต้องได้รับการอนุญาตจากผู้เข้า ร่วมการสนทนาทุกคน ควบคุมเวลาและแจกอาหารและเครื่องดื่มหลังเสร็จการสนทนากลุ่มย่อย

ค. ผู้วิจัยถามคำถามตามแนวคำถามที่ออกแบบไว้ และกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังสิ้นสุดการสนทนา ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มย่อยและให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มย่อยพักประมาณ 10 นาที

ง. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสรุปประเด็นจากการสนทนากลุ่มย่อย

จ. ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็น ให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มย่อยฟัง และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มย่อยได้แก้ไขเนื้อหาที่สรุปหรือเข้าใจไม่ถูกต้อง

7. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มย่อยตามแนวทางของ Kruguer และ Casey (24) และ Fatemeh (25)

ค. การวัดผลของการวิจัย (Outcome measurement)

โครงการนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ไม่มีการวัดผลเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้วัดเป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพที่แสดงผลเป็นเชิงปริมาณ การเพิ่มประสิทธิภาพของเครื่องมือในการวัดระดับความเข้มแข็งของชุมชนจะเกิดจากผลการประชุมเพื่อสร้างนิยามเชิงปฏิบัติการตามบริบทของกลุ่ม อสม.

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ก. การประเมินความเข้มแข็งของชุมชน เก็บข้อมูลโดยใช้ Thai-version empowerment assessment rating scales โดย พสิษฐ์พล วัชรวงศ์วาน (unpublished) และ logical framework[8] ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2 และ 3 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดง logical framework ที่ใช้ในการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนในหมวดหมู่การมีส่วนร่วมของชุมชน

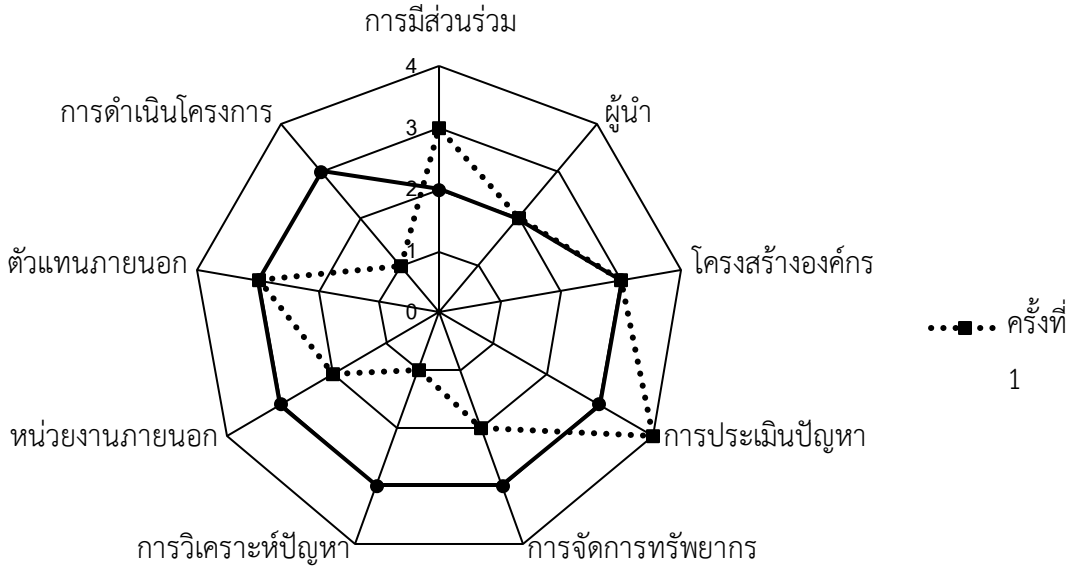
Domains	Assessment	Reason	How to improve	Strategy	Resource
การมีส่วนร่วม					

ข. การถอดบทเรียน เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีสนทนากลุ่มย่อย (focus group discussions) ร่วมกับผู้เข้าร่วมโครงการทีละกลุ่ม ตามรายละเอียดในขั้นตอนที่ 7

3.4 การวิเคราะห์ผลการวิจัย (Data Analysis)

ก. บรรยายข้อมูลเชิงพรรณนาของผู้เข้าร่วมโครงการ

ข. ผลการประเมินความเข้มแข็งของชุมชน บรรยายเป็นเชิงพรรณนาโดยใช้วิธีเชิงคุณภาพ พรรณนานิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในแต่ละกลุ่ม เปรียบเทียบระดับความเข้มแข็งของชุมชนและนำเสนอในรูปแบบใยแมงมุม [28] ดังรูปที่ 3 พรรณนาเหตุการณ์สำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความเข้มแข็งของชุมชนในแต่ละหมวดหมู่ พรรณนาแผนการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนที่อยู่ใน logical framework พร้อมพรรณนาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากประชุมเพื่อประเมินความเข้มแข็งของชุมชน



รูปที่ 3 ตัวอย่างการนำเสนอผลการประเมินความเข้มแข็งของชุมชนโดยใช้รูปแบบใยแมงมุม

3.5 การถอดบทเรียน ใช้วิธีวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ถอดเทปบันทึกการสนทนากลุ่มย่อยแบบคำต่อคำ เว้นบรรทัด 1.5 บรรทัด ใส่เลขบรรทัดที่ขอบกระดาษด้านซ้าย
2. ทำการถอดข้อมูลส่วนบุคคลและปกปิด (de-identification) เช่น ชื่อและชื่อสถานที่ จากเอกสารถอดเทปบันทึก และเก็บข้อมูล (identification and de-identification) ไว้เป็นความลับ ที่คณะ ผู้วิจัยเท่านั้นสามารถกลับมาดูย้อนหลังได้
3. อ่านเอกสารถอดเทปบันทึกทุกหน้า เอกสารบันทึกระหว่างการสนทนา 2 รอบ เพื่อทำความเข้าใจในภาพรวม
4. ทำการระบุ themes และ subthemes และกำหนดรหัสของ themes และ subthemes ตามข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ ผู้วิจัยคัดกรองข้อมูลและใช้ปากกาเน้นข้อความ เพื่อเน้นข้อความที่เป็นที่มาของ themes และ subthemes
5. คัดแยกข้อความที่ได้ตาม themes และ subthemes เพื่อให้เป็นระเบียบต่อการวิเคราะห์ขั้นต่อไป
6. อธิบาย themes และ subthemes รวมถึงความเชื่อมโยงและความขัดแย้งที่มีอยู่ใน themes และ subthemes และระหว่าง themes และ subthemes



ประชุมเชิงปฏิบัติการ ชุมชนที่ 1



ประชุมเชิงปฏิบัติการ ชุมชนที่ 2





กิจกรรมกลุ่ม



ผู้เข้าร่วมประชุม

บทที่ 4

ผลการวิจัย

4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ

ผู้เข้าร่วมโครงการประกอบไปด้วยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนทั้งสิ้น 2 ชุมชน ซึ่งอยู่ในพื้นที่ดูแลของเทศบาลเมืองคูคตร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สมาชิกกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 และชุมชนที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการมีทั้งสิ้น 17 และ 13 คน ตามลำดับ ประกอบไปด้วย ประธาน รองประธาน เลขานุการ เหรัญญิกและสมาชิก ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการอย่างน้อย 2 ใน 3 ครั้ง สำหรับการประเมินและการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และเข้าร่วมการสัมภาษณ์เพื่อถอดบทเรียนที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้

4.2 ความหมายของความเข้มแข็งของชุมชนตามมุมมองของ อสม.

อสม. ชุมชนที่ 1 ได้ให้ความหมายของความเข้มแข็งของชุมชนว่าคือ ชุมชนที่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ประชาชนอยู่ดีมีสุข สงบสุขปลอดภัย ปลอดโรค ปลอดยาเสพติด เป็นชุมชนที่มีความสามัคคี มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและไม่ทอดทิ้งกัน ในขณะที่ อสม. ชุมชนที่ 2 ได้ให้ความหมายของความเข้มแข็งของชุมชนว่าคือ ความร่วมมือของคนในชุมชน การที่คนในชุมชนได้มีพื้นที่พบปะสังสรรค์กัน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การมีครอบครัวที่เข้มแข็ง ชุมชนที่มีพื้นที่การเรียนรู้หรือใช้ชีวิตร่วมกัน สำหรับความหมายแต่ละหมวดหมู่ของความเข้มแข็งของชุมชนตามมุมมองของ อสม. นั้นถูกแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความหมายของความเข้มแข็งของชุมชนแต่ละหมวดหมู่ตามมุมมองของ อสม.

หมวดหมู่	ความหมาย
การมีส่วนร่วม	คนในชุมชนให้ความร่วมมือในกับ อสม. ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ อสม. เป็นผู้ดำเนินการ
ผู้นำชุมชน	ศักยภาพของประธาน อสม.
โครงสร้างองค์กร	กลุ่มของอสม. รวมถึงบทบาทและการทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่น ๆ กลุ่ม อสม. ทำงานภายใต้การกำกับดูแลของเทศบาล
การประเมินปัญหา	ความสามารถของ อสม. ในการประเมินปัญหาสุขภาพ ความสามารถของกลุ่มในการประเมินและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในชุมชน รวมถึงการนำผลการประเมินปัญหามาใช้ในชุมชน
การจัดการทรัพยากร	ความสามารถในการจัดการกับทรัพยากรเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน
การวิเคราะห์ปัญหา	ความสามารถของ อสม. ในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน
หน่วยงานภายนอก	ภายในชุมชนได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน ภายนอกชุมชนได้แก่ เทศบาล

ตารางที่ 4 ความหมายของความเข้มแข็งของชุมชนแต่ละหมวดหมู่ตามมุมมองของ อสม.

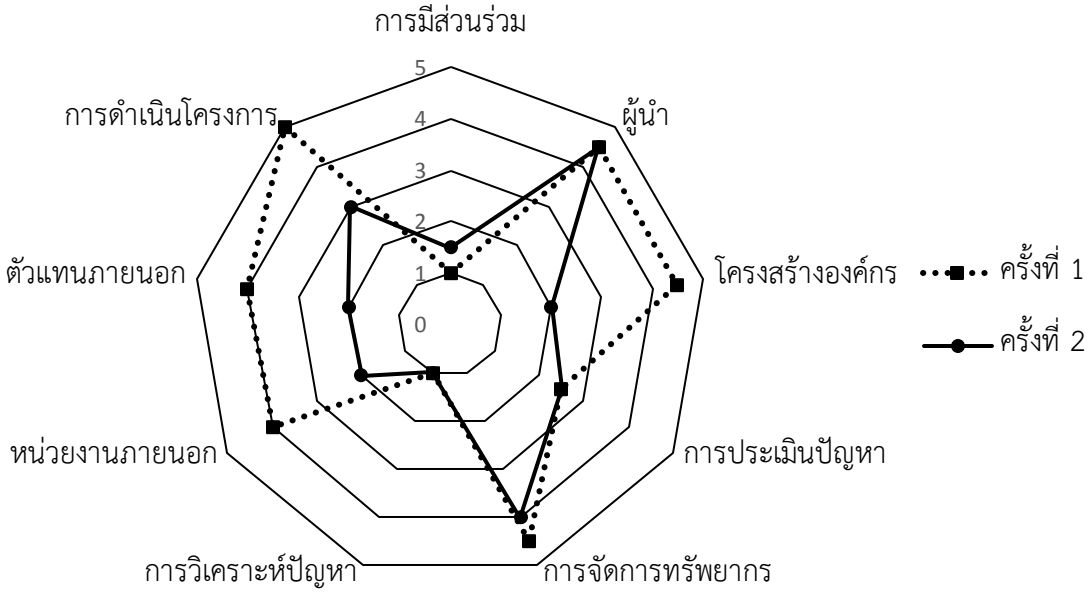
หมวดหมู่	ความหมาย
ตัวแทนภายนอก	บทบาทของเทศบาลและหน่วยงานอื่น ๆ นอกชุมชนที่มีต่อการดำเนินงานของ อสม.
การดำเนินโครงการ	ความสามารถของ อสม. ในการวางแผนโครงการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน การจัดทำโครงการ การประเมินผล การบริหารงบประมาณ การบริหารโครงการและการรายงานผล

4.3 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

โครงการนี้ได้จัดให้มีการประเมินความเข้มแข็งของชุมชนจำนวนทั้งสิ้น 2 ครั้ง ห่างกันประมาณ 4 เดือน โดยประเมินทั้งหมด 9 หมวดหมู่ ได้แก่ การมีส่วนร่วม ผู้นำชุมชน องค์กรในชุมชน การประเมินปัญหาทรัพยากร การวิเคราะห์ปัญหา ความเชื่อมโยงกับองค์กรอื่น บทบาทขององค์กรภายนอกและการบริหารโครงการ ผลการประเมินจะถูกนำมาใช้เพื่อพัฒนาศักยภาพของกลุ่ม อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยการประเมินแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

ก. อสม. ชุมชนที่ 1

กลุ่ม อสม. ได้ประเมินความเข้มแข็งในครั้งที่ 1 ไว้อยู่ในระดับ 4 ถึง 5 ทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ผู้นำชุมชน โครงสร้างองค์กร การจัดการทรัพยากร หน่วยงานภายนอก ตัวแทนภายนอกและการดำเนินโครงการ (รูปที่ 4) ทั้งนี้สมาชิกกลุ่มเห็นว่า ผู้นำมีศักยภาพ มีความคิดริเริ่มและได้รับการยอมรับจากสมาชิก ผู้นำหรือประธาน อสม. มีส่วนสำคัญในการทำงานประสานงาน กับหน่วยงานภายนอกชุมชน โดยเฉพาะเทศบาลซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้กลุ่ม **อสม. ได้รับงบประมาณและการสนับสนุนด้านทรัพยากรในดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ เครื่องวัดระดับน้ำตาลและเครื่องชั่งน้ำหนัก ประธาน อสม. มีบทบาทในการเขียนโครงการ เพื่อของบประมาณมาดำเนินการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคือการเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้เทศบาลยังมีบทบาทในการฝึกอบรม อสม. ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นได้** (ตารางที่ 5)



รูปที่ 4 ระดับความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ตารางที่ 5 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนและแนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนของ อสม. ชุมชนที่ 1 ครั้งที่ 1

Domains	Assessment	Reason	How to improve	Strategy	Resource
การมีส่วนร่วม	เมื่อมีกิจกรรมหรือการประชุมของ อสม. คนในชุมชนบางกลุ่มไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือการประชุมดังกล่าว	คนในชุมชนให้ความร่วมมือในการเยี่ยมบ้าน คนในชุมชนส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมแต่เป็นบางกลุ่ม **มีบางกลุ่มไม่ให้ความร่วมมือ เช่น กลุ่มข้าราชการ เพราะมีคนดูแลแล้ว** การประชุม อสม. ไม่เคยมีคนในชุมชนมาร่วมประชุม	จัดโครงการประชุมสุขภาพ (อยากทราบว่าใครป่วยอะไร ต้องการความช่วยเหลืออะไร) เช่น ประชุม 2-3 ครั้ง/เดือน โครงการเยี่ยมบ้านโดยมี **บุคลากรทางการแพทย์ลงด้วย** (ปีละครั้ง)	1 จัดในวันที่มีการประชุมอยู่แล้ว (กองทุนผู้สูงอายุ 2 จัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ โดยมีบุคคลาที่น่าเชื่อถือร่วมกิจกรรม เช่น แพทย์มธ. 3 ประชุมร่วมกันกำหนดความพร้อม 1 **เขียนโครงการเพื่อของบประมาณ** เช่น เทศบาล สปสช.	1 อาหารว่าง/บุคลากร/งบประมาณ (ขอสปอนเซอร์)/อุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดความดัน

ตารางที่ 5 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนและแนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนของ อสม. ชุมชนที่ 1 ครั้งที่ 1

Domains	Assessment	Reason	How to improve	Strategy	Resource
ผู้นำชุมชน	ประธาน อสม. กำลังดำเนินโครงการด้านสุขภาพ สมาชิกให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ ประธาน อสม. ทำงานร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรภายนอก	ประธาน อสม. กำลังดำเนินโครงการด้านสุขภาพอยู่ เช่น โครงการเยี่ยมผู้สูงอายุในทุกเดือน สมาชิกให้ความร่วมมืออย่างดี อสม. ยังไม่มีโครงการเป็นของตนเอง แต่มีความคิดริเริ่มอยากทำโครงการของตนเอง	สมาชิกให้การสนับสนุน ร่วมแสดงความคิดเห็นทุกคน	ประชุม พูดคุยกัน	อาหารว่าง
โครงสร้างองค์กร	**<u>อสม. มีบทบาทด้านสุขภาพอย่างมากในชุมชม</u>**	อสม. มีหน้าที่และบทบาทด้านสุขภาพในชุมชนอย่างชัดเจน และมีการสร้างเครือข่ายภายในชุมชน แต่ยังไม่มีบทบาทด้านสุขภาพนอกชุมชน	อสม. ทำหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มที่ และมีการประชาสัมพันธ์บทบาทของตน	-	-

ตารางที่ 5 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนและแนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนของ อสม. ชุมชนที่ 1 ครั้งที่ 1

Domains	Assessment	Reason	How to improve	Strategy	Resource
การประเมินปัญหา	มีทักษะในการประเมินปัญหาสุขภาพ อสม. ได้หรือเคยประเมินปัญหาสุขภาพ แต่ขาดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ไม่เคยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา	อสม. มีทักษะในการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ อสม. มีการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ยังไม่เคยนำมาจัดลำดับความสำคัญ ขาดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน	ประชุมร่วมกับชุมชน	ทำตามกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ	1 บุคลากรพี่เลี้ยง เช่น จากเทศบาล 2 ของว่าง/สถานที่
การจัดการทรัพยากร	ทรัพยากรที่ อสม. มีถูกนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน อสม. มีการปรึกษาหารือเรื่องการใช้ทรัพยากรในด้านสุขภาพ ทรัพยากรถูกนำไปใช้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม	อสม. มีทรัพยากรไม่เพียงพอ (เครื่องวัดความดัน 2 เครื่อง สายวัด เครื่องชั่งน้ำหนัก) แต่ อสม. สามารถนำทรัพยากรไปใช้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม อสม. ได้รับทรัพยากรจากทางเทศบาลเท่านั้น	แจ้งความต้องการทรัพยากรที่ต้องการแก่เทศบาล	1 เขียนโครงการยื่นแก่เทศบาล	1 บุคลากร (คนเขียนโครงการ)

ตารางที่ 5 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนและแนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนของ อสม. ชุมชนที่ 1 ครั้งที่ 1

Domains	Assessment	Reason	How to improve	Strategy	Resource
การวิเคราะห์ปัญหา	อสม. ไม่เคยจัดประชุมเพื่อวิเคราะห์ต้นตอปัญหาสุขภาพในชุมชน	อสม. ไม่เคยวิเคราะห์ต้นตอปัญหาสุขภาพในชุมชม	ประชุมร่วมกับชุมชน เริ่มจากกลุ่มเล็กๆ ก่อน	1 ประชุมร่วมกับชุมชน เริ่มจากกลุ่มเล็กๆ ก่อน 2 ประชาสัมพันธ์กับคนในชุมชน 3 เชิญนายกเทศมนตรี, ผอ.สาธารณสุข, ผอ.สวัสดิการสังคม, ประธานชุมชน, อสม., ประชาชน	1 ข้อมูลปัญหาสุขภาพของชุมชน 2 ของว่าง/สถานที่
หน่วยงานภายนอก	ทำงานร่วมกับหน่วยงานภายนอกในการพัฒนาชุมชนในการดำเนินงานด้านสุขภาพ	อสม. ทำงานร่วมกับเทศบาลเพื่อเพิ่มทักษะ เช่น การอบรม อสม.	อบรมความรู้การดูแลสุขภาพทั้ง อสม. และชุมชนโดยหน่วยงานภายนอก	1 ประชุมกำหนดประเด็นที่เราอยากรู้ 2 ประธาน อสม. เสนอประเด็นสุขภาพแก่เทศบาล	1 ของว่าง 2 วิทยากรอบรม 3 สถานที่
ตัวแทนภายนอก	อสม. เป็นผู้ตัดสินใจโดยมีตัวแทนด้านสุขภาพจากภายนอกชุมชนให้การสนับสนุน เช่น การฝึกอบรม	ประธาน อสม. จะขอความช่วยเหลือจากตัวแทนของเทศบาลในเรื่องการฝึกอบรมทักษะด้านสุขภาพ เช่น โครงการอบรม CPR (แต่สมาชิกไม่ทราบ)	ทดสอบทักษะ/ความรู้เบื้องต้นด้านสุขภาพและสมรรถนะของ อสม.	1 ประธาน อสม. จัดโครงการต่อเนื่องทุกปี (อบรมและทดสอบ) 2 เขียนโครงการปรึกษา ผอ. (อยากได้ภายในเดือนสิงหาคม-กันยายน)	1 บุคลากรอบรม 2 สถานที่/ของว่าง 3 เครื่องมือ/อุปกรณ์

ตารางที่ 5 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนและแนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนของ อสม. ชุมชนที่ 1 ครั้งที่ 1

Domains	Assessment	Reason	How to improve	Strategy	Resource
การดำเนินโครงการ	อสม. เป็นผู้ดำเนินโครงการสุขภาพเอง การดำเนินโครงการสุขภาพเป็นอิสระจากบุคลากรภายนอก มีการดำเนินที่โปร่งใส	อสม. จะเป็นผู้ดำเนินโครงการสุขภาพเอง การดำเนินงานของ อสม. โปร่งใส ตรวจสอบได้	อบรมและทดสอบสมรรถนะของ อสม.	ประธาน อสม. จัดโครงการอบรมและทดสอบสมรรถนะ อสม. ต่อเนื่องทุกปี	1 บุคลากรอบรม 2 สถานที่/ของว่าง 3 เครื่องมือ/อุปกรณ์

อย่างไรก็ตาม ด้านที่ได้รับการประเมินในระดับต่ำในครั้งที่ 1 คือ การมีส่วนร่วม การประเมินปัญหาและการวิเคราะห์ปัญหา กลุ่ม อสม. มีความเห็นตรงกันว่า การทำงานในพื้นที่เขตเมืองมีความแตกต่างกับพื้นที่ชนบท คนในชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้และเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ดี **การให้ความร่วมมือส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลสุขภาพและการประเมินสุขภาพเบื้องต้น คนในชุมชนไม่ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน** ถึงแม้ว่า อสม. **จะมีความสามารถในการประเมินปัญหาสุขภาพ แต่ข้อมูลสุขภาพไม่ได้ถูกใช้ในระดับชุมชนของตนเองแต่จะถูกส่งต่อไปยังเทศบาล** ดังนั้นกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 จึง**ไม่ทราบภาพรวมของสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากไม่มีข้อมูลดังกล่าวในระดับชุมชน กลุ่ม อสม. จึงไม่เคยจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและนำปัญหามาวิเคราะห์เพื่อวางแผนและแก้ไข**

จากการประเมินครั้งที่ 1 กลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 **เห็นว่าการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน การประเมินปัญหาและการพัฒนาศักยภาพของสมาชิก อสม. เป็นเรื่องสำคัญ** และได้วางแผนที่จะเพิ่มศักยภาพในด้านดังกล่าว เช่น เยี่ยมผู้สูงอายุพร้อมกับบุคลากรทางการแพทย์ จัดประชุมเพื่อหาความต้องการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและการติดต่อประสานงานไปยังเทศบาลเพื่อจัดอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้กับ อสม. อย่างไรก็ตาม เมื่อได้ติดตามจากการประเมินครั้งที่ 2 พบว่า กลุ่ม อสม. ไม่ได้ดำเนินการตามที่วางแผนไว้ เนื่องจากเป็นช่วงปิดงบประมาณและเป็นช่วงที่ต้องดำเนินกิจกรรมตามที่ได้รับมอบหมายจากเทศบาล (ตารางที่ 6) ทั้งนี้ **กลุ่ม อสม. ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนยังคงมีความสำคัญ ทางกลุ่มต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ร่วมเยี่ยมผู้สูงอายุพร้อมกับสมาชิก อสม. เพราะเห็นว่าการมีบุคลากรทางการแพทย์ไปด้วยจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับ อสม. และยังสามารถช่วยเพิ่มการให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน**

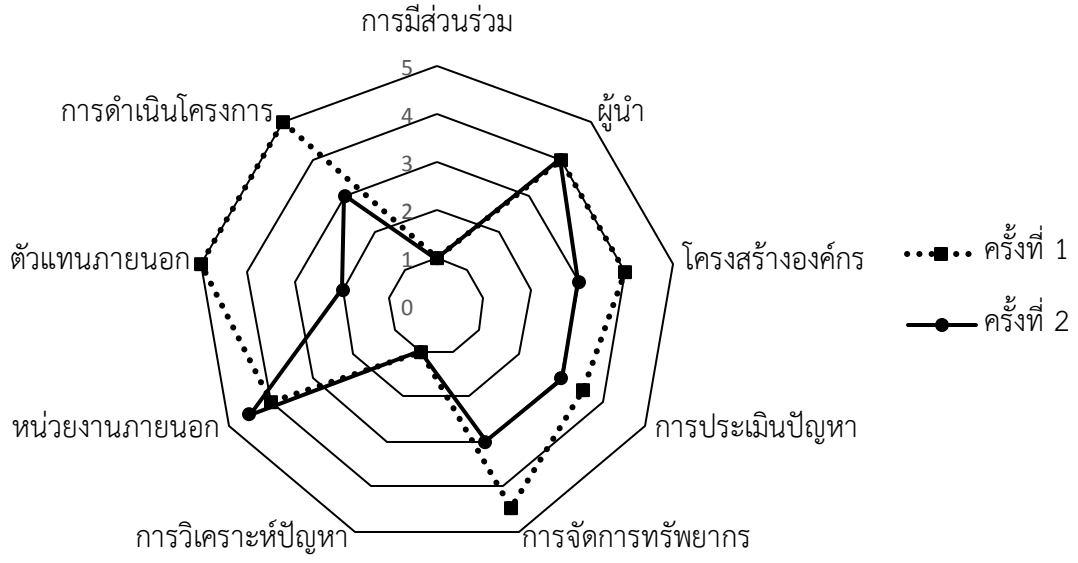
ตารางที่ 6 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนของ อสม. ชุมชนที่ 1 ครั้งที่ 2

Domains	Assessment	Reason
การมีส่วนร่วม	เมื่อมีกิจกรรมของ อสม. คนในชุมชนให้ความร่วมมือ แต่บางกลุ่ม บางบ้านไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว	คนในชุมชนให้ความร่วมมือในการเยี่ยมบ้าน คนในชุมชนส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมแต่เป็นบางกลุ่ม มีบางกลุ่มไม่ให้ความร่วมมือ เช่น กลุ่มข้าราชการ เพราะ มีคนดูแลแล้ว
ผู้นำชุมชน	ประธาน อสม. กำลังดำเนินโครงการด้านสุขภาพ สมาชิกให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ ประธาน อสม. ทำงานร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรภายนอก	ประธาน อสม. กำลังดำเนินโครงการด้านสุขภาพอยู่ เช่น โครงการเยี่ยมผู้สูงอายุในทุกเดือน สมาชิกให้ความร่วมมืออย่างดี อสม. ยังไม่มีโครงการเป็นของตนเอง แต่มีความคิดริเริ่มอยากทำโครงการของตนเอง
โครงสร้างองค์กร	อสม. มีบทบาทด้านสุขภาพ มีกลไกที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการทำงานกับ อสม.	อสม. มีหน้าที่และบทบาทด้านสุขภาพในชุมชนอย่างชัดเจน มีองค์กรอื่นในชุมชนแต่ไม่ได้ทำงานร่วมกัน
การประเมินปัญหา	อสม. มีทักษะในการประเมินปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ไม่เคยนำผลมาวางแผนแก้ไขปัญหา	อสม. มีทักษะในการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ อสม. มีการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ยังไม่เคยนำมาจัดลำดับความสำคัญ ขาดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน
การจัดการทรัพยากร	ทรัพยากรที่ อสม. มีถูกนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน อสม. มีการปรึกษาหารือเรื่องการใช้ทรัพยากรในด้านสุขภาพ แต่ทรัพยากรไม่ถูกนำไปใช้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม	อสม. มีทรัพยากรไม่เพียงพอ (เครื่องวัดความดัน 2 เครื่อง สายวัด เครื่องชั่งน้ำหนัก) ทำให้นำไปใช้ไม่ทั่วถึง ต้องรอคิว
การวิเคราะห์ปัญหา	อสม. ไม่เคยจัดประชุมเพื่อวิเคราะห์ต้นตอปัญหาสุขภาพในชุมชน	อสม. ไม่เคยจัดการประชุมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในชุมชน
หน่วยงานภายนอก	**อสม. มีการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก** ในการดำเนินงานด้านสุขภาพในลักษณะที่ไม่เป็นทางการและไม่มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน	ติดต่อเป็นครั้ง ๆ ไม่เป็นทางการ หน่วยงานภายนอกมีทรัพยากรจำกัด ไม่เพียงพอต่อความต้องการของคนในชุมชน
ตัวแทนภายนอก	ตัวแทนด้านสุขภาพจากนอกชุมชนเป็นผู้ **ควบคุมนโยบาย การเงิน ทรัพยากรและการประเมินผล**โครงการสุขภาพ โดยมี **อสม. เป็นที่ปรึกษา อสม. ไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ**	ตัวแทนด้านสุขภาพจากนอกชุมชนเป็นผู้ควบคุมนโยบาย การเงิน ทรัพยากรและการประเมินผลโครงการสุขภาพ โดยมี อสม. เป็นที่ปรึกษา อสม. ไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
การดำเนินโครงการ	**อสม. เป็นผู้ดำเนินโครงการด้านสุขภาพ** ภายใต้การกำกับดูแลจากบุคลากรภายนอก **อสม. ได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ** ในการดำเนินโครงการ	เทศบาลเป็นผู้กำหนดโครงการ อสม. เป็นผู้ดำเนินโครงการ

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าจุดแข็งของ อสม. ชุมชนที่ 1 คือประธาน อสม. ที่สมาชิกให้การยอมรับและสามารถทำงานร่วมกับเทศบาลได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม **<u>อสม. มีรูปแบการทำงานแบบบนลงล่าง คือ เทศบาลเป็นผู้กำหนดโครงการและกิจกรรมที่ อสม. จะต้องทำ เทศบาลเป็นผู้จัดอบรมและให้ทรัพยกรเท่าที่จำเป็น</u>** ในการดำเนินการโครงการและกิจกรรมดังกล่าว อสม. เป็นผู้ปฏิบัติและเก็บข้อมูลเพื่อส่งให้กับทางเทศบาล ดังนั้น อสม. จึงมีทักษะในการประเมินปัญหาสุขภาพเบื้องต้นและการดำเนินโครงการและกิจกรรมทางสุขภาพตามที่ได้รับมอบหมายจากทางเทศบาล ปัญหาหลักของการทำงานในมุมมองของ อสม. คือประชาชนบางส่วนที่ไม่ให้ความร่วมมือกับ อสม. ในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพและทรัพยากรที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนในชุมชน เช่น **<u>การมีเครื่องวัดความดันโลหิตไม่เพียงพอ</u>** เป็นต้น นอกจากนี้ อสม. ยังไม่มีประสบการณ์ในการประเมินปัญหาและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพดังกล่าว

ข. อสม. ชุมชนที่ 2

กลุ่ม อสม. ได้ประเมินความเข้มแข็งในครั้งที่ 1 ไว้อยู่ในระดับ 4 ถึง 5 ทั้งหมด 6 ด้านได้แก่ ผู้นำชุมชน โครงสร้างองค์กร การจัดการทรัพยากร หน่วยงานภายนอก ตัวแทนภายนอกและการดำเนินโครงการ (รูปที่ 5) ทั้งนี้สมาชิกกลุ่มเห็นว่า ผู้นำมีศักยภาพ มีความคิดริเริ่มและได้รับการยอมรับจากสมาชิก ผู้นำหรือประธาน อสม. มีส่วนสำคัญในการทำงานประสานงานกับหน่วยงานภายนอกชุมชน โดยเฉพาะเทศบาล กลุ่ม อสม. ได้รับงบประมาณและการสนับสนุนด้านทรัพยากรในดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากเทศบาล เช่น การดำเนินโครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโครงการที่กลุ่ม อสม. จัดทำขึ้นเพื่อเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่ม อสม. จะเป็นผู้ดำเนินโครงการสุขภาพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยมีหน่วยงานภายนอกเป็นผู้สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น (ตารางที่ 7)



รูปที่ 5 ระดับความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 2 ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

อย่างไรก็ตาม ด้านที่ได้รับการประเมินในระดับต่ำในครั้งที่ 1 คือ การมีส่วนร่วม การประเมินปัญหาและการวิเคราะห์ปัญหา กลุ่ม อสม. มีความเห็นว่า การทำงานที่ผ่านมานั้น กลุ่ม อสม. ไม่เคยเชิญคนในชุมชนเข้ามาประชุมร่วมกับ อสม. การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนคือการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทาง อสม. เป็นผู้ดำเนินโครงการ เมื่อการจัดกิจกรรมหรือการเยี่ยมบ้าน คนในชุมชนบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือ สำหรับการประเมินปัญหาสุขภาพในชุมชน กลุ่ม **อสม. มีความสามารถในการประเมินปัญหาสุขภาพรายบุคคลและได้ประเมินปัญหาสุขภาพรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง แต่ข้อมูลสุขภาพดังกล่าวไม่ได้ถูกนำมาใช้ในการวางแผนและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน กลุ่ม อสม. ไม่เคยวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน**

จากการประเมินครั้งที่ 1 กลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 2 เห็นว่าการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน การประเมินปัญหาและการจัดการทรัพยากร เป็นเรื่องสำคัญและได้วางแผนที่จะเพิ่มศักยภาพในด้านดังกล่าว ในด้านการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนนั้น ทางกลุ่ม อสม. มีความเห็นว่าจะเชิญคนในชุมชนมาร่วมประชุมกับ อสม. เพื่อพูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงสอบถามคนในชุมชนที่ต้องการให้กลุ่ม อสม. เข้าไปดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านการประเมินปัญหา ทางกลุ่ม อสม. เห็นว่าควรมีการทำแบบบันทึกสุขภาพของคนในชุมชนและนำข้อมูลที่ได้มาประเมินปัญหาสุขภาพในระดับชุมชน ข้อมูลดังกล่าวจะถูกใช้ในการวางแผนและพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน ในด้านการจัดการทรัพยากร ถึงแม้กลุ่ม อสม. จะเห็นว่ามีเพียงพอ อย่างไรก็ตามกลุ่ม อสม. มีความต้องการที่จะได้เครื่องเจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้วเพิ่มเติม กลุ่ม อสม. วางแผนที่จะเขียนโครงการไปยังเทศบาลให้สนับสนุนเครื่องเจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้ว แอลกอฮอล์และสำลี นอกจากนี้ กลุ่ม อสม. อาจจัดหาซื้อแถบวัดระดับน้ำตาลเอง อีกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการทรัพยากรคือการมีทุนของกลุ่ม อสม. ที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งทางกลุ่ม อสม. ไม่เคยมีทุนดังกล่าว ทั้งนี้ ทางกลุ่ม อสม. ได้พูดคุยเกี่ยวกับแนวทางการจัดหาทุนดังกล่าว เช่น นำมาจากค่าป่วยการของสมาชิก อสม. หรือการบริจาค ส่วนด้านการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพนั้น ทางกลุ่ม อสม. เห็นว่าต้องรอดูผลการประเมินปัญหาสุขภาพในระดับชุมชนก่อนจึงจะสามารถนำปัญหาดังกล่าวมาวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขต่อไปได้

ตารางที่ 7 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนและแนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนของ อสม. ชุมชนที่ 2 ครั้งที่ 1

Domains	Assessment	Reason	How to improve	Strategy	Resource
การมีส่วนร่วม	เมื่อมีกิจกรรมหรือการประชุม คนในชุมชนบางกลุ่มไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือการประชุมดังกล่าว	อสม. ไม่เคยเชิญคนในชุมชนมาประชุมร่วมกับ อสม. แต่สำหรับกิจกรรม คนในชุมชนบางส่วนให้ความร่วมมือดี	อาจจะเชิญคนในชุมชนมาร่วมประชุมกับ อสม.	1 ดูประเด็นสุขภาพ/คุณภาพชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุในชุมชน 2 ดูจำนวนกลุ่มเป้าหมาย 3 จดรายชื่อคนที่น่าจะให้ความร่วมมือ	1 สถานที่ 2 น้ำ 3 อาหารว่าง 4 บุคลากรของเทศบาล

ตารางที่ 7 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนและแนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนของ อสม. ชุมชนที่ 2 ครั้งที่ 1

Domains	Assessment	Reason	How to improve	Strategy	Resource
			อยากให้คนในชุมชนแจ้งถึงคนที่อยากให้เราเข้าไปดูแล	4 เชิญชวนคนที่น่าจะให้ความร่วมมือมาประชุม 5 ประชุม 1 คุยพร้อมกับตอนประชุมข้างบน	
ผู้นำชุมชน	ผู้นำริเริ่มดำเนินโครงการด้านสุขภาพโดยได้รับการสนับสนุนจากคนในหน่วยงานหรือองค์กร ผู้นำควรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม	ผู้นำริเริ่มดำเนินโครงการ ได้รับการสนับสนุนจากลูกทีม	มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การเขียนโครงการ	1 จดประเด็นความรู้และทักษะที่ต้องการเพิ่มพูน 2 แนวทางการดึงคนในชุมชนมาร่วมกิจกรรม เทศบาลเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนโครงการที่มีประโยชน์อยู่แล้ว	1 ประชุมพร้อมกับประเด็นแบบบันทึกสุขภาพ/คุณภาพชีวิต
โครงสร้างองค์กร	มีการสร้างเครือข่ายเพื่อทำงานด้านสุขภาพร่วมกันในชุมชน	ทำงานร่วมกับกลุ่มสตรี กรรมการชุมชนและกลุ่มแอโรบิก รวมถึงเทศบาล	พัฒนาในชุมชนก่อน	---	---

ตารางที่ 7 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนและแนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนของ อสม. ชุมชนที่ 2 ครั้งที่ 1

Domains	Assessment	Reason	How to improve	Strategy	Resource
การประเมินปัญหา	มีทักษะในการประเมินปัญหาสุขภาพ มีการประเมินปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่เคยนำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผน	อสม. มีทักษะในการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ อสม. ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ 1-2 เดือนครั้ง แต่ไม่เคยนำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผนและแก้ไขปัญหา	มีแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของบุคคลเพื่อเอามาดูภาพรวมของชุมชน	ทางเทศบาลหรือทางธรรมศาสตร์ออกแบบบันทึก จัดทำและแจกจ่ายให้ทีม อสม. 1 ออกแบบร่วมกันเราต้องประชุม 2 หาแหล่งทุน	1 วันประชุม 2 สถานที่ประชุม 3 น้ำ ขนม
การจัดการทรัพยากร	ทรัพยากรในชุมชนเพียงพอและถูกนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม	อสม. มีเครื่องวัดความดัน สายเทป เครื่องชั่งน้ำหนัก ซึ่งเพียงพอต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อสม. ดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม	จัดหาเครื่องเจาะน้ำตาลให้เพียงพอ มีทุนสำหรับบริหารจัดการ	อาจลองเขียนโครงการขอดูยืมเครื่องจากเทศบาล ซื้อแถบ จัดหาแอลกอฮอล์สำลี งบส่วนกลางจากค่าป่วยการ งบบริจาค แนวทางการบริหาร	1 คุยกับพี่รุ่ง 2 ซื้อแถบที่ร้าน 3 เงินซื้อแถบจากที่ไหน 4 เทศบาลอาจจะสนับสนุนสำลี แอลกอฮอล์
การวิเคราะห์ปัญหา	ไม่เคยจัดการประชุมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ต้นตอปัญหาสุขภาพในชุมชน	อสม. ไม่เคยวิเคราะห์ต้นตอปัญหาสุขภาพในชุมชน	ต้องรอประเด็นปัญหาสุขภาพก่อน	รอสรุปประเด็นสุขภาพก่อน	---
หน่วยงานภายนอก	ทำงานร่วมกับหน่วยงานภายนอกในการพัฒนาชุมชนใน	อสม. ทำงานร่วมกับธรรมศาสตร์ (เก็บข้อมูล) และเทศบาล (รับ	เตรียมความพร้อมการเจาะระดับน้ำตาล	เทศบาลอาจมาช่วยเตรียมความพร้อมก่อนเจาะน้ำตาลอีกครั้ง	วิทยากรจากเทศบาล

ตารางที่ 7 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนและแนวทางการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนของ อสม. ชุมชนที่ 2 ครั้งที่ 1

Domains	Assessment	Reason	How to improve	Strategy	Resource
	การดำเนินงานด้านสุขภาพ	นโยบายจากเทศบาลและขอการสนับสนุนจากเทศบาล)		วางแผนการเจาะน้ำตาล อาจทดสอบแบบบันทึกข้อมูล	วันและสถานที่ที่จะให้เทศบาลมาสอน
ตัวแทนภายนอก	ตัวแทนด้านสุขภาพจากนอกชุมชนเข้ามีส่วนร่วมก็ต่อเมื่อทางชุมชนร้องขอเท่านั้น	อสม. จะขอความช่วยเหลือจากตัวแทนของเทศบาลในเรื่องทรัพยากร เช่น โครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ	รอหลังประเมินปัญหาสุขภาพ รอหลังประเมินความรู้และทักษะที่ทาง อสม. ต้องการ	---	---
การดำเนินโครงการ	อสม. เป็นผู้ดำเนินโครงการสุขภาพ การดำเนินโครงการสุขภาพเป็นอิสระจากบุคลากรภายนอก มีการดำเนินที่โปร่งใส	อสม. จะเป็นผู้ดำเนินโครงการของตัวเอง หน่วยงานภายนอกสนับสนุนเรื่องทรัพยากรเท่านั้น การดำเนินงานของ อสม. โปร่งใสตรวจสอบได้	รอหลังประชุมอื่น ๆ	---	---

เมื่อได้ติดตามจากการประเมินครั้งที่ 2 พบว่า กลุ่ม อสม. ไม่ได้ดำเนินการตามที่วางแผนไว้ เหตุผลหลักคือความไม่มั่นใจในการจัดกิจกรรมดังกล่าว เช่น การเชิญคนในชุมชนมาพูดคุยเรื่องปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพในชุมชน ส่วนการทำแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพนั้น ทางกลุ่ม อสม. บางส่วนยังมีความไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของแบบบันทึกสุขภาพ เช่น แบบบันทึกสุขภาพมีไว้สำหรับเก็บข้อมูลให้ผู้วิจัย สำหรับ อสม. บางส่วนที่เข้าใจ จะมองเห็นประโยชน์และต้องการใช้แบบบันทึกสุขภาพนี้ การดำเนินการขอทรัพยากรต่าง ๆ ยังไม่ได้มีการดำเนินการตามที่วางแผนไว้

จากการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในมุมมองของกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 2 พบว่า ระดับความเข้มแข็งในด้านโครงสร้างองค์กร การประเมินปัญหา การจัดการทรัพยากร ตัวแทนภายนอกและการดำเนินโครงการนั้นลดลง (รูปที่ 5) เหตุผลที่ได้คะแนนลดลงคือความเข้าใจที่มีต่อสถานการณ์ในชุมชนมากขึ้น (ตารางที่ 8) เช่น ในด้านโครงสร้างองค์กร การประเมินครั้งที่พบว่ากลุ่ม อสม. มีการสร้าง

เครือข่ายเพื่อทำงานด้านสุขภาพร่วมกันในชุมชน แต่ในความเป็นจริงแล้ว ถึงแม้ว่ากลุ่ม อสม. มีบทบาทด้านสุขภาพ และ**<u>มีกลไกที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการทำงานกับ อสม. แต่บทบาทการทำงานเป็นแบบบนลงล่าง ไม่มีการทำงานกับเครือข่ายอื่น ๆ ในชุมชน</u>** กลไกที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมเป็นในลักษณะทางเดียว คือการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายและปากต่อปาก ส่วนด้านที่ไม่ลดลงคือ ผู้นำชุมชนหรือประธาน อสม. ที่สมาชิกยังให้การสนับสนุนและมีศักยภาพเพียงพอในการเป็นประธาน อสม. สำหรับด้านที่มีระดับความเข้มแข็งสูงขึ้นคือการทำงานกับหน่วยงานภายนอก คือเทศบาล กลุ่ม อสม. เห็นว่าเทศบาลให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุบางส่วนดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงระดับความเข้มแข็งของชุมชนจากครั้งที่ 1 จึงไม่ได้เกิดจากกิจกรรมหรือการดำเนินการตามแผงที่วางไว้ แต่เกิดจากความเข้าใจและมุมมองที่มีต่อชุมชนเปลี่ยนไป โดยกลุ่ม อสม. มีความเข้าในใจถึงศักยภาพของกลุ่ม อสม. มากขึ้น เห็นการทำงานประสานงานระหว่างกลุ่ม อสม. และเทศบาลชัดเจนขึ้น

ตารางที่ 8 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนของ อสม. ชุมชนที่ 2 ครั้งที่ 2

Domains	Assessment	Reason
การมีส่วนร่วม	เมื่อมีกิจกรรมเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือ แต่ไม่ได้แสดงความคิดเห็น	ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะให้ความร่วมมือ มีบางบ้านที่ไม่ให้ความร่วมมือ
ผู้นำชุมชน	ประธาน อสม. ริเริ่มดำเนินโครงการด้านสุขภาพ โดยได้รับการสนับสนุนจากสมาชิก อสม. ประธาน อสม. ควรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม	สมาชิก อสม. สนับสนุนการทำงานของประธาน ประธานมีโครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ
โครงสร้างองค์กร	มีบทบาทด้านสุขภาพ มีกลไกที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการทำงานกับ อสม.	ไม่มีเครือข่ายการทำงานในชุมชน ทำงานแบบ top-down ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายและปากต่อปาก
การประเมินปัญหา	มีทักษะในการประเมินปัญหาสุขภาพ อสม. เคยประเมินปัญหาสุขภาพ แต่ไม่เคยจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือ	อสม. มีทักษะในการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ อสม. ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ 1-2 เดือนครั้ง แต่ไม่เคยนำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผนและแก้ไขปัญหา
การจัดการทรัพยากร	อสม. มีทรัพยากรเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่ไม่มีการตัดสินใจร่วมกันถึงการนำทรัพยากรเหล่านี้ไปใช้ในด้านสุขภาพ ทรัพยากรเหล่านี้ก่อให้เกิดประโยชน์ด้านสุขภาพเพียงเล็กน้อยต่อชุมชน	อสม. มีทรัพยากรเพิ่มขึ้น แต่ อสม. ไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เห็นว่าเกิดประโยชน์ต่อชุมชนเพียงเล็กน้อย
การวิเคราะห์ปัญหา	ไม่เคยจัดการประชุมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ต้นตอปัญหาสุขภาพในชุมชน	อสม. ไม่เคยวิเคราะห์ต้นตอปัญหาสุขภาพในชุมชน

ตารางที่ 8 แสดงผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนของ อสม. ชุมชนที่ 2 ครั้งที่ 2

Domains	Assessment	Reason
หน่วยงานภายนอก	การ**ประสานงานกับหน่วยงานภายนอก**ทำให้ อสม. มีทรัพยากร เงินและสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้น และทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุบางส่วนดีขึ้น	อสม. ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรจากเทศบาล แต่บางครั้งไม่เพียงพอหรือไม่ตอบสนองความต้องการของชุมชน
ตัวแทนภายนอก	ตัวแทนด้านสุขภาพจากนอกชุมชนเป็นผู้**ควบคุมนโยบาย การเงิน ทรัพยากรและการประเมินผล**โครงการสุขภาพ โดยมี อสม. **เป็นที่ปรึกษา**ประชาสัมพันธ์และดำเนินการ อสม. **ไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในโครงการ**	โครงการส่วนใหญ่จะเป็น package มาให้เลือกจากเทศบาล มีกรอบการทำงานที่ชัด อสม. มีอิสระเพียงเล็กน้อย
การดำเนินโครงการ	อสม. เป็นผู้ดำเนินโครงการสุขภาพภายใต้การกำกับดูแลจากบุคลากรภายนอก อสม. และบุคลากรภายนอกมีบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจน อสม. **ได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ**ในการดำเนินโครงการ	อสม. จะดำเนินโครงการภายใต้การกำกับของเทศบาล เทศบาลมีโครงการอบรม อสม. เป็นประจำ

4.4 หลังสิ้นสุดโครงการ

ก. อสม. ชุมชนที่ 1

หลังสิ้นสุดโครงการ อสม. ชุมชนที่ 1 ได้วางแผนให้บุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกับ อสม. เพราะทาง อสม. เห็นว่าจะเป็นการเพิ่มศักยภาพและความน่าเชื่อถือของ อสม. รวมถึงทำให้ประชาชนให้ความร่วมมือที่ดีขึ้น ผู้วิจัยในฐานะแพทย์และพยาบาลจึงได้นัดหมายกับ อสม. เพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้าน และจะใช้การเยี่ยมบ้านเป็นจุดเริ่มต้นของการเสริมสร้างศักยภาพให้กับกลุ่ม อสม. รวมถึงพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป ทั้งนี้ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองคูคต ให้การสนับสนุนการทำงานร่วมกันดังกล่าวและมีแผนที่จะดำเนินงานเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (long-term care) และศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุที่มีนโยบายว่าจะก่อตั้งขึ้นใน 1 ถึง 2 ปีข้างหน้า

ข. อสม. ชุมชนที่ 2

หลังสิ้นสุดโครงการ อสม. ชุมชนที่ 2 มีความต้องการที่จะพัฒนาแบบบันทึกสุขภาพครอบครัวสำหรับ อสม. เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการติดตามสุขภาพของคนในครอบครัวที่ อสม. รับผิดชอบ รวมถึงการนำข้อมูลดังกล่าวมารวมกันเป็นข้อมูลสุขภาพของชุมชน อสม. ได้นัดหมายกับผู้วิจัยในการพัฒนาแบบบันทึกสุขภาพครอบครัวสำหรับ อสม. และแนวทางการจัดทำข้อมูลสุขภาพของชุมชนต่อไป ทั้งนี้ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองคูคต ให้การสนับสนุนในกิจกรรมดังกล่าว ทั้งด้านทรัพยากรและการทำงานกับกลุ่ม

อสม. และหากกิจกรรมดังกล่าวประสบความสำเร็จ เทศบาลอาจนำแนวทางดังกล่าวไปใช้กับชุมชนอื่น ๆ ในเทศบาลต่อไป

4.5 ผลการถอดบทเรียนการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียนโดยการสนทนากลุ่มประกอบไปด้วยสมาชิก อสม. ชุมชนที่ 1 ทั้งหมด 16 คน และสมาชิก อสม. ชุมชนที่ 2 ทั้งหมด 11 คน ทั้งนี้การสนทนากลุ่มได้จัดแยกกันระหว่าง อสม. ชุมชนที่ 1 และ อสม. ชุมชนที่ 2 ในแต่ละกลุ่ม สมาชิก อสม. จะถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อยโดยมีคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการในแต่ละกลุ่มย่อย การถอดบทเรียนของ อสม. ชุมชนที่ 1 จัดขึ้นประมาณ 2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนครั้งที่ 2 สำหรับการถอดบทเรียนของ อสม. ชุมชนที่ 2 ได้ถอดบทเรียนทันทีหลังสิ้นสุดการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนครั้งที่ 2 การสนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณ 60 นาทีในแต่ละกลุ่มย่อย

ผลการถอดบทเรียนพบว่า อสม. ไม่คุ้นชินกับโครงการในลักษณะนี้ ส่วนใหญ่คิดว่าเป็นโครงการอบรมหรือการเก็บข้อมูล เหมือนดังที่ อสม. คนหนึ่งกล่าวว่า “ตอนแรกผมคิดว่า เอ่อ เป็นการนำหน่วยงานเข้ามาวัดศักยภาพ อสม.ในพื้นที่”(อสม. กลุ่ม 2) แต่เป็นโครงการที่ “...ให้เราได้มาออกความคิดเห็นและก็เอาความคิดเห็นของเราไปในทางที่ว่า เออ คนส่วนใหญ่คิดยังไง” (อสม. กลุ่ม 2) โครงการนี้ช่วยให้ อสม. ได้ “...เริ่มออกความคิดเห็น...มานั่งดูปัญหาร่วมกัน...” (อสม. กลุ่ม 2) นอกจากนี้ อสม. ยังได้รับความรู้เพิ่มเติมจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่ม อสม. ด้วยกัน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการนี้คือแนวทางการดำเนินงานที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต อสม. ชุมชนที่ 1 เห็นว่าโครงการนี้ทำให้เกิดแนวทางการเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพกับ อสม. ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับ อสม. และความน่าเชื่อถือที่คนในชุมชนมีต่อ อสม.

“คนป่วยจะมั่นใจมาก ๆ หมอมานะ คนป่วยจะมั่นใจมาก พี่ไม่ได้เรียนหมอมา เขาจะมาเชื่อถืออะไรเราหนักหนาเนอะ พอหมอไปเขาก็มั่นใจ เอ่อ เนี่ยเตรียมตัวไว้นะ วันนี้หมอจะมาจากธรรมศาสตร์นะ เขาก็ดีใจ” (อสม. กลุ่ม 1)

ระหว่างการสนทนากลุ่ม อสม. ได้มีแนวคิดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะต้องมีบุคลากรสุขภาพไปเยี่ยม ดังการสนทนาดังต่อไปนี้

อสม. 1: ไม่ เราไม่ได้ไปเยี่ยมทุกคนนะ

อสม. 2: แบ่งเอาแค่ที่จำเป็นมากๆ

อสม. 3: เอาแต่เฉพาะคนที่หนักๆ

จึงเห็นได้ว่า การทำงานร่วมกับ อสม. และเปิดพื้นที่ให้ อสม. ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นมีส่วนช่วยให้ อสม. ได้วางแผนหรือปรับเปลี่ยนแนวทางการทำงานที่มีประโยชน์ต่อคนในชุมชนเพิ่มขึ้น

สำหรับ อสม. ชุมชนที่ 2 สมาชิก อสม. บางส่วนเห็นว่าการทำแบบบันทึกสุขภาพครอบครัวสำหรับ อสม. จะมีประโยชน์มากทั้งต่อ อสม. เอง และชุมชน ทางกลุ่ม อสม. ได้คิดรูปแบบและเนื้อของแบบบันทึก

สุขภาพครอบครัว มีการออกแบบแบบบันทึกและแบ่งบทบาทของสมาชิกในการทำแบบบันทึกสุขภาพครอบครัว แบบบันทึกสุขภาพนี้ กลุ่ม อสม. เห็นว่ามีความแตกต่างกับการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นพื้นฐานที่ผู้ให้ข้อมูล “ก็ไม่อยากจะให้ข้อมูล...แต่เรื่องสุขภาพนี่เราเข้าถึงได้” การที่ อสม. มีข้อมูลสุขภาพของแต่ละครัวเรือนที่รับผิดชอบจะทำให้การดูแลสุขภาพคนในชุมชนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้สมาชิก อสม. บางคนเห็นว่าข้อมูลดังกล่าวสามารถนำมาใช้ทำเป็นข้อมูลสุขภาพชุมชนเพื่อทราบปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน การมีข้อมูลดังกล่าวจะมีประโยชน์ต่อการวางแผนชุมชนในอนาคต

“ผู้สูงอายุเราเพิ่มขึ้น สมมติว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 10 คน 10 คนที่เพิ่มขึ้นเนี้ยเป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นกี่คน แล้วถามว่าพอปีต่อไปเพิ่มขึ้น 10 คน เราสามารถจะ control ให้ผู้สูงอายุนี้เป็นเบาหวานหรือความดันเพิ่มขึ้นหรือคงที่ นั่นคือประสบความสำเร็จในการทำงานของเราล่ะ มันมีตัววัด”

บทที่ 5

อภิปรายและวิจารณ์ผล

5.1 ผลการประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนาน เพื่อเพิ่มระดับความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองคูคต

โครงการวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนาน เพื่อเพิ่มระดับความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี โครงการวิจัยนี้ทำร่วมกับกลุ่ม อสม. 2 ชุมชน โดยกลุ่มที่ 1 มีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 17 คนและกลุ่มที่ 2 มีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 13 คน ผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 2 ชุมชนมีความคล้ายคลึงทั้งก่อนและหลังเสร็จสิ้นโครงการ โดยพบว่าระดับความเข้มแข็งของ อสม. หลังเสร็จสิ้นโครงการนั้นต่ำกว่าก่อนเริ่มโครงการ

การให้ความหมายของความเข้มแข็งของ ชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญเนื่องจากแต่ละชุมชนมีความมุมมองที่แตกต่างกันไป [8] ความหมายของความเข้มแข็งของ อสม. ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละหมวดหมู่นั้นมีความคล้ายคลึงกับความหมายดั้งเดิมที่ให้ไว้โดยเลเวอแรคและลาบอนเต [17] สิ่งที่แตกต่างคือบริบทของชุมชนและประเด็นสุขภาพ กล่าวคือบริบทของชุมชนคือพื้นที่ที่ อสม. ในแต่ละกลุ่มรับผิดชอบ การทำงานของ อสม. อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของเทศบาลเมืองคูคต ดังนั้นการมีส่วนร่วมจึงหมายถึงประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ดังกล่าว ผู้นำชุมชนคือประธาน อสม. โดยตำแหน่ง โครงสร้างองค์กรจะเน้นไปที่กลุ่มของ อสม. และการทำงานร่วมกับเครือข่าย ๆ อื่น ทั้งในแนวราบคือเครือข่ายในชุมชนและแนวตั้งคือ เทศบาลเมืองคูคต หน่วยงานภายนอกชุมชนและตัวแทนภายนอกชุมชน คือเทศบาลและตัวแทนจากเทศบาลที่มีบทบาทโดยตรงในการดูแลการทำงานของ อสม. ส่วนประเด็นสุขภาพนั้น หมายถึงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งการประเมินระดับความเข้มแข็งของ อสม. ในโครงการนี้เน้นไปที่การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นการประเมินหมวดหมู่ในแต่ละด้านจึงเฉพาะเจาะจงไปที่ประเด็นสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ต้องระบุประเด็นสุขภาพนั้น เนื่องจากระดับความเข้มแข็งของชุมชนจะเปลี่ยน ไปตามประเด็นสุขภาพ [23]

แบบจำลองสำหรับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนผ่านโครงการสุขภาพที่ดำเนินการตามปรกติและประกอบไปด้วยขั้นตอนหลัก ๆ 5 ขั้นตอน [17] (รูปที่ 1) ขั้นตอนที่ 1 คือการกำหนดขอบเขตของโครงการได้แก่ ระยะเวลา ขนาดของโครงการและกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคม ขั้นตอนที่ 2 คือการกำหนดวัตถุประสงค์โครงการโดยหรือร่วมกับชุมชน ขั้นตอนต่อไปคือการเลือกแนวทางที่จะทำให้โครงการบรรลุวัตถุประสงค์ เช่น การเริ่มจากระดับบุคคล การพัฒนากลุ่มคนทำงาน เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทของแต่ละชุมชน ขั้นตอนที่ 4 คือการดำเนินโครงการตามแนวทางที่วางไว้ และขั้นตอนสุดท้ายคือการประเมินผล ซึ่งการประเมินผลโครงการเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งนั้นจะเป็นการประเมินกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เนื่องจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวัตถุประสงค์ในด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งมักใช้เวลานานกว่าโครงการด้านสุขภาพ โครงการวิจัยชิ้นนี้ได้

ประยุกต์ขั้นตอนดังกล่าวทั้ง 5 ขั้นตอน กล่าวคือ ในขั้นตอนที่ 1 โครงการวิจัยชิ้นนี้ได้กำหนดระยะเวลา ขนาดของโครงการและกลุ่มต่าง ๆ ที่จะเข้าร่วมโครงการให้เหมาะสมกับบริบทและกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน โครงการนี้มีระยะเวลาดำเนินการเพียง 4 เดือน ด้วยข้อจำกัดด้านเวลา โครงการนี้จึงไม่ได้มุ่งหวังที่จะเห็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งในลักษณะก้าวกระโดดหรือเห็นผลที่ชัดเจน แต่หากให้โครงการนี้เป็นจุดเริ่มต้นให้กลุ่ม อสม. เห็นศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุและเห็นแนวทางในการพัฒนาความเข้มแข็งของกลุ่ม อสม. ในขั้นตอนที่ 2 โครงการวิจัยนี้ไม่ได้กำหนดวัตถุประสงค์ตั้งแต่แรกให้กลับกลุ่ม อสม. แต่หากใช้การประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้กลุ่ม อสม. ได้กำหนดวัตถุประสงค์ด้วยตัวเอง ในขั้นตอนที่ 3 หลังจากการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนครั้งที่ 1 ทำให้ทราบว่าจะต้องใช้แนวทางใดที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่เกิดขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนต่อไป กลุ่ม อสม. ได้วางแผนและดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ในขั้นตอนสุดท้าย กลุ่ม อสม. ได้ประเมินกระบวนการคือระดับความเข้มแข็งของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ในขั้นตอนที่ 4 กลุ่ม อสม. ทั้ง 2 ชุมชนไม่ได้ดำเนินการตามที่วางแผนไว้หลังจากการประเมินครั้งที่ 1 เหตุผลหลักของกลุ่มที่ 1 คือเป็นช่วงปิดงบประมาณและเป็นช่วงที่ต้องดำเนินกิจกรรมตามที่ได้รับมอบหมายจากเทศบาล และเหตุผลหลักของกลุ่มที่ 2 คือ ความไม่มั่นใจในศักยภาพของกลุ่ม อสม. เองและความเข้าใจที่ไม่ตรงกันของกลุ่ม อสม. ในการพัฒนาแบบบันทึกสุขภาพระดับครอบครัว

การประเมินผลอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ชุมชนเข้มแข็งได้ แต่การนำผลการประเมินมาใช้จะช่วยให้ชุมชนได้ทราบศักยภาพของชุมชนและสามารถนำผลดังกล่าวมาพัฒนาศักยภาพของชุมชนได้ [29] โครงการวิจัยชิ้นนี้จึงใช้การประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนเป็นจุดเริ่มต้นของการทำโครงการ โดยนำ Thai-version empowerment assessment rating scales มาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของกลุ่ม อสม. และประเด็นสุขภาพ ข้อดีของการใช้เครื่องมือดังกล่าวคือการอนุญาตให้กลุ่ม อสม. สามารถเลือกข้อความที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์ในชุมชนมากที่สุดและกลุ่ม อสม. สามารถปรับประโยคที่ใช้ เพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด นอกจากนี้ โครงการนี้ได้ใช้ logical framework เป็นเครื่องมืออย่างง่ายที่ช่วยให้กลุ่ม อสม. สามารถนำผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนมาใช้ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพของกลุ่ม อสม. และเพื่อให้กลุ่ม อสม. เข้าใจผลการประเมินดังกล่าวได้ง่ายขึ้น โครงการนี้ได้นำผลการประเมินแบบใยแมงมุม มาใช้เพื่อประโยชน์ดังกล่าว [30] ทั้งนี้ผลการประเมินแบบใยแมงมุมยังช่วยให้ชุมชนเห็นการเปลี่ยนแปลงระดับความเข้มแข็งของกลุ่ม อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งโครงการวิจัยนี้ประเมินระดับความเข้มแข็งก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการ ผลการประเมินถูกนำมาใช้เป็นประเด็นในการสนทนาและอภิปรายระหว่างสมาชิก อสม. ด้วยกัน ทำให้ อสม. สามารถวางแผนเพื่อพัฒนาศักยภาพของกลุ่มในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการประเมินครั้งที่ 1 ของกลุ่มที่ 1 พบว่าระดับความเข้มแข็งของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน) ในด้านผู้นำ (ประธาน อสม.) โครงสร้างองค์กร การจัดการทรัพยากร ตัวแทนภายนอกและการดำเนินโครงการ จะเห็นได้ว่ากลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 เห็นว่าประธาน อสม. และกลุ่มของตัวเองมีศักยภาพในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมดังกล่าวมีเทศบาลเป็นผู้ให้การดูแลและสนับสนุนโดยเฉพาะด้านทรัพยากร นอกจากนี้

อสม. ชุมชนที่ 1 มองว่ากลุ่มของตัวเองเป็นผู้ตัดสินใจในการดำเนินโครงการต่าง ๆ บทบาทหน้าที่ของ อสม. ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรงและการเขียนและเสนอโครงการเพื่อของบประมาณจากเทศบาล โดยกลุ่ม อสม. เองเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผลการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนในหมวดดังกล่าวอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมของชุมชน การประเมินปัญหาและการวิเคราะห์ปัญหาเป็นหมวดหมู่ที่ได้คะแนนต่ำจากการประเมิน (น้อยกว่า 3 คะแนน) กลุ่ม อสม. มองว่าคนในชุมชนบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมของ อสม. ทั้งนี้ อสม. ส่วนใหญ่เห็นว่าคนในชุมชนไม่เชื่อถือ อสม. และบางส่วนอาจเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีอยู่แล้ว ส่วนการประเมินปัญหาและการวิเคราะห์ปัญหานั้น กลุ่ม อสม. เห็นว่าตัวเองมีศักยภาพในการประเมินปัญหาสุขภาพระดับบุคคล แต่ผลการประเมินดังกล่าว ไม่เคยถูกนำมาใช้ในการประเมินปัญหาสุขภาพระดับชุมชน เหตุผลหลักคือกลุ่ม อสม. ไม่เคยเก็บข้อมูลที่ประเมินสุขภาพระดับบุคคลไว้กับกลุ่มเอง แต่จะส่งข้อมูลดังกล่าวให้กับทางเทศบาล และเนื่องจากกลุ่ม อสม. ไม่มีข้อมูลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จึงไม่เคยวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพหรือนำปัญหาสุขภาพมาใช้ในการวางแผนเพื่อพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ จากผลการประเมินดังกล่าวจึงพอเห็นรูปแบบการทำงานคร่าว ๆ ของกลุ่ม อสม. ว่าทำงานภายใต้การดูแลและสนับสนุนของเทศบาลและมีศักยภาพในการดำเนินกิจกรรมและโครงการเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามที่ได้รับการอบรมมา อย่างไรก็ตามกลุ่ม อสม. ยังขาดความมั่นใจในการทำงานและไม่เคยประเมินและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพระดับชุมชน

ผลการประเมินครั้งที่ 1 ร่วมกับการใช้ logical framework ช่วยให้กลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 กำหนดประเด็นสำคัญเพื่อการพัฒนาความเข้มแข็งของกลุ่ม อสม. ทั้งสิ้น 3 ประเด็น ประเด็นที่ 1 คือการเพิ่มการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน การทำงานในพื้นที่เขตเมือง เรื่องที่ท้าทายที่สุดในมุมมองของ อสม. คือความร่วมมือของคนในชุมชนต่อโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการโดย อสม. เช่น การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น กลุ่ม อสม. เห็นว่าปัจจัยหลักทีอาจทำให้คนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือคือการขาดความน่าเชื่อถือของ อสม. ซึ่งเป็นการบ่งบอกทางอ้อมถึงความเชื่อมั่นในตัวเองที่อาจลดต่ำลงเมื่อคนในชุมชนปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือกับกลุ่ม อสม. ดังนั้นกลุ่ม อสม. จึงต้องการให้มีบุคลากรทางการแพทย์ลงทำงานกับกลุ่ม อสม. ด้วย เช่น การเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. เป็นต้น ประเด็นที่ 2 คือการเพิ่มทรัพยากรในชุมชนซึ่งเน้นไปที่อุปกรณ์สำหรับการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ เครื่องวัดความดัน สายวัดรอบเอวและเครื่องชั่งน้ำหนัก และประเด็นสุดท้ายคือการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ อสม. มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น ช่วยสร้างความน่าเชื่อถือของ อสม. ให้กับชุมชน และอาจส่งผลทางอ้อมให้คนในชุมชนให้ความร่วมมือกับ อสม. มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อถึงเวลาในการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนครั้งที่ 2 พบว่ากลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 ไม่ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ด้วยเหตุผลหลัก 2 ประการ ประการแรกคือเป็นช่วงปิดงบประมาณ ซึ่งเป็นช่วงที่ต้องดำเนินกิจกรรมตามปีงบประมาณให้เสร็จสิ้น เหตุผลประการที่สองคือกลุ่ม อสม. ไม่สามารถหาบุคลากรทางการแพทย์ ไปเยี่ยมบ้านร่วมกันได้ ดังนั้นในการประเมินครั้งที่ 2 ผลการประเมินหลาย ๆ หมวดหมู่จึงไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างที่ควรเป็น ในความเป็นจริง ระดับความเข้มแข็งด้านโครงสร้างองค์กร การจัดการทรัพยากร หน่วยงานภายนอก ตัวแทนภายนอกและการดำเนินโครงการ ได้รับคะแนนการประเมินที่น้อยกว่า

ครั้งที่ 1 อย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้เหตุผลหลักไม่ใช่เกิดจากความเข้มแข็งที่ลดลง แต่เกิดจากมุมมองของ อสม. ที่มีต่อความเข้มแข็งของชุมชนในหมวดหมู่ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนไปหรือตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น เช่น ในการประเมินครั้งที่ 1 กลุ่ม อสม. ประเมินว่ากลุ่ม อสม. เป็นผู้มีบทบาทหลักในการดำเนินโครงการในชุมชน แต่ในครั้งที่ 2 กลุ่ม อสม. ประเมินว่า อสม. เป็นเพียงผู้ปฏิบัติหน้าที่ภายใต้การกำกับดูแลของเทศบาล เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นว่าการบันทึกเหตุผลของการให้คะแนนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้กลุ่ม อสม. ได้กลับมาทบทวนมุมมองที่ตัวเองมีต่อการประเมินในแต่ละครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการใช้ logical framework [8]

ผลการประเมินครั้งที่ 1 ของกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 2 มีความคล้ายคลึงกับผลการประเมินครั้งที่ 1 ของกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 กล่าวคือ ได้ระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ในด้านผู้นำ โครงสร้างองค์กร การจัดการทรัพยากร หน่วยงานภายนอก ตัวแทนภายนอกและการดำเนินโครงการ จะเห็นได้ว่ากลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 2 ประเมินว่าประธาน อสม. มีศักยภาพ ได้รับการยอมรับจากสมาชิก อสม. และสามารถติดต่อกับเทศบาลและหน่วยงานภายนอกเพื่อเพิ่มทรัพยากรให้กับกลุ่ม อสม. ได้ การดำเนินโครงการของ อสม. เป็นอิสระภายใต้การกำกับดูแลของเทศบาล ถึงแม้ว่าทรัพยากรบางอย่างจะไม่เพียงพอ แต่กลุ่ม อสม. ก็สามารถบริหารจัดการให้การใช้ทรัพยากรนั้นถูกใช้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม สำหรับหมวดหมู่ที่กลุ่ม อสม. ประเมินว่าอยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า 3 คะแนน) คือการมีส่วนร่วมและการวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งผลการประเมินมีความคล้ายคลึงกับกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 ทำให้เห็นได้ว่า กลุ่ม อสม. ยังเห็นว่ากลุ่ม อสม. ขาดความร่วมมือจากคนในชุมชนบางส่วน และการร่วมมือนั้นเป็นเพียงในฐานะผู้รับผลประโยชน์จากการดำเนินโครงการ คนในชุมชนไม่มีส่วนร่วมให้ความเห็นในการดำเนินโครงการแต่อย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับหมวดหมู่การวิเคราะห์ปัญหาที่กลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 2 ประเมินว่ากลุ่ม อสม. ไม่เคยวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในชุมชน ปัจจัยอีกประการคือการไม่ได้นำผลการประเมินปัญหาสุขภาพมาใช้ในการวางแผนและพัฒนาสุขภาพคนในชุมชน ถึงแม้ว่าจะได้รับการประเมินที่สูง เนื่องจากมีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แต่ผลการประเมินต่าง ๆ จะถูกส่งไปยังเทศบาล ทำให้ชุมชนไม่ทราบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับชุมชน

จากการใช้ logical framework ทำให้กลุ่ม อสม. วางแผนพัฒนาศักยภาพของกลุ่มตนเอง 3 ประเด็นหลัก ๆ คือ การมีข้อมูลสุขภาพของชุมชน การเพิ่มความสามารถของ อสม. ในการเจาะและแปลผลระดับน้ำตาลจากปลายนิ้วและทุนสำหรับบริหารจัดการในชุมชน ในเรื่องการมีข้อมูลสุขภาพของชุมชนนั้น กลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 2 วางแผนว่าจะขอให้ทางเทศบาลหรือคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ออกแบบบันทึกสุขภาพร่วมกับทีม อสม. รวมถึงหาแหล่งทุนในการผลิตแบบบันทึกสุขภาพดังกล่าว ส่วนในประเด็นที่ 2 กลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 2 วางแผนว่าจะเขียนโครงการเพื่อขอเครื่องเจาะวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้วจากเทศบาล รวมถึงมีแนวทางต่าง ๆ เช่น หาร้านที่จำหน่ายแถบวัดระดับน้ำตาลราคาถูก ขอสำลีและแอลกอฮอล์จากเทศบาล เป็นต้น สำหรับประเด็นสุดท้ายเรื่องทุนสำหรับบริหารจัดการเพื่อดูแลสุขภาพของคนในชุมชน กลุ่ม อสม. ได้มีแนวคิดที่จะประชุมเพื่อหาความเป็นไปได้ในการมีทุนเพื่อใช้จ่ายที่เร่งด่วนโดยไม่ต้องของบประมาณจากเทศบาล

อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินติดตามในครั้งที่ 2 พบว่า กลุ่ม อสม. ไม่ได้ดำเนินการตามที่วางแผนไว้ เหตุผลหลักคือความไม่มั่นใจในกลุ่ม อสม. เองที่จะดำเนินการตามที่วางแผนไว้ ด้วยระยะเวลาเพียง 4 เดือน

หลังการประเมินผลครั้งที่ 1 และการขาดการสนับสนุนจากบุคคลภายนอกในการดำเนินการทำให้ผลการประเมินครั้งที่ 2 ไม่ได้ดีขึ้น ในความจริง ผลการประเมินในหลาย ๆ หมวดหมู่กลับน้อยกว่าผลการประเมินในครั้งที่ 1 ซึ่งจะเห็นว่าคล้ายคลึงกับผลการประเมินครั้งที่ 2 ของกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 กล่าวคือระดับความเข้มแข็งลดลงในด้านโครงสร้างองค์กร การประเมินปัญหา การจัดการทรัพยากร ตัวแทนภายนอกและการดำเนินการ ผลการประเมินที่ต่ำลงไม่ได้หมายความว่ากลุ่ม อสม. มีศักยภาพลดน้อยลง แต่เกิดจากความสามารถในการประเมินความเข้มแข็งของกลุ่ม อสม. ที่ดีขึ้นและใกล้เคียงกับความเป็นจริงของสถานการณ์ในชุมชนมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากเหตุผลการประเมินที่ระบุว่าการทำงานระหว่าง อสม. กับเทศบาลนั้นเป็นแบบบนลงล่าง บทบาทหลักของ อสม. คือผู้ดำเนินการสุขภาพต่าง ๆ ในชุมชนภายใต้การบริหารจัดการของเทศบาล นอกจากนี้กลุ่ม อสม. ไม่ได้ทำงานร่วมกับเครือข่ายที่มีอยู่ในชุมชนในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

เมื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นจากการประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนานเพื่อเพิ่มระดับความเข้มแข็งของกลุ่ม อสม. ทั้ง 2 ชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจะพบว่ามีความคล้ายคลึงกันในหลายประการ กล่าวคือ ในการประเมินครั้งที่ 1 ความเข้มแข็งในหมวดหมู่ที่เกี่ยวข้องกับผู้นำ การดำเนินโครงการและการทำงานกับตัวแทนหรือหน่วยงานภายนอกมีระดับความเข้มแข็งที่สูงใกล้เคียงกัน ในขณะที่การมีส่วนร่วมและการวิเคราะห์ปัญหานั้นได้คะแนนต่ำที่สุดใน 9 หมวดหมู่ ในขณะที่การประเมินครั้งที่ 2 ผลการประเมินทั้ง 2 ชุมชน พบว่ามีระดับความเข้มแข็งในหมวดหมู่โครงสร้างองค์กรและการทำงานกับตัวแทนหรือหน่วยงานภายนอกที่ต่ำกว่าครั้งที่ 1 โดยมีปัจจัยหลักมาจากการเห็นบทบาทของกลุ่มของ อสม. และเทศบาลที่ชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ พบว่าในระยะเวลา 4 เดือน ภายใต้ข้อจำกัดบางประการในชุมชนถือว่าเป็นระยะที่สั้นเกินกว่าจะเห็นการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในกลุ่ม อสม. ทั้ง 2 ชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในแต่ละชุมชนนั้นต้องการระยะเวลาไม่เท่ากัน หากโครงการไม่นานเพียงพอก็อาจจะไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงใด ๆ [18] ชุมชนที่มีความเข้มแข็งจะใช้ระยะเวลาที่สั้นกว่าชุมชนที่มีความเข้มแข็งน้อยกว่า ผลจากการวิจัยของเราชิ้นนี้ยืนยันแนวคิดดังกล่าว

5.2 บทเรียนจากการประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนานเพื่อเพิ่มระดับความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองคูคต

ก. ความเป็นไปได้ของการประยุกต์แบบจำลองดังกล่าว

งานวิจัยชิ้นนี้แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนานเพื่อเพิ่มระดับความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองนั้นเป็นไปได้ เหมาะสมกับผู้ใช้คือกลุ่ม อสม. การเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจร่วมกันกับ อสม. ถึงความหมายของความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและหมวดหมู่ความเข้มแข็งต่าง ๆ เป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้กลุ่ม อสม. เข้าใจและสามารถประเมินความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ใกล้เคียงกับสถานการณ์ของชุมชนมากที่สุด การประยุกต์ใช้แบบจำลองดังกล่าวทำให้กลุ่ม อสม. เห็นศักยภาพของตัวเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ

9 ด้าน และสามารถนำไปสู่การวางแผนเพื่อพัฒนาศักยภาพในด้านต่าง ๆ งานวิจัยชิ้นแสดงให้เห็นว่าแบบจำลองดังกล่าวสามารถนำมาใช้ในระดับชุมชนได้

ข. ความเป็นไปได้ของการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนในมุมมองของกลุ่ม อสม.

งานวิจัยชิ้นนี้ แสดงให้เห็นว่าการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชน โดยกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับการใช้ Thai-version empowerment assessment rating scales และแผนภาพใยแมงมุมนั้นเหมาะสมกับผู้ใช้คือ กลุ่ม อสม. การประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นกับประเด็นและการแสดงความคิดเห็นของสมาชิก อสม. การใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการเอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนมุมมองระหว่างสมาชิก อสม. และทำให้ผลการประเมินนั้นใกล้เคียงกับสถานการณ์กับชุมชนมากที่สุด อย่างไรก็ตาม ในการใช้ครั้งแรกนั้น สมาชิก อสม. อาจไม่มองไม่เห็นบทบาทของตัวเองและเทศบาลที่ชัดเจน ส่งผลให้การประเมินนั้น ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ผู้วิจัยจึงควรให้เวลา และตั้งคำถามที่จะช่วยให้ อสม. ได้เกิดการตระหนักรู้และเห็นสถานการณ์ของตนได้ชัดเจนขึ้น Thai-version empowerment assessment rating scales นั้นมีความเหมาะสม แต่ควรปรับภาษาให้เหมาะกับบริบทของกลุ่ม อสม. ซึ่งหากภาษาที่ใช้นั้นเหมาะสมกับบริบท จะทำให้ผลการประเมินนั้นสอดคล้องกับความเป็นจริงและช่วยลดความสับสนด้านภาษาของแบบประเมินดังกล่าว แผนภาพใยแมงมุมมีประโยชน์อย่างมากในการให้สมาชิกมองเห็นความเข้มแข็งของชุมชนในด้านต่าง ๆ และช่วยให้สมาชิกได้จัดลำดับความสำคัญของการวางแผนเพื่อพัฒนาศักยภาพของตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ค. ประโยชน์ของการนำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผนเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน

งานวิจัยชิ้นนี้ได้นำ logical framework มาใช้ในการบันทึกผลการประเมิน เหตุผลของการประเมินผลในแต่ละหมวดหมู่และการวางแผนเพื่อพัฒนาศักยภาพในแต่ละด้าน จากผลการนำ logical framework มาใช้ทำให้ผลการประเมินระดับความเข้มแข็งถูกนำมาใช้ในการวางแผนเพื่อพัฒนาศักยภาพในด้านต่าง ๆ รวมถึงการระบุแนวทางและทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในกลุ่ม อสม. ทั้ง 2 ชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การทำแบบบันทึกสุขภาพเพื่อให้มีข้อมูลสุขภาพระดับชุมชน และการเยี่ยมผู้สูงอายุร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น งานวิจัยชิ้นนี้สนับสนุนแนวความคิดของการนำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผนเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน [29] และเห็นว่าการนำ logical framework มาใช้นั้นเหมาะสมต่อบริบทของกลุ่ม อสม. ในเขตเทศบาลเมือง มีความไม่ยุ่งยากและก่อให้เกิดการวางแผนเพื่อพัฒนาศักยภาพของกลุ่ม อสม. ได้

ง. ประโยชน์ของการติดตามการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

ในบางบริบทและบางวัฒนธรรม การติดตามโดยการประเมินความก้าวหน้านั้นมีความสำคัญต่อการทำงานของชุมชน [21] งานวิจัยชิ้นนี้เห็นว่าการติดตามความก้าวหน้าโดยการประเมินผลและการติดตามแผนการพัฒนาศักยภาพด้านต่าง ๆ เป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้เห็นว่ากลุ่ม อสม. มีความก้าวหน้ามากน้อยเพียงใดในการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ การประเมินผลยังช่วยให้กลุ่ม อสม. มีความเข้าใจ

บทบาทของตนเองและเทศบาล รวมถึงศักยภาพต่าง ๆ ที่ตรงกับสถานการณ์ความเป็นมามากขึ้น ประโยชน์ของการติดตาม อีกประการหนึ่งคือสามารถนำผลการประเมินนั้นมาใช้ในการวางแผนเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

5.3 ผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่ม อสม.

ก. กลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1

ความต้องการหลักของกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 คือการมีบุคลากรทางการแพทย์ร่วมเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน เหตุผลหลักคือการเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับ อสม. และการทำให้คนในชุมชนให้ความร่วมมือมากขึ้นกับ อสม. ในการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยร่วมกับทางเทศบาลเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการดำเนินการดังกล่าว จึงได้ร่วมกับกลุ่ม อสม. ในการวางแผนการเยี่ยมผู้สูงอายุร่วมกัน ทั้งนี้วัตถุประสงค์อีกประการหนึ่งของการเยี่ยมผู้สูงอายุร่วมกัน คือการสร้างระบบการเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนโดย อสม. ให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับชุมชนและเกิดประโยชน์ต่อชุมชนมากที่สุด นอกจากนี้ผู้วิจัยมุ่งหวังที่จะใช้การเยี่ยมผู้สูงอายุร่วมกัน เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แผนการดำเนินการดังกล่าวได้รับความเห็นชอบจากเทศบาลเมืองคูคตและกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 ดังนั้นกลุ่ม อสม. และผู้วิจัยจึงได้นัดวันประชุมอีกครั้งเพื่อวางแผนการเยี่ยมผู้สูงอายุหลังสิ้นสุดโครงการ

ข. กลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 2

ความต้องการหลักของกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 2 คือการสร้างข้อมูลสุขภาพในชุมชน โดยมุ่งเน้นไปที่วัยเด็ก วัยทำงานและวัยสูงอายุ กลุ่ม อสม. เห็นว่าการสร้างข้อมูลสุขภาพดังกล่าวจะมีประโยชน์ต่อคนในชุมชนและควรที่จะต้องมีข้อมูลมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ ทางกลุ่ม อสม. จึงขอให้ผู้วิจัยร่างแบบบันทึกสุขภาพครอบครัวมาเป็นแบบอย่างเพื่อการพัฒนาแบบบันทึกสุขภาพร่วมกัน กลุ่ม อสม. วางแผนว่า แบบบันทึกสุขภาพครอบครัวจะถูกเก็บไว้ที่ อสม. โดย อสม. หนึ่งคนจะมีแบบบันทึกสุขภาพครอบครัวเท่ากับจำนวนครอบครัวหรือครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ แบบบันทึกดังกล่าวควรออกแบบให้ใช้ได้ประมาณ 3-4 ปี เพื่อประหยัดงบประมาณในการผลิต แหล่งทุนในการผลิตอาจมาจากเทศบาลหรือทางผู้นำชุมชน ทั้งนี้จากการประสานงานกับเทศบาล โดยผู้วิจัยทำให้ถึงความเป็นไปได้ที่จะใช้งบประมาณจากเทศบาลในการผลิตแบบบันทึก นอกจากนี้ กลุ่ม อสม. จะรวบรวมผลที่ได้จากการประเมินสุขภาพครอบครัวมาสร้างเป็นข้อมูลสุขภาพในระดับชุมชน เพื่อใช้ในการวางแผนและพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน หลังสิ้นสุดโครงการ กลุ่ม อสม. และผู้วิจัยจึงได้นัดวัดประชุมอีกครั้งเพื่อวางแผนพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพครอบครัวและการสร้างข้อมูลสุขภาพในระดับชุมชน

ค. เทศบาลเมืองคูคต

จากการประชุมร่วมกับผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ก่อนสิ้นสุดโครงการ ทางผู้อำนวยการเห็นว่าการทำงานร่วมกับกลุ่ม อสม. ในงานวิจัยชิ้นนี้ช่วยให้การทำงานของกลุ่ม อสม. ดี

ขึ้นและชัดเจนขึ้น แนวทางที่เป็นไปได้หลังสิ้นสุดโครงการที่อาจเกิดขึ้นคือการขยายการทำงานไปยังกลุ่ม อสม. ในชุมชนอื่น ๆ และการสานต่องานที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยชิ้นนี้กับกลุ่ม อสม. 2 กลุ่มเดิม ทางเทศบาลมีความสนใจที่จะเข้าร่วมประชุมและกิจกรรมกับกลุ่ม อสม. ที่เข้าร่วมงานวิจัยชิ้นนี้ ทางเทศบาลเห็นความเป็นไปได้ในการจัดการประชุมที่จะเอื้อให้กลุ่ม อสม. ในแต่ละชุมชนได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนตามแนวทางการประเมินความเข้มแข็งของชุมชนหรือวิธีอื่น ๆ ที่จะช่วยให้กลุ่ม อสม. ได้วางแผนและดำเนินการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

5.4 ความท้าทายการทำงานกับ อสม. ในเทศบาลที่มีความเป็นเมืองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ค. การสร้างความน่าเชื่อถือให้กับ อสม.

ผู้ที่จะเข้ามาเป็น อสม. ในปัจจุบันจะต้องได้รับการคัดเลือก ฝึกอบรมและทดสอบก่อนจึงจะสามารถเป็น อสม. ได้ ผู้ที่เป็น อสม. แล้ว จะได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจได้ว่า อสม. จะมีศักยภาพเพียงพอในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เป็นตัวแทนการดูแลสุขภาพภาคประชาชน สามารถ “แจ้งข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชนและทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี” ซึ่งเป็นบทบาทที่กำหนดในระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ที่ระบุบทบาทของ อสม. ไว้ 9 ข้อ ได้แก่

1. ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน
3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข หรือบทบัญญัติของกฎหมายอื่น ๆ
4. จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ ของท้องถิ่น
5. เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่น ๆ
6. ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ของประชาชนและการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ
7. ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ
8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
9. ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น ๆ ในท้องถิ่น

แต่จากการทำงานวิจัยร่วมกับกลุ่ม อสม. พบว่า กลุ่ม อสม. บางส่วนกังวลเรื่องความน่าเชื่อถือที่คนในชุมชนมีต่อ อสม. ซึ่งอาจส่งผลต่อการให้ความร่วมมือต่าง ๆ กับ อสม. เช่น การให้เข้าสำรวจ

สุขภาพของคนในบ้าน หรือการเข้าร่วมโครงการบางอย่าง ทั้งนี้ ปัจจัยหลักคือฐานะทางเศรษฐกิจของคนในชุมชนบางส่วน อยู่ในระดับปานกลางถึงดี และพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพของคนในชุมชนที่ค่อนข้างดี รวมถึงการเข้าถึงการรักษาพยาบาลผ่านสิทธิการรักษา เช่น สิทธิข้าราชการ เป็นต้น ซึ่งทำให้คนในชุมชนบางส่วนไม่ต้องพึ่งพิงความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของ อสม. และอาจส่งผลให้คนในชุมชนเหล่านี้ไม่ให้ความร่วมมือกับ อสม. และทำให้ อสม. ขาดความเชื่อมั่นในการทำงานกับคนในชุมชน ดังจะเห็นได้จากความคิดเห็นของกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 ที่ต้องการให้มีบุคลากรทางการแพทย์ไปร่วมเยี่ยมบ้านกับกลุ่ม อสม.

การทำให้ อสม. เป็นที่รู้จักและได้รับการยอมรับของคนในชุมชนในเทศบาลเขตเมืองจึงเป็นเรื่องที่ท้าทาย เพราะจำนวนประชากรที่มาก มีความหลากหลายเชิงสังคมและมีสิทธิการรักษาที่หลากหลาย นอกจากนี้ การที่เทศบาลเมืองคูคตมีชุมชนที่ต้องดูแลเป็นจำนวนมากถึง 31 ชุมชนและ อสม. กว่า 400 คน จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายว่าเทศบาลเมืองคูคตจะเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับ อสม. อย่างไรเพื่อให้ อสม. มีความเชื่อมั่นในการทำงานและอาจส่งผลให้การทำงานของ อสม. มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

ง. การดูแล กำกับและติดตามการทำงานของ อสม.

จากการร่วมทำวิจัยกับกลุ่ม อสม. คณะผู้วิจัยได้พบความท้าทายของการทำงานของ อสม. เขตเมืองในพื้นที่ของเทศบาล ซึ่งมีความแตกต่างกับ อสม. เขตชนบท (รวมถึงเขตที่มีความเป็นชนบทมากกว่าเมือง) หลายประการ ประการหนึ่งคือ เทศบาลเขตเมืองจะมีชุมชนในการดูแลค่อนข้างมาก ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองคูคตนั้นมีชุมชนที่อยู่ในความดูแลทั้งสิ้น 31 ชุมชน ในแต่ละชุมชนมี อสม. 1 ทีม และในแต่ละทีมจะมี อสม. ประมาณ 15-25 คน โดย อสม. ทั้งหมดจะทำงานภายใต้การดูแลของเทศบาลโดยตรง ในขณะที่ อสม. ในเขตชนบทส่วนใหญ่จะทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ซึ่งคอยดูแล อบรมและประสานการทำงานระหว่าง รพ.สต. กับชุมชน จำนวนชุมชนต่อหนึ่ง รพ.สต. จึงไม่มากเท่ากับจำนวนชุมชนต่อหนึ่งเทศบาลเขตเมือง ความแตกต่างในการบริหารงานนั้นส่งผลให้การดูแล อสม. เขตเมืองไม่ทั่วถึงเมื่อเทียบกับ อสม. เขตชนบท

นอกจากนี้ จำนวนประชากรที่อยู่ในความดูแลนั้นก็มีความแตกต่างกันมากทั้งเชิงปริมาณ เช่น จำนวนครัวเรือนและจำนวนหลังคาเรือนที่อาจมากถึงหนึ่งพันหลังคาเรือนต่อหนึ่งชุมชนซึ่งมี อสม. ในพื้นที่เพียง 20 คน เป็นต้น และเชิงสังคม เช่น ประชากรแฝง ประชากรที่มาเช่าที่อยู่อาศัย ประชากรในคอนโดมีเนียม และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น การเข้าถึงคนในชุมชนในเขตเมืองจึงมีความซับซ้อนและยุ่งยากมากกว่าในเขตชนบท นอกจากนี้ ประชากรในเขตเมืองมีสิทธิประกันสุขภาพที่หลากหลาย ผู้ที่มีสิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการบางส่วนจึงอาจไม่ต้องพึ่งพิง อสม. เนื่องจากมีสถานพยาบาลประจำในการดูแลสุขภาพอยู่แล้ว และการที่คนในชุมชนมีสิทธิประกันสุขภาพที่หลากหลายและรับการบริบาลจากสถานพยาบาลได้หลากหลาย ทำให้การเชื่อมโยงการทำงานระหว่างชุมชน เทศบาล และสถานพยาบาลมีความซับซ้อน และอาจไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสิทธิราชการและ

กลับมาพักรักษาตัวจากโรงพยาบาลเอกชน และอาจจำเป็นต้องมีการดูแลระยะยาว ก็อาจไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องโดย อสม. และหากผู้สูงอายุดังกล่าวสามารถลงทะเบียนสิทธิต่าง ๆ ที่ทางเทศบาลมีให้ผู้สูงอายุก็อาจไม่ได้รับข้อมูลที่มีประโยชน์ทำให้ไม่ได้รับสิทธิที่ควรจะได้รับ และหากมีเหตุฉุกเฉิน การติดต่อประสานงานระหว่างชุมชน เทศบาลและสถานพยาบาลก็อาจเป็นเรื่องยาก เนื่องจากชุมชนไม่มีข้อมูลของผู้สูงอายุคนนี้ เป็นต้น

จ. การสร้างหรือแบ่งปันข้อมูลสุขภาพระดับชุมชน

จากการประเมินความเข้มแข็งของชุมชน จะพบว่าชุมชนทั้ง 2 ชุมชนนั้นไม่มีหรือไม่ทราบข้อมูลสุขภาพในระดับชุมชนของตัวเอง ข้อมูลสุขภาพระดับบุคคลหรือครัวเรือนที่ อสม. เก็บนั้นจะถูกส่งต่อไปยังเทศบาลและถูกนำมาใช้วิเคราะห์ภาพรวมของพื้นที่ที่เทศบาลดูแล ทำให้กลุ่ม อสม. ไม่ทราบปัญหาในภาพรวมของชุมชนของตนเอง ดังจะเห็นได้จากผลการประเมินในหมวดหมู่การประเมินปัญหาที่กลุ่ม อสม. ประเมินว่าสมาชิก อสม. มีศักยภาพในการประเมินปัญหาสุขภาพในระดับบุคคล แต่ผลการประเมินปัญหารายบุคคลจะถูกรวบรวมและส่งต่อให้กับเทศบาล ดังนั้น อสม. จึงไม่มีข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน การพูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหาสุขภาพ จึงเป็นการพูดคุยระดับบุคคลมากกว่า ผลของการประเมินปัญหาสุขภาพไม่ได้ถูกนำมาใช้เพื่อวางแผนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และส่งผลให้กลุ่ม อสม. ไม่เคยวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน หากพิจารณารูปแบบการทำงานของอำเภอสารภี [27] จะพบว่าชุมชนให้ความสำคัญกับการประเมินปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ข้อมูลสุขภาพในชุมชนถูกเก็บรวบรวมโดย อสม. และทีมผู้นำชุมชน ข้อมูลสุขภาพดังกล่าวถูกนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาสุขภาพชุมชนร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นการนำข้อมูลสุขภาพมาใช้ขับเคลื่อนการทำงานด้านสุขภาพของชุมชนโดยภาคีเครือข่าย การประเมินปัญหาสุขภาพโดยชุมชนเป็นพื้นฐานที่สำคัญของความรู้สึกว่าชุมชนเป็นเจ้าของปัญหาและเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการขับเคลื่อนชุมชนให้วางแผนและแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนของตน [17] และอาจนำไปสู่การพูดคุยแลก เปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพ [8] ดังนั้นการสร้างข้อมูลสุขภาพระดับชุมชนหรือการแบ่งปันข้อมูลสุขภาพระดับชุมชนให้แต่ละชุมชนอาจเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่จะทำให้ชุมชนได้ตระหนักถึงปัญหาในชุมชนของตนและนำไปสู่การขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาสุขภาพในชุมชนของตน

5.5 ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้มีข้อจำกัดหลายประการ **ประการแรก** งานวิจัยชิ้นมีระยะเวลาดำเนินการที่สั้น คือเพียง 4 เดือน ระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ดังนั้นผลการประเมินในครั้งที่ 2 จึงไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น การที่ไม่เห็นผลการเปลี่ยนแปลงอาจไม่ได้เกิดจากแบบจำลองที่ไม่มีประสิทธิภาพ แต่เกิดจากระยะเวลาที่สั้นของโครงการที่สิ้นสุดไปก่อนที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลง [17] ข้อจำกัด**ประการที่ 2** คือผลการประเมินในแต่ละครั้งนั้นขึ้นอยู่กับมุมมองของกลุ่ม อสม. ณ ขณะนั้น ดังจะเห็นได้จากผลการประเมินทั้ง 2 ครั้ง

ที่มีความแตกต่างกัน โดยเมื่อเทียบกับผลการประเมินครั้งที่ 2 ผลการประเมินในครั้งที่ 1 อาจไม่ได้สะท้อนสถานการณ์ที่แท้จริงของชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจะต้องให้เวลาที่เพียงพอในการประเมินแต่ละหมวดหมู่และใช้คำถามที่เอื้อให้ อสม. ได้มองเห็นสถานการณ์ของชุมชนอย่างแท้จริง ข้อจำกัด**ประการต่อไป**คือ จำนวนชุมชนที่เข้าร่วมวิจัยที่น้อยเพียง 2 ชุมชน ผลการศึกษาจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนทั้งหมดของกลุ่ม อสม. ในเขตพื้นที่นี้รวมถึงพื้นที่เขตเมืองอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยชิ้นนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนานในระดับชุมชนกับกลุ่ม อสม. ข้อจำกัด**ประการที่ 4** คือการประยุกต์ใช้แบบจำลองนี้ใช้กับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมกับประเด็นสุขภาพอื่น ๆ เช่น ยาเสพติด ผู้ป่วยติดเตียงและวัยรุ่นตั้งครรภ์ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะความเข้มแข็งของชุมชนนั้นจะเฉพาะเจาะจงกับประเด็นใดประเด็นหนึ่งเท่านั้น [22] ข้อจำกัด**ประการสุดท้าย**คือ การไม่สามารถเปรียบเทียบระดับความเข้มแข็งของ 2 ชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ว่ากลุ่มไหนมีความเข้มแข็งมากกว่ากัน ทั้งนี้เพราะการประเมินความเข้มแข็งของแต่ละชุมชนนั้นจะเฉพาะเจาะจงต่อชุมชนใดชุมชนหนึ่ง การเปรียบเทียบชุมชน 2 ชุมชนอาจไม่เหมาะสมและเป็นไปไม่ได้เนื่องจากทั้ง 2 ชุมชนอาจมีบริบทที่แตกต่างกัน การใช้ logical framework จะช่วยให้เข้าใจเหตุผลของการประเมินความเข้มแข็งในแต่ละหมวดหมู่ และการใช้แผนภาพใยแมงมุมจะช่วยให้ชุมชนเห็นการเปลี่ยน แปลงของความเข้มแข็งของชุมชนของตน

บทที่ 6

สรุปผลวิจัยและข้อเสนอแนะ

6.1 สรุปผลวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนานเพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งของกลุ่ม อสม. ในเขตเทศบาลเมืองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีกลุ่ม อสม. เข้าร่วมโดยความสมัครใจ 2 ชุมชน ผลการศึกษาพบว่าระดับความเข้มแข็งของชุมชนในมุมมองของ อสม. ในครั้งที่ 2 ต่ำกว่าครั้งที่ 1 ทั้ง 2 ชุมชน ปัจจัยหลักเนื่องมาจากการไม่ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้และมุมมองที่มีต่อการทำงานของกลุ่ม อสม. ที่เปลี่ยนไปและตรงกับสถานการณ์จริงมากขึ้น อย่างไรก็ตาม จุดแข็งของกลุ่ม อสม. ทั้ง 2 ชุมชนคือประธาน อสม. ที่มีศักยภาพและได้รับการยอมรับจากสมาชิก อสม. ผลที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยชิ้นนี้คือแนวทางการดำเนินงานต่อไปในอนาคตคือการเยี่ยมผู้สูงอายุร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 และการจัดทำข้อมูลสุขภาพระดับชุมชนในกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 2 งานวิจัยชิ้นนี้พบว่าแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบคู่ขนานสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่ม อสม. ในเขตเทศบาลเมือง ในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุได้

ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่เทศบาลเมืองจะนำแบบจำลองดังกล่าว ไปใช้ในการสร้างเสริมความเข้มแข็งของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม จะต้องมีการศึกษาต่อไปว่าแบบจำลองนี้สามารถนำไปใช้ในประเด็นสุขภาพอื่น ๆ ได้อีกหรือไม่

6.2 ข้อเสนอแนะ

คำแนะนำต่อเทศบาล

งานวิจัยชิ้นนี้ได้แสดงให้เห็นว่า อสม. นั้นมีศักยภาพในการดำเนินโครงการ ประธาน อสม. มีศักยภาพเพียงพอต่อการดำเนินงานและเป็นที่ยอมรับของสมาชิก อสม. สิ่งที่จะช่วยให้ความเข้มแข็งของชุมชนเพิ่มขึ้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคือการเพิ่มศักยภาพของ อสม. ในการประเมินปัญหาสุขภาพในระดับชุมชนและเปิดพื้นที่ให้มีกลุ่ม อสม. แต่ละชุมชนได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงานของกลุ่ม อสม. ของตนอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจใช้แบบจำลองการสร้ามเสริมสุขภาพแบบคู่ขนานมาใช้ในการเอื้อให้กลุ่ม อสม. ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การให้ข้อมูลย้อนกลับในระดับชุมชนแก่กลุ่ม อสม. แต่ละชุมชนก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ อสม. เห็นปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพในชุมชนของตนเอง นอกจากนี้เทศบาลอาจเปิดโอกาสให้กลุ่ม อสม. ในแต่ละชุมชนเล่าเรื่องที่ประทับใจจากการทำงานในชุมชน เพื่อเป็นการสร้างแรงบันดาลใจและแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างสมาชิก อสม. ทั้งในชุมชนเดียวกันและต่างชุมชน

การทำงานในพื้นที่ของกลุ่ม อสม. จำเป็นที่จะต้องมีการติดตามทั้งระหว่างการปฏิบัติการ ทั้งนี้การติดตามดังกล่าวไม่ใช่เป็นไปเพื่อการตรวจสอบ แต่เป็นไปเพื่อการพัฒนาและสร้างความมั่นใจให้กับสมาชิก อสม. ว่าตัวเองปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามที่ได้รับการฝึกอบรมมา การเป็นตัวประสานการทำงานระหว่างกลุ่ม อสม.

และเครือข่ายอื่น ๆ ทั้งในชุมชนและนอกชุมชนจะช่วยให้การทำงานด้านสุขภาพของ อสม. มีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีประโยชน์มากขึ้น

การทำงานดังกล่าว อาจจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่าง เทศบาล ชุมชน มหาวิทยาลัยและสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองคูคตมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อคนในชุมชน ทั้งนี้อาจนำแนวคิดและแนวทางการทำงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอ [24] มาใช้ในเขตเทศบาลเมือง จากการประชุมก่อนสิ้นสุดโครงการทำให้เห็นแนวทางและความเป็นไปได้ของการรูปแบบการทำงานดังกล่าวที่จะช่วยให้สุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลดีขึ้น

คำแนะนำต่องานวิจัย

ก. การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและมุมมองของคนในชุมชนต่อ อสม. ในเขตเทศบาลเมือง

งานวิจัยชิ้นนี้พบว่า อสม. เห็นว่าการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนต่อการดำเนินงานของ อสม. เป็นอุปสรรคใหญ่ของการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นในฐานะผู้รับผลประโยชน์ (beneficiaries) หรือในฐานะผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของ อสม. การขาดความร่วมมือของคนในชุมชนส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการทำงานของ อสม. โดยมักจะมีคำพูดว่า “ใครเขาจะเชื่อเรา” “ลูกหลานเขามีความรู้ เราจบไม่สูง” อยู่เสมอ ๆ ระหว่างการประชุมปฏิบัติการและการสัมภาษณ์กลุ่มเพื่อถอดบทเรียน งานวิจัยที่มีส่วนใหญ่จะเป็นมุมมองและทัศนคติของ อสม. ต่อความเชื่อมั่นในตัวเอง เช่น การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [31] เป็นต้น ดังนั้นการศึกษาการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและมุมมองคนในชุมชนที่มีต่อ อสม. จึงมีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจถึงมุมมองของคนในชุมชนต่อ อสม. ในการดูแลสุขภาพ รวมถึงบทบาทอื่น ๆ และทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถวางแผนเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการทำงานร่วมกับ อสม. รวมถึงการเปลี่ยนแปลงยุทธศาสตร์ในการดำเนินการของ อสม. ที่จะช่วยให้เข้าถึงคนในชุมชนได้มากขึ้น

ข. อสม.: มุมมองต่อบทบาทหน้าที่ของ อสม. เขตเมือง

เนื่องจากบริบทระหว่างชุมชนชนบทและชุมชนเขตเมืองมีความแตกต่างกัน ดังนั้นรูปแบบการทำงานและมุมมองที่มีต่อบทบาทของตัวเองของ อสม. ในชุมชนชนบทและชุมชนเขตเมืองจึงแตกต่างกัน งานวิจัยชิ้นนี้ในเบื้องต้นพบว่ามุมมองที่มีต่อตัวเองของ อสม. ในเรื่องความคาดหวังและบทบาทของ อสม. มีความแตกต่างกัน บางคนเห็นว่าเป็นผู้ดำเนินการตามที่เทศบาลได้รับมอบหมาย ในขณะที่บางคนเห็นว่าตัวเองเป็น “อาสาสมัคร” ที่จะช่วยดูแลคนในชุมชนที่ต้องการความช่วยเหลือ การมีมุมมองที่ต่างกันอาจส่งผลต่อการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิก อสม. ด้วยกันและความคาดหวังต่อการทำงานดังกล่าว ดังนั้นการวิจัยเรื่องมุมมองต่อบทบาทหน้าที่ของ อสม. เขตเมืองจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบความคาดหวังต่อบทบาทของ อสม. และอาจมีส่วนช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องวางแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับมุมมองของ อสม. มากขึ้น

การประเมินในระดับต่ำในครั้งที่ 1 คือ การมีส่วนร่วม การประเมินปัญหา และการวิเคราะห์ปัญหา
คนในชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้และเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ดี
การให้ความร่วมมือส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลสุขภาพและการประเมินสุขภาพเบื้องต้น
คนในชุมชนไม่ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน
ถึงแม้ว่า อสม. จะมีความสามารถในการประเมินปัญหาสุขภาพ แต่ข้อมูลสุขภาพไม่ได้ถูกใช้ในระดับชุมชนของตนเองแต่จะถูกส่งต่อไปยังเทศบาล ดังนั้นกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 1 จึงไม่ทราบภาพรวมของสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากไม่มีข้อมูลดังกล่าวในระดับชุมชน กลุ่ม อสม. จึงไม่เคยจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและนำปัญหามาวิเคราะห์เพื่อวางแผนและแก้ไข

ชุมชนที่ 1

เห็นว่าการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน การประเมินปัญหาและการพัฒนาศักยภาพของสมาชิก อสม. เป็นเรื่องสำคัญ และได้วางแผนที่จะเพิ่มศักยภาพในด้านดังกล่าว เช่น เยี่ยมผู้สูงอายุพร้อมกับบุคลากรทางการแพทย์ จัดประชุมเพื่อหาความต้องการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและการติดต่อประสานงานไปยังเทศบาลเพื่อจัดอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้กับ อสม.

การประเมินครั้งที่ 2 พบว่า กลุ่ม อสม. ไม่ได้ดำเนินการตามที่วางแผนไว้เนื่องจากเป็นช่วงปิดงบประมาณและเป็นช่วงที่ต้องดำเนินกิจกรรมตามที่ได้รับมอบหมายจากเทศบาล (ตารางที่ 6) ทั้งนี้ กลุ่ม อสม. ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนยังคงมีความสำคัญ ทางกลุ่มต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ร่วมเยี่ยมผู้สูงอายุพร้อมกับสมาชิก อสม. เพราะเห็นว่าการมีบุคลากรทางการแพทย์ไปด้วยจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับ อสม. และยังสามารถช่วยเพิ่มการให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าจุดแข็งของ อสม. ชุมชนที่ 1 คือประธาน อสม. ที่สมาชิกให้การยอมรับและสามารถทำงานร่วมกับเทศบาลได้เป็นอย่างดี

อสม. มีรูปแบการทำงานแบบบนลงล่าง คือ เทศบาลเป็นผู้กำหนดโครงการและกิจกรรมที่ อสม. จะต้องทำ เทศบาลเป็นผู้จัดอบรมและให้ทรัพยกรเท่าที่จำเป็นในการดำเนินการโครงการและกิจกรรมดังกล่าว อสม. เป็นผู้ปฏิบัติและเก็บข้อมูลเพื่อส่งให้กับทางเทศบาล ดังนั้น อสม. จึงมีทักษะในการประเมินปัญหาสุขภาพเบื้องต้นและการดำเนินโครงการและกิจกรรมทางสุขภาพตามที่ได้รับมอบหมายจากทางเทศบาล

ปัญหาหลักของการทำงานในมุมมองของ อสม. คือประชาชนบางส่วนที่ไม่ให้ความร่วมมือกับ อสม. ในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ

และทรัพยากรที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนในชุมชน เช่น การมีเครื่องวัดความดันโลหิตไม่เพียงพอ เป็นต้น นอกจากนี้ อสม. ยังไม่มีประสบการณ์ในการประเมินปัญหาและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพดังกล่าว

ชุมชนที่ 2

เมื่อได้ติดตามจากการประเมินครั้งที่ 2 พบว่า กลุ่ม อสม. ไม่ได้ดำเนินการตามที่วางแผนไว้ เหตุผลหลักคือความไม่มั่นใจในการจัดกิจกรรมดังกล่าว เช่น การเชิญคนในชุมชนมาพูดคุยเรื่องปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพในชุมชน ส่วนการทำแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพนั้น ทางกลุ่ม อสม. บางส่วนยังมีความไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของแบบบันทึกสุขภาพ เช่น แบบบันทึกสุขภาพมีไว้สำหรับเก็บข้อมูลให้ผู้วิจัย สำหรับ อสม. บางส่วนที่เข้าใจ จะมองเห็นประโยชน์และต้องการใช้แบบบันทึกสุขภาพนี้ การดำเนินการขอทรัพยากรต่าง ๆ ยังไม่ได้มีการดำเนินการตามที่วางแผนไว้

จากการประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในมุมมองของกลุ่ม อสม. ชุมชนที่ 2 พบว่า ระดับความเข้มแข็งในด้านโครงสร้างองค์กร การประเมินปัญหา การจัดการทรัพยากร ตัวแทนภายนอกและการดำเนินโครงการนั้นลดลง (รูปที่ 5)

เหตุผลที่ได้คะแนนลดลงคือความเข้าใจที่มีต่อสถานการณ์ในชุมชนมากขึ้น (ตารางที่ 8) เช่น ในด้านโครงสร้างองค์กร การประเมินครั้งที่พบว่ากลุ่ม อสม. มีการสร้างเครือข่ายเพื่อทำงานด้านสุขภาพร่วมกันในชุมชน

แต่ในความเป็นจริงแล้ว ถึงแม้ว่ากลุ่ม อสม. มีบทบาทด้านสุขภาพ และมีกลไกที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการทำงานกับ อสม. แต่บทบาทการทำงานเป็นแบบบนลงล่าง

ไม่มีการทำงานกับเครือข่ายอื่น ๆ ในชุมชน กลไกที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมเป็นในลักษณะทางเดียว คือการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายและปากต่อปาก

ส่วนด้านที่ไม่ลดลงคือ ผู้นำชุมชนหรือประธาน อสม. ที่สมาชิกยังให้การสนับสนุนและมีศักยภาพเพียงพอในการเป็นประธาน อสม.

สำหรับด้านที่มีระดับความเข้มแข็งสูงขึ้นคือการทำงานกับหน่วยงานภายนอก คือเทศบาล กลุ่ม อสม. เห็นว่าเทศบาลให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุบางส่วนดีขึ้น

หลังสิ้นสุด

ชุมชนที่ 1 ได้วางแผนให้บุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกับ อสม. เพราะทาง อสม. เห็นว่าจะเป็นการเพิ่มศักยภาพและความน่าเชื่อถือของ อสม. รวมถึงทำให้ประชาชนให้ความร่วมมือที่ดีขึ้น ผู้วิจัยในฐานะแพทย์และพยาบาลจึงได้นัดหมายกับ อสม. เพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้าน และจะใช้การเยี่ยมบ้านเป็นจุดเริ่มต้นของการเสริมสร้างศักยภาพให้กับกลุ่ม อสม. รวมถึงพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป ทั้งนี้ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองคูคต ให้การสนับสนุนการทำงานร่วมกันดังกล่าวและมีแผนที่จะดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (long-term care) และศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุที่มีนโยบายว่าจะก่อตั้งขึ้นใน 1 ถึง 2 ปีข้างหน้า

ชุมชนที่ 2 มีความต้องการที่จะพัฒนาแบบบันทึกสุขภาพครอบครัวสำหรับ อสม. เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการติดตามสุขภาพของคนในครอบครัวที่ อสม. รับผิดชอบ รวมถึงการนำข้อมูลดังกล่าวมารวมกัน

เป็นข้อมูลสุขภาพของชุมชน อสม. ได้นัดหมายกับผู้วิจัยในการพัฒนาแบบบันทึกสุขภาพครอบครัวสำหรับ อสม. และแนวทางการจัดทำข้อมูลสุขภาพของชุมชนต่อไป ทั้งนี้ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองคูคต ให้การสนับสนุนในกิจกรรมดังกล่าว ทั้งด้านทรัพยากรและการทำงานกับกลุ่ม อสม. และหากกิจกรรมดังกล่าวประสบความสำเร็จ เทศบาลอาจนำแนวทางดังกล่าวไปใช้กับชุมชนอื่น ๆ ในเทศบาลต่อไป

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ. 2533 - 2573. 2554.
4. สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานประจำปี ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. 2555.
5. National Health Examination Survey Office. Fourth national health examination survey. Nonthaburi: NHESO; 2010.
6. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, editor. การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน. นครปฐม: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน; 2555.
24. สำนักบริหารการสาธารณสุข. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ฉบับประเทศไทย2557.
26. กลุ่มวิจัยสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างเพื่อสุขภาวะ. สุขตามสภาพ (แวดล้อม): แนวทางการปรับพื้นที่ สำหรับผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลลำสนธิ. กรุงเทพ: ภาพพิมพ์; 2559.
27. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, โรงพยาบาลสารภี. รายงานความก้าวหน้าปีที่ 2: โครงการพัฒนาระบบปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2557.
31. วิภาพร สิทธิสาตร์, ภูดิท เตชาติวัฒน์, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH. 2015;9(1).

ภาษาอังกฤษ

1. World Health Organization. Ageing 2013 [Available from: www.who.int.
2. United Nations. World population ageing: 1950-2050. 2001. Contract No.: ST/ESA/SER.A/207.
7. World Health Organization. Ottawa Charter for health promotion. First International Conference on Health Promotion; 17-21 November 1986; Ottawa: World Health Organization; 1986.
8. Labonte R, Laverack G. Health promotion in action: From local to global empowerment. Basingstoke England ; New York: Palgrave Macmillan; 2008. xvii, 215 p.
9. Goodman RM, Speers MA, McLeroy K, Fawcett S, Kegler M, Parker E, et al. Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. Health Educ Behav. 1998;25(3):258-78.

10. Laverack G. Public health: Power, empowerment and professional practice. New York: Palgrave Macmillan; 2005. xiv, 127 p.
11. Labonte R, Laverack G. Capacity building in health promotion, Part 2: whose use? And with what measurement? Critical Public Health. 2001;11(2):129-38.
12. Laverack G. Addressing the contradiction between discourse and practice in health promotion. Melbourne: Deakin University; 1999.
13. Beattie A. Knowledge and control in health promotion: A test case for social policy and social theory. In: Bury M, Calnan M, Gabe J, editors. The sociology of the health service. London: Routledge; 1991. p. 246.
14. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. Boston: McGraw-Hill; 2005. 1 v. (various pagings) p.
15. Labonte R, Laverack G. Capacity building in health promotion, Part 1: for whom? And for what purpose? Critical Public Health. 2001;11(2):111-27.
16. Lovell SA, Kearns RA, Rosenberg MW. Community capacity building in practice: Constructing its meaning and relevance to health promoters. Health & Social Care in the Community. 2011;19(5):531-40.
17. Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. Health Policy Plan. 2000;15(3):255-62.
18. Raeburn J. How effective is strengthening community action as a strategy for health promotion? . 1993.
19. Labonte R. Empowerment: Notes on professional and community dimensions. Canadian Review of Social Policy. 1990;26:64-75.
20. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?2006 2 June 2011. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf.
21. Laverack G. Building capable communities: Experiences in a rural Fijian context. Health Promotion International. 2003;18(2):99-106.
22. Vatcharavongvan P, Hepworth J, Marley J. The application of the parallel track model in community health promotion: a literature review. Health & social care in the community. 2013.

23. Kasmel A, Andersen PT. Measurement of community empowerment in three community programs in Rapla (Estonia). International Journal of Environmental Research and Public Health. 2011;8(3):799-817.
25. Bodenheimer T. Long-Term Care for Frail Elderly People — The On Lok Model. N Engl J Med. 1999;341(17):1324-8.
28. Laverack G. Evaluating community capacity: Visual representation and interpretation. Community Development Journal. 2006;41(3):266-76.
29. Laverack G, Wallerstein N. Measuring community empowerment: A fresh look at organizational domains. Health Promotion International. 2001;16(2):179-85.
30. Gibbon M, Labonte R, Laverack G. Evaluating community capacity. Health & Social Care in the Community. 2002;10(6):485-91.

ภาคผนวก

แบบประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชนในหมวดหมู่ต่าง ๆ

Domains	1	2	3	4	5
การมีส่วนร่วม	เมื่อมีกิจกรรมหรือการประชุมคนในชุมชนบางกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้หญิง กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ชาย เป็นต้น ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือการประชุมดังกล่าว	คนในชุมชนเข้าร่วมการประชุมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพแต่ไม่ร่วมแสดงความคิดเห็นหรือให้ความช่วยเหลือ	คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แต่ไม่มีส่วนร่วมตัดสินใจในการวางแผนและดำเนินการ การมีส่วนร่วมเป็นไปอย่างจำจำกัด เช่น เป็นอาสาสมัครในกิจกรรมต่าง ๆ หรือบริจาคเงิน	คนในชุมชนมีส่วนร่วมตัดสินใจในการวางแผนและดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน มีกลไกการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างคนในชุมชน	มีการสนับสนุนให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ คนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพนอกชุมชน
ผู้นำองค์กร	ไม่มีผู้นำ	มีผู้นำ แต่สมาชิก/ คนในชุมชนไม่เชื่อฟังผู้นำ	สมาชิก/ คนในชุมชนเชื่อฟังผู้นำ ผู้นำไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกชุมชน	ผู้นำริเริ่มดำเนินโครงการด้านสุขภาพโดยได้รับการสนับสนุนจากคนในหน่วยงานหรือองค์กร ผู้นำควรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม	ผู้นำกำลังดำเนินโครงการด้านสุขภาพ สมาชิกให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ ผู้นำทำงานร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกเพื่อเพิ่มทรัพยากร
โครงสร้างองค์กร	ไม่มีโครงสร้างองค์กร	มีโครงสร้างองค์กร แต่ไม่มีบทบาทด้านสุขภาพ	มีบทบาทด้านสุขภาพในชุมชน มีกลไกที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน	มีการสร้างเครือข่ายเพื่อทำงานด้านสุขภาพร่วมกันในชุมชน	มีบทบาทด้านสุขภาพอย่างมากทั้งในชุมชนและนอกชุมชน

Domains	1	2	3	4	5
การประเมินปัญหา	ไม่เคยประเมินปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน	ขาดทักษะในการประเมินปัญหาสุขภาพคนในชุมชนไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินปัญหาสุขภาพ	มีทักษะในการประเมินปัญหาสุขภาพ ได้หรือเคยประเมินและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ แต่ขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน	ได้หรือเคยประเมิน วางแผนและแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน ผลจากการประเมินปัญหาสุขภาพถูกนำมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหา	มีการประเมินวางแผนและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
การจัดการทรัพยากร	ชุมชนไม่นำทรัพยากรไปใช้ในด้านสุขภาพ	เฉพาะคนรวยและผู้มีอิทธิพลเท่านั้นที่มีสิทธิในการจัดสรรทรัพยากรในชุมชน คนในชุมชนมีหน้าที่ให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรเท่านั้น	ชุมชนมีทรัพยากรเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่ไม่มีการตัดสินใจร่วมกันถึงการนำทรัพยากรเหล่านี้ไปใช้ในด้านสุขภาพ ทรัพยากรเหล่านี้ก่อให้เกิดประโยชน์ด้านสุขภาพเพียงเล็กน้อยต่อชุมชน	ทรัพยากรในชุมชนถูกนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน มีการประชุมปรึกษาเรื่องการใช้ทรัพยากรในด้านสุขภาพ แต่ทรัพยากรไม่ถูกนำไปใช้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม	ทรัพยากรในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมากและถูกนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
การวิเคราะห์ต้นตอของปัญหา	ไม่เคยจัดการประชุมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ต้นตอปัญหาสุขภาพในชุมชน	มีการประชุมเพื่อวิเคราะห์ต้นตอปัญหาสุขภาพในชุมชน	มีหรือเคยมีการจัดการประชุมกลุ่มเพื่อรับฟังปัญหาสุขภาพในชุมชน มีความสามารถในการวิเคราะห์ต้นตอปัญหาในชุมชน	มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในชุมชนในการวางแผนและแก้ไขต้นตอปัญหาสุขภาพในชุมชน เคยมีประสบการณ์ในการทดลองแก้ไข	มีศักยภาพในการวิเคราะห์และแก้ไขต้นตอปัญหาสุขภาพในชุมชน ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในชุมชน

Domains	1	2	3	4	5
				ต้นตอปัญหาสุขภาพในชุมชน	
หน่วยงานภายนอก	ไม่มีการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกในการดำเนินงานด้านสุขภาพ	มีการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกในการดำเนินงานด้านสุขภาพในลักษณะที่ไม่เป็นทางการและไม่มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน	มีการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก แต่การประสานงานดังกล่าวไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน	ทำงานร่วมกับหน่วยงานภายนอกในการพัฒนาชุมชนในการดำเนินงานด้านสุขภาพ	การประสานงานกับหน่วย งานภายนอกทำให้ชุมชนมีทรัพยากร เงิน และสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้น และทำให้สุขภาพของคนในชุมชนดีขึ้น
ความสัมพันธ์กับตัวแทนด้านสุขภาพจากนอกชุมชน	ตัวแทนด้านสุขภาพจากนอกชุมชนเป็นผู้ควบคุมนโยบายการเงิน ทรัพยากรและการประเมินผลโครงการสุขภาพ	ตัวแทนด้านสุขภาพจากนอกชุมชนเป็นผู้ควบคุมนโยบาย การเงิน ทรัพยากรและการประเมินผลโครงการสุขภาพโดยมีชุมชนเป็นที่ปรึกษา ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	ชุมชนและตัวแทนด้านสุขภาพจากนอกชุมชนมีการตัดสินใจร่วมกัน บทบาทของบุคลากรภายนอกได้รับความเห็นชอบจากชุมชน	ชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจโดยมีตัวแทนด้านสุขภาพจากนอกชุมชนให้การสนับสนุน เช่นการฝึกอบรม	ตัวแทนด้านสุขภาพจากนอกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมก็ต่อเมื่อทางชุมชนร้องขอเท่านั้น

Domains	1	2	3	4	5
การดำเนินโครงการ	บุคลากรภายนอกดำเนินโครงการด้านสุขภาพ	บุคลากรภายนอกดำเนินโครงการด้านสุขภาพโดยมีชุมชนเป็นที่ปรึกษาโครงการ	ชุมชนเป็นผู้ดำเนินโครงการด้านสุขภาพภายใต้การช่วยเหลือดูแลจากบุคลากรภายนอก ชุมชนและบุคลากรภาพนอกมีบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจน ชุมชนไม่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดำเนินครงการ	ชุมชนเป็นผู้วางแผนวางนโยบายและประเมินผลโครงการสุขภาพ หน่วยงานภายนอกมีบทบาทเพียงเล็กน้อย ชุมชนมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของโครงการ	ชุมชนเป็นผู้ดำเนินโครงการสุขภาพเอง การดำเนินโครงการสุขภาพเป็นอิสระจากบุคลากรภายนอก มีการดำเนินที่โปร่งใส