บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ผู้วิจัยได้ศึกษา และทบทวนแนวคิด ทฤษฎี จากเอกสารวิชาการ และเอกสารงานวิจัย ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อเป็นพื้นฐานความรู้ในการกำหนดกรอบแนวคิดและแนวทางการวิจัยไว้ 12 ด้าน ดังนี้

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ
2. ความเป็นมาเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานและการสร้างเสริมสุขภาพ
3. แบบจำลองการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model)
4. การประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ในงานสุขศึกษา
5. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนและปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
6. ประเทศพม่าและภาวะสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกของประเทศพม่า
7. ปัญหาและผลกระทบของแรงงานต่างด้าวและผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉาน
8. แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน
9. แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน
10. แนวคิดเกี่ยวกับวิทยาการวิจัย
11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
12. กรอบแนวคิดการวิจัย

องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ (2550 : 1-24) ได้นำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และปัจจัยกำหนดสุขภาพไว้ดังนี้

คำว่า "สุขภาพ" คนทั่วไปรวมทั้งแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขมักจะนึกถึงโรคภัยไข้เจ็บ และการพึ่งพาการรักษาจากแพทย์และโรงพยาบาลมากกว่าที่จะนึกถึงการสร้างสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตนเองเนื่องจากกระบวนทัศน์ในอดีตได้ให้ความสำคัญต่อการซ่อมสุขภาพทางกายด้วยเทคโนโลยีและการบริการทางการแพทย์ขั้นสูง ซึ่งสามารถเยียวยาให้ร่างกายฟื้นความแข็งแรงและยืดอายุขัยให้ยืนยาวออกไปได้อย่างน่ามหัศจรรย์ ในปัจจุบันมีกระบวนทัศน์ใหม่ที่มองสุขภาพในความหมายที่กว้างครอบคลุมถึงสุขภาพหลายมิติ ซึ่งเปิดพื้นที่ให้ประชาชนและทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อการพัฒนาสุขภาพประชาชน

ความหมายของสุขภาพ ในปี พ.ศ.2541 องค์การอนามัยโลก ได้ให้นิยามของคำว่า "สุขภาพ" ว่า "สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะอันสมบูรณ์และมีความเป็นพลวัตทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคและการเจ็บป่วยเท่านั้น" (คำนิยามภาษาอังกฤษก็คือ Health is a complete dynamic state of physical, mental, social and spiritual well-being, and not merely the absence of disease and infirmity.) โดยได้ใส่คำว่า "พลวัต (dynamic)" และ "จิตวิญญาณ (spiritual)" เพิ่มเข้าไปในคำนิยามเดิมที่ได้กำหนดไว้เมื่อ 5 ทศวรรษก่อนคำนิยามดังกล่าวได้ขยายมิติของสุขภาพออกเป็น 4 ด้าน และได้เน้นถึงความเป็นพลวัตของสุขภาพ ซึ่งมีนัยว่าสุขภาพมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงและขึ้นกับเหตุปัจจัยอันสลับซับซ้อนไม่ใช่เป็นภาวะที่คงที่ตายตัวหรือขึ้นกับเหตุปัจจัยเพียงอันใดอันหนึ่งเท่านั้นส่วนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้ให้นิยามว่า "สุขภาพ หมายความถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล" และให้นิยามของ "ปัญญา" ว่า "ปัญญาหมายความถึง ความรู้ทั่วรู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์ และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตใจอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่" คำนิยามตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 กล่าวถึง สุขภาพ 4 ด้าน ในทำนองเดียวกับคำนิยามขององค์การอนามัยโลก แต่ใช้คำว่า "ปัญญา" แทน "จิตวิญญาณ" ทั้งนี้เนื่องจากคำว่า "จิต" ซึ่งได้ใช้คำว่า "ปัญญา" แทนอนุโลมว่าคำ 2 คำนี้มีความหมายอย่างเดียวกัน คือ หมายถึงจิตใจที่ฉลาดรู้และดีงามตรงกับคำว่า "spiritual" บางท่านจะนิยมเขียนทั้ง 2 คำควบกัน เช่น สุขภาพทางปัญญา (จิตวิญญาณ) สุขภาพทางจิตวิญญาณ (ปัญญา) เป็นต้น

มิติสุขภาพ 4 ด้าน

1. *สุขภาพทางกาย* (Physical well being) หมายถึงการมีร่างกายที่แข็งแรง มีกำลังคล่องแคล่ว ทั้งนี้ยังรวมถึงผู้ที่มีโรคทางกาย และผู้ที่มีความพิการกายที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถประกอบกิจกรรมได้เช่นคนปกติหรือเกือบเท่าคนปกติ

2. *สุขภาพทางจิต* (Mental well-being) หมายถึง การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสบายใจ มีอารมณ์สดชื่น ร่าเริงแจ่มใส

3. *สุขภาพทางสังคม* (Social well-being) หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีกับผู้อื่น ทั้งในครอบครัว สถานศึกษา ที่ทำงาน ชุมชน และวงสังคมต่างๆ

4. *สุขภาพทางจิตวิญญาณ* (ปัญญา) (spiritual well-being) หมายถึง การมีความสงบสุข หรือสันติสุขภายในด้วยการมีสติและปัญญาสมบูรณ์ มีความฉลาดรู้เท่าทันสิ่งต่างๆ เข้าถึงความดีงาม ถูกต้อง

มิติสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ล้วนมีความเชื่อมโยงและส่งผลต่อกันอย่างเป็นองค์รวมเมื่อพูดถึงคำว่า "สุขภาพ" จึงควรแยกแยะความหมายระหว่างคำว่า "โรคหรือการเจ็บป่วย (Disease)" กับคำว่า "สุขภาวะ" (well-being) ออกจากกันให้ชัดเจน ผู้ที่ร่างกายแข็งแรงไม่มีโรคทางกายแต่มีจิตใจไม่ดีอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมไม่ได้ก็ถือว่าเป็นผู้ที่ไม่มีสุขภาวะหรือสุขภาพโดยรวม ตรงกันข้ามหากผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกายแต่มีสุขภาพจิตที่ดีเข้าถึงความดีงามและถูกต้องรู้จักดูแลตนเองจนสามารถควบคุมโรคได้ ก็ย่อมกล่าวได้ว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาวะหรือสุขภาพโดยรวมยิ่งกว่าผู้ที่มีสุขภาพทางร่างกาย แต่ขาดสุขภาพทางจิตวิญญาณ (ปัญญา) สุขภาพทางจิตวิญญาณจึงเป็นประธานของมิติสุขภาพที่เหลืออีก 3 ด้านด้วยเหตุผลนี้นี่เองที่คำนิยามของ "สุขภาพ" จึงได้ยกมิติทางจิตวิญญาณ (ปัญญา) ออกมาให้เห็นอย่างโดดเด่น

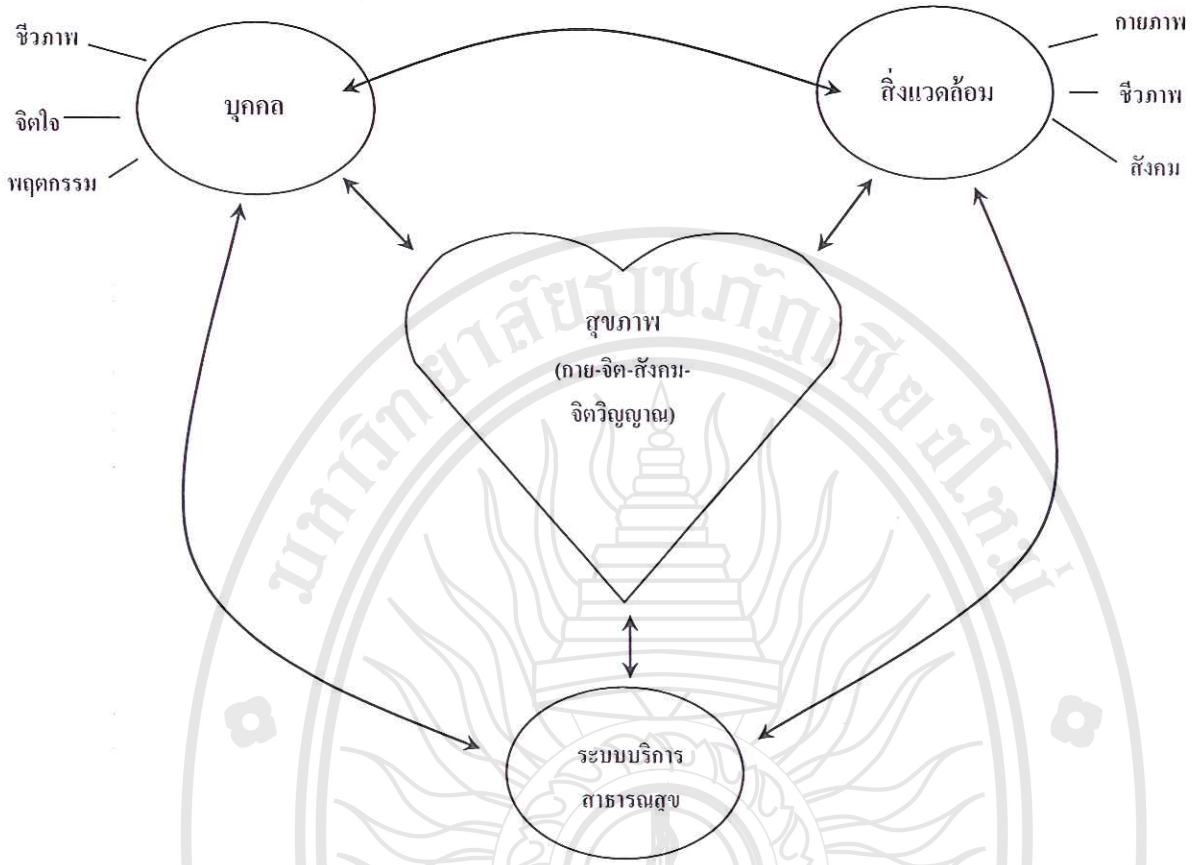
ปัจจัยกำหนดสุขภาพ สุขภาพของคนเรานอกจากมีความเชื่อมโยงระหว่างมิติ 4 ด้านภายในตัวมันเองแล้ว ยังขึ้นกับปัจจัยหลักอีก 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (มนุษย์) กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนสาธารณสุขซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมแบ่งออกเป็นด้านที่สาม ทั้งนี้เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขมีผลต่อการเกิดสุขภาวะของประชาชนอย่างมากมาย และเป็นเป้าหมายของการพัฒนาให้ไปสู่ทิศทางที่เอื้อต่อสุขภาวะของประชาชนให้มากยิ่งขึ้น ดังนั้นเมื่อพูดถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จึงนิยมพูดถึงปัจจัย 3 ด้านซึ่งเรียกว่า "ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (health determinants)" ได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสาธารณสุข จำแนกองค์ประกอบที่สำคัญๆ ดังนี้

บุคคล หมายถึง มนุษย์แต่ละคน ซึ่งจะมีสุขภาวะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตัวเอง ร่วมกับปัจจัยภายนอกหรือสิ่งแวดล้อม ปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะของตนเอง ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม อายุ และเพศ (2) ปัจจัยด้านจิตใจซึ่งเป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมของบุคคล (3) พฤติกรรม เช่น การดำเนินชีวิตประจำวันพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง

สิ่งแวดล้อม โดยหลักๆ สามารถแบ่งเป็น 3 ด้านได้แก่ (1) ด้านกายภาพ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต การคมนาคม สิ่งเสพติด มลพิษ และสิ่งอำนวยสุขภาพ (2) ด้านชีวภาพ ได้แก่ สิ่งมีชีวิต (เชื้อโรคต่างๆ) พืช สัตว์ มนุษย์และ (3) ด้านสังคมได้แก่ ครอบครัวชุมชน และระบบสังคม

ระบบบริการสาธารณสุข เมื่อพูดถึงระบบบริการสาธารณสุขมักหมายถึงเทคโนโลยีและบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงประสิทธิผล และประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านร่างกาย ประเภทของการบริการสาธารณสุขมี 5 ขั้น ได้แก่ ระยะปกติ ระยะเสี่ยง ระยะป่วย ระยะโรคแทรกซ้อนหรือพิการ และตาย ดังนั้นการบริการสาธารณสุขสามารถกระทำได้ตามระยะการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ทุกขั้น ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ประเภทคือ (1) การส่งเสริมสุขภาพ คือ การหาทางส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ โดยรวมมุ่งป้องกัน และมุ่งให้เกิดความรู้ ความตระหนักและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (2) การป้องกันโรค คือ การหามาตรการหรือการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคใดโรคหนึ่งเป็นการเฉพาะสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (3) การรักษาพยาบาล คือ เมื่อเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยขึ้นมาก็จำเป็นต้องหาทางวินิจฉัยโรคแต่เนิ่นๆ ด้วยการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม เมื่อพบว่าเป็นโรคก็จะให้การรักษาด้วยยา การผ่าตัด และหรือวิธีการอื่นๆ ที่เหมาะสม และ (4) การฟื้นฟู เช่นการทำกายภาพบำบัด การให้ยา การผ่าตัด และนิยามของคำว่า การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข คือการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขในอดีตที่ผ่านมาและการสร้างเครือข่ายระบบบริการสาธารณสุขเพื่อลดอัตราการป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ โรคที่รักษาได้ด้วยวิธีการบำบัดรักษาต่างๆ และส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อย่างไรก็ตามระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในการป้องกันและควบคุมโรคเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลด้านการจัดการเช่น การกระจายบริการไม่ทั่วถึงเกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของประชาชน ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยเฉพาะชนบท และปัญหาการขาดงบประมาณ ทำให้การบริการสาธารณสุขไม่มีคุณภาพและประสิทธิภาพเท่าที่ควรจะเห็นได้ว่าสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ มีความสัมพันธ์กัน และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพ และปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ที่มา : อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, การสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน, 2550 : 9.

ความเป็นมาเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานและการสร้างเสริมสุขภาพ

"การสาธารณสุขมูลฐาน" เป็นแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ.2521 ในการจัดประชุมที่กรุงอัลมาอะตา ประเทศสหภาพโซเวียต การสาธารณสุขมูลฐานเป็นแนวคิดที่เป็นการดำเนินการด้านสุขภาพโดยมุ่งหวังให้ทุกคนมีสุขภาพดี โดยมีแนวทางให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการ และดูแลสุขภาพของตนเอง และถือว่าการมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ (2550 : 1-24) ได้ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานว่า "การสาธารณสุขมูลฐาน หรือการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (Primary health care) เป็นการดูแลสุขภาพที่จำเป็นสำหรับทุกคน โดยการประยุกต์วิธีการและเทคโนโลยีที่ปฏิบัติได้

ง่าย เป็นวิทยาศาสตร์ เป็นที่ยอมรับของสังคม และสามารถเข้าถึงบุคคลและครอบครัวอย่างถ้วนทั่ว" ซึ่งประเทศไทยได้มีการประยุกต์ใช้หลักการดังกล่าวร่วมกับแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพของทางภาครัฐ และนำมาใช้ในการจัดการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ชุมชนต่างๆ โดยส่งเสริมให้ชุมชนได้มีส่วนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนโดยผ่านกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน

ต่อมาการสาธารณสุขมูลฐานได้กลายมาเป็นต้นแบบในการพัฒนาแนวทางการจัดการสุขภาพในรูปแบบของ "การสร้างเสริมสุขภาพ" โดยในปี พ.ศ.2529 WHO ได้จัดประชุมนานาชาติและเป็นผู้นำในการพัฒนาโดยยึดข้อเสนอแนะจากรายงานด้านสาธารณสุขของประเทศแคนาดา ซึ่งได้เสนอแนะให้ใช้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะเป็นการใช้กระบวนการทางสังคมเข้ามามีบทบาทในการจัดการสุขภาพในชุมชน และได้ประกาศกฎบัตรออตตาว่าเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ในการประชุมครั้งนั้น มีแนวทางดำเนินการ คือ เน้นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมดูแลสุขภาพของตนเอง และพัฒนาปัจจัย และทรัพยากรพื้นฐานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี หลังจากการประชุมครั้งนั้น WHO ก็ได้มีการจัดประชุมนานาชาติอีก 5 ครั้ง ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะแอดีเลด : นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (The Adelaide Recommendations : Healthy Public Policy) พ.ศ.2531

2. คำประกาศซันด์สวาลล์ เรื่อง สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Sundsvall Statement on Supportive Environment for Health) พ.ศ.2534

3. คำประกาศจาการ์ตา : การสร้างเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ 21 (The Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21 century) พ.ศ.2540

4. การสร้างเสริมสุขภาพ : ลดความไม่เป็นธรรม(Health Promotion : Bridging the Equity Gap) พ.ศ.2543

5. กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ (The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalization World) พ.ศ.2548

ทั้งนี้การประชุมทุกครั้งได้มีการผลักดัน และพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในประเทศต่างๆ โดยยึดหลักการของแนวคิดหลักการ "การสร้างเสริมสุขภาพ" ของกฎบัตรออตตาว่ามาโดยตลอด (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2550 : 32-50) สำหรับการประยุกต์ใช้แนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยนั้นแม้ว่า WHO ได้ประกาศใช้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาว่าตั้งแต่ปี พ.ศ.2529 แล้วก็ตาม แต่ประเทศไทยยังคงดำเนินงานด้านการสาธารณสุขตามแนวคิดของ "การสาธารณสุขมูลฐาน" มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2521 จนกระทั่งได้เริ่มมีการประยุกต์ใช้แนวคิด "การสร้างเสริมสุขภาพ" ในปี พ.ศ.2541 ได้มีแนวทางใน

การเคลื่อนไหวเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง และมีการออก "พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ" และมีการก่อตั้ง "สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)" ในปี พ.ศ.2544 จนกระทั่งในปี พ.ศ.2548 ประเทศไทยร่วมกับ WHO ได้เป็นผู้นำในการจัดประชุมนานาชาติ ในหัวข้อ "กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ (The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalization World)" ซึ่งจะเห็นว่าประเทศไทยได้ก้าวสู่ความเป็นผู้นำทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติ และมีแนวทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพที่มีลักษณะเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ และเอกชน

จากองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ การสาธารณสุขมูลฐาน และการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขที่ถูกต้องที่สุด ควรใช้แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวทางที่ทั่วโลกยอมรับ และได้มีการพัฒนากันมาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นแนวทางที่สามารถใช้ในการดำเนินงานในชุมชนได้เป็นอย่างดี เพราะมีลักษณะเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคม และต้องอาศัยการมีส่วนร่วม ซึ่งทำให้ชุมชนสามารถแก้ไข จัดการ พัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยคนในชุมชนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้นำเอาองค์ความรู้ดังกล่าวมาใช้เป็นฐานความรู้ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานในจังหวัดแม่ฮ่องสอนในการวิจัยครั้งนี้

แบบจำลองการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model)

กรีนและครูเตอร์ (Green, L. Krueter, M., 1999) และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (http://www.thaihed.com, 2554) ได้สรุปแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ไว้ว่าจากการทบทวนทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพพบว่า มีแนวคิดหนึ่งที่มักจะถูกอ้างอิงเสมอในการอธิบายความหมายและการวางแผนงานด้วยการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะตำราวิจัยของประเทศสหรัฐอเมริกาที่เป็นที่นิยมและประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลายตั้งแต่ปี ค.ศ.1987 จนถึงปัจจุบันคือ PRECEDE-PROCEED Model ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดย กรีนและครูเตอร์ (Lawrence W.Green and Marshall Krueter) แบบจำลองดังกล่าวนี้เป็นแบบจำลองการวางแผนแต่ก็มีนักวิชาการและนักปฏิบัติจำนวนไม่น้อยนำไปประยุกต์เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้ที่นำแบบจำลองนี้ไปใช้เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพจะต้องมีความชัดเจนในตัวแปรภายใต้ปัจจัยนำ (Predisposing factor) ว่าจะใช้แนวคิดตามโครงสร้างทางจิตวิทยาอะไรมาวิเคราะห์สาเหตุทางพฤติกรรมสุขภาพ

PRECEDE-PROCEED Model เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา โดยเฉพาะ PRECEDE Model ใช้เป็นกรอบในการวางแผนสุขศึกษาของอาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป การเปลี่ยนพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ของงานสุขศึกษาจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุของปัญหาของประชากรเป้าหมายได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด แบบจำลองนี้มีลักษณะเป็นพหุปัจจัยร่วมกันซึ่งมีรากฐานมาจากสังคมศาสตร์หรือพฤติกรรมศาสตร์ ระบาดวิทยา การบริหารและการศึกษา โดยธรรมชาติแล้วแบบจำลอง PRECEDE สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลายสถานที่

เป้าประสงค์หลักของ PRECEDE-PROCEED Model จะให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ (outcomes) มากกว่าปัจจัยนำเข้า (inputs) ด้วยเหตุนี้จึงเป็นการผลักดันให้ผู้วางแผนพิจารณาผลลัพธ์ที่ต้องมาก่อนในการวางแผน จากนั้นจึงพิจารณาถอยหลังไปว่ามีปัจจัยหรือสาเหตุผลลัพธ์อะไรบ้างที่จะส่งผลต่อกระบวนการวางแผนซึ่งมีหลักการอยู่ 2 ประเด็นที่สำคัญได้แก่

1. หลักการมีส่วนร่วม กล่าวคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holders) จะต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการที่จะระบุบ่งชี้ปัญหาที่เร่งด่วน และเป้าประสงค์ของตนเองอย่างชัดเจนในการพัฒนา/กำหนดแนวทางและการดำเนินงานแก้ปัญหา หลักการนี้ได้พัฒนาและประยุกต์มาจากทฤษฎีการพัฒนาชุมชนและแบบจำลองการสร้างพลัง (Empowerment education model) ของไฟร์ (Freire)

2. บทบาทที่สำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชน เช่น ความไม่เสมอภาคของสื่อต่างๆ โรงงานอุตสาหกรรม การเมือง และแบบจำลอง (Model) นี้ประกอบด้วยส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) เรียกว่า PRECEDE ย่อมาจากปัจจัยนำ (Predisposing) ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing) ปัจจัยเอื้อ (Enabling) การวินิจฉัยการศึกษา (Educational Diagnosis) และการประเมิน (Evaluation) หมายถึงการประเมินผลและวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรม อันเนื่องมาจากปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมแรง และปัจจัยเอื้อ

ส่วนที่ 2 เป็นระยะเวลาของการพัฒนาแผนซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล ส่วนนี้เรียก PROCEED ย่อมาจากนโยบาย (Policy) กฎข้อบังคับ (Regulatory) การจัดการองค์กร (Organization Constructions) และการพัฒนาทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อม (Educational and Environmental Development) หมายถึง การกำหนดนโยบาย กฎข้อบังคับจัดองค์กร เพื่อพัฒนาการศึกษาและสิ่งแวดล้อม

แบบจำลองนี้ให้ความสำคัญกับกิจกรรมหลัก 2 ประการ คือการพัฒนาการศึกษาและการจัดสิ่งแวดล้อมให้สนับสนุนสภาวะการมีสุขภาพดีของบุคคล ชุมชน และสังคม ตามแนวคิดของ Lawrence W.Green และ Marshall Krueter "การส่งเสริมสุขภาพเป็นการผสมผสานระหว่างการจัดการสนับสนุนทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการกระทำและสภาพการณ์ต่างๆ ของการอยู่อาศัยนำไปสู่สุขภาพอันสมบูรณ์"

PRECEDE-PROCEED MODEL เพื่อการวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพได้แบ่งเป็นขั้นตอนโดยเริ่มต้นจากเป้าหมายสุดท้ายที่อยากให้เกิดขึ้น (out puts) ซึ่งตาม Model นี้คือคุณภาพชีวิตหรือการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะกล่าวถึงขั้นต่างๆ โดยสรุปดังนี้

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยสังคม (Social Diagnosis)

เป็นการวินิจฉัยปัญหาทางสังคมเพื่อระบุบ่งชี้และประเมินปัญหาด้านสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life : Q O L) ของประชากรเป้าหมายระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย วิธีการวินิจฉัยด้านสังคมอาจจะดำเนินการได้ดังนี้ จัดเวทีชุมชน (Community Forums) การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal groups) การอภิปรายเฉพาะกลุ่ม (Focus group) การสำรวจ (Surveys) และการสัมภาษณ์ (Interviews) ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ซึ่งสามารถทำได้โดยการศึกษาความต้องการและความคาดหวังส่วนบุคคล การศึกษาปัญหาของสังคมที่เกิดขึ้นซึ่งตัวชี้วัดของปัญหาสังคมอาจจะมีหลายตัวชี้วัด

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological Diagnosis)

ขั้นนี้เกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงเป้าหมายทางสุขภาพเฉพาะอย่าง ซึ่งจะมีผลต่อเป้าหมายหรือปัญหาทางสังคม ข้อมูลที่ใช้ในการวินิจฉัยขั้นนี้ ได้แก่ สถิติชีพ ข้อมูลทางการแพทย์และวิทยาการระบาดผู้วางแผนจะใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาตัวอย่างของตัวชี้วัดที่สำคัญและลักษณะของตัวชี้วัด (Dimensions) จุดเน้นของระยะนี้ก็เพื่อจะระบุบ่งชี้สาเหตุอันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพและไม่ใช่ปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การอธิบายปัญหาสุขภาพจะช่วยดังนี้

1. กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

2. จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงานโครงการและการใช้ทรัพยากร

3. มีความเป็นไปได้ในการกำหนดความรับผิดชอบระหว่างวิชาชีพ องค์กรและหน่วยงานร่วมกันนอกจากนี้การจัดอันดับความสำคัญของปัญหาก็ยังสามารถนำไปใช้กำหนดวัตถุประสงค์และประชากรกลุ่มเป้าหมายของแผนงานได้อีกด้วย

โดยสรุปการวินิจฉัยในระยะที่ 1–2 ช่วยให้สามารถกำหนดเป้าประสงค์ที่ต้องการให้บรรลุภายหลังการดำเนินงานตามแผนงานโครงการแล้ว

ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environment Diagnosis)

ในระยะนี้มุ่งเน้นที่การระบุบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่นๆ อย่างเป็นระบบระเบียบ ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพในระยะที่ 2 ประกอบด้วยการกำหนดองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมและองค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Environment และ health-related Behavioral factors) ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านั้นอาจรวมถึงพันธุกรรม อายุ เพศ และการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้ว ดินฟ้าอากาศ สถานประกอบการและความเพียงพอของการบริการสุขภาพเป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในระยะนี้คือการจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุพฤติกรรมในประเด็นพฤติกรรมที่สำคัญและความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนั้นๆ การวินิจฉัยพฤติกรรมนั้นต้องสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิต และสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เลือกในขั้นที่ 2 การวินิจฉัยสิ่งแวดล้อมเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมควบคู่ไปซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้วย

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและองค์กร (Education and Organization Diagnosis)

ระยะนี้เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในระยะที่ 3 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ด้วยกันคือปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ประเด็นสำคัญของระยะนี้คือการระบุบ่งชี้สาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การระบุบ่งชี้นั้นจะต้องพิจารณาทั้งที่ส่งผลทางบวกและลบต่อพฤติกรรมและลำดับความสำคัญของแต่ละสาเหตุ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมจะต้องกำหนดตามปัจจัยสาเหตุเหล่านี้ ดังนั้นจึงต้องกำหนดลงไปเลยว่าจะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรมและการดำเนินการตามวัตถุประสงค์กิจกรรมนั้นๆ

ปัจจัยนำ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ ฯลฯ

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคลและหรือทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ปัจจัยเสริมแรง หมายถึง รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการได้รับการลงโทษภายหลังที่ได้แสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมาซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรมการเสริมแรงจะได้รับจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข หรือสื่อมวลชนเป็นต้น

การวิเคราะห์องค์ประกอบดังกล่าวทั้ง 4 ขั้นนี้ จะช่วยให้ผู้วางแผนได้จัดลำดับความสำคัญขององค์ประกอบต่างๆ และนำไปสู่การพิจารณาเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม (intervention) การตัดสินใจเลือกกิจกรรมนี้จะขึ้นอยู่กับลำดับความสำคัญขององค์ประกอบและทรัพยากรที่มีอยู่และที่จะทำให้เกิดขึ้นได้

ระยะที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย

ในระยะนี้มุ่งเน้นการวินิจฉัยเกี่ยวกับการบริหารและการจัดองค์กรซึ่งจะต้องระบุให้ชัดเจนก่อนดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ซึ่งรวมถึงทรัพยากรต่างๆ การจัดสรรงบประมาณ การกำหนดตารางการปฏิบัติงานการจัดองค์กรและบุคลากรในการปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการ การประสานงานกับหน่วยงานสถาบันและชุมชน

การวินิจฉัยด้านบริหาร : เช่นการวิเคราะห์นโยบายทรัพยากร และสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาแผนงานโครงการสุขภาพ

การวินิจฉัยนโยบาย : เป็นการประเมินว่าเป้าประสงค์วัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการว่าสอดคล้องเหมาะสมกับภารกิจกฎระเบียบขององค์กรหรือไม่

ระยะที่ 6 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการและกิจกรรมโดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ เป็นการประเมินกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

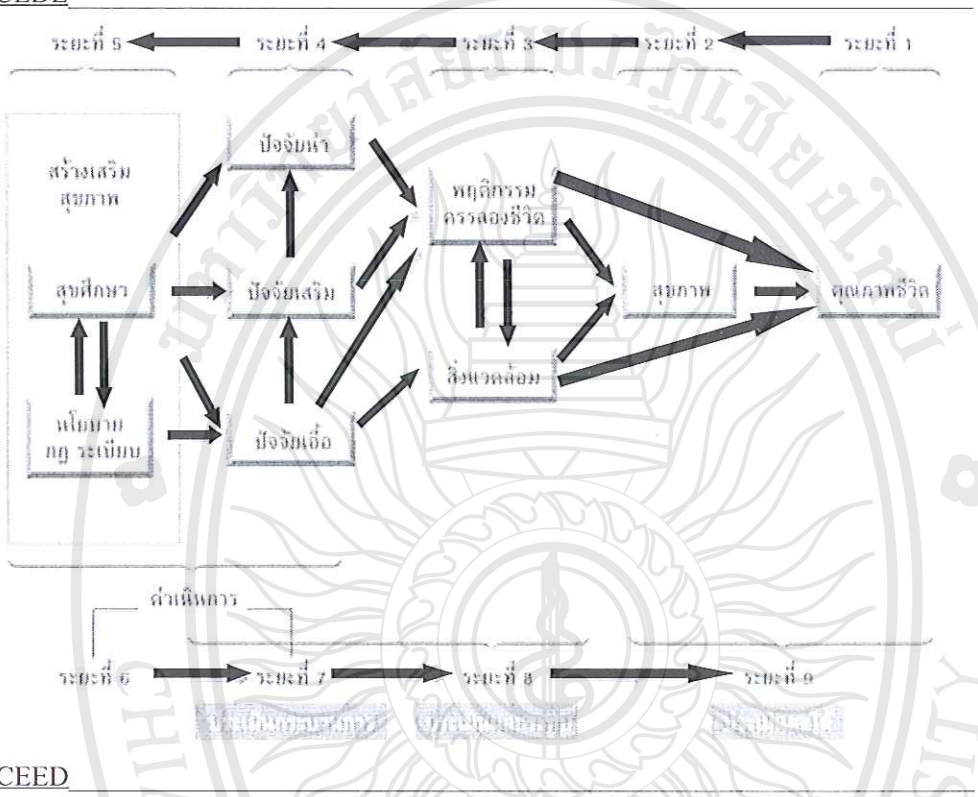
ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบ เป็นการวัดประสิทธิผลของแผนงานโครงการตามวัตถุประสงค์ระยะสั้นที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง (Predisposing, Enabling, and Reinforcing factors)

ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย เป็นการประเมินผลรวบยอดของวัตถุประสงค์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นและประโยชน์ที่ได้รับด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตซึ่งอาจจะใช้เวลานาน ผลเหล่านี้จึงจะเกิดขึ้นอาจใช้เวลาเป็นปีๆ จึงจะสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายได้

PRECEDE-PROCEED MODEL นี้สร้างขึ้นโดยมีข้อสรุปพื้นฐานที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. สุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดีเกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุหลายสาเหตุ

2. เนื่องจากสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงมีสาเหตุจากหลายสาเหตุดังนั้นสิ่งที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและเปลี่ยนแปลงสังคม จำเป็นจะต้องใช้หลายๆ วิธีการ วิธีการต่างๆ เกิดขึ้นจากการผสมผสาน



ภาพที่ 2.2 แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED

ที่มา : Lawrence W.Green and Marshall W. Kreuter. "Health Promotion; An Educational and Environmental Approach" Toronto;Mayfield Publishing Comp. 1991 : p.24.

จากแนวคิด PRECEDE–PROCEED Model ดังกล่าวผู้วิจัยได้นำหลักการ PRECEDE มาประยุกต์ใช้ในการวินิจฉัยบริบทชุมชนโดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม สังคม ที่ส่งผลต่อสุขภาวะ ของกลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นกลุ่มชาติพันธุ์ไทใหญ่ในพื้นที่วิจัย เพื่อให้กลุ่มประชากรเป้าหมายสามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของตน และนำข้อมูลเหล่านี้เข้าสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ในการวางแผนในการดำเนินการโครงการสร้างเสริมสุขภาพของตนต่อไป

391495

การประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ในงานสุขศึกษา

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กล่าวว่า สุขศึกษาเป็นการศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาที่มีจุดประสงค์เพื่อเปลี่ยนแปลงความรู้ความสามารถและพฤติกรรมของบุคคล แต่สุขศึกษาจะเป็นหลักในการพัฒนาการปฏิบัติทางสุขภาพ ซึ่งเชื่อว่าจะก่อให้เกิดสภาวะความเป็นอยู่ที่สมบูรณ์ที่สุด และกองสุขศึกษาได้ให้ความหมายว่า กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และศิลปะในการทำให้บุคคลและชุมชนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยไปในแนวทางที่พึงประสงค์โดยใช้หลักการและวิธีการทางการศึกษา แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยดังกล่าวจะต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชนและชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ (กองสุขศึกษา, 2531 : 122) ในการจัดการสุขศึกษาของประชาชนนั้น ไพจิตร ปวะบุตร (2536 : 5-20) ได้กล่าวว่า กระบวนการจัดสุขศึกษาจะต้องเป็นการพัฒนาความรู้และความสามารถของประชาชนในระดับครอบครัวและในระดับชุมชนไปพร้อมๆ กัน การแก้ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนหัวใจสำคัญอยู่ที่ชุมชนเข้าใจปัญหาและแก้ปัญหาด้วยตนเอง เพราะกระบวนการแก้ปัญหาต้องอาศัยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวิถีชีวิต และโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และภูมิปัญญาของชาวบ้านเป็นข้อมูลพื้นฐานที่กำหนดแนวทางและวิธีการในการจัดสุขศึกษา โดยการเอาผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เอาสภาพปัญหา และการดำรงชีวิตในสังคมเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้รวมถึงใช้สื่อการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และบริบทท้องถิ่น นำภูมิปัญญาชาวบ้านมาใช้ในการพัฒนา (กรองกาญจน์ อรุณรัตน์ และสุรพล เกียนวัฒนา, 2542 : 37) ซึ่งการเอาผู้เรียน และบริบทเป็นศูนย์กลางนั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังที่ อมร นนทสุต (2528 : 3-16) ได้กล่าวถึง แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานในงานสุขศึกษาว่างานสุขศึกษาเป็นงานที่มุ่งส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถในเรื่องสุขภาพ และการสาธารณสุขโดยอาศัยหลักการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป็นการดำเนินการ โดยประชาชนเพื่อประชาชนและเป็นของประชาชน โดยประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาภาครัฐ และเอกชนเป็นผู้ให้การสนับสนุนงานสุขศึกษา (Health education in primary health care) คือต้องเปลี่ยนบทบาทและเจตคติ ของทั้งประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นลักษณะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นปัญหา จัดระดับความสำคัญของปัญหา ดำเนินการแก้ไขปัญหาหรือสิ่งที่ชุมชนต้องการแก้ไขโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุน นอกจากการมีส่วนร่วมของประชาชนแล้วกระบวนการเรียนรู้ในการสุขศึกษาของประชาชนก็เป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งดังที่ อุทัย ดุลยเกษม และอรศรี งามวิทยาพงศ์ (2540 : 11-17) กล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้ในการศึกษาของชุมชนเกิดขึ้นด้วยวิธีการหลายแบบ ทั้งการสอน การสังเกต การอ่าน การฟัง การถาม การทดลองทำ การเลียนแบบ การแลกเปลี่ยน ฯลฯ กระบวนการเรียนรู้ที่หลากรูปแบบนี้ส่งเสริมให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ

เพราะมีความยืดหยุ่นเหมาะสมกับเนื้อหาที่ไม่เหมือนกัน ความสามารถความถนัดที่ไม่เท่ากันของผู้เรียนและผู้สอนแต่ละคน กระบวนการเรียนรู้เพื่อชีวิตนี้มีผลให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งได้ เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการถ่ายทอด ค่านิยมแบบแผนของวิถีชีวิตบุคคลและชุมชนไปสู่รุ่นต่อไปได้ อีกทั้งยังพัฒนาศักยภาพในการดำรงชีวิต การทำมาหากิน การแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้เรียน ประเวศ วะสี (2545 : 29) ได้กล่าวถึงความรู้และการเรียนรู้ที่ถูกต้องว่าควรมีระบบสื่อสารที่คนทั้งมวลรู้ความจริงร่วมกัน มีการสร้างความรู้อย่างเข้มแข็ง และการเรียนรู้ร่วมกันเป็นเครื่องมือที่จะฝ่าฟันอุปสรรคทุกชนิด

อุไรวรรณ คำไทย (2550 : 24-25) ยังได้กล่าวสรุปหลักการที่ใช้ในการสอนสุขศึกษาหรือการจัดกิจกรรมสุขศึกษาจากทฤษฎี 2 กลุ่ม คือ ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behaviorist Theories) และทฤษฎีสนามแม่เหล็กแห่งความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Field Theory) ได้หลักการใหญ่ๆ 7 หลักการ ได้แก่

1. การฝึกให้ปฏิบัติ การสอนสุขศึกษาเป็นการให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติด้านสุขภาพ ไม่ใช่จำในเนื้อหา

2. การให้รางวัลการสอนสุขศึกษา ควรจะให้รางวัลแก่ผู้เรียน ถือว่าเป็นรางวัลทางจิตใจ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้เรียนอยากเรียน หรือเป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมที่เป็นการแสดงออก

3. การจัดกิจกรรมสุขศึกษา ควรจะให้เหมาะสมกับผู้เรียน ทั้งด้านความรู้พื้นฐาน ความต้องการ ความสนใจ ระดับอายุ ทัศนคติ ความสามารถทางสติปัญญาของผู้เรียน จึงจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น

4. การสอนสุขศึกษาไม่ใช่เป็นการสอนให้จำเนื้อหาการสอนจึงเน้นให้ผู้เรียนใช้ความคิด วิเคราะห์ว่าสิ่งนั้นเป็นปัญหาของเขาหรือไม่ มีความสำคัญต่อตัวเขาหรือไม่ และเขาได้ประเมินตนเองว่าควรจะทำหรือไม่และควรจะทำอะไร ผู้สอนควรจะจัดประสบการณ์ต่างๆ และให้ข้อมูลอย่างเพียงพอแก่การคิด การวิเคราะห์หาแนวทางแก้ปัญหา เช่น ตั้งคำถาม หรือจัดแบ่งกลุ่มเพื่อให้แก้ปัญหาร่วมกัน

5. การจัดสภาพสิ่งแวดล้อมการเรียนให้เหมาะสม สภาพของการเรียนจะรวมสภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคมในลักษณะที่ส่งเสริมการเรียนรู้ สภาพจิตใจคือ การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนให้เป็นไปได้ด้วยดี ส่วนสภาพสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความร้อนเย็นของอากาศให้เหมาะสมไม่มีเสียงรบกวน มีแสงสว่างพอเพียง สะอาด เป็นต้น จะช่วยให้ผู้เรียนมีแรงจูงใจในการเรียนสูงขึ้น

6. วิธีการสอนที่ดีที่สุดไม่ใช่มีวิธีเดียว ดังได้กล่าวแล้วว่า ผู้เรียนมีความแตกต่างกันระหว่างบุคคล ดังนั้น การจัดกิจกรรมการเรียนรู้หลายๆ วิธีจะช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดีกว่า ยกตัวอย่างเช่น การจัดให้ความรู้แบบตัวต่อตัว จัดเป็นกลุ่ม หรือผ่านทางสื่อมวลชน ตลอดจนการจัดองค์กรต่างๆ ในชุมชน

7. เนื้อหาการสอนสุขศึกษา เนื้อหาควรจะเกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้เรียนเพราะว่าถ้าเนื้อหานั้นเกี่ยวข้องกับปัญหาผู้เรียน จะทำให้เขาสนใจ และจะนำเอาความรู้ที่จัดให้ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาในชีวิตจริง

จากแนวคิดเรื่องของการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ในงานสุขศึกษาสามารถสรุปได้ว่า การจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้อพยพย้ายถิ่นกลุ่มชาติพันธุ์ไทใหญ่ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และชุมชนไปในทางที่ดีขึ้นนั้น จะต้องจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน รวมถึงต้องให้มีความสอดคล้องกับประเพณีวัฒนธรรม โดยใช้วิธีการทางการสุขศึกษาเป็นหลัก และต้องให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการร่วมเรียนรู้ วิเคราะห์ สภาพปัญหา และความต้องการของตนเอง และนำไปสู่การร่วมกันในกระบวนการแสวงหาแนวทางปฏิบัติของตน โดยมีนักวิจัย และองค์กรต่างๆ ในท้องถิ่นคอยให้การสนับสนุนทรัพยากรในส่วนที่ชุมชนต้องการ และยังไม่สามารถพึ่งตนเองได้ เช่น ความรู้สื่อสุขศึกษา และงบประมาณบางส่วน เป็นต้น

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนและปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ได้จัดทำขึ้นโดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหาและแนวโน้มของระบบสุขภาพไทยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยแวดล้อมที่เป็นทุนทางด้านเศรษฐกิจสังคมและทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในบริบทภายในประเทศและภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและรอบด้าน ทิศทางของการพัฒนา ในแผนฉบับนี้ยังคงมีทิศทางหลักที่สานต่อจากแผนที่ผ่านมาแต่ให้ความสำคัญต่อยอดความคิดสร้างจินตนาการสุขภาพใหม่และมุ่งสู่จุดหมายที่เป็นเอกภาพในการสร้างระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นเพื่อการพัฒนาสุขภาวะที่เป็นองค์รวมทั้งทางกายทางใจทางสังคมและทางจิตวิญญาณ การรวมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพและการน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นฐานคิดและขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติ

ทั้งในการดำเนินชีวิตการบริหารและการพัฒนาทางด้านสุขภาพในทุกมิติทุกระดับและทุกภาคส่วน ที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ได้ดังนี้

1. ปรัชญาและแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพไทยได้น้อมนำ "ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ" และยึดหลักการที่ว่า "สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี" โดยมีแนวคิดหลัก 2 ประการคือ

1.1 แนวคิดหลักประการแรก : จากเศรษฐกิจพอเพียงสู่ระบบสุขภาพพอเพียง ที่มีหลักการสำคัญ 7 ประการคือ (1) ยึดทางสายกลาง (2) มีความสมดุลพอดี (3) รู้จักพอประมาณ (4) การมีเหตุผล (5) มีระบบภูมิคุ้มกัน (6) รู้เท่าทันโลก (7) มีคุณธรรมและจริยธรรมโดยระบบสุขภาพพอเพียงมีภาพลักษณ์และคุณสมบัติที่พึงประสงค์ดังกล่าวมีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน มีความรอบคอบและรู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ เช่น การรู้จักระมัดระวังเรื่องการใช้จ่ายซื้อหาอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและใช้อย่างรู้เท่าทันโดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง มีบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพและมีคุณธรรมจริยธรรมคือซื่อตรงไม่โลภมากรู้จักพอ

1.2 แนวคิดหลักประการที่สอง : สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดีหรือสังคมแห่งสุขภาวะเป็นสังคมที่เป็นธรรมเอื้อเฟื้อเกื้อกูลกันไม่กดขี่หรือเอารัดเอาเปรียบกัน เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์เสมอกัน ไม่เบียดเบียนตนเอง ผู้อื่น และไม่เบียดเบียนธรรมชาติ

2. วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมาย การพัฒนาระบบสุขภาพไทยจากกรอบแนวคิดดังกล่าวข้างต้นจึงได้มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมาย การพัฒนาระบบสุขภาพไทยไว้ดังนี้

2.1 วิสัยทัศน์ ได้กำหนดวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทยที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 "สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันภายใต้แนวปฏิบัติปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง" ไว้ว่า "มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียงเพื่อสร้างให้สุขภาพดีบริการดีสังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง"

2.2 พันธกิจ การพัฒนาเพื่อมุ่งไปสู่วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทยเพื่อสร้างระบบสุขภาพพอเพียงจะเป็นจริงได้ก็ด้วยภาคีร่วมพัฒนาทุกภาคส่วนต้องมีพันธกิจสำคัญในการพัฒนาคือสร้างเอกภาพทางความคิดสร้างจิตสำนึกสุขภาพใหม่ สร้างระบบจัดการที่โปร่งใส สร้างกลไกการมีส่วนร่วมในการพัฒนา

2.3 เป้าหมายการพัฒนาแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ได้กำหนดเป้าหมายหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพไทยที่มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียงไว้ 10 ประการคือ (1) เอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืน (2) งานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สามารถสร้างปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี (3) วัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขพอเพียงอย่างเป็นองค์รวม (4) ระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง (5) ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพมีการใช้เทคโนโลยีอย่างพอประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้องเหมาะสมทำให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข (6) หลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรมทั่วถึงมีคุณภาพ (7) ระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมรองรับเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างทันการณ์ (8) ทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทันและพึ่งตนเองได้ (9) ระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้อย่างมีเหตุผลรอบด้าน (10) สังคมที่ไม่ทอดทิ้งคนทุกข์ยากเป็นสังคมที่ดูแลรักษาคนจนคนทุกข์คนยากและผู้ด้อยโอกาสอย่างเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย ทิศทางการสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันมียุทธศาสตร์หลักในการพัฒนา 6 ยุทธศาสตร์ดังนี้

3.1 การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพปฏิรูประบบงานโครงสร้างการบริหารจัดการกลไกและกระบวนการด้านนโยบายสุขภาพ ให้เกิดความเป็นเอกภาพและธรรมาภิบาลมีความยุติธรรมโปร่งใสตรวจสอบได้โดยในระยะสั้นเน้นการป้องปรามการทุจริตคอร์รัปชั่นและเน้นการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ดีเป็นเกราะปกป้องธรรมาภิบาลในระยะยาว

3.2 การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะเร่งรัดงานสุขภาพเชิงรุก เพื่อสร้างหลักประกันความปลอดภัยอย่างพอเพียงในชีวิตประจำวันทั้งด้านอาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งส่งเสริมบทบาทของครอบครัวชุมชน และภาคประชาสังคม ในการสร้างวัฒนธรรมการดูแลรักษาสุขภาพที่ดีและสร้างสรรค์สังคมที่มีความสุขในทุกระดับ

3.3 การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่รับบริการอุ่นใจผู้ให้บริการมีความสุข เน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ใส่ใจต่อความทุกข์ยาก และความลำบากใจทั้งในส่วนของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยสร้างระบบการจัดการที่เป็นธรรมมีความเห็นอกเห็นใจกันและมีความภาคภูมิใจ และพึงพอใจในประสิทธิภาพ และคุณภาพการบริการร่วมกันภายใต้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.4 การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการควบคุมป้องกันโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ รวมทั้งเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติและความรุนแรงที่แพร่ระบาดทั่วไป

3.5 การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล เน้นการพัฒนาศักยภาพ เพื่อการพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพด้วยการส่งเสริมสนุนไพรการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความปลอดภัย

3.6 การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้สร้างระบบการจัดการที่เน้นการใช้ความรู้เป็นฐาน การตัดสินใจด้วยการสร้างวัฒนธรรมการวิจัยและการจัดการความรู้ในทุกระดับองค์กรด้านสุขภาพโดยในแต่ละยุทธศาสตร์การพัฒนาได้มีการกำหนดเป้าประสงค์ เป้าหมายกลวิธีและมาตรการต่างๆ ที่สอดคล้องและนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์และเป้าหมายหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียง

4. การแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติการทางสังคมได้กำหนดแนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติการและจัดทำข้อเสนอบทบาทภาคี การพัฒนาทุกภาคส่วนในทุกระดับที่จะร่วมกันผลักดันและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติตลอดจนแนวทางการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้บรรลุวิสัยทัศน์และเป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงตามที่กำหนดไว้

ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน

ผู้วิจัยได้สรุปยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน จากแผนแม่บทการแก้ปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ.2550-2554 ซึ่งมีทั้งหมด 6 ยุทธศาสตร์ของศุภกิจ ศิริลักษณ์ (2550 : 5-7) ดังนี้

1. การสนับสนุนการเข้าถึงและการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุข มีกลวิธีดำเนินการคือ ส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของประชาชนชายแดนในสถานบริการสาธารณสุขใกล้เคียง พัฒนาสถานบริการสุขภาพชายแดนให้มีมาตรฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญเชิงรุกบริเวณชายแดน และการรักษาพยาบาลพัฒนาสร้างระบบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ และการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยารักษาโรคพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยข้ามชายแดนพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข

2. การสร้างความเข้มแข็งและพัฒนางานสาธารณสุขชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น มีกลวิธีดำเนินการคือ ส่งเสริมมุ่งเน้นให้ประชาชน ชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม มีส่วนร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุขชุมชนที่สอดคล้องกับวิถีแห่งตนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีเสริมสร้างการมีส่วนร่วม และสนับสนุนเครือข่ายการทำงานทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน และท้องถิ่น ที่เอื้อต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนให้ความรู้ผ่านช่องทางเสียงตามสาย หอกระจายข่าววิทยุชุมชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สร้างแกนนำเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนและครอบครัว รวมไปถึงการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพและงานคุ้มครองผู้บริโภคได้ด้วยตนเอง

3. การพัฒนาสุขภาพประชากรต่างด้าวและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ มีกลวิธีดำเนินการ คือ จัดให้มีระบบบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรต่างด้าวสร้างหลักประกันสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของประชากรต่างด้าว และชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว และการพัฒนาระบบสารสนเทศ

4. การสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนชายแดน มีกลวิธีดำเนินการคือ เสริมสร้างและสนับสนุนเครือข่ายการทำงานทั้งภาครัฐ และเอกชน ที่เอื้อต่อการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในครอบครัว ชุมชนแรงงานต่างด้าว ชนกลุ่มน้อย และศูนย์พักพิงชั่วคราว สร้างแกนนำเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการดูแลสุขภาพของประชาชนในครอบครัวชุมชนแรงงานต่างด้าวและชนกลุ่มน้อยจัดทำสื่อสุขภาพที่เป็นภาษาท้องถิ่นเพื่อให้ครอบครัวชุมชนแรงงานต่างด้าว และชนกลุ่มน้อยเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพและพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

5. การบูรณาการแผนงาน และการพัฒนากลไกการประสานงานสาธารณสุขชายแดน มีกลวิธีดำเนินการ คือพัฒนานโยบายและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับสถานการณ์และสภาพปัญหาสาธารณสุขชายแดนผลักดันงานสาธารณสุขชายแดนเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ของการบริหารราชการแบบบูรณาการ (ผู้ว่า CEO) จัดทำแผนงานการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนแบบบูรณาการร่วมกันกับหน่วยงานภาครัฐอื่นได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สร้างกลไกการสนับสนุนงบประมาณและแสวงหาทรัพยากรอื่นให้เพียงพอและเหมาะสมต่อการดำเนินงาน เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพให้ทันสมัยและเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายเพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกัน และการพัฒนาระบบข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่นำเข้าไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภค สร้างและพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล ให้ระบบปกติสร้างเครือข่ายการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน

ทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชน ภาคประชาสังคมและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องพัฒนาความเข้มแข็งการประสานงานสาธารณสุขชายแดนจังหวัดชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน (Cross border) สร้างเครือข่ายประสานงานสาธารณสุขชายแดน โดยจัดให้มีผู้รับผิดชอบหลักประสานงานระดับประเทศและระดับจังหวัด เพื่อจะได้ทราบภาพรวมในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน

6. *การประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน* มีกลวิธีดำเนินการ คือ ประสานตกลงแก้ไขปัญหาร่วมกันและมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องในระยะยาว การกำหนดเป้าหมายในแต่ละระยะในทิศทางเดียวกันเพื่อให้การแก้ไขปัญหาสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ประสานงานกับกระทรวงการต่างประเทศ เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล ตลอดจนผลักดันการใช้กรอบเจรจาต่างๆ เช่น ASEAN GMS ฯลฯ เป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับประเทศเพื่อนบ้านเพื่อสนับสนุนความร่วมมือการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลประสานงานกับองค์กรระหว่างประเทศเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุข

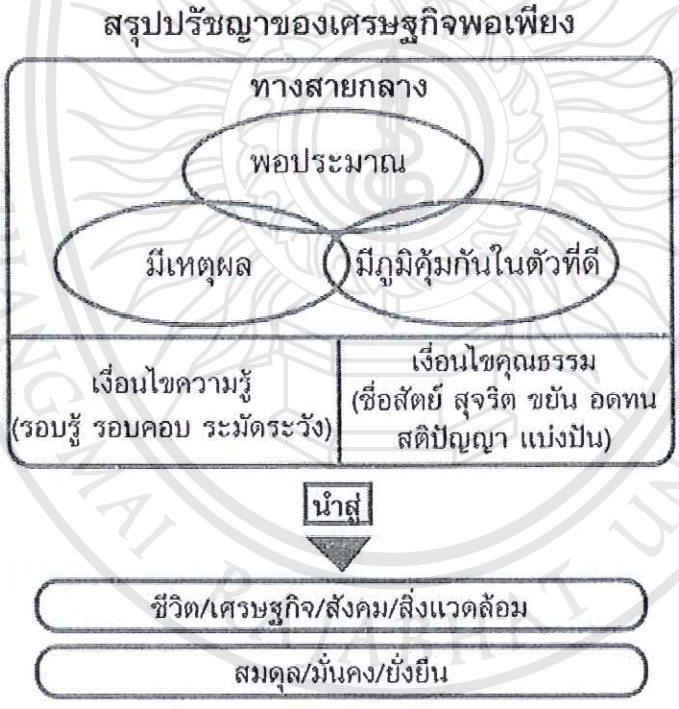
โดยหลักการจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ได้นำเอาหลักเศรษฐกิจพอเพียงเข้ามาผสานกับแนวคิดการสาธารณสุขในเชิงการพัฒนาสังคมควบคู่กับการจัดการระบบสาธารณสุขที่มุ่งหวังผลในการสร้างสุขภาวะให้แก่สังคมไทย ท่ามกลางกระแสโลกาภิวัฒน์ และยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน จากแผนแม่บทการแก้ปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน ที่เป็นแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขที่จะดำเนินการเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขชายแดนของประเทศไทย แต่แผนแม่บทฯ นี้ไม่มีงบประมาณสนับสนุนจึงเป็นเพียงการขอความร่วมมือจากองค์กร หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการจัดการระบบสาธารณสุขชายแดน ซึ่งการวิจัยเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานในจังหวัดแม่ฮ่องสอนในครั้งนี้ เป็นงานวิจัยที่มีความสอดคล้องกับ 3 แนวคิดได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 และยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน จากแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ.2550-2554 ที่ไม่มีงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขรองรับ ซึ่งผลของการวิจัยครั้งนี้จะสามารถทำให้การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดชายแดนเด่นชัดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมโดยอาศัยแนวคิดหลักการของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นสำคัญ

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาที่ชี้แนวทางการดำรงชีวิตที่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระราชดำรัสแก่ชาวไทยนับตั้งแต่ปี พ.ศ.2517 เป็นต้นมา เพื่อเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจของประเทศไทยให้สามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคงและยั่งยืนในกระแสโลกาภิวัตน์และความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังมีพระบรมราโชวาทดังนี้

> "การพัฒนาประเทศจำเป็นต้องทำตามลำดับขั้น ต้องสร้างพื้นฐาน คือ ความพอมีพอกิน พอใช้ ของประชาชนส่วนใหญ่เป็นเบื้องต้นก่อน โดยใช้วิธีการและใช้อุปกรณ์ที่ประหยัด แต่ถูกต้องตามหลักวิชา เมื่อได้พื้นฐานมั่นคงพร้อมพอควรและปฏิบัติได้แล้ว จึงค่อยสร้างค่อยเสริมความเจริญและฐานะเศรษฐกิจขั้นที่สูงขึ้นโดยลำดับต่อไป หากมุ่งแต่จะทุ่มเท สร้างความเจริญ ยกเศรษฐกิจขึ้นให้รวดเร็วแต่ประการเดียว โดยไม่ให้แผนปฏิบัติการสัมพันธ์กับสภาวะของประเทศและของประชาชนโดยสอดคล้อง ด้วยก็จะเกิดความไม่สมดุลในเรื่องต่างๆ ขึ้นซึ่งอาจกลายเป็นความยุ่งยากล้มเหลวได้ในที่สุด"

(พระบรมราโชวาท ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ณ หอประชุมมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วันพฤหัสบดีที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ.2517) ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนี้ ใช้เป็นกรอบแนวความคิดและทิศทางการพัฒนาระบบเศรษฐกิจมหภาคของไทย ซึ่งบรรจุอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 เพื่อมุ่งสู่การพัฒนาที่สมดุล ยั่งยืน และมีภูมิคุ้มกัน เพื่อความอยู่ดีมีสุข มุ่งสู่สังคมที่มีความสุขอย่างยั่งยืน การประยุกต์นำหลักปรัชญาเพื่อนำพัฒนาประเทศในต่างประเทศนั้น ประเทศไทยได้เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนผ่านทางสำนักงานความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ โดยมีหน้าที่คอยประสานงานรับความช่วยเหลือทางวิชาการด้านต่างๆ จากต่างประเทศมาสู่ภาครัฐ แล้วถ่ายทอดต่อไปยังภาคประชาชน และยังส่งผ่านความรู้ที่มีไปยังประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ เรื่องปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนั้น สำนักงานความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศได้ถ่ายทอดมาไม่ต่ำกว่า 5 ปี และประสานกับสำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ และคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งต่างชาติก็สนใจเรื่องเศรษฐกิจพอเพียงเพราะพิสูจน์แล้วว่าเป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ ซึ่งแต่ละประเทศมีความต้องการประยุกต์ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตสภาพภูมิศาสตร์ของแต่ละประเทศ โดยได้ให้ผู้แทนจากประเทศเหล่านี้ได้มาดูงานในหลายระดับทั้งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ฝ่ายนโยบาย จนถึงระดับปลัดกระทรวง และรัฐมนตรีประจำกระทรวงต่างๆ (สุทธาสินี จิตรกรรมไทย, 2550) ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงได้รับการเชิดชูเป็นอย่างสูงจากองค์การสหประชาชาติ โดยนายโคฟีอันนัน ในฐานะเลขาธิการองค์การสหประชาชาติได้ทูลเกล้าฯ ถวายรางวัลความสำเร็จสูงสุดด้านการพัฒนามนุษย์ แด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เมื่อวันที่

26 พฤษภาคม พ.ศ.2549 และได้มีปาฐกถาถึงปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงว่า เป็นปรัชญาที่มีประโยชน์ต่อประเทศไทยและนานาประเทศและสามารถเริ่มได้จากการสร้างภูมิคุ้มกันในตนเองสู่หมู่บ้านและสู่เศรษฐกิจในวงกว้างขึ้นในที่สุด เศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาที่ยึดหลักทางสายกลางที่ชี้แนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติของประชาชนในทุกระดับให้ดำเนินไปในทางสายกลาง มีความพอเพียงและมีความพร้อมที่จะจัดการต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะต้องอาศัยความรอบรู้ รอบคอบและระมัดระวังในการวางแผนและดำเนินการทุกขั้นตอน ทั้งนี้เศรษฐกิจพอเพียงเป็นการดำเนินชีวิตอย่างสมดุลและยั่งยืน เพื่อให้สามารถอยู่ได้แม้ในโลกโลกาภิวัตน์ที่มีการแข่งขันสูง ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงที่ทรงปรับปรุงพระราชทานให้ประชาชนเป็นที่มาของนิยาม "3 ห่วง 2 เงื่อนไข" ที่คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นำมาใช้ในการรณรงค์เผยแพร่ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงผ่านช่องทางสื่อต่างๆ อยู่ในปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วยความ "พอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกัน" บนเงื่อนไข "ความรู้" และ "คุณธรรม"



ภาพที่ 2.3 แผนภาพแสดงแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง 3 ห่วง 2 เงื่อนไข

ที่มา : คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **การประยุกต์ใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียง.** (มปท), (2550 : 9)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550 : 6) ที่ได้ให้คำนิยามว่าความพอเพียง จะต้องประกอบด้วย 3 คุณลักษณะพร้อมๆ กัน ดังนี้

1. ความพอประมาณ หมายถึง ความพอดีไม่น้อยเกินไป และไม่มากเกินไปโดยไม่เบียดเบียนตนเอง และผู้อื่น เช่น การผลิต และการบริโภคที่อยู่ในระดับพอประมาณ

2. ความมีเหตุผล หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความพอเพียงนั้นจะต้องเป็นไปอย่างมีเหตุผลโดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นๆ อย่างรอบคอบ

3. การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว หมายถึง การเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบ และการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นโดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ต่างๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกล

จากแนวคิดตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผู้วิจัยเห็นว่ามีความเหมาะสมกับแนวทางการพัฒนาต่างๆ ในระดับท้องถิ่นสามารถทำให้ชุมชนมีความสามัคคี และมีความรอบคอบในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาต่างๆ ในชุมชน รวมถึงมีการเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ซึ่งส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีความเป็นปึกแผ่น สามัคคี มีการร่วมมือร่วมใจ ในกิจกรรมของชุมชน โดยผลจากชุมชนเข้มแข็งนี้จะส่งผลสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมสุขภาพแห่งกฎบัตรออตตาว่า (Ottawa Charter) และพันธสัญญาแห่งกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) ซึ่งผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

ประเทศพม่าและภาวะสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกของประเทศพม่า

สาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่า (Republic of the Union of Myanma) หรือประเทศพม่า (Burma หรือ Myanma) ตั้งอยู่ในทวีปเอเชียซึ่งอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตั้งอยู่บนคาบสมุทรอินโดจีน ด้านตะวันตกเฉียงเหนือระหว่างเส้นรุ้ง 10 องศาเหนือ ถึง 20 องศา 30 ลิปดาเหนือและระหว่างเส้นแวง 92 องศา 10 ลิปดาตะวันออก ถึง 101 องศา 30 ลิปดาตะวันออก มีพื้นที่ประมาณ 678,036 ตารางกิโลเมตร มีความยาวตั้งแต่เหนือสุดของประเทศที่รัฐกะฉิ่นจดใต้สุดที่พรมแดนตะนาวศรีประมาณ 2,090 กิโลเมตร ส่วนที่กว้างที่สุดจากตะวันออกในเขตรัฐฉานถึงตะวันตกในรัฐชินประมาณ 1,120 กิโลเมตร ส่วนที่แคบที่สุดอยู่บริเวณระหว่างเมืองเย้กับด่านเจดีย์สามองค์ของประเทศไทยกว้างประมาณ 40 กิโลเมตร อาณาเขตทิศเหนือติดต่อกับจีนบริเวณมณฑลยูนนาน ทิเบต และแคว้นอัสสัม ของประเทศอินเดียทิศตะวันออก ติดต่อกับจีนบริเวณมณฑลยูนนาน ลาว และประเทศไทยทิศตะวันตก ติดต่อกับตอนเหนือ ติดกับบังกลาเทศ ตอนใต้ติดกับอ่าวเบงกอล

มีพรมแดนยาวทั้งหมดประมาณ 7,100 กิโลเมตร เป็นเส้นพรมแดนทางบกยาวประมาณ 4,600 กิโลเมตร และติดกับปากีสถาน ทิศใต้ติดต่อกับทะเลอันดามัน อ่าวเบงกอลและมหาสมุทรอินเดีย (บุญเทียม พลายชมพู, 2549 : 23-24) สภาพทางภูมิศาสตร์แบ่งออกเป็นสองส่วนคือส่วนที่อยู่ใจกลางของประเทศ มีลักษณะเป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำและส่วนที่ล้อมรอบประเทศด้านชายแดนตะวันตก ตะวันออก และภาคเหนือ มีลักษณะเป็นเทือกเขาสูงกินอาณาเขตประมาณ 2 ใน 3 ของเนื้อที่ทั้งประเทศ ประชากรในประเทศพม่าประกอบด้วยชนชาติต่างๆ ไม่น้อยกว่า 100 ชนชาติ ชนชาติที่มีประชากร มากที่สุดคือ ชาวพม่า (ประมาณร้อยละ 68) อาศัยอยู่ในบริเวณที่ราบริมแม่น้ำใจกลางประเทศ รองลงมาคือชาวไทใหญ่ (Shan) กะเหรี่ยง (Karen) มอญ (Mon) ยะไข่ (Rakine) ชิน (Chin) ว้า(Wa) และอีกกว่าหนึ่งร้อยกลุ่มชาติพันธุ์ การปกครองในอดีตมีลักษณะรัฐ อาณาจักร ก๊อกลุ่มชาติพันธุ์ที่มี ขนาดใหญ่จะปกครองตนเองในลักษณะนครรัฐ เช่น รัฐฉาน รัฐกะเหรี่ยง รัฐมอญ ยามเมื่อรัฐใด อ่อนแอก็จะถูกรัฐรอบข้างรุกรานก่อนตกเป็นอาณานิคมของอังกฤษในปี ค.ศ.1886 รัฐพม่าแผ่ขยาย อำนาจไปในเขตชนชาติอื่นๆ เมื่ออังกฤษสามารถยึดรัฐพม่าได้อังกฤษจึงถือโอกาสผนวกแผ่นดิน รัฐอื่นๆ เหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของอาณานิคมอังกฤษไปในคราวเดียวกันและการผนวกดินแดนครั้งนี้ คือมูลเหตุสำคัญของสงครามกลางเมืองระหว่างรัฐบาลกับพม่าและกองกำลังชนชาติต่างๆ นับจาก พม่าได้รับเอกราชมาจนถึงปัจจุบัน ปัจจุบันประเทศพม่าแบ่งเขตการปกครองออกเป็นสองประเภท คือ รัฐ (State) หมายถึงพื้นที่ที่มีประชากรของชนกลุ่มน้อยอาศัยอยู่ แบ่งออกเป็น 7 รัฐ ประกอบด้วย รัฐคะฉิ่น รัฐฉาน รัฐคะยาห์ รัฐกะเหรี่ยง รัฐมอญ รัฐอาระกัน (ยะไข่) และรัฐชิน อีกประเภทหนึ่งคือ เขต หรือภาค (Division) หมายถึงพื้นที่มีประชากรพม่าอาศัยอยู่หนาแน่น แบ่งออกเป็น 7 เขต ประกอบด้วยเขตตะนาวศรี เขตย่างกุ้ง เขตอิระวดี เขตพะโคเขตมะกวย เขตมัณฑะเลย์เขตสะกาย (สาละวินโพสต์, เวบไซต์)

สุขภาวะในภาคตะวันออกของประเทศพม่า

จากรายงานทางวิชาการ เรื่อง ผลวินิจฉัย : ขั้นวิกฤติภาวะสุขภาพ และสิทธิมนุษยชน ในภาคตะวันออกของพม่า (2553 : 4-11) สามารถสรุปสาระสำคัญในด้านสุขภาวะที่ส่งผลกระทบ ต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศไทยดังนี้

รายงานนี้มีวัตถุประสงค์ในการสำรวจประชากรเพื่อทำการประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพ และสิทธิมนุษยชนครอบคลุมพื้นที่ 4 รัฐ และ 2 ภาค ในเขตภาคตะวันออกของประเทศพม่าทั้งหมด (ฐานประชากรครอบคลุม 21 เมือง และ 5,754 ครัวเรือน) โดยมีองค์กรที่เข้าร่วมได้แก่ สมาคม การแพทย์แห่งพม่า (The Burma Medical Association) คณะกรรมการสุขภาพและการศึกษา (National Health and Education Committee) หน่วยงานสาธารณสุขชุมชน (Backpack Health Worker Team) องค์กรสุขภาพชาติพันธุ์เพื่อชุมชนกระเหรี่ยง คะเรนนี มอญ ฉาน และปะหล่อง

โดยได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากองค์กรเพื่อการเข้าถึงสุขภาพระดับโลก (The Global Health Access Program) ได้ระบุว่า หลังจากพม่าได้รับเอกราชในปี พ.ศ.2491 ได้เกิดการจลาจลของกองกำลังติดอาวุธของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ในเขตภาคตะวันออกของประเทศ (พรมแดนติดต่อประเทศไทย) และในปี พ.ศ.2505 นายพลเนวิน จึงได้นำประเทศเข้าสู่การปกครองภายใต้ระบอบทหาร และเผด็จการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลากว่า 5 ทศวรรษ และภายใต้การปกครองนั้นบรรดาสมาชิกพรรคการเมืองฝ่ายค้านและผู้นำกลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่เห็นด้วยต่างถูกข่มเหง รวมทั้งเกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างกว้างขวาง ได้แก่ การบังคับใช้แรงงาน การทำลาย และยึดอาหาร การเก็บภาษีตามอำเภอใจ การทรมาน การข่มขืน การตัดสินโทษประหารชีวิตอย่างไม่ถูกต้อง ในรายงานยังมีข้อค้นพบที่ชี้ให้เห็นว่าการล่วงละเมิดเหล่านี้ส่งผลให้ภาวะสุขภาพของประชาชนย่ำแย่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้หญิงและเด็ก ซึ่งนับว่าเป็นสมาชิกของชุมชนที่อยู่ในภาวะเปราะบางที่สุด ผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่ามีสมาชิกในครัวเรือนที่มีสุขภาพทรุดโทรมลงจากภาวะที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความรุนแรงด้านสิทธิมนุษยชน โดยพบว่ามีเด็กในครัวเรือนพลัดถิ่นในประเทศซึ่งต้องทนทุกข์ทรมานจากภาวะขาดสารอาหารตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงรุนแรงสูงเป็น 3.3 เท่าและในครัวเรือนที่มีสมาชิกอย่างน้อยหนึ่งคนถูกบังคับให้ใช้แรงงานส่งผลให้มีการเพิ่มโอกาสการตายของทารกก่อนอายุ 1 ขวบเพิ่มสูงขึ้นเป็น 2.5 เท่า และในรายงานฉบับนี้ยังระบุว่า ในปี พ.ศ.2552 มีการประมาณการว่า รัฐบาลพม่าได้รับผลกำไรจากการค้าราว 2.5 พันล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการขายก๊าซธรรมชาติให้กับประเทศไทย แต่รัฐบาลทหารกลับใช้งบประมาณด้านสุขภาพเพียง 7 เหรียญดอลลาร์สหรัฐต่อหัวประชากรต่อปี และตามดัชนีชี้วัดของสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ประเทศพม่าถือเป็นหนึ่งในประเทศที่ใช้งบประมาณด้านสุขภาพน้อยที่สุด ซึ่งใช้งบประมาณเพียงร้อยละ 1.8 จากงบประมาณทั้งหมดของประเทศส่งผลให้พม่าเป็นประเทศในอันดับที่ 138 ของรายงานด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ในปี 2527 และทำให้การพัฒนาด้านสาธารณสุขของประเทศพม่ายังคงล้าหลังและห่างไกลจากเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษใหม่ของสหประชาชาติในประเทศพม่า และประชาชนชาวพม่าต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสาธารณสุขเกือบทุกประเภทด้วยเงินของตนเอง แพทย์หญิงซินเธีย หม่อง ผู้อำนวยการคลีนิคแม่ตาว และประธานหน่วยงานสาธารณสุขชุมชนได้บันทึกไว้ในคำนำในรายงานฉบับนี้ว่า

> “แม้ว่าชุมชนต่างๆ และผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขในภาคตะวันออกของพม่าได้แสดงความมุ่งมั่นที่จะไปให้ถึงเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษใหม่ ผู้ทำงานชุมชนได้อุทิศตนเองพยายามส่งเสริมสุขภาพของแม่ ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ ลดความยากจนและส่งเสริมความ

เสมอภาคทางเพศแต่พวกเขาก็ยังคงอยู่ห่างไกลจากเป้าหมายที่วางไว้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกของพม่า ซึ่งยังคงมีปัญหามาลาเรีย วัณโรค และเอชไอวี ซึ่งเป็นภัยคุกคามหลักต่อชีวิตของผู้คน"

ผลการศึกษาจากรายงานฉบับนี้แสดงให้เห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสู้รบและการอยู่ภายใต้กองกำลังทหาร การที่ทหารเข้าควบคุมทรัพยากรทั้งหมดของประเทศทั้งในพื้นที่สู้รบและพื้นที่ซึ่งไม่มีการสู้รบ ส่งผลให้การเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานเป็นไปด้วยความยากลำบากทั่วทั้งประเทศ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกของประเทศพม่า ด้วยเหตุผลประการทั้งมวลนี้ส่งผลให้มีผู้อพยพย้ายถิ่นหลั่งไหลเข้ามาสู่ประเทศไทย และอาศัยอยู่ในศูนย์พื้นที่พักพิงผู้ลี้ภัยจากการสู้รบตามแนวชายแดนตะวันตกของประเทศไทยกว่า 145,000 คน และอีกกว่า 3 ล้าน คนที่อพยพเข้ามาในประเทศไทยที่ส่วนใหญ่เป็นแรงงานพม่าที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย และไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายแรงงานประเทศไทย ดร.ศรีประภา เพชรมีสี อาจารย์ประจำศูนย์สิทธิมนุษยชนศึกษา และการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย ได้บันทึกไว้ในคำนำของรายงานฉบับนี้ว่า

> "เป็นที่รับรู้กันอยู่ในวงกว้างเรื่องข้อเท็จจริงที่ว่าสิทธิด้านสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงการได้รับการดูแลสุขภาพเท่านั้น และตามธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก สุขภาพคือ "การมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมประกอบกัน ไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น นอกจากนั้นสิทธิด้านสุขภาพยังถือเป็นใจความสำคัญ ซึ่งอยู่ในสนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนสากลอีกหลายฉบับ อาทิ กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (ICESCR, article 12) อนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ (CERD, article 5) อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ (CEDAW, articles 11 and 12) และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (CRC, article 24) สนธิสัญญาต่างๆ เหล่านี้ มีผลกำหนดให้รัฐภาคีมีข้อผูกพันที่ต้องแสดงการเคารพ ปกป้อง และเติมเต็มสิทธิตามที่ระบุไว้ในสนธิสัญญานั้นๆ อย่างไรก็ตาม ดังที่ได้ระบุไว้ในรายงาน ผลวินิจฉัย : ขั้นวิกฤติฯ ฉบับนี้ ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบจากพื้นที่ ซึ่งได้รับผลกระทบจากการสู้รบในภาคตะวันออกของประเทศพม่าโดยเครือข่ายองค์กรชุมชนพบว่า ประเทศพม่าและรัฐบาลล้มเหลวในการดำเนินงานตามข้อผูกพันเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่ออนุสัญญาสากล 2 ฉบับ ที่ประเทศพม่าได้ร่วมลงนามไว้ คือ CEDAW และ

CRC "รายงานฉบับนี้ได้บันทึกถึงการล่วงละเมิดต่างๆ อาทิ การบังคับใช้แรงงาน และการทำลายอาหารซึ่งยังคงเกิดขึ้นเป็นวงกว้าง ส่งผลให้เกิดความยากจน การอพยพย้ายถิ่น ความไม่มั่นคงด้านอาหาร และท้ายที่สุดนำไปสู่ความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร การเข้าไม่ถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในภาคตะวันออกของประเทศพม่า คือสาเหตุที่กำลังคร่าชีวิตของพวกเขา ประเทศไทยได้กลายเป็นพื้นที่รองรับผู้อพยพประมาณ 140,000 คน จากประเทศพม่าและอีกหลายล้านคนที่อาศัยอยู่นอกค่ายผู้อพยพในประเทศไทย บ่อยครั้งที่คนกลุ่มดังกล่าวกลายเป็นแรงงานข้ามชาติ ซึ่งไม่ได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมายเนื่องจากพวกเขาไม่มีบริการด้านสุขภาพในประเทศพม่าและไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย จึงไม่ใช่เหตุบังเอิญที่ปัญหาโรคติดเชื้อต่างๆ อาทิ มาลาเรีย วัณโรค ไทฟอยด์ และอหิวาตกโรค ยังคงเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตที่เกิดบ่อยครั้งหรือแทบตลอดเวลาในเขตแนวชายแดนที่มีช่องทางติดต่อกับประเทศพม่า รัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหานี้ จึงได้อนุมัติงบประมาณฉุกเฉินจำนวน 200 ล้านบาท ในต้นปี 2553 นี้เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลของรัฐที่กำลังประสบปัญหาในการรับมือกับประเด็นนี้ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในประเทศไทย ปัจจุบันสถานการณ์จริงเหล่านี้ก็ยังคงเกิดขึ้น และดำเนินอย่างต่อเนื่องในประเทศพม่า"

จากสาระสำคัญของรายงานดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยทราบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันตกของประเทศพม่า มีสุขภาวะที่ไม่ดี เพราะสาเหตุจากเหตุการณ์ความไม่สงบภายในและเป็นสาเหตุที่มีผู้คนทิ้งถิ่นฐาน และอพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการอพยพของประชาชนจากรัฐฉานประเทศพม่า ที่ได้รับผลกระทบจากยุทธศาสตร์ด้านการทหารที่เรียกว่า ยุทธวิธี ตัด 4 (Four Cut) ได้แก่ การขับไล่ชาวบ้านให้ย้ายที่ทำกินใช้ไฟจุดเผาทำลายบ้านเรือน การเข่นฆ่าผู้บริสุทธิ์ และการบังคับข่มขืนหญิงชาวบ้าน ซึ่งทำให้ประชาชนในรัฐฉานทิ้งถิ่นฐานเข้ามาทำงานในประเทศไทย เป็นเวลากว่า 50 ปีแล้ว โดยประมาณการมีจำนวนคนที่อพยพมาจากรัฐฉานเข้ามาในประเทศไทยกว่า 2 ล้านคน (เจ้ายอดศึก, มปท : 137) เหตุการณ์นี้จึงส่งผลให้ประเทศไทยรับเอากลุ่มผู้อพยพที่เป็นบุคคลที่มีสุขภาวะที่ไม่ดี มีความเสี่ยงในการเป็นพาหะนำเชื้อโรคต่างๆ เข้ามาแพร่ระบาดในประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่องบประมาณในการรักษาพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่จำเป็นจะต้องให้การบริการในด้านสุขภาพตามหลักการของสิทธิมนุษยชน และส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านสุขภาพของประชาชนไทย

ปัญหาและผลกระทบของแรงงานต่างด้าวและผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉาน

ข้อมูลจากกระทรวงแรงงานในเรื่องของการแก้ปัญหาแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในประเทศไทยเป็นเรื่องที่เป็นปัญหาของประเทศไทยมายาวนานกว่า 10 ปีแล้ว ซึ่งเกิดจากการขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจด้านอุตสาหกรรม และการบริการของไทย มีอัตราการเจริญเติบโตสูงขึ้นทำให้มีความต้องการแรงงานเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งในปี พ.ศ.2553 จำนวนแรงงานต่างด้าวที่มาลงทะเบียนมีประมาณ 7 แสนกว่าคน ในขณะที่แรงงานที่เข้ามาจริงๆ นั้น อาจมีมากกว่า 1 ล้านคน โดยส่วนต่างที่เกิดขึ้นมานั้นมักเป็นแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองมาอย่างผิดกฎหมายเกือบทั้งสิ้น โดยเฉพาะแรงงานจากประเทศพม่า ซึ่งรายงานการวิจัย "แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายกับปัญหาความมั่นคงแห่งชาติปัญหาสาธารณสุข สังคม และเศรษฐกิจ" วุฒิสภา ปี พ.ศ.2546 ระบุว่าปัญหาของแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาอย่างผิดกฎหมายได้ก่อให้เกิดปัญหาแก่ประเทศใน 4 มิติ คือ 1) ด้านความมั่นคงในด้านความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ การก่อการร้าย แรงงานเถื่อน การไม่มีความชัดเจนของกฎหมายและนโยบายแรงงานก่อให้เกิดปัญหาที่สะสมมาอย่างยาวนานรวมไปถึงการคอร์รัปชั่นของเจ้าหน้าที่ (ทั้งกระทรวงแรงงานหรือตำรวจ) 2) ด้านการสาธารณสุข คือความสามารถในการควบคุมโรค การสุขอนามัย และสิ่งแวดล้อม ภาระงบประมาณการบริการและการรักษา 3) ด้านสังคมในส่วนของความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน การก่ออาชญากรรม การแบ่งแยกเชิงสังคม ขบวนการลักลอบเข้าเมืองและการค้ามนุษย์ ปัญหาการสร้างอิทธิพลของกลุ่มชนชาติ ยาเสพติด ปัญหาโสเภณี ภาระของรัฐในเรื่องการจัดปัจจัยพื้นฐานและการสาธารณูปโภค การพึ่งพาบริการโรงเรียนของรัฐ การเลือกปฏิบัติด้านมนุษยธรรมและปัญหาเด็กต่างด้าว และเด็กที่มีปัญหาเรื่องสัญชาติ 4) ด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นประเด็นของต้นทุนค่าแรงงาน การแย่งงานการพัฒนาฝีมือแรงงาน การปรับปรุงโครงสร้างอุตสาหกรรมที่ใช้ทักษะสูงเกิดธุรกิจนอกระบบ ความต้องการ ความจำเป็น และจำนวนแรงงานต่างด้าวที่แท้จริงที่ทำให้ไม่สามารถสร้างตลาดแรงงานที่แท้จริงได้ จนถึงการไม่สามารถกำหนดนโยบายการจัดสรรทรัพยากรและแรงงานต่างด้าวในประเภทอุตสาหกรรมต่างๆ เพราะไม่มีตัวเลขที่ชัดเจน (ศรัณย์ ธิติลักษณ์, เวบไซด์) งานวิจัยที่มีผลการศึกษาถึงผลกระทบด้านสาธารณสุขจากแรงงานต่างด้าวหรือคนที่อพยพมาจากต่างประเทศ เช่น อดุลย์ รัตโส (2549 : 117-120) ได้ศึกษาผลกระทบด้านสาธารณสุขจากแรงงานต่างด้าวในจังหวัดภูเก็ต ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ระดับลึกจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว ผลการศึกษาวิเคราะห์พบว่ามีผลกระทบทางด้านสาธารณสุขชุมชนดังนี้ 1) โรคติดต่อจากกลุ่มแรงงานเถื่อน ซึ่งแรงงานเหล่านี้ไม่ได้มีการขึ้นทะเบียนไม่ผ่านการตรวจสุขภาพทำให้การควบคุมโรคเป็นไปด้วยความลำบาก 2) การแพร่กระจายของโรคติดต่อลักษณะการทำงานและสภาพที่อยู่อาศัยของแรงงานต่างด้าว ซึ่งอยู่กันอย่างแออัด สิ่งแวดล้อมเน่าเสียส่งผล

ให้มีการแพร่กระจายของโรคได้อย่างรวดเร็ว 3) การเกิดโรคระบาดในเด็ก อัตราการเกิดของแรงงานสตรีต่างด้าวมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์เด็กที่คลอดมาไม่มีการฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กและเกิดโรคต่างๆ เกี่ยวกับเด็ก 4) การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำของโรค โรคติดต่อบางชนิดที่กำลังจะหมดไปจากประเทศไทย มีแนวโน้มว่าอาจจะกลับมาเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของไทยอีก 5) การเข้ามาของแรงงานต่างด้าวยังส่งผลกระทบต่อบุคลากรด้านสาธารณสุขและงบประมาณของรัฐในเรื่องของการเพิ่มภาระงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่งมีภาระงานหนักอยู่แล้วจะต้องมารับผิดชอบดูแลรักษากลุ่มแรงงานต่างด้าวที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นการเพิ่มภาระที่หนักขึ้นอีกรวมทั้งทำให้สูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาโดยกระทรวงสาธารณสุขต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์รักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวปีละหลายล้านบาทและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และผู้วิจัยได้พบงานวิจัยเกี่ยวข้องกับผลกระทบด้านสาธารณสุขจากแรงงานต่างด้าวหรือคนที่อพยพมาจากต่างประเทศจากนักวิจัยท่านอื่นอีกหลายท่านซึ่งได้อ้างอิงไว้ในส่วนของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในลำดับต่อไป

สำหรับผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานที่ผู้วิจัยได้กล่าวถึงในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นิยามว่าเป็นผู้ที่เดินทางมาจากรัฐฉาน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า พบว่า กลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นนี้ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ได้แก่ กลุ่มชาติพันธุ์ไทใหญ่ และกลุ่มชาติพันธุ์ปะโอ (ต่องสู่) เป็นส่วนใหญ่ และประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ ที่มีถิ่นอาศัยอยู่ในรัฐฉาน เช่น กลุ่มชาติพันธุ์คะฉิ่น กลุ่มชาติพันธุ์อินตา และกลุ่มชาติพันธุ์ปะหล่อง เป็นต้น ซึ่งกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ที่เดินทางมาจากรัฐฉานที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ปัจจุบันเป็นผู้ลี้ภัยจากการละเมิดสิทธิมนุษยชนในรัฐฉาน โดยกองกำลังทหารพม่าในรัฐฉาน ซึ่งเดินทางเข้ามาประเทศไทย เพื่อหาพื้นที่ปลอดภัยพึ่งพิงเช่นเดียวกับกลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ ในประเทศพม่า เช่น กลุ่มชาติพันธุ์กระเหรี่ยงจากรัฐคะเรนนี และรัฐกะยาที่เดินทางเข้ามาพึ่งพิงประเทศไทย หากแต่ประเทศไทยไม่ได้จัดตั้งศูนย์พื้นที่พักพิงชั่วคราวผู้ลี้ภัยจากการสู้รบสำหรับกลุ่มชาติพันธุ์ที่เดินทางมาจากรัฐฉาน (ซึ่งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทใหญ่เป็นส่วนใหญ่) ขึ้นในประเทศไทยเหมือนกลุ่มชาติพันธุ์อื่น ทำให้กลุ่มผู้ลี้ภัยจากรัฐฉาน ต้องกลายเป็นผู้ที่ต้องอาศัยอยู่แบบหลบซ่อนในฐานะบุคคลผิดกฎหมายอยู่ตามแนวชายแดนไทย-พม่า และกลายมาเป็นผู้ใช้แรงงาน ในอาชีพก่อสร้าง การทำการเกษตร หรือรับจ้างตามโรงงาน ร้านอาหาร หรือเป็นคนรับใช้ในบ้านเป็นต้น ซึ่งจะเข้าสู่ขบวนการของแรงงานเถื่อน และการค้ามนุษย์ต่อไป (เครือข่ายปฏิบัติงานเพื่อผู้หญิงชาวไทใหญ่, 2546 : 3-7) และจากสถิติการเดินทางเข้า-ออก ประเทศไทยของประชาชนพม่าอย่างถูกกฎหมาย ณ จุดผ่อนปรนบ้านห้วยผึ้ง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นเขตติดต่อของรัฐฉาน (สำนักตรวจคนเข้าเมืองจังหวัดแม่ฮ่องสอน, 2554) พบว่า ข้อมูล 3 ปีย้อนหลังคือตั้งแต่ปี พ.ศ.2551-พ.ศ.2553 ประชาชนพม่าจากรัฐฉานได้เดินทางเข้า-ออก ประเทศไทย ณ จุดผ่อนปรน

แห่งนี้ด้วยเหตุผล 2 ประการได้แก่ เพื่อค้าขาย และเพื่อเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยอาการเจ็บป่วย จำนวนรวม 3 ปี คือ เดินทางเข้าทั้งหมด 12,508 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้เข้ามาด้วย สาเหตุการเจ็บป่วยจำนวน 9,987 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 77.97 ของจำนวนผู้เดินทางเข้ามาทั้งหมด และเดินทางออกทั้งหมด 6,209 คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี มีประชาชนของประเทศพม่าจากรัฐฉานที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย แต่ไม่เดินทางกลับออกไปประเทศพม่า มีจำนวน 6,299 คน ซึ่งอาจสันนิษฐานได้ว่าผู้ที่ไม่ได้เดินทางกลับออกไปนี้กลายเป็นผู้หลบหนีเข้าเมือง และหลบซ่อนตัวอยู่ในชุมชนต่างๆ ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อประกอบอาชีพเลี้ยงตัวหรืออาจเข้าสู่กระบวนการค้ามนุษย์ เพื่อเป็นแรงงานเถื่อน หรือเพื่อการค้าประเวณีต่อไป และจากสถิติของหน่วยงานด้านสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน มีข้อมูลการสูญเสียงบประมาณจากการแบกรับค่าใช้จ่ายให้แก่บุคคลต่างด้าวของหน่วยงานด้านสาธารณสุข 3 ปีย้อนหลัง คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551-พ.ศ.2553 (งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน) รวม 44,949,922 บาท และเป็นค่าใช้จ่ายเฉพาะเขตพื้นที่อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน 22,600,675 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.27 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด จากสถิติดังกล่าวทำให้ทราบถึงความสอดคล้องระหว่างข้อมูลจำนวนประชาชนพม่า จากรัฐฉานที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย ซึ่งกลายมาเป็นผู้หลบหนีเข้าเมืองในเวลาต่อมา ที่มีเหตุผลด้านความต้องการรักษาอาการเจ็บป่วย และข้อมูลการสูญเสียงบประมาณทางด้านสาธารณสุขของประเทศ แสดงให้เห็นว่าจังหวัดแม่ฮ่องสอนได้รับผลกระทบด้านงบประมาณ ด้านสาธารณสุข ในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอนจากการหลบหนีเข้าเมืองของประชาชนจากรัฐฉานประเทศพม่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อดุลย์ รัตโส (2549 : 117-120) เรื่องผลกระทบด้านสาธารณสุขจากแรงงานต่างด้าวในจังหวัดภูเก็ต

จากปัญหา และผลกระทบของแรงงานต่างด้าว และผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าประเทศไทยควรมีการจัดการด้านการสาธารณสุขอย่างเร่งด่วน เพราะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพประชาชนไทยอย่างมาก เช่นการสูญเสียงบประมาณในการสาธารณสุข และโรคติดต่อต่างๆ ที่อาจอุบัติซ้ำจนอาจไม่สามารถควบคุมได้ ผู้วิจัยจึงพยายามแสวงหารูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอนเพื่อเป็นการป้องกันเฝ้าระวังโรคต่างๆ และเป็นการลดงบประมาณในการให้บริการรักษาพยาบาลของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights)

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน คือการประกาศเจตนารมณ์ในความร่วมมือระหว่างประเทศที่มีความสำคัญในการวางกรอบเบื้องต้นเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน และเป็นเอกสารด้านสิทธิมนุษยชนฉบับแรก ซึ่งที่ประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติให้การรับรองตามข้อมติที่ 217A(III) เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ.2491 โดยประเทศไทยออกเสียงสนับสนุน และตามปฏิญญาฯ นี้ได้กล่าวถึงสิทธิในด้านสุขภาพไว้ในข้อที่ 25 (1) ว่าทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ดีของตนและครอบครัวรวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลรักษาทางการแพทย์และบริการสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในความมั่นคงในยามว่างงาน เจ็บป่วยพิการ เป็นหม้าย วัยชรา หรือขาดอาชีพอื่นในพฤติการณ์ที่นอกเหนืออำนาจของตนจากหลักปฏิญญาสากลหลายประการดังกล่าว จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ทั้งรัฐบาลไทยเองหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องต่างๆ ไม่สามารถที่จะปล่อยปละละเลยหรือกระทำการใดๆ อันเป็นการขับไล่ ต่อต้านหรือขัดขืนต่อการอพยพย้ายเข้ามาของผู้อพยพย้ายถิ่นเหล่านี้ได้ อีกทั้งยังจำเป็นที่จะต้องให้การดูแล หรือจัดสรรให้กลุ่มคนเหล่านั้นได้อาศัยอยู่ภายในประเทศไทยอย่างปกติสุขอีกด้วย ซึ่งการจัดการด้านสาธารณสุข หรือด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่สร้างความปกติสุขให้แก่คนทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นประชาชนไทยหรือคนสัญชาติอื่นๆ ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้มุ่งไปที่การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชากรแฝงที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ที่เดินทางมาจากรัฐฉานในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่มุ่งเน้นวัตถุประสงค์ไปที่การให้กลุ่มประชากรแฝงได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อที่จะลดภาระค่าใช้จ่ายในด้านการให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มคนเหล่านี้และเป็นการนำพาสู่การมีสุขภาวะที่ดี นำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติตามหลักของปฏิญญาสากลว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยพึงปฏิบัติ (คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, 2550 : 5-45)

สิทธิมนุษยชนกับสังคมไทย

สิทธิมนุษยชน (Human Rights) หมายถึง สิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์เกิดมาพร้อมกับความเท่าเทียมกันในแง่ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิ เพื่อดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ สีผิว เพศ อายุ ภาษา ศาสนา และสถานภาพทางกาย และสุขภาพ รวมทั้งความเชื่อทางการเมืองหรือความเชื่ออื่นๆ ที่ขึ้นกับพื้นฐานทางสังคม สิทธิมนุษยชนเป็นสิ่งที่ไม่สามารถถ่ายทอดหรือโอนให้แก่ผู้อื่นได้ สิทธิมนุษยชนมีความสำคัญในฐานะที่เป็นอารยะธรรมโลก (World Civilization) ของมนุษย์ที่พยายามวางระบบความคิดเพื่อให้คนทั่วโลกเกิดความระลึกรู้

คำนึงถึงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ตั้งแต่ยอมรับความเป็นมนุษย์ ศักดิ์ศรี ชาติกำเนิด สิทธิต่างๆ ที่มีพื้นฐานมาจากความชอบธรรม ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานแห่งสิทธิตั้งแต่กำเนิด โดยให้ความสำคัญกับคำว่าชีวิต (Life) (ชะวัชชัย ภาติณธุ, 2548 : 3) สำหรับสิทธิมนุษยชนในสังคมไทยเกิดจากสังคมไทยปัจจุบันเน้นความสำคัญของภาคเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นเศรษฐกิจแบบทุนนิยมหรือระบบตลาด ซึ่งได้ครอบงำเศรษฐกิจโลกและได้ทำให้เกิด "การละเมิดสิทธิมนุษยชน" ในสังคมไทยที่มาพร้อมกับเศรษฐกิจในระบบตลาดภายใต้เงื่อนไขของกติการะหว่างประเทศว่าด้วยเรื่องเศรษฐกิจทำให้เกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชนขึ้นโดยยกตัวอย่างเหตุการณ์ด้านสิทธิมนุษยชนซึ่งเป็นผลมาจากการพยายามก้าวไปสู่ความทันสมัย ซึ่งรัฐบาลได้ใช้กฎหมายโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดกับชุมชน เช่น การจัดการทรัพยากรในภาคอีสาน ในการประกาศเขตวนอุทยานกับที่ดินทำกินของชาวบ้านการให้สัมปทานป่าแก่กลุ่มอิทธิพลภายนอกชุมชนด้วยการส่งเสริมการปลูกพืชพาณิชย์และการพัฒนาอุตสาหกรรม (เสน่ห์ จามริก, 2546 : 35-40) และกรณีเขื่อนปากมูล โดยผลกระทบจากการสร้างเขื่อนได้ทำให้วิถีชีวิตของชาวบ้านเปลี่ยนแปลงไป ระบบนิเวศที่ลุ่มน้ำมูลก็ถูกเปลี่ยนแปลง เกิดวิกฤตในการทำมาหากินชาวบ้านบางส่วนต้องอพยพไปใช้แรงงานที่อื่น จำนวนป่าลดน้อยลงชาวบ้านจับปลาไม่ได้พอเพียงแก่การเลี้ยงชีพ ทั้งที่เมื่อก่อนระบบนิเวศนี้สมบูรณ์ปลามีมากชาวบ้านจึงจับปลาขายและเป็นรายได้เลี้ยงครอบครัว และกรณีอื่นๆ ที่เป็นปัญหาของสังคมไทยในปัจจุบัน

เรื่องของสิทธิมนุษยชน เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของกลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นที่มีลักษณะการโยกย้ายถิ่นฐานเพราะหลบหนีการโดนละเมิดสิทธิในประเทศพม่าเข้ามาอยู่พื้นที่ชายแดนในประเทศไทยฝั่งตะวันตก และจากการถูกละเมิดสิทธินี้เองทำให้กลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นได้รับผลกระทบด้านสุขภาพอย่างรุนแรง และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนชายแดนประเทศไทยฝั่งตะวันตกอย่างแน่นอน การให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ผู้อพยพย้ายถิ่นเหล่านี้จึงถือเป็นหน้าที่ของ "มนุษย์" ที่พึงช่วยเหลือ "มนุษย์" ด้วยกันตามหลักสิทธิมนุษยชนที่เป็นหลักสากลและเป็นการป้องกัน "โรคไร้พรมแดน" ไปในตัว ซึ่งงานวิจัยในครั้งนี้จะเป็นการมุ่งที่จะช่วยเหลือในการจัดการส่งเสริมให้กลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานในจังหวัดแม่ฮ่องสอน มีความสามารถในการจัดการกับสุขภาพของตนเองได้ ตามหลักการของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งถือได้ว่าเป็นไปตามหลักสิทธิมนุษยชน

แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation)

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1981 : 6) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร (2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนารวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ (3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับองค์การสหประชาชาติ(United Nation, 1981 : 5) ที่ได้ให้ความหมายเจาะจงถึงการมีส่วนร่วมว่าการมีส่วนร่วมเป็นการพบปะสังสรรค์ทางสังคม ทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม สุชาดา จักรพิสุทธิ์ (2547 : 18-23) ได้ศึกษาเรื่องชุมชนกับการมีส่วนร่วมจัดการศึกษา สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนแบ่งได้ออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ (1) ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านเหตุผล โดยการเปิดโอกาสให้สังคม องค์กรต่างๆ ในชุมชน ประชาชนมีบทบาทหลักตามสิทธิ หน้าที่ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่การคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ วางแผน การร่วมปฏิบัติและการรับผิดชอบในผลกระทบที่เกิดขึ้นรวมทั้งส่งเสริมชักนำ สนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดผลประโยชน์ต่อชุมชนตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดด้วยความสมัครใจ (2) ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์รวมทั้งค่านิยมของประชาชนเป็นเครื่องชี้นำตนเองให้เข้ามามีส่วนร่วมแสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์การกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมเกิดความผูกพันมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ

จากแนวคิดที่ได้กล่าวมาข้างต้นสามารถแยกประเด็นสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดขึ้นจากเป้าหมายที่ต้องการค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี ความผูกพัน การเสริมแรง โอกาส ความสามารถ การสนับสนุนความคาดหมายในสิ่งที่ต้องการ โดยมีพื้นฐานของการมีส่วนร่วม ดังนี้ (1) การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของเหตุผล (2) การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของค่านิยม (3) การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของประเพณี (4) การมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของความผูกพัน

โดยสรุปการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นเกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มคนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ซึ่งการทำให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้นผู้ดำเนินงานจะต้องมีความเข้าใจในวิธีการดำเนินชีวิตค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

จากการศึกษาแนวคิดปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมจากคูฟแมน(Koufman, 1949 : 7) และประยูร ศรีประสาธน์ (2542 : 5) ซึ่งมีแนวคิดที่คล้ายคลึงกันในหลายประเด็นสามารถสรุปปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมได้ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่างๆ
2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้
3. การได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ความถี่ในการรับรู้ข่าวสาร และแหล่งที่มาของข่าวสาร

จากการศึกษาแนวคิด ขั้นตอน และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จากฟอร์นารอฟ (Fornaroff, 1980 : 104) อภิญญา กังสนารักษ์ (2544 : 14–15) มรว.อดิน รพีพัฒน์ (2547 : 49) และวิรัช วิรัชนิภาวรรณ (2535 : 80-93, 113-124) ซึ่งมีแนวคิดที่คล้ายคลึงกันในหลายประเด็น สามารถสรุปขั้นตอน และกระบวนการมีส่วนร่วมได้ 6 ขั้นตอนดังนี้

1. การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาและแนวทางแก้ไข
2. การตัดสินใจ และการกำหนดความต้องการ
3. ลำดับความสำคัญ/ความเร่งด่วน
4. การวางแผน การกำหนดวัตถุประสงค์ การกำหนดวิธีการ และแนวทางการดำเนินงาน
5. การดำเนินงานตามโครงการ
6. การประเมินผล

นอกจากนี้ อดิน รพีพัฒน์ (2531 : 49-50) ได้เสนอแนวคิดของคำว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนภายใต้สภาพสังคมชนบทไทยว่าน่าจะพิจารณาได้ 2 ลักษณะ คือ (1) ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาชนบทของประชาชนด้านต่างๆ ได้แก่การค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและสาเหตุแห่งปัญหา การหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหานั้น ประเมินผลการพัฒนา (2) ลักษณะเงื่อนไขการเข้าร่วมกิจกรรมว่าการที่ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาชนบทนั้น เพราะเงื่อนไขเหล่านี้หรือไม่ เกรงใจ ถูกบังคับ หรือมีสิ่งจูงใจเฉพาะหน้า เข้าใจและยอมรับวัตถุประสงค์ของการพัฒนานั้น เพราะเห็นว่ากิจกรรมดังกล่าวจะก่อให้เกิดประโยชน์ระยะยาวแก่ตนเองและประชาชน

การที่ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการที่จะสามารถนำกลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานให้สามารถเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทาง และยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ แห่งกฎบัตรออตตาว่า (Ottawa Carter) ได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่น ในกระบวนการดำเนินการวิจัย เพื่อให้เกิดการรับรู้และตัดสินใจ นำสู่การเกิดความตระหนักในเรื่องของสุขภาพ และนำมาซึ่งการปฏิบัติตน ในการสร้างทักษะด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแล และจัดการสุขภาพของตน และครอบครัวอย่างยั่งยืน

แนวคิดความเข้มแข็งของชุมชน

ธีระพงษ์ แก้วหาญวงษ์ (2544 : 65-84) ได้นำเสนอกระบวนการสร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง ที่มีเป้าหมายสำคัญคือ (1) ชุมชนเป็นฐานการพัฒนาที่มีระบบการศึกษา การสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม การจัดสรรทรัพยากร ระบบสวัสดิการและกฎหมายจากชุมชนเป็นของชุมชน (2) ความเข้มแข็งของชุมชนและกระบวนทัศน์ใหม่ในการพัฒนาจะช่วยให้เกิดการสร้างและการจัดระเบียบของชุมชนที่นำไปสู่การพัฒนาเศรษฐกิจ การเมือง สังคม สิ่งแวดล้อม ระบบนิเวศ และระบบทุนของชุมชนให้พึ่งตนเองได้และยั่งยืน (3) นำไปสู่โครงสร้างการเมือง และระบบการจัดการทรัพยากรที่เป็นของประชาชนอย่างแท้จริง ไม่ว่าจะเป็นระบบตัวแทนท้องถิ่น ระบบการวางแผนพัฒนาท้องถิ่น ระบบการจัดการทรัพยากรท้องถิ่น การจัดสรรภาษีและงบประมาณ เป็นต้น (4) ระบบความร่วมมือและความเป็นประชาคม ประชาสังคม จะทำให้สังคมโปร่งใสตรวจสอบได้ มีการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อสร้างดุลยภาพทางการพัฒนาโดยทั้ง 4 เป้าหมายกระทำได้โดยอาศัยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมคนหรือการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ได้แก่ การค้นหาทรัพยากรบุคคลผู้มีความรู้ความสามารถมีภูมิปัญญา ต่อมาคือการกำหนดเนื้อหาสาระที่จะถ่ายทอด และการกำหนดวิธีการถ่ายทอดความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร หรือสังคมนั้นๆ ขั้นตอนที่ 2 คือ การกำหนดประเด็นปัญหาของชุมชน และการพัฒนาทางเลือกเพื่อดำเนินกิจกรรม ได้แก่ กระบวนการศึกษาและวิเคราะห์ชุมชน และการพัฒนาทางเลือกในการดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 คือ การดำเนินกิจกรรมสาธารณะของชุมชน เป็นลักษณะของเครือข่ายความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่มีลักษณะเป็นหุ้นส่วน (Partnership) ในกระบวนการมีส่วนร่วม (Participatory) ซึ่งได้แก่ การร่วมคิด การร่วมวางแผน การร่วมปฏิบัติ และการร่วมประเมินผล ขั้นตอนที่ 4 คือ การขยายเครือข่ายความร่วมมือ ได้แก่ การส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดการรวมตัวของกลุ่มต่างๆ การพัฒนาความเป็นประชาคมอำเภอจังหวัด การสร่งเสริมการเคลื่อนไหวของ “ประชาสังคม”

สำหรับแนวคิดการพัฒนาผู้วิจัยได้สรุปแนวคิดของ สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2523 : 88-16) ได้ว่าการพัฒนาจะมีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยชุมชนที่เข้มแข็ง (Civil Community) เนื่องจากคนแต่ละคนไม่อาจอยู่อย่างลำพังได้จำเป็นต้องอยู่ในลักษณะเป็นกลุ่มสังคม (Social group) เป็นครอบครัวหรือเป็นชุมชน ถ้าการพัฒนาเน้นที่การพัฒนาคนเพียงด้านเดียวจะไม่ยั่งยืนเพียงพอ การมีชุมชนที่เข้มแข็งจะช่วยทำให้การพัฒนายั่งยืนมากขึ้น ชุมชนที่เข้มแข็งเกิดมาจากกลุ่มสังคมและครอบครัวที่เข้มแข็งหรือมั่นคง

จากแนวคิดการสร้างชุมชนเข้มแข็งและแนวคิดการพัฒนา ดังกล่าว เป็นการเสนอแนวคิดการรวมกลุ่มกันในชุมชน เพื่อทำการพัฒนาซึ่งมีลักษณะสำคัญที่สอดคล้องกับแนวคิด หลักการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพแห่ง กฎบัตรออตตาว่า (Ottawa Charter) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ในกระบวนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

แนวคิดและทฤษฎีการรวมกลุ่ม

พิสมัย วิบูลย์สวัสดิ์และคณะ (2522 : 185-198) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการรวมกลุ่มว่ากลุ่มเกิดจากการที่บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปมามีความสัมพันธ์กัน โดยมีผลประโยชน์และเป้าหมายเดียวกันเริ่มตั้งแต่กระบวนการร่วมวางแผนในการทำงานจนกระทั่งร่วมมือ ร่วมแรง และร่วมกันรับรองการกระทำกระบวนการเกิดกลุ่มและการพัฒนาของกลุ่มในการพัฒนาชุมชนนั้น “กลุ่ม” ถือเป็นหัวใจของการพัฒนาซึ่ง ชัยพร วิชชาวุธ และคณะ (2533) ได้สรุปความคิดไว้ว่า ขั้นก่อตัวของกลุ่มเกิดจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจนกระทั่งกลายเป็นการกระตุ้นจิตสำนึกให้ตระหนักถึงสิ่งที่เผชิญอยู่ในขั้นดำเนินการเคลื่อนไหว หรือการรวมตัวกันจัดตั้งกลุ่มหลังจากที่พูดคุยตกลงกันจึงต้องมีการวางแผน วางกฎระเบียบ และวางแนวทางในการทำงานกลุ่ม และในขั้นตอนการเจริญเติบโตและการขยายกิจกรรมของกลุ่ม การใช้ทรัพยากรจากภายในและภายนอกชุมชนโดยนำกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันมาใช้ในการสร้างเครือข่ายของกลุ่มอาจกล่าวได้ว่าในกระบวนการเกิดกลุ่มนั้น เป็นการเริ่มต้นของการตระหนักรู้ในสิ่งที่ชุมชนประสบอยู่แล้ว คนในชุมชนร่วมมือกัน วางแผนและจัดการกับปัญหาหรือความต้องการชุมชนโดยผ่านตัวแทนและความร่วมมือของคนในชุมชน เมื่องานหรือกิจกรรมนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ก็มีการขยายผล สร้างกิจกรรมใหม่ๆ จนกระทั่งมีการปรับเปลี่ยนกลุ่มและเครือข่ายในการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือประสบการณ์ รวมทั้งการช่วยเหลือกลุ่มอื่นๆ ด้วย ซึ่งเรียกขั้นตอนนี้ว่าเป็นพัฒนาการของกลุ่มบุคคลใดๆ สามารถมีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มได้หลายลักษณะด้วยกันทั้งด้วยความสมัครใจหรือไม่สมัครใจของเขาในการเข้ารวมกลุ่ม หรือการออกจากการเป็นสมาชิกกลุ่ม ในที่นี้สามารถแยกลักษณะการเป็นสมาชิกในกลุ่มหนึ่งออกเป็น 2 ประเภทได้แก่ (1) การเข้า

เป็นสมาชิกด้วยความสมัครใจในที่นี้ คือการที่บุคคลเข้าเป็นสมาชิกและมีความพอใจต่อกลุ่ม กลุ่มประเภทนี้จะมีความกลมเกลียวระหว่างสมาชิกในกลุ่มค่อนข้างมากและ (2) การบังคับให้เป็นสมาชิกของกลุ่ม บ่อยครั้งที่บุคคลจำเป็นต้องเป็นสมาชิกในกลุ่มที่ตนไม่ต้องการจะเป็น หรือถูกบังคับให้คงเป็นสมาชิกในกลุ่มที่เดิมตนเคยเป็นสมาชิก ในขณะที่ปัจจุบันตนต้องการออกจากกลุ่มแล้ว แต่ออกไม่ได้ด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม บุคคลนั้นจะรู้สึกเหมือนถูกบังคับ กลุ่มที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลเช่นนี้ย่อมมีปัญหาในการทำงานร่วมกัน แต่ก็มีข้อยกเว้นในบางกรณีที่บุคคลถูกบังคับให้รวมกันเป็นกลุ่ม แต่มีความสนิทสนมกลมเกลียวกันมาก จนทำให้มีความภูมิใจในการเป็นสมาชิกของกลุ่มตนเอง ในเวลาต่อมาสมาชิกในกลุ่มนั้น จะคงอยู่ในกลุ่มถ้าเขาจะได้รับประโยชน์จากกลุ่มคุ้มค่าหรือมากกว่าสิ่งที่เขาต้องเสียไปในการเข้ากลุ่ม อีกประเด็นหนึ่งการที่บุคคลจะเข้ากลุ่มหรือไม่ย่อมขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของกลุ่มนั้น และคุณลักษณะเหล่านั้นจะสามารถสนองต่อความต้องการของตนและเหมาะกับค่านิยมของตนเพียงไร ถ้าความคาดหวังนี้เปลี่ยนไป บุคคลก็จะออกจากกลุ่มหนึ่งไปยังอีกกลุ่มหนึ่งที่ให้ประโยชน์มากกว่า ซึ่งคุณสมบัติที่กลุ่มควรมีประกอบด้วยจุดมุ่งหมายของกลุ่ม เกียรติยศของกลุ่มและความต้องการต่างๆ ของสมาชิกอันเป็นแรงจูงใจที่จะรวมให้บุคคลคงอยู่ในกลุ่มต่อไป

การสร้างเสริมสุขภาพจะต้องเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้อพยพย้ายถิ่นให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตน และครอบครัวและต้องได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมด้านวิชาการด้านสุขภาพต่างๆ พร้อมกระตุ้นชุมชนให้มีความตระหนัก และมีการปฏิบัติด้านสุขอนามัยอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการรวมกลุ่มเพื่อกระตุ้นให้ผู้อพยพย้ายถิ่นมีบทบาทในการร่วมเรียนรู้ ร่วมปฏิบัติ และเป็นการสร้างความสามัคคีอีกทางหนึ่ง ทำให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและสามารถจัดการสุขภาพของชุมชนในเบื้องต้นได้นำสู่การมีสุขภาวะ และคุณภาพชีวิตที่ดีและลดการพึ่งพาบริการสาธารณสุขของรัฐ จึงถือได้ว่าการรวมกลุ่มเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นในพื้นที่ ซึ่งเป็นกระบวนการหลักที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้การวิจัยครั้งนี้ นำสู่การพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งตามยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพแห่งกฎบัตรออตตาว่า (Ottawa Charter)

แนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับระบบนิเวศของ Miller

ไทล์เลอร์ มิลเลอร์ (G. Tyler, Miller, 1995) อ้างถึงใน อนุรักษ์ ปัญญานุวัฒน์ (2548 : 187-199) ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างองค์ความรู้ในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมว่าประกอบด้วยความสัมพันธ์ระหว่างระบบนิเวศกับระบบมนุษย์ว่า ระบบนิเวศนั้นย่อมประกอบไปด้วยชุมชนต่างๆ ของสิ่งมีชีวิต ในรูปลักษณะแตกต่างกันไป โดยประชากรและองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นผู้ผลิต ผู้บริโภคและผู้ย่อยสลาย ระบบนิเวศทำหน้าที่ผ่านพลังงานที่ก่อกำเนิดด้วยแสงอาทิตย์และผ่านวงจร

ของสิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิตในรูปแบบของปัจจัยทางฟิสิกส์ หรือกายภาพ และปัจจัยทางเคมีระบบนิเวศมีการเปลี่ยนแปลงผ่านพลวัตรทางประชากร การทดแทนกันและวิวัฒนาการ แต่ก็ทำหน้าที่ให้กำเนิดแก่ทรัพยากรที่มีทั้งทรัพยากรที่เป็นวัตถุ ทรัพยากรพลังงานที่สามารถถ่ายเทให้เกิดใหม่ได้เรื่อยๆ ผ่านพลังน้ำ ลม แสงแดด และมวลชีวภาพ ในขณะเดียวกันก็มีทรัพยากรที่ไม่สามารถเกิดทดแทนใหม่ได้ เช่น นิวเคลียร์ และฟอสซิล ที่ใช้เป็นเชื้อเพลิงชนิดต่างๆ ในรูปแบบของถ่านหินและน้ำมันและสิ่งที่เป็นทรัพยากรวัตถุได้แก่ สิ่งมีชีวิตอาศัยบนโลกนี้ไม่ว่าในน้ำ หรือบนดิน ทะเลทราย ทุ่งหญ้า และป่าเขา ส่วนสิ่งไม่มีชีวิตนั้นมีทั้งทดแทนได้ เช่น อากาศ น้ำและดิน แต่ที่ทดแทนไม่ได้มีประเภทแร่ธาตุต่างๆ และทรัพยากรที่มีชีวิต ซึ่งทำหน้าที่เป็นอาหาร และเจริญเติบโตในสภาพของดินฟ้า อากาศและถิ่นกำเนิด การที่มนุษย์ควบคุมวัชพืช โดยวิธีชีวภาพกับเคมีที่เหมาะสมและรักษาความหลากหลายทางชีวภาพ เป็นภาพสะท้อนของความสมบูรณ์ของทรัพยากรที่มีชีวิตที่ตอบแทนคุณของธรรมชาติ ด้วยการทำหน้าที่ทางระบบนิเวศ ตามวงจรของโซ่อาหาร มีการควบคุมแมลง มีการทำความสะอาดมลพิษ และเสริมสร้างวัตถุ พันธุกรรม เป็นต้น ส่วนระบบมนุษย์นั้น Miller ได้อธิบายว่า มีการพัฒนาผ่านความแตกต่างในด้านต่างๆ ของโลกภายใต้ระบบเศรษฐกิจและการเมืองที่มีอิทธิพลต่อสังคม แต่จีรังยั่งยืนหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของมนุษย์ ขนาดและความหนาแน่นของประชากรที่จะทำให้เกิดศักยภาพการรองรับและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์และคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ย่อมเป็นผลกระทบมาจากการใช้ระบบนิเวศ การใช้ทรัพยากรและการก่อให้เกิดมลพิษ ทั้งด้าน ดิน น้ำ อากาศ ที่จะนำไปสู่การสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ การเปลี่ยนแปลงชั้นบรรยากาศ การเพิ่มขึ้นของระดับโอโซนและความเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่สามารถยอมรับได้ นอกจากนั้น มลภาวะยังรวมความไปถึงพฤติกรรมในทางลบที่คนไม่ยอมควบคุมมลภาวะและป้องกันการเกิดมลพิษ และพฤติกรรมในทางบวกที่คนยอมควบคุมมลภาวะและป้องกันการเกิดมลพิษขึ้นในโลก ควบคุมพฤติกรรมการใช้ทรัพยากรที่เคยใช้ฟุ่มเฟือย มีการจัดการของเสีย และการลดการเกิดของเสีย ซึ่งทั้งหมดนี้มนุษย์จะเกิดความตระหนักถึงการจัดการความหลากหลายทางชีวภาพ การถนอม และไม่ให้ระบบนิเวศเสื่อมโทรม ดังนั้น จากการที่สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดสุขภาวะมนุษย์ ผู้วิจัยจึงต้องใช้แนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับระบบนิเวศของ Miller มาเป็นองค์ความรู้ประกอบ เพื่อการอธิบายปรากฏการณ์สุขภาพของชุมชนที่เป็นผลมาจากระบบนิเวศและหาแนวทางในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาวะในพื้นที่วิจัย

การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน

"การพัฒนาที่ยั่งยืน" (Sustainable development) เกิดจากบทเรียนที่องค์การสหประชาชาติยอมรับว่าทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจ เทคโนโลยีที่ผ่านมาร่วมทศวรรษมีความผิดพลาดเกิดขึ้นเพราะทำให้เกิดการทำลายสิ่งแวดล้อมอย่างมหาศาล ทำลายแหล่งน้ำ ความบริสุทธิ์ของอากาศและ

บรรยากาศ ป่าไม้ เป็นต้น และส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนเป็นจำนวนมาก มีผู้รับผลประโยชน์จากการพัฒนาคือบรรดานายทุนผู้คุมอำนาจทุนและเทคโนโลยีทั้งไทยและต่างชาติเพียงหยิบมือเดียว ในขณะที่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศต้องตกอยู่ในฐานะยากจน เป็นหนี้สินล้นพ้นตัว ขาดแคลนโอกาส และการเข้าถึงทรัพยากร

ส่วนแนวคิดของการพัฒนาชุมนอย่างยั่งยืนนั้นมีผู้อธิบายไว้หลายท่าน เช่น แนวคิดของการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนของ อำพล จินดาวัฒนะ (2550 : 216-228) ซึ่งได้กล่าวถึงการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพชุมชนมาเป็นแกนหลักในการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนร่วมกับนักวิชาการท่านอื่นโดยสรุปสาระสำคัญได้ว่า การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเป็นแนวคิดที่น่าสนใจในแวดวงของการพัฒนาในสังคมไทย เป็นการตกผลึกทางความคิดและประสบการณ์การทำงานของนักพัฒนาร่วมกับชุมชนที่ผ่านการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของปัญหาโครงสร้างเชิงระบบอันเนื่องมาจากทิศทางของการพัฒนาที่มุ่งสู่การพัฒนาเศรษฐกิจแบบทุนนิยมอุตสาหกรรมและการบริโภค ทำให้เกิดปัญหาการเลื่อมล้ำของรายได้ ทำลายวิถีชีวิตดั้งเดิม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมท้องถิ่นของชุมชน เกิดการอพยพแรงงานของผู้คนเข้าสู่เมือง ชุมชนชนบทอ่อนแอลงไม่สามารถพึ่งตนเองได้ คนยากจนเพิ่มขึ้น ทรัพยากร ธรรมชาติที่ชุมชนเคยพึ่งพิงใช้ประโยชน์เสื่อมสภาพลง ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสังคม รวมถึงปัญหาสุขภาพ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีกรณีตัวอย่างของชุมชนดังกล่าวปรากฏในทุกภาคของประเทศและถึงแม้ว่าความหมายของคำว่า "ชุมชน" จะกินความกว้างขวาง ไม่จำเพาะว่าหมายถึงชุมชนท้องถิ่นในชนบทที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกันหากแต่รวมถึงชุมชนที่ก่อตั้งขึ้นเพราะสมาชิกหรือหุ้นส่วนเผชิญกับปัญหาเดียวกัน มีจุดมุ่งหมาย มีการเรียนรู้และปฏิบัติการร่วมกันที่จะพัฒนาฟันฝ่าปัญหานั้นๆ ออกไปได้ เช่น กลุ่ม ชมรม สมาคมต่างๆ ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้เปรียบเทียบชุมชนเสมือนเซลล์ซึ่งเป็นหน่วยย่อยของชีวิต หากชุมชนเข้มแข็ง มีกลไกในการคัดกรองให้สิ่งอันไม่พึงประสงค์เข้าไปไม่ได้เพื่อรักษาอัตลักษณ์ และดุลยภาพของตน สุขภาวะของชุมชนอยู่ที่ความสามารถในการรักษาอัตลักษณ์ และดุลยภาพของตนเอง ถ้าชุมชนทั่วประเทศเข้มแข็งจะเป็นปราการป้องกันประเทศจากการถูกทำลายด้วยอารยธรรมวัตถุนิยม-บริโภคนิยม-ทุนนิยมรุนแรง เมื่อชุมชนเข้มแข็ง ฐานของประเทศก็เข้มแข็ง รองรับให้ส่วนบนมั่นคง ระบบสุขภาพของชุมชนจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับวิทยาการวิจัย

แนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนาพื้นที่ (Area-Based Collaborative Research : ABC) โดยหลักสำคัญของ ABC มี 4 ข้อ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2551 : 1-2) ดังนี้

1. ใช้ "พื้นที่" เป็นตัวร่วม คือ เพราะมีกลไกบริหารที่ค่อนข้างจะชัดเจนมีทรัพยากร เช่น งบประมาณ คน แต่ขาดข้อมูลความรู้ การมีส่วนร่วมงาน ABC จึงเป็นการเข้าไปเสริมกลไกการจัดการของภาคีต่างๆ ในพื้นที่ ซึ่งรวมถึงภาครัฐ เอกชน ภาคธุรกิจ ประชาสังคม สถาบันการศึกษา สถาบันความรู้ในด้านวิชาการ ฯลฯ

2. โจทย์วิจัยเป็นปัญหาของพื้นที่ หมายถึงทุกภาคีเห็นควรที่จะทำวิจัย และเป็นโจทย์เชิงพัฒนา ไม่ใช่โจทย์ที่มุ่งหาคำตอบเพียงอย่างเดียว คือ ใช้กระบวนการวิจัยแปลสิ่งที่เป็นปัญหาร่วมกัน และมีความต้องการพัฒนาร่วมกัน มาเป็นโจทย์วิจัย ซึ่งการตอบโจทย์ลักษณะนี้ต้องการการบูรณาการงานหลายสาขา

3. กลไกในพื้นที่เป็นผู้ร่วมกำหนดโจทย์ และร่วมกำกับการทำด้วย คือเดินไปด้วยกัน กระบวนการทำงาน ABC จึงเป็นการพัฒนาบนฐานข้อเท็จจริง ข้อมูล ความรู้ และการมีส่วนร่วม (Collaboration) ตั้งแต่ต้น

4. ABC ทำงานบนฐานข้อมูลและข้อเท็จจริงไม่ใช่ความเห็นหรือความเชื่อและ Output ของงาน ABC มี 2 ประการ คือ (1) ผลสำเร็จของการแก้ปัญหาที่เป็นโจทย์ร่วมของภาคีพัฒนาในพื้นที่ได้ หมายถึงสิ่งที่เป็นปัญหาอยู่ เปลี่ยนให้ดีขึ้น สิ่งที่เป็นโอกาส แต่ยังไม่ได้ใช้ ก็ใช้ให้มากขึ้น และ (2) เกิด "กลไก" ที่มีความสามารถจัดการกับความเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้ กล่าวคือกลไกเดิมอาจจะมีแต่ภาครัฐอย่างเดียว หรือมีแต่ธุรกิจ Dominate อย่างเดียว แต่จะทำอย่างไรให้เป็นกลไกที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน มีความเป็นธรรมพอสมควรระหว่างกัน มีความสามารถในการจัดการเรื่องใหม่ๆ ในอนาคตได้

จากแนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนาพื้นที่ (Area-Based Collaborative Research : ABC) ทำให้ผู้วิจัยสนใจประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการกำหนดโจทย์ในการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อแก้ไขปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่โดยมุ่งหวังให้เกิดรูปแบบของกลไกที่จะสามารถสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานในจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยผ่านกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัย องค์กรต่างๆ ในพื้นที่วิจัย และกลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานในพื้นที่วิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

จำเริญ จิตรหลัง (มปป) กล่าวไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม มุ่งหาแนวทางอันเป็นรูปธรรมที่เกิดจากการระดมความคิด ระดมสมอง และการมีส่วนร่วม งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีลักษณะเป็นการเริ่มต้นจากชุมชนมีการ ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในด้านการเรียนรู้ และวิเคราะห์ปัญหา และร่วมกันแสวงหาทางแก้ไข หรือพัฒนาต่างๆ บนหลักการประชาธิปไตย และผลประโยชน์ร่วมกันของชุมชน โดยนักวิจัยจะทำหน้าที่สนับสนุน และมีส่วนร่วมในด้านวิทยาการกระบวนการต่างๆ ร่วมกับชุมชน ดังนั้น งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จึงมีลักษณะเป็นการร่วมศึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีผลในการร่วมกันแก้ไขปัญหา และพัฒนาชุมชนไปในตัวกระบวนการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปลดปล่อยให้เป็นอิสระ (Emancipatory Action Research : EAR) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า เป็นรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่บริสุทธิ์ เนื่องจากการเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงมักใช้สถิติเชิงพรรณนาอย่างง่าย (Simple Descriptive Statistics) และการวิเคราะห์เชิงพรรณนา หรือการพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) ในการอธิบายข้อมูล และใช้เทคนิคการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ มีนักวิชาการให้ความหมายในงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้หลายท่าน ซึ่งมีลักษณะการให้ความหมาย และแสดงความคิดเห็นที่คล้ายๆ กัน ดังเช่นงานวิจัยต่อไปนี้

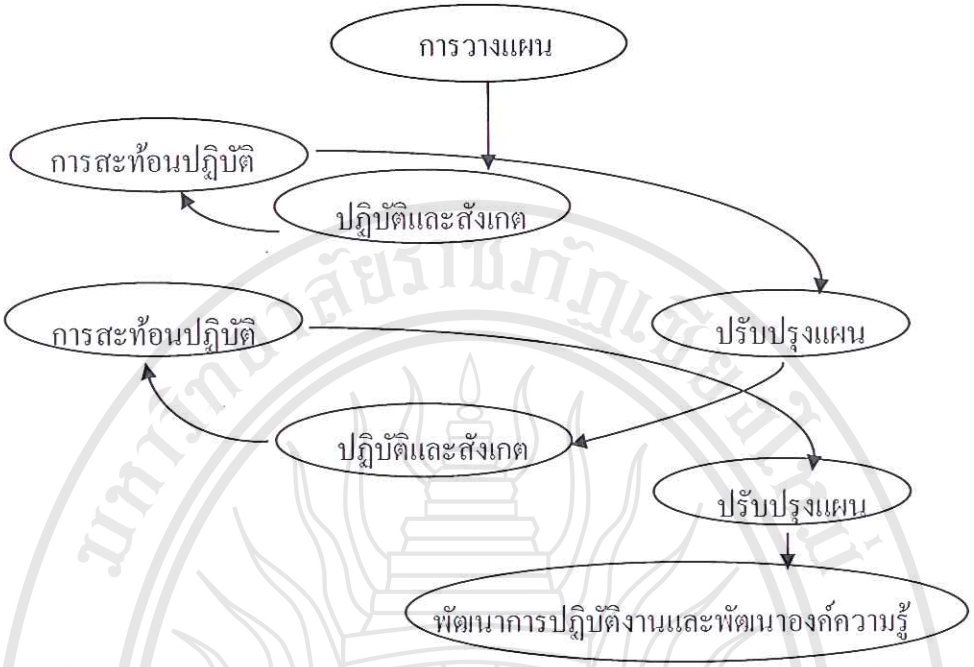
พันธุ์ทิพย์ รามสูต (2540 : 31-39) กล่าวไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นรูปแบบของการวิจัยที่ประชาชนผู้เคยเป็นประชากรที่ถูกวิจัยกลับบทบาทเปลี่ยนเป็นผู้ร่วมในการทำวิจัย โดยการมีส่วนร่วมนี้จะต้องมีตลอดกระบวนการวิจัยนับตั้งแต่การตัดสินใจว่าควรต้องมีการริเริ่มศึกษาวิจัยในชุมชนนั้นๆ หรือไม่ การประมวลผลเหตุการณ์หลักฐาน และข้อมูลเพื่อกำหนดปัญหาวิจัยการเลือกระบุประเด็นปัญหา การสร้างเครื่องมือการเก็บข้อมูลการวิเคราะห์และการเสนอสิ่งที่ค้นพบจนกระทั่งการกระจายความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปสู่การลงปฏิบัติ

สุภางค์ จันทวานิช (2546 : 1-16, 169-174) กล่าวไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการวิจัยที่นำแนวคิด 2 ประการมาผสมผสานกันคือการปฏิบัติการ (Action) ซึ่งหมายถึงกิจกรรมที่โครงการวิจัยจะต้องดำเนินการและคำว่าการมีส่วนร่วม (Participation) อันเป็นการมีส่วนเกี่ยวข้องของทุกฝ่ายที่เข้าร่วมกิจกรรมวิจัยในการวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือสถานการณ์อันใดอันหนึ่งร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย โดยมีความหมายถึง วิธีการที่ให้ผู้ถูกวิจัยหรือชาวบ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัย นับตั้งแต่การระบุปัญหาของการ

ดำเนินการ การช่วยให้ข้อมูลและการช่วยวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนช่วยหาวิธีแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลจากการทำวิจัยทุกขั้นตอนชาวบ้านเป็นผู้ร่วมกำหนดปัญหาของชุมชนและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา กระบวนการวิจัยจึงดำเนินไปในลักษณะของการแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างชาวบ้านกับผู้วิจัย เพื่อให้ได้ข้อสรุปเป็นขั้นๆ ส่วนกระบวนการสังเคราะห์ข้อมูลเป็นไปในเชิงการวิภาษ (Dialectic) ซึ่งชาวบ้านจะค่อยๆ เรียนรู้ด้วยตัวเอง ด้วยวิธีการวิจัยเช่นนี้ข้อมูลที่ได้จึงมีความชัดเจน สะท้อนความคิดอ่านตลอดจนนิสัยใจคอของชาวบ้าน สะท้อนความต้องการและแบบแผนในการดำเนินชีวิตของเขา การวิจัยแบบนี้จึงเป็นวิธีการที่สนับสนุนให้ชาวบ้านหรือตัวแทนในชุมชนเป็นคนสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้กับตนเองและชุมชน โดยการศึกษาเรียนรู้หาข้อมูล การศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหา รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่กำลังประสบอยู่ โดยการร่วมกันวางแผน และกำหนดการดำเนินงานตามแผนหรือโครงการ พร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องตรงตามความต้องการประกอบกับการใช้ภูมิปัญญาและทุนที่มีอยู่ในชุมชนการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ นอกจากจะส่งผลดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ยังช่วยให้เกิดการพัฒนาของผลงานวิจัยและกระบวนการวิจัยในตัวของมันเองอีกด้วย และอีกทางหนึ่งการวิจัยยังเป็นส่วนสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ให้แก่ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย ซึ่งสามารถเป็นตัวนำของการพัฒนาลงสู่ชุมชนท้องถิ่นอย่างได้ผลและมีประสิทธิภาพอีกด้วย

จากการศึกษาแนวคิดของนักวิชาการหลายท่าน ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการวิจัยที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นแกนหลักระหว่างนักวิจัย และผู้เข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งอาจเป็นชาวบ้าน หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ บนหลักการของการร่วมคิด ร่วมดำเนินการและร่วมตรวจสอบ เพื่อวัตถุประสงค์ในเชิงการพัฒนาในทางสร้างสรรค์ที่ได้รับผลประโยชน์ร่วมกันในสังคม ซึ่งเห็นผลที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

ในส่วนของกระบวนการ และขั้นตอนต่างๆ ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้ทำการศึกษารูปแบบแนวคิดจากนักวิชาการหลายท่าน ซึ่งมีลักษณะ กระบวนการและขั้นตอนคล้ายกัน กล่าวคือการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นมีขั้นตอนการดำเนินงานลักษณะ บันไดเกลียว (Spiral of steps) ซึ่งเริ่มจากการกำหนดจุดมุ่งหมายทั่วไปว่าผู้วิจัยต้องการอะไรจากนั้นเริ่มเข้าสู่ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (acting) การสังเกต (observing) และการสะท้อนปฏิบัติ (reflecting) ดังภาพที่ 2.4



ภาพที่ 2.4 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เลวิน

ที่มา : Kemmis, S. &Mc Taggart, R. (1988). The Action Research Planner. Australia : Geelong, Australia : Deakin University Press.

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในปัจจุบันได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย ในส่วนของการวิจัย เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาสังคม และชุมชน โดยมีส่วนสำคัญที่สุด คือการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดำเนินการวิจัยในทุกขั้นตอน ผู้วิจัยจึงได้นำวิธีวิทยาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มาใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามหลักการ แนวคิด และยุทธศาสตร์ของการสร้างเสริมสุขภาพ แห่งกฎบัตรออตตาว่า (Ottawa Charter) และเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพชายแดน โดยอิงหลักการ แนวคิดชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแห่งความพอเพียง กระบวนการ และผลการวิจัยจะทำให้เกิดความมั่นคงทางด้านสุขภาพในพื้นที่วิจัยอย่างเป็นรูปธรรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการวิจัยเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้า และศึกษางานวิจัยภายในประเทศที่เกี่ยวข้อง แต่ยังไม่พบงานวิจัยในระดับดุษฎีบัณฑิตที่มีลักษณะการศึกษาที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานที่เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพในชุมชนโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) และการใช้เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังเช่น งานวิจัยของ คำมูล แก้วชัยภูมิ (2550 : 94-99) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดชัยภูมิ พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุทัยวรรณ หุตะโชค (2548 : 95-100) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มจักสาน อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ และสอดคล้องกับ สุภลักษณ์ ตันติวัฒนากุล (2552 : 136-139) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง กระบวนการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านไร่อ้อย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ได้ข้อสรุปที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยชิ้นนี้ คือรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนเริ่มจากการชักจูงให้เกิดการรวมกลุ่มคนให้ทำกิจกรรมด้านสุขภาพ ร่วมกันบนวิถีแห่งบริบทของการดำเนินชีวิตของคนเหล่านั้น ใช้วัสดุอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมที่หาง่ายราคาไม่แพง แล้วจึงขยายผลต่อไป ทั้งนี้สมาชิกในกลุ่มมีความสำคัญต่อการประสบความสำเร็จในงานสร้างเสริมสุขภาพด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในทุกขั้นตอน และการใช้กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนบนเงื่อนไขของบริบททางวัฒนธรรม จะเป็นการพัฒนาศักยภาพ และทักษะด้านสุขภาพของประชาชน รวมถึงเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

ส่วนในงานวิจัยที่ใช้เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณนั้นพบว่า สุภางค์ กฤษอัมร์ (2551 : 68-70) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพบ้านทุ่งพัฒนา อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง สอดคล้องกับ เอกราช เป็กทอง (2552 : 96-106) ที่ได้ศึกษาเรื่อง กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีแรงงานนอกระบบ : กรณีศึกษากลุ่มสตรีทอผ้าพื้นบ้านตำบลท่าผา อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ และสอดคล้องกับ พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน (2549 : 61-63) ซึ่งได้ศึกษา เรื่องประสิทธิผลของการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิหนองผึ้ง ตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับ จิรภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และคณะ (2545 : 37-50) ได้ศึกษาเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพชุมชนเขตเมือง จังหวัดศรีสะเกษ และสอดคล้องกับ มณัชยา สุยะลังกา (2550 : 61-62) ได้ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติการ

สร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามการรับรู้ของประชาชนตำบลล้อมแรด อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง ในขณะที่ ดุสิต ปียวรกุล (2551 : 62-65) ได้ศึกษาเรื่อง ศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในตำบลวังเหนือจังหวัดลำปาง รวมทั้ง วราวรรณ ทองมี (2552 : 40-47) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพโดยการปฏิบัติตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ และการออกกำลังกายของบุคลากร ศูนย์ส่งเสริมอุตสาหกรรมภาคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่วยให้เกิดผลดีในด้านความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และครอบครัว และในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถคิดวิเคราะห์ อภิปรายเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกัน และสามารถวางแผนจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนได้ ส่วนผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการวางแผนการสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีต่อไปเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องพัฒนากลวิธีเพื่อเสริมสร้างศักยภาพชุมชนเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของการดำเนินกิจกรรมในชุมชนในฐานะที่เป็น "หุ้นส่วน" ของชุมชนและต้องมีความต่อเนื่องในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5 ขั้นตอน คือ การปรับกระบวนทัศน์การวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพ การกำหนดแผนงานโครงการที่จะทำการนำแผนไปปฏิบัติและการติดตามผล

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากผู้อพยพย้ายถิ่นจากประเทศพม่าที่เข้ามาอาศัยหรือเป็นแรงงานในประเทศไทย ดังนี้

ปิลันธน์ มณีวรรณ (2544 : 50-59) ศึกษาเรื่องต้นทุนดำเนินการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นการวิเคราะห์ในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขพบว่า ต้นทุนดำเนินการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ในปีงบประมาณ 2543มีต้นทุนในการดำเนินการทั้งหมดจำนวน 133,768,093.57 บาท เป็นต้นทุนในการดำเนินการแก่ผู้ป่วยต่างชาติทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 25.39 เป็นจำนวนเงิน 33,968,138.16 บาท อัตราและจากการศึกษาค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยในพบว่าผู้ป่วยในต่างชาติ มีค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการสูงกว่าผู้ป่วยในคนไทย 531.37 บาทต่อราย และ 444.91 บาทต่อรายตามลำดับ การนอนโรงพยาบาล (Admission rate) ของผู้ป่วยในเมื่อเทียบกับผู้ป่วยนอก พบว่าคนต่างชาติมีอัตราการนอนโรงพยาบาลสูงกว่าคนไทยถึงสองเท่า (ร้อยละ 25.12) อาจเนื่องมาจากต่างชาติเป็นชนกลุ่มน้อยที่อพยพเข้ามาอย่างผิดกฎหมาย ด้วยความไม่ถูกกฎหมายจึงกลัวถูกจับกุม เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะไม่มารับการรักษารอจนมีอาการหนักจึงมารับการรักษา ทำให้อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในลักษณะ

เป็นผู้ป่วยใน (Admit) สูงกว่าคนไทย ทำให้โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเป็นเงินจำนวนมากจากการมาใช้บริการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมสุขภาพให้แรงงานต่างชาติรู้จักการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยก็ควรรีบเข้ารับการรักษา และควรเร่งรัดให้คนต่างชาติซื้อบัตรประกันสุขภาพให้ครอบคลุมมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ อดุลย์ รัตโส (2549 : 117-120) ซึ่งได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลกระทบด้านสาธารณสุขจากแรงงานต่างด้าวในจังหวัดภูเก็ต จากผลการวิจัยพบว่ามีผลกระทบ 2 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านสาธารณสุขชุมชน และผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและงบประมาณของรัฐคือ (1) ผลกระทบทางด้านสาธารณสุขชุมชนได้แก่ โรคติดต่อจากกลุ่มแรงงานเถื่อน การแพร่กระจายของโรคติดต่อ การระบาดของโรคในเด็ก และการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำของโรค (2) ผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและงบประมาณของรัฐได้แก่ การเพิ่มภาระงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข และการสูญเสียงบประมาณของภาครัฐในการดูแลรักษา ในขณะที่ กมลวรรณ แสนทวีสุข (2553 : 159-166) ศึกษาเรื่องวิถีชีวิตและผลกระทบทางสุขภาพของเด็กต่างชาติในสังคมไทย กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เด็กต่างชาติมีผลกระทบทางสุขภาพด้านร่างกายที่มีปัจจัยเสี่ยงมาจากวิถีชีวิตด้านสภาพการทำงาน สภาพที่อยู่อาศัย สภาพความเป็นอยู่และด้านพฤติกรรมความเคยชินที่ละเลยปัญหาสุขภาพที่ยังไม่เกิดขึ้น ร่วมถึงกิจกรรมนันทนาการและการรักษาพยาบาล ส่งผลกระทบทางสุขภาพด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ มีปัจจัยเสี่ยงมาจากวิถีชีวิตด้านสภาพการทำงาน กิจกรรมนันทนาการ การปฏิสัมพันธ์ และการรวมกลุ่มที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพของเด็กต่างชาติ วิถีชีวิตดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางร่างกาย ด้านบวก คือ เด็กต่างชาติมีงานทำได้รับประทานอาหารที่มีคุณประโยชน์ เล่นกีฬา ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาลจากหน่วยงานของรัฐและเอกชน มีรายได้มีความภูมิใจที่มีงานทำ และได้เรียนร่วมกับเด็กไทย มีปฏิสัมพันธ์กันคนไทยในชุมชน ทำบุญในวันสำคัญทางศาสนาพุทธ อยู่พร้อมหน้าพร้อมตากับครอบครัว มีความสุขในการดำรงชีวิต มีกิจกรรมนันทนาการ มีอิสระเสรี สะดวกสบายกว่าอยู่ที่พม่า ส่วนด้านลบ ได้แก่ เด็กที่ทำงานและถูกดุด่า ให้ความสำคัญเรื่องการทำงานมากกว่าด้านจิตใจ มีความหวาดกลัวเรื่องความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้ง สุภางค์ จันทวานิช (2551 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องผลกระทบของการย้ายถิ่นข้ามชาติต่อชุมชนชายแดนและชุมชนที่มีผู้ย้ายถิ่นจำนวนมากในประเทศไทย : การสร้างความกลมกลืนและความมั่นคงในชุมชนในชุมชนแม่สอด ผลการวิจัยพบว่าผลกระทบทางเศรษฐกิจได้แก่ การกระจายรายได้และการไหลเวียนของสินค้าอุปโภคบริโภคคล่องตัวในแม่สอดเพิ่มขึ้น การจ้างแรงงานต่างด้าวสูงในกิจการโรงงานและเกษตร ผลกระทบทางสังคมได้แก่ การติดต่อสื่อสารภายในกลุ่มของแรงงานต่างด้าว และการติดต่อสื่อสารกับคนไทย ด้านการจัดการศึกษา เด็กที่ได้เรียนหนังสือส่วนใหญ่จะถูกส่งเข้าเรียนในศูนย์การเรียน และส่วนหนึ่งเข้าเรียน

ในโรงเรียนรัฐ ผลกระทบทางวัฒนธรรมพบว่า ยังคงมีการธำรงอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ ธรรมเนียมประเพณี พิธีกรรมทางศาสนา และการปรับตัวทางวัฒนธรรม การใช้ภาษาดั้งเดิมของตน ผลกระทบทางการเมืองและกฎหมายพบว่ารัฐบาลได้วางนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวอย่างต่อเนื่องทุกปี และยังเกิดการสมรสข้ามชาติ การขอสัญชาติ สวัสดิการสังคมต่างๆ สิทธิและหน้าที่ทั้งของคนไทยและคนต่างด้าวอีกด้วย ผลกระทบทางสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมพบว่าตนต่างด้าวมีปัญหาด้านสุขภาพและสุขอนามัยของชุมชน สาเหตุเนื่องจากขาดความรู้ และการเคลื่อนย้ายเข้าออกของคนต่างด้าวในชุมชนแม่สอดมีสูงมาก การเฝ้าระวังของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและสาธารณสุขมีข้อจำกัดเนื่องจากไม่ได้รับความร่วมมือจากคนต่างด้าวและไม่สามารถติดตามคนต่างด้าวที่เคลื่อนย้ายเข้าออกในชุมชนได้ ด้านการใช้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าคนต่างด้วยส่วนใหญ่จะซื้อยาทานเอง รักษากันเอง ถ้าเป็นหนักๆ ถึงจะเข้าโรงพยาบาล สาเหตุที่คนต่างด้าวไม่กล้าเข้าสถานพยาบาลของไทยเพราะกลัวตำรวจและไม่มีเงิน ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอแม่สอด คือ ไม่มีงบประมาณของคนต่างด้าวต้องแบ่งจากงบประมาณต่อหัวจากคนไทย การเคลื่อนย้ายไม่แน่นอนของต่างด้าว กระทบต่อฐานข้อมูลต่างๆ ทางสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ไม่เป็นที่ อบรมแล้วก็หายไป ทำให้เสียทั้งบุคลากรและงบประมาณในการอบรม นอกจากนี้ กัญญาลักษณ์ เสภัยยันต์ (2551 : 110-118) ศึกษาเรื่องปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองที่ได้รับผ่อนผันให้ทำงานในประเทศไทย จากการศึกษาการเข้ามาทำงานของแรงงานต่างด้าวที่ลักลอบเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายส่วนใหญ่มาจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ด้วยสภาพภูมิประเทศชายแดนของประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้านเหล่านั้นเอื้ออำนวยต่อการลักลอบเข้าเมืองมาเพื่อทำงาน แม้รัฐบาลจะพยายามผลักดันแรงงานต่างด้าวดังกล่าว แต่นายจ้างและผู้ประกอบการส่วนใหญ่ยังมีความต้องการแรงงานต่างด้าวระดับล่างอยู่มาก รัฐบาลจึงได้มีการผ่อนผันเรื่อยมา โดยรัฐมีนโยบายผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวที่หลบหนีเข้าเมืองมาขึ้นทะเบียนเข้าสู่ระบบ จากการศึกษากฎหมายเกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าวที่หลบหนีเข้าเมืองที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถให้ความคุ้มครองแรงงานต่างด้าวเหล่านั้นได้เพียงพอ การแก้ไขปัญหาในเรื่องค่าจ้างค่าตอบแทนในการทำงาน การจัดการควบคุมโรค บทลงโทษ การหลีกเลี่ยงการไม่ขึ้นทะเบียนของนายจ้าง อันส่งผลกระทบให้การแก้ไขปัญหาในเรื่องดังกล่าวไม่ประสบผลสำเร็จอย่างแท้จริง ดังนั้นเพื่อการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองจำเป็นต้องออกบทบัญญัติของกฎหมายและแนวนโยบายเพื่อให้เกิดความชัดเจนและสอดคล้องกับสภาวการณ์ปัจจุบัน เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติและควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักการปฏิบัติตามความคล่องตัวและสามารถนำไปปฏิบัติได้บนพื้นฐานหลักสิทธิมนุษยชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนพรรณ จรรยาศิริ และศิวพร อึ้งวัฒนา (2551 : 119-126) ได้ศึกษาการทบทวนสถานการณ์และพัฒนาผังพิสัยงานวิจัยแรงงานข้ามชาติ

(แรงงานต่างด้าว) ผลการศึกษาพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ทำในกลุ่มแรงงานจากประเทศพม่าในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ตาก เชียงราย และแม่ฮ่องสอน โดยในส่วนของข้อเสนอแนะลำดับความสำคัญในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติจากการศึกษาครั้งนี้คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพระบบบริการสุขภาพและระบบสาธารณสุข 2) ความต้องการและการจัดการด้านกำลังแรงงานในประเทศ 3) แรงงานเด็กข้ามชาติและการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน 4) ผลกระทบ 5) นโยบาย กฎหมาย และมาตรการ 6) การพัฒนาฐานข้อมูลและระบบการจัดการข้อมูล 7) การพัฒนาฐานข้อมูลงานวิจัย ซึ่งในลำดับแรกคือการศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพระบบบริการสุขภาพและระบบสาธารณสุข โดยทัศนคติของประชาชนทั่วไปในประเทศไทยอาจเห็นว่าแรงงานข้ามชาติเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญทางสาธารณสุข ซึ่งได้รับการควบคุมหรือกำจัดไปหมดจากประเทศไทยแล้ว และเชื่อว่าแรงงานเหล่านี้ได้เพิ่มภาระด้านสาธารณสุขให้กับประเทศด้วยในปี พ.ศ.2547 มีแรงงานที่มาขึ้นทะเบียนและได้รับการตรวจสุขภาพจำนวน 817,000 คน และพบว่าแรงงานจำนวน 9,532 คนหรือร้อยละ 1.2 เป็นโรคใดโรคหนึ่งที่ต้องควบคุม ได้แก่ วัณโรค โรคเท้าช้าง โรคซิฟิลิส โรคเรื้อน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าวและอยู่ในระยะแพร่เชื้อต้องทำการรักษาและส่งตัวกลับประเทศรวมถึงสตรีที่ตั้งครรภ์ ซึ่งโดยเงื่อนไขของกฎหมายต้องถูกส่งกลับประเทศ ซึ่งอาจถูกมองว่าขัดต่อหลักมนุษยธรรม ในกรณีที่มีประกันสุขภาพจะได้รับสิทธิในการรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เฉพาะตัวแรงงานเท่านั้นไม่รวมครอบครัวแต่อย่างใด นอกจากนี้ปัญหาในการเข้าถึงบริการ ปัญหาจากการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ และอีกสาเหตุมาจากนายจ้างไม่อนุญาตให้หยุดงานหรือไม่อนุญาตให้ออกจากสถานที่ทำงาน ไม่มีวันหยุด สำหรับการปฏิบัติของนายจ้างที่ไม่เท่าเทียมกับแรงงานไทย เช่นค่าจ้างแรงงานต่ำ สวัสดิการ และสิทธิต่างๆ ถูกเอารัดเอาเปรียบ ถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจจากนายจ้างเจ้าหน้าที่ของรัฐไม่ได้รับการเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกันจากคนในสังคมไทย สิ่งเหล่านี้ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่และภาวะสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานเหล่านี้ สำหรับรายงานด้านการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บจากการทำงานตลอดจนการชดเชยหรือการทดแทน กรณีเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานยังไม่พบว่ามีการรายงานในฐานข้อมูลของหน่วยงานใด ในส่วนของ กฤตยา อาชวนิจกุล พันธ์ทิพย์ กาญจนะ และจิตรา สายสุนธร (2548 : 1-10) ได้ศึกษาคำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทยในการจัดการปัญหามิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ เพื่อประเมินนโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ โดยใช้การวิเคราะห์นโยบายและการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก และขยายเรื่องที่เชื่อมโยงไปสู่กระทรวงแรงงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในมิติการละเมิดสิทธิของแรงงานข้ามชาติ ได้ข้อค้นพบสำคัญๆ ดังนี้ มิติเชิงนโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน 3 ประเทศที่ถูกประกาศใช้ในปี พ.ศ.2547 มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดการประชากรกลุ่มนี้

ใหม่ทั้งหมด ยอมรับการมีตัวตนของแรงงานข้ามชาติและครอบครัว เพื่อรองรับการสร้างสุขภาวะและรับรองสิทธิเบื้องต้นของคุณภาพชีวิตในประชากรกลุ่มนี้ เพื่อการปรับสถานะให้อยู่ได้อย่างไม่หลบซ่อนตัวเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในทางบวกยิ่งขึ้น มาตรการด้านสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติที่เกี่ยวกับสุขภาพแรงงานข้ามชาติของกระทรวงสาธารณสุขไม่มีนโยบายเฉพาะในด้านการให้บริการและรักษาพยาบาล มีหลักการตรงกันทั้งส่วนกลางและระดับปฏิบัติ คือการให้การดูแลรักษาเท่าเทียมกันไม่ว่าคนไทยหรือต่างชาติ แต่ปรากฏว่าวิธีการปฏิบัติงานในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกัน และขาดความชัดเจนของการเรียกเก็บค่าบริการจากแรงงานต่างชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ แผนแม่บทและแผนยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัดที่ใช้ในการพัฒนาสุขภาพแรงงานข้ามชาติไม่มีความชัดเจนเป็นการดำเนินงาน เพื่อตามแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว มากกว่าการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา งานเชิงรุกเพื่อส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคในพื้นที่ ไม่สามารถดำเนินงานได้ด้วยข้อจำกัดของระบบแต่ไม่มีกลไกในเชิงการบริหารจัดการที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในรูปแบบเครือข่ายหรือภาคีในการแก้ไขปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกฤตยา อาชวนิชกุล (2554 : 103-124) ที่ได้วิเคราะห์กระบวนการจัดระบบคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติของรัฐไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน ภาวะไร้รัฐและไร้สัญชาติของคนเหล่านี้มักถูกเอารัดเอาเปรียบ และถูกเลือกปฏิบัติ การถูกกดความมั่นคงในชีวิตที่สำคัญในระดับปัจเจกบุคคล คือ การขาดสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติเกือบทุกด้าน แม้แต่ด้านการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล เนื่องจากนโยบายของรัฐไม่ครอบคลุมถึงคนในกลุ่มนี้ โดยในการรักษาพยาบาลต้องจ่ายค่ารักษาเอง ทำให้คนกลุ่มนี้จำนวนมากรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจไม่เต็มใจนักต่อการให้บริการ และในกรณีที่เป็นปัญหาในการรักษาคือ เจ้าหน้าที่ไม่สามารถสื่อสารกับคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติด้วยอุปสรรคทางภาษา ในขณะที่เจ้าหน้าที่เองก็กังวลว่า การให้บริการแก่กลุ่มคนเหล่านี้อาจเป็นความผิดได้ นอกจากนี้จากการศึกษาของ จรัมพร โห้ลำยอง และศิรินันท์ กิตติสุขสถิต (2554 : 127-134) ที่ได้ศึกษาความแตกต่างในมิติการทำงานและความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ ระหว่างแรงงานข้ามชาติที่มีและไม่มีใบอนุญาตทำงานในประเทศไทย พบว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานในประเทศไปใช้บริการด้านสาธารณสุขทั้งสถานบริการภาครัฐและเอกชนน้อยกว่าแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงาน ซึ่งอาจสะท้อนถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานว่ามีน้อยกว่าแรงงานที่มีใบอนุญาต แม้ทั้งภาครัฐและเอกชนไม่มีนโยบายแบ่งแยกผู้ป่วยบนพื้นฐานของสัญชาติ แต่ประเด็นค่าใช้จ่ายการเดินทาง ข้อมูลข่าวสาร และความเกรงกลัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ ล้วนแล้วแต่เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการของแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะแรงงานที่ไม่มีใบอนุญาตทำงาน สำหรับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพสถานภาพทางกฎหมายของแรงงาน ไม่มีผลต่อความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพมีผลต่อการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เช่นเดียวกับงานวิจัย

ของ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ (2555 : 413-465) ได้ศึกษาหลักประกันถ้วนหน้าเพื่อคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย จากการศึกษาพบว่า สภาวะสุขภาพของคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทยนั้น มีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่าในสังคมยากจน จนกว่า เจ็บป่วยมากกว่า แต่กลับได้รับการดูแลจากรัฐน้อยกว่าคนทุกกลุ่มในสังคมไทยเพียงเพราะปัญหาสัญชาติ สถานการณ์การเข้าถึงบริการของกลุ่มบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ พบว่า มีข้อจำกัดในด้านการเดินทางเนื่องจากคนกลุ่มนี้อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ฐานะยากจน ไม่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายทางอ้อมเช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร และเสียโอกาส ในการหารายได้ แม้ค่าใช้จ่ายในการรักษาจะฟรี อุปสรรคทางการสื่อสาร ภาษา วัฒนธรรม และกลัวการถูกตำรวจจับกุมเนื่องจากกระทำผิดระเบียบในการออกนอกพื้นที่ควบคุมโดยไม่ได้รับอนุญาต และกลัวความผิดอื่นๆ อันเนื่องมาจากความเป็นพลเมืองชั้นสอง ซึ่งจากสาเหตุดังกล่าวมีผลต่อการเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย ส่งผลต่อการมีแนวโน้มการเข้าถึงบริการที่ต่ำลงไปอีก หากไร้ซึ่งสิทธิประกันสุขภาพใดๆ แล้ว ส่งผลให้บุคคลเหล่านี้จะเข้ารับการรักษาก็ต่อเมื่อป่วยหนักและไม่มีทางเลือกอื่นแล้ว ทำให้ยากต่อการรักษา และยังส่งผลต่อระบบการควบคุมโรคติดต่อชายแดน เนื่องจากเข้ารับการรักษาช้า ไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อได้ นอกจากนี้ สมสุข ไชยศรี (2553 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพชาวพม่าที่อาศัยในเขตอำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา จากผลการวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมีการดูแลตนเองและครอบครัว โดยการซื้อยารับประทานเอง การรักษาด้วยสมุนไพร เวทมนต์ และไปรับบริการสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล ชาวพม่าส่วนใหญ่ขาดการมีหลักประกันสุขภาพ นิยมเข้ารับการรักษาในสถานบริการของรัฐและมีความพึงพอใจต่อการให้บริการด้านอนามัยวัยเจริญพันธุ์พบว่าส่วนใหญ่รู้จักการดูแลตนเอง มีการฝากครรภ์เมื่อตั้งครรภ์และคลอดที่สถานพยาบาลของรัฐ สามารถดูแลบุตรหลังคลอดและเมื่อมีอาการเจ็บป่วยให้มีพัฒนาการสมวัยนำบุตรไปรับวัคซีนที่สถานพยาบาลของรัฐ มีการวางแผนครอบครัวเพื่อเว้นระยะการมีบุตรและป้องกันการตั้งครรภ์ ด้านความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวในการป้องกันรักษาโรคติดต่อที่สำคัญพบว่า มีความรู้ต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค เช่น โรคเอดส์ อุจจาระร่วง ไข้เลือดออก แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคไข้มาลาเรีย วัณโรค การเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร และอุบัติเหตุจากการทำงาน การดูแลสุขลักษณะส่วนบุคคล การดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการควบคุม ป้องกันโรคที่สำคัญไม่ครอบคลุม และด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า ชาวพม่าได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ยังขาดความรู้ในการรับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขทำให้เกิดความเข้าใจได้เพียงระดับหนึ่ง และได้รับคำแนะนำไม่ต่อเนื่อง การสื่อภาษาคงยังเป็นปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสาร และจากการศึกษาของ อิสรีย์ ศิริรัตน์ (2552 : 72-76) ที่ศึกษาเรื่องการอบรมพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวโดยการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยพิจารณาจากความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวในมารดาต่างด้าวที่มีบุตรต่ำกว่า 2 ปี และการนำความรู้ไปปฏิบัติงานหลังจากการอบรมได้อย่างถูกต้อง โดยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในการวิจัยคือ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับระบบการแพทย์และการจัดการความรู้ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามและประเมินผลเกี่ยวกับความรู้ การส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและนำมาทดสอบความเที่ยงตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างคือ แรงงานต่างด้าว ที่เข้ามาทำงานเป็นพนักงานอาสาสมัครต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยโดยถูกต้องตามกฎหมาย จำนวน 17 คน พบว่า ผลของการอบรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว มีความรู้ความเข้าใจในการอบรมทำให้เกิดทัศนคติที่ดี นำไปใช้งานสาธารณสุขในพื้นที่ของตนได้ถูกต้อง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในด้านองค์ความรู้ที่ถูกต้องมากว่าเดิมเป็นผลบวกและเกิดทัศนคติต่อองค์ความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติที่ถูกต้องแก่กลุ่มเป้าหมายที่วางไว้

จากการศึกษาถึงผลกระทบในงานวิจัยของหลายท่านที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่าผลกระทบด้านสุขภาพของผู้อพยพย้ายถิ่นจากประเทศพม่าที่เข้ามาอาศัยหรือเป็นแรงงานในประเทศไทย ส่วนใหญ่มาจากนโยบายที่ไม่ครอบคลุมถึงสิทธิการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข การขาดสิทธิขั้นพื้นฐานที่ควรจะได้รับเกือบทุกด้าน โดยเฉพาะการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ ถึงแม้จะมีการปรับเปลี่ยนนโยบายเกี่ยวกับคนกลุ่มนี้มาตลอดแต่ก็ยังขาดความชัดเจนในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพของคนกลุ่มนี้ สำหรับประเทศไทยยังต้องพึ่งพากลุ่มคนเหล่านี้ในการพัฒนาประเทศในฐานะกลุ่มแรงงานระดับล่างที่มีความสำคัญ ส่งผลให้เป็นปัญหาในเชิงนโยบายที่ยังรอการแก้ไขต่อไป สำหรับแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวสรุปจากงานวิจัยที่ได้ศึกษาและมีความสอดคล้องกับงานวิจัยนี้คือ การสร้างเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นไม่ว่าจะเป็นในกลุ่มของแรงงานต่างด้าวหรือผู้อพยพสถานะอื่นๆ เพื่อการสร้างสุขภาวะและรับรองสิทธิเบื้องต้นที่ควรจะได้รับในสิทธิขั้นพื้นฐานในความเป็นมนุษย์ และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับกลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นจากประเทศพม่าที่เข้ามาอาศัยหรือเป็นแรงงานในประเทศในทางบวกยิ่งขึ้น

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย (Australian National University) เป็นงานวิจัยที่แสวงหาแนวทางในการจัดรูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาพในการกำหนดรูปแบบการออกกำลังกายของชาวออสเตรเลียแบบองค์รวมในการจัดการสุขภาพบนบริบททางด้านกายภาพ และบริบททางด้านสังคมรวมถึงระบบการขนส่งที่เป็นอยู่อันมีลักษณะเฉพาะของชาวออสเตรเลีย เนื่องจากชาวออสเตรเลียมีข้อจำกัดในบริบททางสังคม

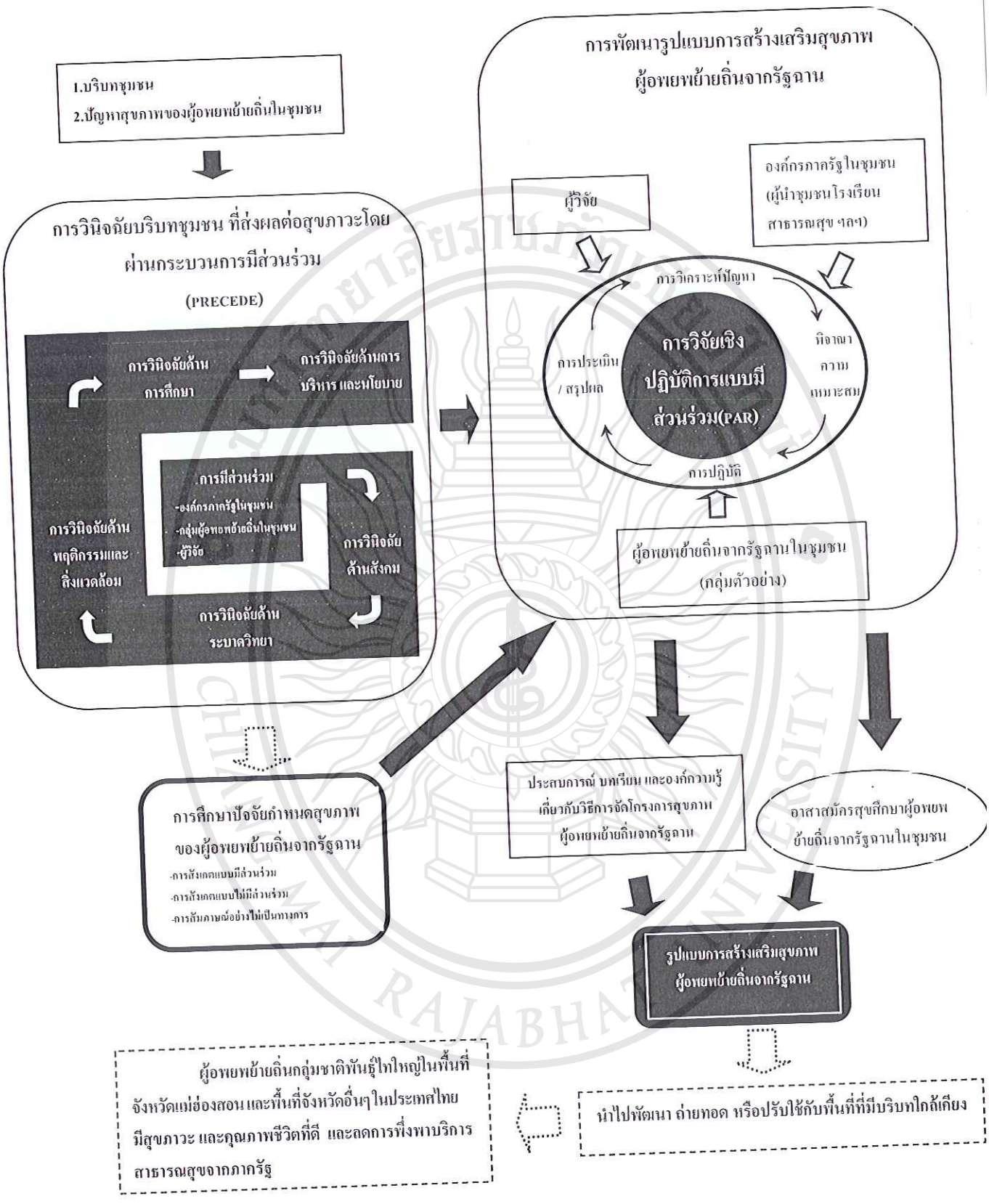
ซึ่งส่งผลให้ต้องมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบทำให้ขาดเวลาการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศเดนมาร์ค (Anonymous, 2011) ที่ได้ศึกษาเรื่อง Health Promotion ; Reports from University of Southern Denmark Describe Recent Advances in Health Promotion ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าในอดีตประเทศเดนมาร์คได้ทำการส่งเสริมสุขภาพของคนในประเทศที่ขาดความเข้าใจในความซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตชุมชน รวมถึงการรับรู้ข้อมูลที่แตกต่างกันของประชาชนในการศึกษาวิจัยได้กำหนดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพบนวิถีชีวิตของชุมชน ซึ่งจะถูกปฏิบัติใช้โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนโดยได้สรุปว่า "เรายืนยันว่าการทำงานที่มีความเข้าใจมากขึ้นของความเป็นจริงซึ่งแตกต่างกันของชีวิตในชุมชน เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในการดำเนินการจัดการชุมชน และต้องผลักดันให้สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาวะของชุมชน" ทั้งนี้การทำงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนจะต้องสัมพันธ์กับแนวคิด และการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยดังผลการวิจัยของ ปีเตอร์ ซี โอลเดล และคีธ อี ฮอฟแมน (Peter C Olden, Keith E Hoffman, 2011) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง Hospitals' Health Promotion Services in their communities : Findings from a literature review ซึ่งได้ผลการศึกษาว่าขนาดของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมกับเครือข่ายชุมชน ประชากรที่มีรายได้ปานกลางและประชากรอายุต่ำกว่า 65 ปี สำหรับงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ต้องอาศัยความเอาจริงเอาจังของหน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่ และกฎหมายที่เอื้อต่อสุขภาพของชุมชน ในส่วนของปัจจัยที่จะทำให้การปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพให้ประสบผลสำเร็จนั้นจะต้องใช้วิธีการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน การร่วมมือกับองค์กรชุมชน ความหลากหลายในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ความร่วมมือ และการเชื่อมโยงกับองค์กรอื่นๆ และจำเป็นต้องมีการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลขนาดเล็กอย่างไรก็ตาม พีร์ แอลเดอร์ แทงค์แลน (Per-Anders Tengland, 2010) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Health Promotion and Disease Prevention : Logically Different Conceptions. ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนมากกว่าการทำงานด้านสุขภาพแบบมุ่งให้ทำการรักษา และป้องกันโรคให้กับประชาชน โดยในงานวิจัยระบุว่าที่ผ่านมาการทำงานด้านสุขภาพเน้นการพึ่งพาจากภาครัฐมากเกินไป ซึ่งการทำงานด้านสุขภาพแบบเป็น "ผู้จัดการสุขภาพ" ซึ่งเป็นวิธีการทำงานสาธารณสุขแบบเดิมในการจัดการสุขภาพของประชาชน ซึ่งจะเห็นได้จากกิจกรรมทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการป้องกัน และการรักษาโรคมากเกินไป มากกว่าการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จากผลการศึกษาสรุปได้ว่าการทำงาน "การสร้างเสริมสุขภาพ" และการทำงาน "ป้องกัน และรักษาโรค" มีแนวคิดที่แตกต่างกันอย่างมีเหตุผล และถึงแม้ว่ามีความคิดเห็น และมีแนวทางในทางปฏิบัติต่างกันก็ตามแต่อย่างไรก็ตามก็ไม่สามารถปฏิเสธได้ว่า

การป้องกันโรคนั้นจะต้องมี "การสร้างเสริมสุขภาพ" ควบคู่ไปด้วย จากงานวิจัยดังกล่าวสามารถชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของหลักการ และแนวคิดในการทำงานด้านสุขภาพของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในต่างประเทศที่ยังมุ่งเน้นวิถีการทำงานในลักษณะ "เป็นผู้จัดการสุขภาพให้ประชาชน" ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักการแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมที่สอดคล้อง สัมพันธ์กันระหว่างประชาชน และบุคลากรสาธารณสุขในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

จากงานวิจัยภายในประเทศ และต่างประเทศที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการวิจัยในด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพทำให้ผู้วิจัยได้แนวทางในการวิจัยที่จะทำให้ผู้วิจัยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดตลอดจนวิธีวิทยาการในการวิจัย ในการนำเอาหลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ซึ่งเป็นไปตามแนวทางหลักตามกฎบัตรออตตาว่า (Ottawa Charter) ซึ่งครอบคลุมหลายมิติ และการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำเอายุทธศาสตร์แห่งกฎบัตรออตตาว่า (Ottawa Charter) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานในจังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อให้ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับการพัฒนาด้านสุขภาพของบุคคล กลุ่มคน และชุมชน ที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม และยังเป็นการสร้างชุมชนให้เข้มแข็งอีกทางหนึ่งด้วย ซึ่งจะนำสู่ความมั่นคงทางด้านสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยที่สามารถศึกษา และแสวงหารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งครอบคลุมวัตถุประสงค์ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด อาจกล่าวได้ว่ากรอบแนวคิดนี้เป็นการยกร่างรูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาพของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปใช้ศึกษาวิจัยในพื้นที่วิจัยเพื่อปรับปรุง และปรับเปลี่ยนรูปแบบดังกล่าวโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของกลุ่มประชากร เป้าหมายในพื้นที่วิจัยในการปฏิบัติ และตรวจสอบข้อมูล รวมถึงวิธีการและขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้ได้รูปแบบที่สมบูรณ์ เหมาะสมกับบริบททางด้านกายภาพ และบริบททางด้านสังคมของพื้นที่ชุมชนในจังหวัดแม่ฮ่องสอน และเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรมของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งกรอบแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้เสนอเป็นแผนภาพดังนี้



ภาพที่ 2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย