



วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

พฤติกรรมสุขภาพชุมชนต้นแบบอย่างยั่งยืน:

กรณีหลังวิกฤตโควิด-19

Sustainable Model of Community Health Behavior: A Post-COVID-19 Case Study

ณภัทร วุฒะพันธ์^{1*} วศิน สุขสมบุญวงศ์² ยูวดี ตรงตอกิจ³ วิภาดา ศรีเจริญ⁴
กัญเกียรติ ก้อนแก้ว⁵ อภิรักษ์ แสนใจ⁶ และ มงคล เงินแจ้⁷

Naphat Wuttaphan^{1*}, Wasin Suksomboonwong², Yuwadee Trongtokit³,
Wiphada Srijaeroen³, Kukiet Konkaew⁴, Aphilak Saengai⁵ and
Mongkol Ngernjang⁶

Received: Mar 30, 2024

Revised: Aug 26, 2024

Accepted: Sep 11, 2024

¹คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (Faculty of Management Sciences, Pibulsongkram Rajabhat University) *Email: naphat.w@psru.ac.th

²คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (Faculty of Humanities and Social Sciences, Pibulsongkram Rajabhat University) Email: wasin_sw@psru.ac.th

³คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (Faculty of Sciences and Technology, Pibulsongkram Rajabhat University) Email: ytrongkit@gmail.com

⁴คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (Faculty of Sciences and Technology, Pibulsongkram Rajabhat University) Email: newwiphada@gmail.com

⁵คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (Faculty of Sciences and Technology, Pibulsongkram Rajabhat University) Email: kukietk@gmail.com

⁶คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (Faculty of Sciences and Technology, Pibulsongkram Rajabhat University) Email: apirak.s@psru.ac.th

⁷นักวิจัยอิสระ (Independent Researcher) Email: mongkolpitloke@hotmail.com



บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพพฤติกรรมชุมชนระหว่างและหลังวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 2) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพชุมชนในวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างยั่งยืน และ 3) พัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพชุมชนเพื่อรองรับวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างยั่งยืน โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพตามหลักปรากฏการณ์วิทยา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 44 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา กำหนดรหัสข้อมูล คำสำคัญ จัดกลุ่มใหญ่ และตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องแบบสามเส้า ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพพฤติกรรมชุมชนทั้งระหว่างและหลังการแพร่ระบาดมีความแตกต่างกันทั้งมิติทางด้านสังคม และจิตใจ โดยด้านสังคมและด้านสุขภาพจิตใจของคนในชุมชนกลายเป็นความปกติใหม่ (New Normal) ในการใช้ชีวิต 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพชุมชนประกอบไปด้วย 7 ปัจจัย ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางจิตใจ จิตลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ข่าวสารในภาวะวิกฤต การจัดการภาวะวิกฤต ภาวะผู้นำ และการบริหารจัดการ จากนั้นจึงนำมา 3) พัฒนาเป็นรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพชุมชนเพื่อรองรับวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคอื่น ๆ อย่างยั่งยืน ในบริบทของชุมชนในอนาคตโดยประกอบด้วย ปัจจัยหลัก ได้แก่ การจัดการภาวะวิกฤตในบริบทของชุมชน การกำหนดมาตรการ การเฝ้าระวัง คัดกรอง การประสานความร่วมมือระหว่างชุมชน การตั้งด่านชุมชน รวมทั้งระบบในการเยียวยาจิตใจภายหลังวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรค การศึกษาหาข้อมูล และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหรือระดับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ชุมชน การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นจริงทางสาธารณสุข และการจัดทำแผนกลยุทธ์ในการรับมือความเสี่ยงด้านสุขภาพของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนอย่างแท้จริงต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ ชุมชนยั่งยืน สุขภาพชุมชน โควิด-19



Abstract

The objectives of this research are: (1) to examine community health behaviors during and after the COVID-19 pandemic; (2) to identify the factors influencing sustainable community health behaviors during the pandemic; and (3) to develop a model of sustainable community health behavior to support future disease outbreaks. A phenomenological qualitative method was applied through in-depth interviews with 44 participants. The data were analyzed using content analysis, including coding, categorization, and identifying key themes. Triangulation was used to ensure the validity of the findings. The findings revealed that: (1) community behaviors during and after the pandemic differed significantly in both social and psychological dimensions. The social and mental health aspects of community life have become part of the “new normal”; (2) seven factors were found to influence community health behavior: physical environment, psychological environment, personal psychological traits, perception of crisis-related information, crisis management, leadership, and governance; and (3) these factors were synthesized into a model of sustainable community health behavior for future public health crises. The model includes community-based crisis management, establishment of preventive measures, surveillance and screening, intercommunity collaboration, community checkpoints, mental health recovery systems, public health information sharing based on factual data, and the development of strategic health risk management plans emphasizing genuine community participation.



Keywords: Health Behavior, Community Sustainability, Community Health, The COVID-19

1. บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ได้ส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านเศรษฐกิจ ชุมชน สังคม และสุขภาพกาย ซึ่งก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อน อาทิ ปอดอักเสบ ไตวาย ปอดบวม ถึงร้อยละ 15 และ ร้อยละ 2 รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต นอกจากนี้ยังส่งผลถึงสุขภาพจิตของประชาชนเช่นกัน ส่งผลถึงความเครียดวิตกกังวล ซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย (Tothong & Kiatsinsap, 2021) ซึ่งถือว่าการแพร่ระบาดครั้งนี้เป็นภัยทางสาธารณสุขที่แพร่กระจายไปทั่วโลกตามท้องที่การอนามัยโลกประกาศ และชุมชนกลายเป็นกุญแจสำคัญในการจัดการภัยพิบัติทางสาธารณสุขในครั้งนี้ (Ilesanmi & Fagbule, 2020) อย่างไรก็ตาม การจัดการความเสี่ยงและภาวะวิกฤตในด้านสาธารณสุขนั้น การประสานความร่วมมือจากเครือข่ายด้านต่าง ๆ มีความสำคัญในการฟื้นฟูระบบสุขภาพชุมชนของประเทศ

พฤติกรรมชุมชนภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของระดับปัจเจก (Individual Health Belief Model) ซึ่งอยู่ในระดับจุลภาค ส่งผลไปยังชุมชน และในระดับมหภาคต่อไป ซึ่งยังสอดคล้องกับแบบแผนการให้ค่าน้ำกับความคาดหวัง (Expectancy Value Model) ของทั้งพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนและชุมชน ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนนั้นเกิดจากการได้รับการเสริมแรงจากการให้ค่าน้ำ และความคาดหวัง (Edberg, 2015) ดังนั้น การทำความเข้าใจถึงปรากฏการณ์ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 นั้น จะทำให้คนในชุมชนสามารถเข้าใจถึงพลวัตของโรคในมิติต่าง ๆ อาทิ ชุมชน และสังคม อย่างครอบคลุม ทั้งตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน การรับรู้ความรุนแรงของโรคระบาด โอกาสความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน และการจัดการความเสี่ยงในภาวะวิกฤตทาง



สาธารณสุขในระดับมูลฐานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้เพื่อเตรียมรับมือภาวะวิกฤตทางสาธารณสุขในครั้งต่อ ๆ ไปได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยชุมชนเอง โดยพึ่งพาตนเองเชิงรุกมากกว่าที่จะพึ่งพากรัฐเพียงอย่างเดียว ชุมชนต้นแบบที่ทำการเก็บข้อมูล ได้แก่ เขตพื้นที่ที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านวังมะदान ต.วงฆ้อง อ. พรหมพิราม จ. พิษณุโลก เนื่องจากเป็นพื้นที่ต้นแบบปรัชญาสุขภาพ (สร้างนำซ่อม)

นอกจากนี้ การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนต้นแบบนี้จะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของคนในชุมชนอย่างยั่งยืน เพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ อีกทั้งยังลดการแพร่ระบาดของโรคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เช่น การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม การจัดการภาวะวิกฤตในบริบทของชุมชน การกำหนดมาตรการ การเฝ้าระวัง คัดกรอง การประสานความร่วมมือระหว่างชุมชน การตั้งด้านชุมชน การมีพฤติกรรมเชิงป้องกันโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ลดอาหารเค็มและหวานจัด การพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อสุขภาพกายที่ดี รวมทั้งยังสามารถลดภาระการดูแลสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกและภาครัฐ กล่าวคือลดจำนวนผู้ป่วยและลดภาระทางสาธารณสุขซึ่งส่งผลต่อทรัพยากรในการดูแลสุขภาพให้เพียงพอสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยการส่งเสริมสาธารณสุขมูลฐานแก่ชุมชน ส่งเสริมภาวะผู้นำ ความสัมพันธ์อันดีแก่คนในชุมชน รวมทั้งระบบในการเยียวยาจิตใจภายหลังวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรค อันจะนำมาซึ่งสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืนและเพื่อรับมือความเสี่ยงด้านสุขภาพของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพพฤติกรรมสุขภาพชุมชนระหว่างและหลังวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19



2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพชุมชนของวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

3. เพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพชุมชนเพื่อรองรับวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ชนิดอื่น ๆ อย่างยั่งยืน

3. วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบภาคตัดขวาง (Qualitative Cross-sectional Methods) เพื่อได้มาซึ่งองค์ความรู้ในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจากหลายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลายด้านอาชีพ ทุนมนุษย์ และทุนทางสังคม เพื่อนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน เป็นการอธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ทางสังคม ซึ่งปรากฏการณ์ทางสังคมบางประการที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลธรรมดาทั่วไป จึงต้องพยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพและบริบททางสังคม วัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เพื่อนำมาอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมที่ต้องการศึกษา โดยประกอบไปด้วยการศึกษาและวิเคราะห์จากเอกสาร และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยมีการออกแบบโครงสร้างคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง อันเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ไม่มีการกำหนดโครงสร้างของข้อคำถามที่มีความชัดเจนตายตัว กำหนดคำถามแบบเปิดกว้าง หรือใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ได้ข้อคำตอบที่เปิดกว้างและยืดหยุ่นตามสภาพและสถานการณ์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้แสดงทัศนะได้อย่างหลากหลายในทุก ๆ แม้มีติ ผู้วิจัยสามารถติดตามและซักไซ้ข้อมูล ข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดปลีกย่อยที่สำคัญและมีความน่าสนใจในแต่ละประเด็นของคำตอบได้เป็นอย่างดี

ตัวแทนประชากรและผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชนและชาวบ้าน จำนวน 44 คน ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านวังมะदान ต.วงษ์อ่อง อ. พรหมพิราม จ. พิษณุโลก



แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังตาราง 1 โดยเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

ตารางที่ 1 การแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มสาธารณสุข	กลุ่มบริหาร	กลุ่มประชาชน	กลุ่มเยาวชน
อสม. 10 คน	ผู้ใหญ่บ้าน 4 หมู่บ้าน 4 คน	ส. อบต. 2 คน	เยาวชน 10 คน
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 10 คน	กำนัน 1 คน	ปราชญ์ชาวบ้าน 1 คน	
	นายก อบต. 2 คน	พระ/ผู้นำศาสนา 3 รูป	
	อดีต ผอ.รพสต (ช่วง โควิด 19) 1 คน		

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีวิธีการดำเนินการดังนี้

1) ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจาก มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามไปยังหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านวังมะदान ที่ดูแลรับผิดชอบในพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) เมื่อได้รับอนุญาตให้สามารถเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานฯ พร้อมทั้งดำเนินการเข้าชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งแบบวาจาและแบบลายลักษณ์อักษร อธิบายถึงจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ และวิธีการวิจัยโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเก็บข้อมูลขอความอนุเคราะห์ให้หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังมะदान เป็นผู้คัดเลือกเพื่อเป็นกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ตามวัน เวลา และสถานที่ที่หน่วยงานเห็นว่ามีความเหมาะสม จากนั้นจึงดำเนินการเข้าสัมภาษณ์ตามวันเวลาที่ได้



นัดหมายไว้ในพื้นที่อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล หรือจนกว่าข้อมูลที่ได้มีอิ่มตัวและไม่มีข้อมูลใหม่ ๆ เพิ่มเติม (Saturation)

3) ในการจัดการข้อมูลนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ และคัดเลือกข้อมูลของที่มีความสมบูรณ์ในการนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4) นำผลการสัมภาษณ์ที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพต่อไป

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยเตรียมการด้านความรู้ แนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ จากวรรณกรรมและทบทวนเอกสาร รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเอกสาร จากนั้นผู้วิจัยเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ จรรยาบรรณของนักวิจัย วิธีเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลจากคำถามในการสัมภาษณ์ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและด้านสาธารณสุขศาสตร์ จากนั้นผู้วิจัยเตรียมนัดหมายชุมชนเพื่อเก็บข้อมูล อุปกรณ์ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ เครื่องบันทึกเสียง ปากกา และสมุดบันทึก โดยมีระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 6 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 จนถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แบบเร่งรัด เลขที่ COA No. 070/2023, PSRU-EC No. 2023/044 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ซึ่งเป็นไปตามแนวทางหลักจริยธรรมในคนที่เป็นมาตรฐานสากล อาทิ Declaration of Helsinki และ The Belmont Report

ความเชื่อถือได้ของเครื่องมือการวิจัย

หลังจากที่ได้เก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว คณะผู้วิจัยนำผลการวิจัยที่ได้มาตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ทั้งด้านความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของข้อมูลให้ครบถ้วนโดยจำแนกได้ดังนี้



1) การสร้างความสัมพันธ์อันดีแก่ผู้ให้สัมภาษณ์ (Building a Relationship) เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งจะมีผลต่อความถูกต้องแม่นยำของข้อมูล (Validity) เนื่องจากการสัมภาษณ์ควรมีความเที่ยงตรงที่สุด ไม่บิดเบือนจากความเป็นจริง (Reliability)

2) การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (Member Checking) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกเสียง และการจดบันทึกนำกลับไปให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล โดยให้ตรวจสอบและพิจารณาข้อมูลว่าเป็นจริงตามความรู้สึกของผู้ให้สัมภาษณ์หรือไม่

3) นำข้อมูลไปตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องกับที่ปรึกษาทางวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิ (Triangulation) เพื่อตรวจสอบความไว้วางใจได้ของข้อมูล (Dependability)

4) การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) โดยผู้วิจัยจะเก็บเอกสารไว้เป็นอย่างดีเพื่อการตรวจสอบและเพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้มีความเที่ยงตรงไม่ลำเอียงหรือเกิดจากความคิดของผู้วิจัยเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1) นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปทุกคำพูด และให้คณะผู้วิจัยนำมาอ่านหลาย ๆ ครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาพรวมของข้อมูลที่ได้ โดยพิจารณาทุกบรรทัด แล้วจึงตีความร่วมกัน เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลและพิจารณาประเด็นที่สำคัญ ๆ ร่วมกัน (Triangulation)

2) นำข้อความหรือประโยคสำคัญที่เกี่ยวกับความหมายหรือคำใกล้เคียง มาไว้เป็นกลุ่มเดียวกัน โดยมีรหัสข้อมูลกำกับทุกข้อความหรือทุกประโยค แล้วจึงตั้งชื่อคำสำคัญ ซึ่งจะจัดเป็นทั้งกลุ่มใหญ่ (Themes) และกลุ่มย่อยที่อยู่ภายใต้ความหมายของกลุ่มใหญ่ (Sub-themes)

3) ใช้การนำเสนอโดยการเขียนบรรยายสิ่งที่ค้นพบอย่างละเอียด โดยไม่มีการนำทฤษฎีไปครอบงำหรือครอบคลุมปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้ง



ยกตัวอย่างคำพูดประกอบคำหลักสำคัญที่ได้ เพื่อแสดงความชัดเจนของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

4. แนวคิดที่ใช้ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพ

ชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพตามแนวความคิดขององค์การอนามัยโลก หรือ World Health Organization (2010) หมายถึง พื้นที่สุขภาวะในชุมชนหรือในท้องถิ่นนั้น ๆ ที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสุขภาวะทางจิตของประชาชน รวมทั้งการมีสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับชุมชนสุขภาพได้ ความรวมถึงการส่งเสริมให้คนในชุมชนหรือท้องถิ่นนั้น ๆ ได้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการชุมชนของตนเองอย่างเป็นระบบในด้านสุขภาวะทั้งทางกายภาพและด้านจิตใจ ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีพื้นที่สำหรับการเข้าสังคม เช่น พื้นที่สำหรับการทำนันทนาการชุมชน การสร้างสุนทรียสนทนา รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมอย่างมีคุณภาพ และยังสามารถรักษาอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของชุมชนไว้ได้ นอกจากนี้องค์ประกอบของพื้นที่หรือชุมชนที่จะเป็นต้นแบบด้านสุขภาพได้นั้น ประกอบไปด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 พื้นที่สุขภาวะทางกายภาพ และความปลอดภัย รวมทั้งการมีสังคมแห่งการเรียนรู้ มิติที่ 2 ได้แก่ ภาครัฐที่สนับสนุนงานด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ อาทิ หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐ (NGO) องค์กรเอกชน นักวิชาการ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน ศาสนสถาน และหน่วยงานที่สนับสนุนระบบสุขภาพชุมชน (Office of Community Based Health Care Research and Development, 2011) มิติที่ 3 คือ การบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาวะ การเข้าถึงโอกาสของผู้ที่ด้อยโอกาสในชุมชน และมิติที่ 4 คือ ความสามารถในการจัดการตนเองของชุมชน การสร้างทัศนคติและความเข้าใจที่ถูกต้องซึ่งทั้ง 4 มิติ จะนำไปสู่



การมีสุขภาพชุมชน หรือพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนที่ดี (Imjongjairuk, 2019; WHO, 2010)

นอกจากนี้การพัฒนาชุมชนให้เป็นชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพนั้น ชูติมาทองวชิระ และคณะ (Thongwachira et al., 2018) อธิบายว่า การสร้างสุขภาพที่ดีต้องพัฒนาความรู้ ทักษะของการดูแลสุขภาพโดยเริ่มจากตนเอง ครอบครัว และนำไปสู่ชุมชนในองค์กรวม สร้างความร่วมมือกับเครือข่าย ให้ชุมชนเกิดความตระหนัก และสามารถปรับทัศนคติ การคิด และการตัดสินใจ รวมทั้งการรับประโยชน์ร่วมกัน อย่างไรก็ตาม Wuttaphan (2022a) พบว่า การส่งเสริมระบบสุขภาพนั้นจำเป็นต้องพัฒนาตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ กล่าวคือในระดับบุคคลต้องมีการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ จิตลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การลงลึกไปที่ความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนาที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตของบุคคล และการที่มีบุคลิกภาพแบบเข้มแข็ง รวมทั้งการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ครอบครัว ชุมชน และการรับรู้ข่าวสารในภาวะวิกฤต ซึ่งจะส่งผลต่อทุนทางจิตวิทยา (Psychological Capital) ของบุคคลในการรับมือกับวิกฤตต่าง ๆ ได้

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นจะนำมาซึ่งความผาสุกของคนในชุมชน โดยมีปัจจัยหลัก ๆ ได้แก่ ปัจจัยนำ อาทิ เพศ อายุ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และภาวะทางสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาโรค การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้นประกอบด้วย ด้านร่างกาย (Physical Domain) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship) และสิ่งแวดล้อม (Environment) อาทิ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สถานบริการด้านสุขภาพ การรับรู้ความมีอิสระในชีวิตของตน มลภาวะที่ดี รวมทั้งการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสด่าง ๆ ในสังคม (Pichitkuntham et al., 2021; Phithaksilp, 2016)



อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสุขภาพนั้นยังรวมไปถึงพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งเป็นการกระทำในการป้องกันหรือสามารถวินิจฉัยโรคเบื้องต้นหรือวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่บ่งบอกอาการ ซึ่งจะเป็นการกระทำที่มุ่งเน้นไปที่การป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีภูมิคุ้มกันโรค และสามารถรับมือกับโรคระบาดได้ รวมทั้งยังมีพฤติกรรมที่ลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อาทิ การจัดการสภาพแวดล้อมที่บ้าน ชุมชน ให้ถูกสุขอนามัย การจัดการขยะ มลพิษ การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น รวมทั้งการกระทำเพื่อการป้องกันกระบวนการพัฒนาการเกิดโรค เช่น การค้นหาโรค การตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาแนวโน้มของโรค และการสังเกตความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและการรักษาโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Skinner, Trio & Champion, 2015; Phephum, 2018)

ระบบสุขภาพชุมชนยั่งยืน

กลไกที่สนับสนุนระบบพฤติกรรมสุขภาพชุมชน Heaney & Israel (2008) อธิบายว่า จะต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความตึงเครียด ทรัพยากรของชุมชน การรับรู้ที่ตนเองได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และความเป็นส่วนหนึ่ง การได้รับทรัพยากรสนับสนุนจากปัจเจก ได้แก่ ความสามารถในการแก้ไขปัญหา การเข้าถึงโอกาสและข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ การรับรู้ความสามารถในการที่จะควบคุมสถานการณ์ที่เป็นวิกฤต หรือสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดจะทำให้เกิดพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยง การป้องกัน และพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Holt-Lunstad et al., 2015; Phephum, 2018) ซึ่งจะส่งเสริมสุขภาพชุมชนในระยะยาวได้ นอกจากนี้ บทบาทขององค์การด้านศาสนาในชุมชน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการลดโอกาสเกิดภัยคุกคามต่อสุขภาพ รวมทั้งการสร้าง



สภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ปัจเจกได้มีความเติบโตทางจิตใจ (Traumatic Growth) จะทำหน้าที่เป็นกั้นชนให้แก่ชีวิตเมื่อปัจเจกหรือชุมชนเผชิญกับวิกฤตต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน การสร้างเสริมพลังความเป็นพลเมืองเพื่อชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพยั่งยืนในระดับท้องถิ่น ได้แก่ การร่วมกันในชุมชนในการสร้างแผนสุขภาพชุมชน ร่วมปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และร่วมทำงานในรูปแบบหุ้นส่วนนโยบาย โดยเฉพาะบุคลากรทางสาธารณสุข และการพัฒนาทักษะด้านการใช้เทคโนโลยี ทักษะด้านการบริหารจัดการ ทักษะการปฏิบัติด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นต้น (Yorkham, Laothamatas, & Yenyuak, 2020) ทั้งนี้การพัฒนารูปแบบสุขภาพชุมชนต้นแบบอย่างมีส่วนร่วมจำเป็นต้องเริ่มจากพฤติกรรมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาทีมงาน และระบบการจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ การจัดการความรู้ ความเสี่ยง การจัดการภาวะวิกฤต รวมทั้งกระบวนการในการสร้างแรงจูงใจแก่ชาวบ้านให้ตระหนักและเห็นถึงความสำคัญต่อการมีสุขภาพะทั้งกายและใจที่ดี

5. ผลการศึกษา

ผลการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพชุมชนเพื่อรองรับวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างยั่งยืนประกอบด้วยดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านวังมะदान ตั้งอยู่ ณ ตำบลวงฆ้อง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ดูแลประชาชนในพื้นที่จำนวน 10 หมู่บ้าน 2,047 หลังคาเรือน และมีประชากรโดยประมาณ 3,359 คน อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวงฆ้อง มีโรงเรียนในสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 6 โรงเรียน และโรงเรียนมัธยมศึกษาจำนวน 1 แห่ง มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 6 แห่ง มีชมรมผู้สูงอายุ 4 กลุ่ม และ



มีสมาชิกจำนวน 450 คน มีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 กลุ่ม จำนวนโดยประมาณ 300 คน โดยจำแนกเป็นประเด็นตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

5.1 สภาพพฤติกรรมสุขภาพชุมชนระหว่างและหลังวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

พฤติกรรมชุมชนก่อนการเกิดโรค

ผลการสัมภาษณ์พฤติกรรมก่อนการเกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 แตกต่างจากช่วงแพร่ระบาดและหลังการแพร่ระบาด กล่าวคือ สภาพก่อนการแพร่ระบาดนั้น สาธารณสุขชุมชนได้มีการปฏิบัติหน้าที่ที่ตามความรับผิดชอบตามที่ได้รับมอบหมาย และชุมชนดำเนินไปอย่างเรียบง่าย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการออกตรวจเยี่ยมบ้าน การจัดตั้งกลุ่มดูแลผู้สูงอายุประจำหมู่บ้าน มีการจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรม อาทิ การออกกำลังกาย การสร้างอาชีพแก่ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ก่อนการแพร่ระบาดนั้น ชุมชนละเลยสุขอนามัยในบางกรณี เช่น การล้างมือ การพกเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง การละเลยการสวมหน้ากากอนามัยในการเข้าสังคม ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ “ก็เหมือนที่อื่นๆ ทั่วไปอะคะ ใครจะไปรู้ว่าจะมันจะเกิดขึ้น ก่อนหน้านั้นเราก็ใช้ชีวิตปกติ ใครจะไปใส่แมสทำนาทำไร่ ใครจะไปพกเจลแอลกอฮอล์ ก็เหมือนทั่ว ๆ ไป” (ชาวบ้านคนที่ 3)

พฤติกรรมชุมชนระหว่างและหลังวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 สามารถแยกเป็นประเด็นได้ดังต่อไปนี้

1. การบริหารจัดการในช่วงภาวะวิกฤตโควิด-19 สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การบริหารจัดการจากส่วนกลาง โดยสามารถแยกออกเป็น 5 ประเด็นได้แก่ 1) ด้านนโยบาย กฎระเบียบ มาตรการที่มาจากคำสั่งส่วนกลาง ซึ่งในช่วงระยะแรกเริ่มของการแพร่ระบาดนั้น ส่วนกลางมีการออกกฎหมาย มาตรการต่าง ๆ มาบังคับการปกครองส่วนท้องถิ่นและมายังชุมชน การนำพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2548 และต่อมาทำการกระจายอำนาจลงสู่ชุมชน



2) ด้านการบริหารสถานการณ์จากส่วนกลางที่ส่งมายังส่วนภูมิภาคหรือชุมชน เป็นการดำเนินการในระยะที่สอง โดยมีการให้ตั้งระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 อย่างเป็นระบบ โดยมีการตรวจคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย เผื่อระวัง กักตัวในสถานที่ที่เหมาะสมในชุมชน รวมทั้งประสานความร่วมมือในระดับต่าง ๆ 3) ด้านทรัพยากรมนุษย์ และการเตรียมการด้านบุคลากรทางสาธารณสุข ส่วนกลางมีคำสั่งลงมายังชุมชนให้ถือปฏิบัติในด้านบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อ มีการเพิ่มค่าตอบแทนสวัสดิการ และอัตราค่าจ้างให้เหมาะสม แม้ว่าในช่วงแรก ๆ ของการแพร่ระบาดยังขาดอัตราค่าจ้างคนเป็นอย่างมาก 4) ด้านงบประมาณ ด้านอุปกรณ์ และความช่วยเหลือด้านทรัพยากรโดย ส่วนกลางได้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อแก้ไขสถานการณ์การแพร่ระบาด การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ แต่ยังไม่เพียงพอ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น และ 5) ด้านข่าวสารข้อมูลสารสนเทศช่วงภาวะวิกฤตโรคโควิด-19 ส่วนกลางมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ ได้แก่ การสร้างแอปพลิเคชันต่าง ๆ อาทิ ไทยชนะ และการสื่อสารระหว่างกลุ่มผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ ดังตัวอย่างที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้ “เราก้รับนโยบายมาจากส่วนกลางแล้วเราก้นำมาปฏิบัติ มีการตั้งด่านหมู่บ้าน ตรวจตราคนเข้าออกหมู่บ้าน มีการแบ่งเวรยามกัน อยู่เวรยามกันแทบจะตลอด 24 ชั่วโมง” (ผู้ใหญ่บ้าน คนที่ 1) “ออกด่าน ตรวจประเมิน ก็รับคำสั่งมาอีกที เค้าจะบอกเลยว่า เราต้องทำอะไรยังไง มั่ง ชั้นแรกเราต้องทำยังไง ๆ คัดกรอง ช่วยเหลือเค้ายังไง มันจะมีมาบอกเลยว่าเราต้องทำอะไรบ้าง” (อสม. คนที่ 5) “ทางภาครัฐก็กระจายข่าวนะครับ พวกผมก็รับข่าวสารมาจากสาธารณสุขจากอะไรอย่างเงี้ยมาก็มากระจายข่าว เขาก็โอเคเข้าใจแล้วเป็นมันเป็นโควิด เหมือนจะเป็นแล้วตาย ไข้ไหมยะ เป็นแล้วตายอะไร ช่วงที่วัคซีนยังไม่มา อันเนี่ยยิ่งร้ายแรงใหญ่ตอนนั้น” (ผู้ใหญ่บ้าน คนที่ 2)

ส่วนที่ 2 การบริหารจัดการภายในชุมชน โดยหลังจากที่ชุมชนได้ทราบแนวปฏิบัติจากส่วนกลาง ชุมชนมีการบริหารจัดการ และได้นำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติของชุมชน ซึ่งการบริหารจัดการภายในชุมชนของตำบลมะตอง ตำบล



วงห้อง และตำบลศรีภิรมย์ เป็นไปในทางเดียวกันกับนโยบายจากส่วนกลาง ในช่วงวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ตั้งแต่ระยะแรกจนถึงระยะที่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 มิติหลัก ได้ดังนี้

1) มิติการค้นหา และการป้องกันภายในชุมชน โดยเป็นการ ค้นหาผู้ป่วย การตรวจคัดกรอง รวมทั้งการค้นหาผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย และการคัดกรองผู้ที่มาจากต่างถิ่น การตั้งด่านหมู่บ้าน และการใช้มาตรการทางการปกครอง ดังตัวอย่างที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้ “เราตั้งด่านเลยคะ ตรวจคัดกรอง เรามีด่านชุมชน สังเกตคนแปลกหน้าไร้ เราเรียกเค้ามาตรวจก่อน เค้าไอมั้ย มีการคัดกรองทางเข้าหมู่บ้าน ถ่ายรูปบัตรประชาชน จัดเวรยาม จดทะเบียนรถ สอบถามเลยว่ามีท่าไหน จะไปไหน” (อสม. คนที่ 4) “มีการออกตรวจ ออกเยี่ยม คนที่เข้าออก แล้วก็เวรยาม มี อสม. หมุนเวียน สถานที่กักในแต่ละหมู่ แล้วทาง อบต. ก็สนับสนุนที่นอน ผ้าห่มอะไรต่างๆ” (นายก อบต. คนที่ 2)

2) มิติการรักษาผู้ป่วย เมื่อมีคนติดเชื้อ ชุมชนจะมีสถานที่กักในชุมชน หรืออาจเป็นบ้านของผู้ติดเชื้อเอง แต่จะแยกสัดส่วนออกมาจากคนปกติ แต่จะมี อสม. หมุนเวียนไปเยี่ยม ดูแล และให้ทางญาติพี่น้องคอยส่งอาหาร หรือของใช้ที่จำเป็นด้านการอุปโภคบริโภค รวมทั้งการจำกัดการแพร่ระบาด ดังตัวอย่างที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้ “เราจะมีการสอบถาม และอัปเดตข้อมูลคนไข้ตลอด ทุกวัน ให้ยาไปกิน ให้เค้าถ่ายรูปวัดความดันส่ง ส่งเข้าไลน์ ถามเค้าว่าจะเอาอะไรมั้ย ต้องการอะไรก็บอกมา หรือบอกญาติมาก็ได้” (อสม. คนที่ 7) “แยกห้องเลยคะ เค้าก็อยู่ห้องหนึ่ง คนอื่นที่เหลือก็อีกห้องนึง ห้องน้ำก็แยกชั้นบนชั้นล่าง ข้าวปลาเค้าไปวางไว้ที่หน้าห้อง ถึงเวลาเราก็ก็นั่งไปคอยถามอาการด้วย ญาติพี่น้องก็ช่วยกัน” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 3)

3) มิติการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ได้แก่ การส่งต่อ การยืนยันผลการเลือกสถานพยาบาล การออกคำสั่ง การประสานงานในชุมชน เป็นต้น ดังตัวอย่างที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้ “บางคนไอนเป็นเลือด เราก็ก็นั่งวิเคราะห้ละว่า เป็นเลือดที่ออกมาจากปอดหรือเปล่า เพื่อที่จะนำตัวไปรักษาต่อที่



โรงพยาบาล ก็จะแยกส่วนไว้ เราก็จะแจ้งไปว่าเป็นผู้ป่วยโควิด เราก็จะให้เค้านั่ง กระบะหลังไปอะค่ะ” (อสม. คนที่ 2) “เราประสานงานกับทาง อบต. ส่งต่อ เราก็จะมีรถแอสแตนด์บายไว้ ใครต้องการไปไหน คนป่วย คนเจ็บอะไร บางทีญาติเค้าไม่ให้ ขึ้นรถเค้า เราก็ต้องใช้รถนี้แหละ แล้วเราก็ประสานที่ต่าง ๆ โรงพยาบาล หมอ นามัย อะไรพวกนี้อะค่ะ” (นายก อบต. คนที่ 1)

สภาพทางสังคมในช่วงภาวะวิกฤตโควิด-19

สภาพสังคมช่วงภาวะวิกฤตโควิด-19 ซึ่งการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 นั้นได้ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสังคม ชุมชน และประชาชนเป็นอย่างมาก เนื่องจากในช่วงเริ่มแรก ถึงกลางของการแพร่ระบาดนั้น ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค อุปกรณ์ และบุคลากรทางการแพทย์ยังขาดแคลน กอปรกับความรู้เรื่องโควิด-19 ยังอยู่ในวงจำกัด จึงเกิดความเข้าใจผิดหลายประการ และสร้างความตื่นตระหนกแก่ประชาชนเป็นอย่างมาก กระทั่งต่อสังคม และวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชน อย่างไรก็ตาม สภาพทางสังคมในช่วงการแพร่ระบาดประชาชนจึงต้องรับมือและปฏิบัติตามที่ส่วนกลางแนะนำ ดังเช่นตัวอย่างคำสัมภาษณ์ดังนี้ “กลัว กลัวมากค่ะ อย่างเราเป็น อสม. เจ๊ยะ เวลาไปไหนมาไหนก็เสี่ยง เจอคนเยอะ ชาวบ้านบางที่เค้าก็กลัวเรา ไม่อยากให้เราไปใกล้” (อสม. คนที่ 7) “มันห่อหิ้วมากนะโยม แย่มาก ๆ ไปไหนมาไหนมันก็ไม่มีความสุข ชาวบ้านชาวช่องเค้าก็ห่อหิ้ว ทรมาณมาก ๆ ๆ ๆ ยากลำบากจริง ๆ ปกติออกบิณฑบาต เค้าก็ไม่ให้บิณฑฯ เอาข้าวไปส่ง เอาบาตรตั้งไว้ เค้าก็มาใส่ แล้วก็เอากลับ” (พระสงฆ์ รูปที่ 1)

สภาพทางจิตใจในช่วงภาวะวิกฤตโควิด-19

สภาพทางจิตใจของชุมชนในการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 นั้นส่งผลกระทบต่อจิตใจของชาวบ้านเป็นอย่างมาก ทั้งความเครียด ความกลัว วิดก กังวล หวาดระแวง ความกดดัน ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “เครียด เครียดมากไม่รู้จะทำอะไรเลยอะ ออกไปไหนก็ไม่ได้ หงุดหงิดมากอะ แต่ก็ไม่รู้จะทำอย่างไร ก็ต้องอดทน บางที่กินนอนไม่ค่อยหลับ” (ชาวบ้าน คนที่ 3) “รู้สึกกดดันอะไรอย่างเงี้ย แต่ส่วนมากก็อยู่ที่บ้าน ไม่ค่อยได้ออกไปไหน แต่มันก็แบบกังวล



มีเรื่องกังวลอะไรเงี้ยค่ะ ก็คิดว่าเออช่างมันเถอะ ถ้ามันจะเป็น มันก็ต้องเป็น แต่ถ้ามันไม่เป็น เราก็รอดไป อะไรอย่างเงี้ยค่ะ” (ชาวบ้าน คนที่ 2)

พฤติกรรมหลังการเกิดโรค

ผลการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน พฤติกรรมชุมชน หลังภาวะวิกฤตโควิด-19 ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่นั้น สภาพชุมชนได้มีการเปลี่ยนแปลงไปในมิติต่าง ๆ ชุมชนยังมีการป้องกันตนเองอย่างเข้มงวด แต่สามารถพบปะ พูดคุย และไปมาหาสู่บุคคลในที่ชุมชนในระยะใกล้ ๆ และการทำกิจกรรมต่าง ๆ บุคคลยังป้องกันตนเอง อาทิ การสวมหน้ากากอนามัย ในที่ชุมชน การพกเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ และการไม่ทานอาหารร่วมกัน แต่อย่างไรก็ตามในระยะยาวนั้น สถานการณ์ดีขึ้น ชุมชนกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติใหม่ และมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ยังป้องกันตนเอง นอกจากนี้สภาพทางสังคมยังกลับคือสู่ภาวะปกติ ดังบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “สังคมเปลี่ยนค่ะ คือเค้าจะดูแลตัวเองมากขึ้น ประชาคมมาประชุมเค้าก็จะใส่แมสกันมา เราก็จะมีแมสมีแอลกอฮอล์ให้ในช่วงประชาคม ถึงเค้าประชุมกันเองในแต่ละหมู่เค้าก็จะใส่แมสกันใส่กัน” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 4) “ในช่วงแรก ๆ ทุกคนก็ป้องกันกันดีค่ะ แต่พอมาระยะหลัง ๆ ก็ไม่ค่อยแล้ว ก็เหมือนว่าปกติดี แต่เราก้ยังอยากให้เค้าป้องกันอะค่ะ” (อสม. คนที่ 5)

นอกจากนี้ สภาพจิตใจหลังเหตุการณ์การแพร่ระบาดส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของชุมชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดได้ยุติลง หรืออยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ สุขภาพจิตของคนในชุมชนก็สามารถกลับมาเป็นปกติได้ ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังนี้ “เมื่อก่อนจะไปในไหนก็คือมีแต่คนกลัว ๆ กันใช้ไหมคะ แต่เหมือนตอนเนี่ยคือเขาไม่กลัวแล้วอะค่ะ ความหวาดระแวงมันลดลง คนที่เค้าเคยเครียด ๆ เค้าก็โอเคขึ้น กลับมาใช้ชีวิตปกติได้” (อสม. คนที่ 1) “สุขภาพจิตมีผลมากครับ โดยเฉพาะเรื่องโควิดที่ผ่านมา ชาวบ้านเขาตระหนกมากเลย เรื่องโควิดก็คือจิตบางคนนี่ถึงกับเพี้ยนไปเลยก็มีนะครับ กลัวไปหมดทุกอย่าง” (อสม. คนที่ 2)



ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมชุมชนได้เปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่เกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในระยะเริ่มแรก โดยชุมชนมีการปรับตัว และตอบสนองนโยบายจากส่วนกลางทั้งการเฝ้าระวัง การตั้งด่านชุมชน การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษา การกักตัว และการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ชาวบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และสาธารณสุขอำเภอ นอกจากนี้ สภาพสังคม และสภาพจิตใจของชุมชนได้เปลี่ยนแปลงไปในในระยะเริ่มแรก ผู้คนมีความกลัวต่อโรค การรวมกลุ่มทางสังคมน้อยลง และบางรายมีปัญหาด้านสุขภาพจิต อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้ได้บรรเทาลงเมื่อชาวบ้านรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง และมีวัคซีนเข้าถึงชุมชน รวมทั้งความรุนแรงของโรคลดลง

5.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพชุมชนเพื่อรองรับวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคอย่างยั่งยืน

จากพฤติกรรมชุมชนได้เปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 จนถึงปัจจุบันนั้น ชุมชนได้มีการเตรียมรับมือ และมีความพร้อมมากขึ้นโดยสามารถจำแนกปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 และยังคงผลต่อวิถีชีวิตปกติในรูปแบบใหม่ (New Normal) ในบริบทของชุมชนจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังต่อไปนี้

1. **สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ** ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหาร การประกอบอาหารเองบ้าน การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “ดูแลตัวเองไม่มีโรคประจำตัว ออกกำลังกายบ่อย ๆ ก็ออกกำลังกายบ้างกินอาหารที่มีประโยชน์แล้วก็ไม่มีโรคประจำตัว” (อสม. คนที่ 1)

2. **สิ่งแวดล้อมทางจิตใจ** ได้แก่ เพื่อนบ้าน ความสัมพันธ์ในชุมชน ความรัก ความสามัคคีปรองดองในชุมชน และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว โดยจำแนกเป็นประเด็นหลัก ๆ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการที่บุคคลากรได้รับความช่วยเหลือ ความรัก ความเอาใจใส่ และได้รับการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไขจากครอบครัว ให้ความรัก ให้กำลังใจกัน มีความเต็มใจที่จะรับฟัง



ให้คำแนะนำ และให้การยอมรับ และการสนับสนุนด้านทรัพยากรต่าง ๆ ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “ก็ แม่เค้าจะเป็นคนอารมณ์ดีอยู่แล้ว เค้าจะมีวิทยุ เค้าก็จะฟังข่าว ฟังอะไรอย่างเงี้ย เค้าจะไม่ทุกข์ ขอให้มีคนอยู่เป็นเพื่อน ถ้าเราจะไปไหน หรือเราจะไปงานศพเนี่ย เราก็จะไปได้แค่วันเดียว เค้าจะกลัวอยู่คนเดียว จะไม่ยอมให้เค้าอยู่คนเดียว ถ้ามาอย่างเงี้ย พี่สาวเค้าก็จะอยู่” (อสม. คนที่ 1) “ให้กำลังใจกันตลอดค่ะ ปรีกษากันได้ทุกเรื่อง บางทีเค้าก็ระบาย ๆ เราก็ระบาย ๆ ให้เค้าฟัง ฮ่า ๆ แล้วเราก็มาร่วมกันแก้ไขปัญหาดูด้วยกัน” (กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 9)

การสนับสนุนจากชุมชน/ท้องถิ่น เป็นการที่บุคคลได้รับกำลังใจ ความเป็นห่วงเป็นใย การได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูล และการสนับสนุนในด้านที่ทำให้บุคคลเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในหน้าที่การงานจากชุมชนรอบ ๆ ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การให้ความช่วยเหลือด้านทรัพยากร และการสนับสนุนกระบวนการคิด ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “ก็จะดูแลกันและกันนะคะ เพราะเป็นละแวก เป็นซอย ส่วนใหญ่ก็จะเป็นญาติพี่น้องกันนะคะ ใครไม่สบายก็พาไปหาหมอ มีอาหาร ก็ข้าวกับปลาที่แบ่งกันกิน เราก็จะดูแลเค้า ทำกับข้าวไปส่ง ซื้อมาก็แบ่งกัน ช่วงโควิดที่ผ่านมาก็เป็นเงี้ย พี่ก็เป็นคนซื้อน้ำเต้าหู้ปลาทองโกไปแจก อบต. เค้าก็มีถุงยังชีพไปให้ เราก็ช่วยเหลือกัน เอาข้าวไปส่งที่บ้าน” (นายก อบต. คนที่ 1) “เพื่อนดีค่ะ เพื่อนสงของ เพื่อนน่ารักมากเลย เพราะตอนที่พี่เป็นเป็นอะ รู้สึกว่าเพื่อนอะ ดีมากเลย หาอาหารมาส่งอะไรแบบนี้ น่ารักมาก เค้าก็กลัว แต่เค้าก็วางไว้หน้าบ้าน เอาอาหารมาส่ง” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 4)

3. จิตลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ทุนทางจิตวิทยา บุคลิกภาพแบบเข้มแข็ง ความเข้มแข็งทางจิตใจจิตวิญญาณ รวมทั้งการเยียวยาจิตใจเมื่อตกอยู่ในภาวะเครียด ด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การมองโลกในแง่ดี การสวดมนต์เข้าวัด การทำสมาธิ รวมทั้งการขอคำแนะนำจากบุคคลรอบข้างที่ไว้ใจได้ และการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยส่วนใหญ่ทุนทางจิตวิทยา และจิตลักษณะส่วนบุคคลจะพบในกลุ่มผู้บริหารและกลุ่มสาธารณสุข (กลุ่มดูแล



ผู้สูงอายุ และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) เป็นหลัก โดยจำแนกได้ ดังนี้

ทุนทางจิตวิทยา เป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคลในทางบวกในการปฏิบัติหน้าที่แม้ว่าจะอยู่ในสภาวะวิกฤตการณ์ต่าง ๆ อย่างเต็มความสามารถ ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคและปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ และนำตนไปสู่ความสำเร็จ คิดหาวิธีต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหา และมีสมรรถนะทางจิตใจที่สามารถปรับสภาพทางจิตกลับคืนให้เป็นปกติ จิตใจสงบ และปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างปกติสุข ได้แก่

1) **ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง** เป็นความเชื่อมั่นและความมั่นใจในตนเองว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ศักยภาพ และความพยายามอย่างย่อท้อเพื่อสามารถไปสู่จุดมุ่งหมายในการทำงานของตน แม้จะมีอุปสรรค ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ “*เค้ามีอบรมให้ตลอดนะ มาทำงานตรงนี้ เราต้องพัฒนาตัวเองอยู่ตลอด เวลาไปออกตรวจออกเยี่ยมโรเงี้ย เรายังเข้าใจ เรายังทำได้ เราสามารถช่วยเหลือเค้าได้”* (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 10)

2) **ความหวัง** คือ พลังของแรงจูงใจทางบวกที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีหนทาง และวิธีการที่จะสามารถนำไปสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติหน้าที่ และเมื่อพบกับอุปสรรคก็จะสามารถหาวิธี หรือหนทางเพื่อที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในอนาคตได้ แม้จะกำลังเผชิญกับวิกฤตต่าง ๆ ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “*ในเรื่องของการทำงานสำหรับผมเองนะไม่เหนียวเพราะอะไร เพราะที่มาของเราคือ เรามาอาสาเข้ามาที่จะดูแลพี่น้องในละแวกที่เราต้องรับผิดชอบอยู่่านะครับ ตัวผมเองเนี่ยในช่วงที่ระบาดหนัก ๆ ผมหวังทั้งหมู่บ้านครับ เอกขเรยทั้งหมู่บ้านครับ ทุกหลังคาเรือนครับ 1 สัปดาห์นี่ต้องรายงานตลอด เราคิดว่าสักวันมันต้องหมดไป”* (อสสม. คนที่ 4)

3) **การปรับฟื้นคืนสภาพ** เป็นความสามารถหรือการมีศักยภาพในทางจิตใจในการปรับสภาวะทางจิตใจให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ สงบ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีเหมือนเดิม ภายหลังจากประสบกับวิกฤต หรือความยากลำบาก รวมทั้ง สามารถนำประสบการณ์ที่เลวร้ายมาใช้เพื่อการปรับสภาพจิตใจ เมื่อเกิด



วิกฤตต่าง ๆ ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “คนที่เค้าค่าเรา อาจไม่ได้แอนตี้เราอะ อาจจะเป็นเพราะนิสัยเค้ามากกว่า บ้านนี้เค้าเป็นยังงี้อยู่แล้ว เป็นอย่างนี้กับทุกคน เค้าจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าไร เราก็ต้องเข้าใจ ทำความเข้าใจ เราต้องทำความเข้าใจเค้าอะ ถ้าเราป่วยอะไรก็คิดว่าสักวันเราอาจป่วยบ้าง คนป่วยอะคะ อาจหงุดหงิดบ้างอะไรบ้างเราก็กต้องเข้าใจเค้า” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 6)

4) การมองโลกในแง่ดี เป็นลักษณะของพฤติกรรมที่ส่งถึงวิถีคิดในด้านที่อยู่เสมอในการปฏิบัติหน้าที่เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤต ไม่โทษ โยนความผิด หรือตำหนิตัวเองหรือคนอื่น ๆ และเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตจะมองว่าเป็นโอกาสในการพัฒนาตนเอง ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “เหนื่อยครับ แต่เหนื่อยภูมิใจตัวเองใจครับ อย่างผมเป็น อสม.ผมไปทำไง ถึงจะเหนื่อยแต่เราก็กต้องทำเพราะเราจิตอาสามาแล้วผมเป็นทั้ง อปพร. เป็นทั้งตำรวจบ้านและอีกอย่างไปตรวจคนไข้ไปดูแลเขาไป เราก็กต้องระวังตัวเราด้วย ถ้าติดมาคนนึงเนี่ยเป็นเรื่องเลยถูกไหมครับ แต่เราก็กมองโลกในแง่ดี เราก็กต้องสู้กับมัน” (อสม. คนที่ 3) “ภูมิใจที่ได้ช่วยเค้า อะไรแบบนี้อะคะ เพราะให้เค้าเหมือนเป็นคนในครอบครัวเดียวกับเรา เราอยู่หมู่บ้านเดียวกัน ชุมชนเดียวกัน เราต้องช่วยเหลือกันอะคะ แม้ว่าเราจะเหนื่อยแต่เราก็กภูมิใจ” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 10) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้าน

จิตลักษณะส่วนบุคคล ที่ทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเข้มแข็ง ได้แก่

1) บุคลิกภาพแบบเข้มแข็ง เป็นความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคโดยไม่หวั่นไหว และมองเป็นสิ่งที่มีความท้าทาย ทำให้ตนเองเกิดการพัฒนา แสดงออกถึงความเชื่อมั่นในการปฏิบัติหน้าที่และเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากความสามารถของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการควบคุม ความมุ่งมั่น และความท้าทาย ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “เหนื่อยแต่ใจสู้ พร้อมทั้งจะปฏิบัติเลยแต่หลังจากเสร็จปุ๊บ



งานที่เราออกมามั่นตีมันอะไรอย่างเจ็ย แล้วเขาก็ขอบคุณนะ อะไรเจ็ย มันสำเร็จแล้วอะ” (อสม. คนที่ 3)

2) การปฏิบัติทางจิตวิญญาณ หมายถึง กิจกรรมทางความเชื่อที่สื่อถึงการกระทำต่าง ๆ ในเชิงศาสนา ความเชื่อความศรัทธาเฉพาะบุคคลที่จะสามารถนำบุคคลที่ปฏิบัตินั้นไปสู่ความสบายใจ ความเจริญเติบโตภายในจิตใจ ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “พยายามสวดมนต์ทุกวันค่ะ เพราะทุกวันนี้เรื่องการเมืองมันเครียด ก็เลยเครียดตาม เราก็จับรับรู้ที่เราเครียดละนะเออ ไร้ใช้วิธีสวดมนต์ก่อน วันนี้ก็สวดมนต์มาก รุ่งเช้าโมง” (ผู้ดูแลผู้ สูงอายุ คนที่ 9) “โอย แเค้กัคใจนะ เห็นพระไปที่บ้าน แเค้กัคใจ แเค้กัซนใจ ลูกไม่ได้ก็ลูกขึ้นมาได้ มานั่งคุยกัน แเค้กัซนใจ” (พระสงฆ์ รูปที่ 2)

4. การรับรู้ข่าวสารในภาวะวิกฤต ได้แก่ การรับรู้ข้อมูล และสารสนเทศต่าง ๆ เพื่อให้ได้มาข้อมูลที่ต้องการตรงตามความเป็นจริง มีการตรวจสอบข้อมูลก่อนการส่งต่อ การที่บุคลากรได้รับข้อมูลข่าวสารในทางที่ไม่ดีจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 จากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ สื่อสังคมออนไลน์ การพูดคุยระหว่างบุคคล เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การแพร่กระจายของโรค รวมทั้งการที่ประชาชนไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของทางการ ได้แก่ การฝ่าฝืนข้อห้ามจากทางราชการ การไปที่ชุมชนแออัด หรือการที่ไม่สวมใส่หน้ากาก และการไม่รักษาระยะห่างทางสังคม ฯลฯ เป็นต้น ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ “เราต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ชาวบ้าน พวกส่งต่อไลน์อะไรกัน เดียวนี้มีพวก Fake news อะไรพวกนี้ เราต้องคอยบอกว่า เฮ้ย เชื่อได้มัย ดูดีดีนะ” (อดีตผอ. รพสต.)

5. การจัดการภาวะวิกฤตในบริบทของชุมชน เป็นการเตรียมแผนฉุกเฉินไว้ล่วงหน้า ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง มีการประกาศอย่างทันทีและชัดเจน เมื่อจะต้องดำเนินการตัดสินใจ ไม่เพียงแค่พิจารณาแต่การสูญเสียในระยะสั้น แต่มุ่งเน้นไปยังผลกระทบในระยะยาวโดยชุมชน ที่เกิดจากการประสานงานทุกภาคส่วน การแบ่งความรับผิดชอบหน้าที่ที่ชัดเจน มีมาตรการอย่างเด็ดขาด ดังตัวอย่าง



บทสัมภาษณ์ “แล้วก็มี อสม. ไปที่โรงเรียนด้วยค่ะ โรงเรียนวัดไร่เจีย ไปตรวจเด็ก ตอนเช้า ๆ แต่ส่วนมากเป็นช่วงเทศกาลที่ว่าตรวจโควิดคนเข้าออกเยอะค่ะ จดทะเบียนรถจดทะเบียนหลายอย่างผลัดกันอย่างไร้ค่ะ” (อสม. คนที่ 7) “ก็จะมี ก็ คือที่นี้มีการตั้งด่านชุมชน มีการตรวจคนเข้าออกหมู่บ้าน” (ผู้ใหญ่บ้าน คนที่ 2)

6. **ภาวะผู้นำ** ได้แก่ การมีผู้นำชุมชนที่เป็นต้นแบบในความคิด หรือ การมีบุคคลที่เป็นที่เคารพนับถือในชุมชนทั้งแบบเป็นทางการโดยตำแหน่ง และ แบบไม่เป็นทางการ เช่น ปราชญ์ชุมชน อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งรูปแบบภาวะผู้นำที่ได้จากการวิจัย ได้แก่ ภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลง ซึ่งประกอบด้วย

1) **การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์หรือการสร้างบารมี** ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ “เราทำตามที่หมอบอก เราเชื่อหมอบอก เพราะหมอบอกว่า เข้าถึงเราทุกคน ช่วยเหลือเราทุกคน ไม่มีบ้านไหนที่ไม่รู้จักหมอบอก ทุกวันนี้ก็เขียน ไปแล้วเราก็ยังรักหมอบอกอยู่” (ชาวบ้านคนที่ 4) “เค้าจะนำเรา ทุกอย่างสอนเรา ว่าทำสิ่ง ๆ ไร นะ ทำแบบนี้ละ เป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานของ พวกเราค่ะ” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนที่ 5)

2) **การสร้างแรงบันดาลใจ** ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ “หัวหน้า เป็นเหมือนพ่อคนหนึ่งของเขา ทดแทนพ่อแม่ที่เสียไป นอกจากจะคอยถามไถ่ทุกข์ สุขสม่ำเสมอแล้ว ยังแนะนำการวางแผนชีวิต การหารายได้เพิ่ม เพื่อให้สามารถดูแล ครอบครัว ได้ดี และ มัน คง ขึ้น หัว หน้า ให้ผม สม่ ักร เป็น อสม. ทำให้ได้ทำงานเพื่อชุมชน ได้รับการยอมรับ และมีรายได้เพิ่มจากเงินเดือนปกติ บรรยากาศในที่ทำงานมีความสุข เป็นเหมือนครอบครัว ช่วยเยียวยาจิตใจจากความสูญเสียที่ผ่านมาครับ” (อสม. คนที่ 7)

3) **การกระตุ้นการใช้ปัญญา** ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ “ทุกวันนี้เรามีสื่อออนไลน์ เราได้เข้าไปดูบ้างมัย ไม่ใช้ใช้มันเชิงอย่างเดียว เช่น การจัดการความเครียด ถ้าเครียดเราจะต้องทำอะไร เราเคยเข้าไปดูมัย เราก็ต้อง บอกชาวบ้านให้คิด ให้เข้าใจ” (หมอบอก: อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม



สุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง) “หมอดำเค้าก็จะคอยให้เราคิด ให้เราทำเอง บางทีเค้าก็จะบอก ๆ แล้วก็ให้เราลองทำ ทำได้ไม่ได้ ปล่อยให้ทำ เค้าก็ดู ถ้าไม่ไหวจริง ๆ เค้าก็จะคอยมาช่วย ฮ่า ๆ ๆ ๆ” (อสม. คนที่ 7) และ

4) การคำนึงถึงการเป็นปัจเจกบุคคล ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ “ก็ดี ก็ได้หมอดูแลนี้แหละ (หมอดำ) เค้าก็มาตรวจอยู่เรื่อย เดือนละครั้ง เป็นยังไงบ้างหลงพอ มาวัดความดัน เจาะเลือด ช่วงโควิดก็บั้นจุกให้ ก็ดี มันก็ตื่นะ มีกำลังใจ หมอมาทำให้กำลังใจบ้างอะไรบ้าง ไม่ใช่ นั่งแหงๆ ช่วงโควิดอะนะ” (พระสงฆ์รูปที่ 1) “เค้าก็จะคอยถามไถ่ตลอด ว่าเป็นไงมั่งสบายดีมั๊ย ไปหาที่บ้านมั่ง เจอกันที่อนามัยมั่ง” (อสม. คนที่ 8)

7. การบริหารจัดการ ทั้งจากส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น การสร้างความเข้าใจแก่ชุมชน การถ่ายทอดข้อมูล และคำสั่งจากส่วนกลางที่ยังชุมชน ให้ถือปฏิบัติตาม รวมทั้ง การออกคำสั่งขั้นเด็ดขาด ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังนี้ “เราก็คงจะทำแบบนี้ ถ้ามีโรคตัวใหม่ที่มีความเข้มข้นแบบนี้ เราก็คงจะทำแบบนี้เหมือนเดิม มีความร่วมมือร่วมใจ ส่งต่อ ประสานงานส่วนต่าง ๆ” (อสม. คนที่ 1) “คือว่าถ้าใครติดก็ต้องส่งบัตรประชาชนมา เราก็คงให้เค้าอยู่กับบ้าน ไม่ต้องไปไหน มีอาหารส่งให้ตลอด ไม่ต้องไปไหน ส่วนคนอื่น ๆ ที่เข้ามาแล้วคือ ไม่ยอมให้ตรวจผมก็ต้องไป ผมสั่งให้คุณอยู่ที่นี้ ถ้าไม่ทำตามผมจะต้องแจ้งตำรวจ ใช้มาตรการขั้นเด็ดขาด คุณจะทำมั๊ย ส่วนถ้าคนในหมู่บ้านติดแต่อยู่ กทม. เราก็คงให้เค้านั่งรถส่วนตัวกลับมา แล้วเราก็คงให้เค้ากักตัวอยู่ที่บ้าน เค้าเข้าไม่ถึงวัดจีน เข้าไม่ถึงยา ผมก็บอกว่าให้กลับมาบ้าน เดี๋ยวผมจัดการให้ ผมก็ต้องคุยกับคนในนี้ เราต้องช่วยเหลือเค้า โทรมาโอเคเดี๋ยวผมจัดการให้ อสม. ที่นี้ค่อนข้างเข้มแข็ง” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

5.3 การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพชุมชนเพื่อรองรับวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคอย่างยั่งยืน

ผลจากการวิจัยสามารถนำมาพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพชุมชนเพื่อรองรับวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ อย่างยั่งยืน ดังแผนภาพที่ 1



แสดงรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพชุมชนต้นแบบในการเตรียมความพร้อมและการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพฐานรากในชุมชนแบบยั่งยืนหลังภาวะวิกฤตโรคอุบัติใหม่ โดยเป็นต้นแบบที่เริ่มจาก 4 ปัจจัยหลัก ๆ ได้แก่ ภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลง จิตลักษณะส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมทางจิตใจ ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชน/ท้องถิ่น และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งปัจจัยทั้ง 4 นี้จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน จะขาดตัวใดตัวหนึ่งไม่ได้ โดยจะส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ ยังมีสิ่งสนับสนุนซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดทั้ง 4 ปัจจัยหลัก ๆ ซึ่งประกอบไปด้วยอีก 4 ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารในภาวะวิกฤต ประกอบด้วย การตั้งใจรับ ข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ และความน่าเชื่อถือของข่าวสาร และสารสนเทศต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ และการบริหารจัดการ โดยทั้งจากส่วนกลาง มาয়งส่วนภูมิภาคหรือชุมชน ซึ่งเป็นพลวัตต่อกันและกัน ซึ่งการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปยังท้องถิ่น และการรับรู้ข่าวสารในภาวะวิกฤตนั้น ประกอบไปด้วย ความน่าเชื่อถือของข้อมูล และการตั้งใจรับสื่อข่าวสารของประชาชน ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญแรกเริ่มของรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพชุมชนเพื่อรองรับวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่อย่างยั่งยืน

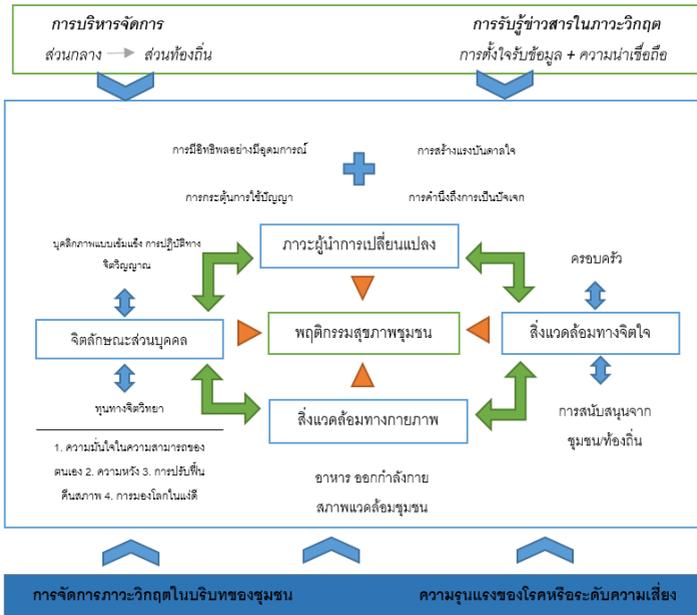


Figure 1 รูปแบบพฤติกรรมสุขภาพชุมชนเพื่อรองรับวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่อย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ อีก 2 ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน ได้แก่ (1) การจัดการภาวะวิกฤตในบริบทของชุมชน การกำหนดมาตรการ การเฝ้าระวัง คัดกรอง การประสานความร่วมมือระหว่างชุมชน การตั้งด่านชุมชน รวมทั้งระบบการเฝ้าระวังจิตใจภายหลังวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ เป็นต้น และ (2) การศึกษาหาข้อมูล และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหรือระดับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแก่ชุมชน การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นจริงทางสาธารณสุข และการจัดทำแผนกลยุทธ์ในการรับมือความเสี่ยงด้านสุขภาพของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนอย่างแท้จริง



6. อภิปรายและสรุปผล

ผลการศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพชุมชนต้นแบบในการเตรียมความพร้อม และการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพเพื่อฟื้นฟูระบบสุขภาพฐานรากในชุมชน แบบยั่งยืนหลังภาวะวิกฤตโควิด-19 โดยในช่วงแรกของการแพร่ระบาด ชาวบ้าน เกิดความตื่นตระหนกต่อสถานการณ์เพราะยังขาดองค์ความรู้ และความเข้าใจ ที่ถูกต้องของโรค รวมทั้งการรับรู้ข่าวสารจากสื่อ รวมทั้งข่าวปลอม (Fake News) กอปรกับอุปการณ์ทางการแพทย์ และทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุขที่มีความ จำกัดจึงทำให้สภาพสังคมและจิตใจชาวบ้าน เปลี่ยนแปลงไป เกิดความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อโรค ขาดการติดต่อจากญาติมิตร หรือสังคม กิจกรรมทางสังคม ได้หายไป ส่งผลต่อสภาพจิตใจ อย่างไรก็ตามเมื่อชาวบ้านได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง และความชุกของโรคได้ลดลง ชุมชนได้เกิดความปกติใหม่ (New Normal) ในการ ดำเนินชีวิต อย่างไรก็ตาม การบูรณาการทุกภาคส่วนของรัฐ ตั้งแต่ส่วนกลาง ลงมาถึงชุมชนซึ่งเป็นหน่วยของสังคมจึงมีความสำคัญ นอกจากนี้ ยังมีองค์ประกอบ ทั้งหมด 7 ด้าน ที่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ชุมชนสามารถรับมือกับโรคระบาด ต่อไปในอนาคตได้ ได้แก่ 1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 2) สิ่งแวดล้อมทางจิตใจ ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชน/ท้องถิ่น 3) จิตลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ทุนทางจิตวิทยา และจิตลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพแบบเข้มแข็ง และการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ 4) การรับรู้ข่าวสาร ในภาวะวิกฤต 5) การจัดการภาวะวิกฤตในบริบทของชุมชน 6) ภาวะผู้นำ ซึ่งเป็น รูปแบบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และ 7) การบริหารจัดการ ทั้งจากส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น การสร้างความเข้าใจแก่ชุมชน การถ่ายทอดข้อมูลและคำสั่งจาก ส่วนกลางมายังชุมชน

รูปแบบการพฤติกรรมสุขภาพชุมชนต้นแบบในการเตรียมความพร้อม และการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพฐานรากในชุมชนแบบยั่งยืนหลังภาวะวิกฤต โรคอุบัติใหม่อื่น ๆ เริ่มจาก 4 ปัจจัยหลัก ๆ ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง จิตลักษณะส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมทางจิตใจ ประกอบด้วย การสนับสนุนจาก



ครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชน/ท้องถิ่น และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งปัจจัยทั้ง 4 นี้จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน จะขาดตัวใดตัวหนึ่งไม่ได้ โดยจะส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ ยังมีสิ่งสนับสนุน ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดทั้ง 4 ปัจจัยหลัก ๆ ซึ่งประกอบไปด้วยอีก 4 ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารในภาวะวิกฤต ประกอบด้วย การตั้งใจรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ และความน่าเชื่อถือของข่าวสาร และสารสนเทศต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 รวมทั้งการบริหารจัดการ โดยทั้งจากส่วนกลาง มายังส่วนภูมิภาคหรือชุมชน ซึ่งเป็นพลวัตต่อกันและกัน ซึ่งการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปยังท้องถิ่น และการรับรู้ข่าวสารในภาวะวิกฤตนั้น ประกอบไปด้วย ความน่าเชื่อถือของข้อมูล และการตั้งใจรับสื่อ ข่าวสารของประชาชน ชุมชนนั้น นอกจากนี้ อีก 2 ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน ได้แก่ การจัดการภาวะวิกฤตในบริบทของชุมชน การกำหนดมาตรการ การเฝ้าระวัง คัดกรอง การประสานความร่วมมือระหว่างชุมชน การตั้งด่านชุมชน รวมทั้งระบบในการเฝ้าระวังจิตใจภายหลังวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นต้น รวมทั้งการศึกษาหาข้อมูล และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหรือระดับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ชุมชน การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นจริงทางสาธารณสุข และการจัดทำแผนกลยุทธ์ในการรับมือความเสี่ยงด้านสุขภาพของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนอย่างแท้จริง

งานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของกฤษดา รัตนเจริญ (Rattanachajoen, 2021) ที่ทำการวิจัยเรื่องการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโควิด-19 ในเขตจังหวัดสระบุรีที่พบว่า ควรให้ชุมชนในพื้นที่เข้ามามีบทบาท และมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในภาวะวิกฤต โดยเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนอย่างเป็นระบบ และต้องมีการแบ่งความรับผิดชอบหน้าที่อย่างชัดเจนในมิติต่าง ๆ รวมทั้งประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับชุมชน และในระดับนโยบาย เพื่อประสานภารกิจร่วมกัน เพื่อเป็นการ



ลดอัตราการติดเชื้อในพื้นที่ได้ ซึ่งเน้นการป้องกัน และการค้นหาผู้ป่วย รวมทั้งกลุ่มที่สัมผัสใกล้ชิด จากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการในการรักษาและเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งประสานส่วนที่เกี่ยวข้องด้านต่าง ๆ แบบบูรณาการ โดยมีผู้นำชุมชน หรือผู้นำด้านการปกครองเป็นผู้สั่งการ ร่วมกับอำเภอ และสาธารณสุข รวมทั้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ยังส่งเสริมการทำงานเป็นทีมระหว่างกันของคนในชุมชน ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชน และบุคลากรของโรงพยาบาลที่ใกล้เคียง

ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานวิจัยของนภัทร ชัยธราโชติ (Chaitarachote, 2022) ที่ทำการศึกษาเรื่อง การบริหารจัดการภาวะวิกฤตจากสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ในภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ นโยบายของรัฐมีผลอย่างมากในการควบคุมสถานการณ์ให้บรรเทาลง รวมทั้งกฎหมาย มาตรการ กฎ ระเบียบต่าง ๆ จากส่วนกลางที่ลงมายังชุมชน รวมทั้ง โครงสร้างการบริหารสถานการณ์ในภาวะฉุกเฉิน ความพร้อมของบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในส่วนต่าง ๆ งบประมาณ และทรัพยากรทั้งวัสดุและเทคโนโลยี สภาพทางสังคม รวมทั้งความไม่แน่นอนของสถานการณ์ โดยจะต้องมีแผนการจัดการความเสี่ยงที่ดี มีทรัพยากรที่ครบครัน ประสานความร่วมมือในแต่ละฝ่าย วิธีการสื่อสารสถานการณ์ การตัดสินใจในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนด้วยข้อมูลและข้อเท็จจริง รวดเร็ว เหมาะสม รวมทั้งการจัดตั้งศูนย์เพื่อปฏิบัติหน้าที่โดยเฉพาะ และให้ความสำคัญกับทุก ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ผลงานวิจัยยังสอดคล้องกับงานของสุรศักดิ์ สุนทร (Soonthorn et al., 2022) ที่ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนในภาวะหลังวิกฤตของโรคระบาดโควิด-19 โดยบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 5 และ 6 ซึ่งพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทที่สำคัญในเชิงนิเวศวิทยาสังคม โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องมี



คุณลักษณะส่วนบุคคลหรือทุนมนุษย์ ได้แก่ ความรู้ ทักษะความสามารถ เจตคติในการปฏิบัติงานที่ดี (จิตลักษณะส่วนบุคคล และทุนทางจิตวิทยา) ซึ่งสอดคล้องกับ Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) ที่อธิบายว่าตัวแปรสำคัญด้านทุนทางจิตวิทยาที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อแบบแผนทางพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล รวมทั้งปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และบุคคลอันเป็นที่รัก การได้รับกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่จากหัวหน้างาน หรือผู้นำชุมชน รวมทั้ง ทุนทางสังคม ทุนมนุษย์ ทุนทางกายภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านได้ดี ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับ Wuttaphan (2023) ที่ทำการศึกษารื่องพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาวะวิกฤตโรคอุบัติใหม่ ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในช่วงโควิด-19 ประกอบด้วยปัจจัยเกื้อหนุน ได้แก่ การที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีบุคลิกภาพแบบเข้มแข็ง การพึ่งศาสนาในยามที่ท้อแท้สิ้นหวังหรือหมดกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่สำคัญ ๆ ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การทำงานเป็นทีม ความเหนียวแน่นของกลุ่มและเพื่อน การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ได้รับกำลังใจ และการรับรู้ถึงการสนับสนุนจากชุมชน และการเปิดรับข่าวสารในช่วงภาวะวิกฤต

อีกทั้งปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติงานได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ ได้แก่ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ความเห็นอกเห็นใจชาวบ้าน ความรับผิดชอบต่องาน ความสามารถในการแก้ปัญหาในภาวะวิกฤต แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ การรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น และความสุขหรือความภาคภูมิใจในตนเองในการปฏิบัติหน้าที่ อีกทั้งในการที่จะสามารถผ่านพ้นวิกฤตไปได้ บุคคลในชุมชนจำเป็นต้องมีทุนทางจิตวิทยา อันได้แก่ ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง การมีความหวังว่าสถานการณ์จะดีขึ้น และสามารถผ่านพ้นไปได้ด้วยดี การปรับฟื้นคืนสภาพ หรือการปรับสภาวะจิตใจของตนเองคืนสู่



ภาวะปกติเมื่อเจอปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้งการมองโลกในแง่ดี สอดคล้องกับฉันทน์ วุฒธะพันธ์ (Wuttaphan, 2022b), Fredrickson (2013) ที่พบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานในด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักและความพึงพอใจในงานและชีวิต ส่งผลต่อ สุขภาวะทางจิตที่ดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และสามารถลดความเครียดและ ความกังวลได้ ซึ่งความสัมพันธ์กับคนรอบข้างที่เป็นบวกนั้น ทำให้บุคคล เกิดความเชื่อมโยงแก่คนอื่น ๆ และรับรู้ได้ถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน รวมทั้ง ความเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ได้รับการยอมรับทำให้เกิดสุขภาวะทางจิตที่ดี (Psychological Wellbeing) (Juand et al, 2020; Mukherjee, 2020) สอดคล้อง กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Skinner, Trio & Champion (2015) ที่อธิบายว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น ประกอบไปด้วยปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ เพศ บุคลิกภาพ เชื้อชาติ เศรษฐกิจ สังคม และความรู้ และปัจจัยความเชื่อ ของบุคคล อาทิ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรง ของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค รวมทั้ง การรับรู้อุปสรรค และการรักษาโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรักษาโรค นอกจากนี้ในส่วนการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีในชุมชน การได้รับการสนับสนุนจากสังคม ทำให้ลดระดับความเครียดส่วนบุคคลลง รวมทั้งการได้รับการสนับสนุน ด้านทรัพยากรต่าง ๆ การรับรู้ถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหา การเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารใหม่ ๆ และการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมสถานการณ์วิกฤต การเสริมพลังอำนาจของชุมชน ทำให้สถานะสุขภาพของบุคคลทั้งด้านกายภาพ ร่างกาย จิตใจและสังคมดีขึ้น และทำให้บุคคลลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพได้ (Phephum, 2018; Heaney & Isarel, 2008)

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบการจัดการภาวะวิกฤตของชุมชนและ เครือข่าย กรณีศึกษาโรคติดเชื้อโควิด ตามงานวิจัยของ Baiya & Nilkong (2022) พบในทิศทางที่สอดคล้องกับงานวิจัยนี้ กล่าวคือ ระบบการจัดการภาวะวิกฤตของ ชุมชนและเครือข่ายควรดำเนินการตามขั้นตอนโดยเริ่มจาก ระยะในการป้องกัน



การสื่อสารความเข้าใจ การกำหนดมาตรการของการเข้าสู่วิถีชีวิตปกติใหม่ของชุมชน การจัดตั้งด้านชุมชนเพื่อคัดกรองการเข้าออกของประชาชน การเฝ้าติดตามกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ การกำหนดสถานที่กักตัวชุมชนหรือที่บ้าน การจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น และการกำหนดแผนสำรองฉุกเฉินหรือแผนเผชิญเหตุ ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการหมู่บ้านร่วมกับภาคี การค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยง การจัดการสถานที่เกิดเหตุหรือที่พักของผู้ติดเชื้อ การกำหนดมาตรการชุมชน รวมทั้งการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ชุมชน นอกจากนี้ในระยะฟื้นฟู เป็นระยะเยียวยาจิตใจของคนในชุมชน และการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบ การรับผู้ป่วยที่หายเป็นปกติกลับคืนสู่ชุมชน และการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องแม้สถานการณ์จะผ่านพ้นไปแล้ว ดังนั้นประสานความร่วมมือแบบมีส่วนร่วมตั้งแต่การสร้างความเข้าใจร่วมกันในชุมชน การจัดทำแผนความเสี่ยงด้านภัยพิบัติชุมชน

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนต้นแบบเพื่อพัฒนาโมเดลสุขภาพของชุมชนนั้น มีการดำเนินการวิจัยตั้งแต่การศึกษาสภาพของชุมชนทั้งก่อนระหว่าง และหลังการเกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 ว่าชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพทางสังคมและจิตใจ นอกจากนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของชุมชนเพื่อการรองรับโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ประกอบไปด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางจิตใจ จิตลักษณะส่วนบุคคลเอง การรับรู้ข่าวสารในภาวะวิกฤต การจัดการภาวะวิกฤต ภาวะผู้นำ และการบริหารจัดการ โดยผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกับชุมชนเป็นรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพชุมชนเพื่อรองรับวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่อย่างยั่งยืน ซึ่งจะสามารถนำไปปรับใช้แก่ชุมชนอื่น ๆ ได้ต่อไป ทั้งนี้เพื่อสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนในด้านสาธารณสุขลดภาระทางสาธารณสุขส่งเสริมสาธารณสุขมูลฐานแก่ชุมชน ส่งเสริมภาวะผู้นำ ความสัมพันธ์อันดีแก่คนในชุมชน อันจะนำมาซึ่งสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืนและเพื่อรับมือความเสี่ยงด้านสุขภาพของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม



ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติแก่ชุมชน

1) พัฒนากลไกความช่วยเหลือทางชุมชนในภาวะวิกฤตจำเป็นต้องประสานความร่วมมือในระดับนโยบาย โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ร่วมกับสาธารณสุขในระดับอำเภอ (สสอ.) และสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นผู้ประสานงานทำแผนปฏิบัติการด้านการสาธารณสุขชุมชนด้านการพัฒนากลไกความช่วยเหลือทางชุมชนในภาวะวิกฤตไปยังระดับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้แก่ การเสริมสร้างเครือข่ายในด้านการพัฒนาสังคมสวัสดิการสังคม กลไกในการทำงานเพื่อป้องกันสาธารณสุขภัยในระดับชุมชน การสนับสนุนการสังคมสงเคราะห์แก่ผู้ที่ประสบภาวะวิกฤต เป็นต้น

2) ในระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ร่วมกับสาธารณสุขในระดับอำเภอ (สสอ.) และสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ควรมีการวางแผนทางในการจัดการความเสี่ยงในภาวะวิกฤต การวางแผนความเสี่ยงและการประเมินความเสี่ยงในระดับชุมชน รวมทั้งการจัดทำแผนกลยุทธ์ในระดับชุมชนเพื่อจัดการภาวะวิกฤต วิกฤตที่ปัจจัยเสี่ยง ประเมินความเปราะบาง ทั้งจากความเสี่ยงและความเปราะบางด้านจิตใจของชาวบ้าน วิกฤตห้กลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบาง ประเมินการรับมือในชุมชน และพัฒนาขีดความสามารถในการรับมือภาวะวิกฤต โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในทุกระดับภาคีในชุมชน ใช้ภูมิปัญญาชุมชนในการจัดทำแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน ส่งเสริม และการพัฒนาทุนมนุษย์ชุมชนให้เข้มแข็งรวมทั้งการพัฒนาเยาวชนในพื้นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น จัดอบรม และประชาสัมพันธ์ให้ชุมชน และชาวบ้านทุกคนได้รับรู้ถึงภาวะเสี่ยงด้านสาธารณสุข การจัดการความเสี่ยง การจัดการภัยพิบัติในระดับรากฐาน เพื่อเตรียมความพร้อมกับโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต จัดทำฐานข้อมูลชุมชน คนเปราะบาง คนชรา คนพิการ ฯลฯ และวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นถ้าเกิดโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ และวิธีในการบริหารจัดการ และ



ให้ความช่วยเหลือ จัดทีมบุคลากรด้านการรักษาและเยียวยาจิตใจ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการออกเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คำปรึกษา การบำบัด พื้นฟูจิตใจ หรือมีกิจกรรมให้ชาวบ้านได้เกิดการผ่อนคลายความวิตกกังวลทั้งระหว่างที่เกิดวิกฤต และเยียวยาจิตใจหลังเกิดวิกฤต พัฒนาระบบความสัมพันธ์ในชุมชน ภาวะผู้นำในชุมชน และการพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ และเป็นเกราะป้องกันยามที่บุคคลต้องเผชิญกับปัญหา หรือวิกฤตต่าง ๆ ไม่เพียงเฉพาะโรคอุบัติใหม่ แต่ยังรวมถึงปัญหาและอุปสรรคในชีวิตด้านอื่น ๆ ด้วย และสร้างการตระหนักรู้ และการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ หลังการเกิดวิกฤต ซักซ้อม ทบทวนแผนเป็นระยะ ๆ เพื่อต่อยุ่ถึงสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นอีก ซึ่งจะช่วยให้ชุมชนสามารถรับมือในภาวะวิกฤตอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม ทันต่อสถานการณ์

7. กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านวังมะदान ตำบลวงษ์ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ และผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ร่วมให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วง เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์แก่ชุมชนเป็นอย่างดี และขอขอบคุณ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามที่สนับสนุนทุนวิจัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นอย่างยั่งยืน ด้วยจิตคารวะ

References

Baiya, T. & Nilkong, V. (2022). Community health development at Suksala area in Bo Kluea District and Chaloe Phrakiat District, Nan Province. *Department of Health Service Support Journal*, 17(2), 5–14. (in Thai) <https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/10440/9223>



- Chaitarachote, N. (2022). Crisis management from the situation of the COVID-19 virus pandemic. *Journal of MCU Buddhapanya Review*, 7(4), 278–291. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jmbr/article/view/262763>
- Edberg, M. (2015). *Essentials of health behavior: Social and behavioral theory in public health* (2nd ed.). Jones & Bartlett.
- Fredrickson, B. L. (2013). Positive emotions broaden and build. In *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 47, pp. 1–53). Academic Press.
- Heaney, C. A. & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. In *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 189–210).
- Holt-Lunstad, J., Uchino, B. N., Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Ilesanmi, O. S. & Fagbule, O. F. (2020). Realities of COVID-19 pandemic in Nigeria: Coping with the challenges and charting a way forward. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*, 18(1), 78–84.
- Imjongjairuk, A. (2019). *Factors affecting the success of healthy space community development model: A case of Phasi Charoen District, Bangkok Metropolitan Administration* [Master's thesis, National Institute of Development Administration]. (in Thai) <https://doi.org/10.14457/NIDA.the.2019.145>



- Juan, Y., Yuanyuan, C., Qiuxiang, Y., Cong, L., Xiaofeng, L., Yundong, Z., Jing, C., Peifeng, Q., Yan, L., Xiaojiao, X. & Yujie, L. (2020). Psychological distress surveillance and related impact analysis of hospital staff during the COVID-19 epidemic in Chongqing, China. *Comprehensive Psychiatry*, 103, 152198. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152198>
- Mukherjee, I. (2020). *The influence of employee wellbeing on citizenship behavior towards individuals and the organization* [Master's thesis, University of Wollongong].
- Office of Community Based Health Care Research and Development. (2011). *Report on the situation of the primary care system in Thailand in 2010*. Sahapattanapaisan. (in Thai)
- Phephum, J. (2018). *Health behavior: Concept, theories and practices* (2nd ed.). Naresuan University Press. (in Thai)
- Phithaksilp, M. (2016). *Enhancing health related quality of life in educators through physical activities program* [Master's thesis, Burapha University]. (in Thai) <https://webopac.lib.buu.ac.th/catalog/BibItem.aspx?BibID=b00333409>
- Pichitkuntham, P., Toonsiri, C. & Homsin, P. (2019). Factors predicting health preparation for aging society among community-dwelling people in Wangchan District, Rayong Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(1), 91–99. <https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/nursing/article/view/6394>



- Rattanachajoen, K. (2021). *The COVID-19 outbreak management: A case of Wohan Daen District, Saraburi* [Master's thesis, Ramkhamhaeng University]. (in Thai) http://www3.ru.ac.th/mpaabstrach/files/2564_1649668364_6314830010.pdf
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183.
- Skinner, C. S., Tiro, J., & Champion, V. L. (2015). Background on the health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed., pp. 75, 1–34). Jossey-Bass.
- Soonthorn, S., Sriyasak, A., Leungratanamart, L., Tongpeth, J., Boonme, L., & Thongnak, T. (2022). *Handbook of community health manager, crisis management after COVID-19 pandemics*. Office of Community Based Health Care Research and Development. (in Thai) <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5721>
- Thongwachira, C., Thophon, C., Theanworakant, N., Charoenpul, S., Songdach, C., Kijnat, N., Nuysud, M. & Dentrakul, S. (2018). Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science, Chulabhorn Royal Academy. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences*, 5, 51–61. (in Thai) <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/pnuhuso/article/view/117908>



- Tothong, S., & Kiatsinsap, J. (2021). Roles of nurses in promoting self-care of schizophrenia patients for recurrent prevention. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 29(1), 153–165. (in Thai) <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/250828>
- World Health Organization. (2010). *Community-based rehabilitation: CBR guidelines*. <https://www.who.int/publications/item/9789241548052>
- Wuttaphan, N. (2023). Working behavior of village health volunteers during new emerging disease: A qualitative study. *Human Resource and Organization Development Journal*, 15(1), 128–153. (in Thai) https://so01.tcithaijo.org/index.php/HRO_DJ/article/view/250725
- Wuttaphan, N. (2022a). Factors influencing the work behavior of village health volunteers during the COVID-19 pandemic in Thailand: A cross-sectional study. *Journal of Population & Social Studies*, 30, 816–833. <https://doi.org/10.25133/JPSSv302022.045>
- Wuttaphan, N. (2022b). Work behavior and organizational citizenship behavior of frontline workers during COVID-19 in Thailand. *The Journal of Behavioral Science*, 17(1), 58–71.
- Yorkkham, A., Laothamatas, A., & Yenyuak, C. (2020). *Empowerment of active citizenship and public policy partnership of village health volunteers for sustainable health self-care* [Master's thesis, Rangsit University]. (in Thai) <https://rsuir-library.rsu.ac.th/handle/123456789/671>