

สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของบัณฑิตพยาบาล: แนวคิดการพัฒนา  
Community Health Management Competencies of Nursing Graduates: Concept for a Development

ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม\*

Yupawan Thongtanunam

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, ชลบุรี 20000  
Boromarajonani College of Nursing Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Chonburi 20000

\*Corresponding author e-mail: yupawan@bnc.ac.th

ศุกรใจ เจริญสุข

Sukjai Charoensuk

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, ชลบุรี 20000  
Boromarajonani College of Nursing Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Chonburi 20000

(Received: January 27, 2021; Revised: May 27, 2021; Accepted: November 29, 2021)

### บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความสำคัญและความจำเป็นของการจัดการสุขภาพชุมชน ความหมาย องค์ประกอบและแนวคิดในการพัฒนาสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน รวมถึงแนวทางการจัดการศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนาสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของบัณฑิตพยาบาลให้สามารถทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในการจัดการสุขภาพชุมชนและเชื่อมต่อบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ

**คำสำคัญ:** การจัดการสุขภาพชุมชน การศึกษาพยาบาล บัณฑิตพยาบาล สมรรถนะ

### Abstract

The proposes of this article are to present the importance and necessary of community health management, to provide definition, component, and concept of community health management competencies, and to propose nursing educational management concept to promote community health management competency of nursing graduates in order to be able to implement with health care provider team to manage community health throughout primary, secondary, and tertiary care seamlessly.

**Keywords:** Community health management, Nursing education, Nursing graduates, Competency

### บทนำ

เมื่อสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงเรื่องเฉพาะบุคคลอีกต่อไป การดูแลสุขภาพมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องที่จะส่งเสริมหรือกำหนดสุขภาพของบุคคล การพัฒนาสุขภาพจึงไม่สามารถทำได้โดยการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล แต่ต้องเป็นการดูแล “สุขภาพ” ซึ่งเป็นการดูแลแบบบูรณาการทั้งสุขภาพกาย จิตวิญญาณ การเมือง เศรษฐกิจและสังคม พยาบาล

ในฐานะบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งในมิติของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะในการจัดการสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน องค์กรต่างๆ และชุมชนในการเชื่อมต่อบริการดูแลสุขภาพของบุคคลในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ

เพื่อนำไปสู่การมี “สุขภาพ” ของบุคคล ครอบครัวและชุมชน การจัดการศึกษาที่สามารถพัฒนาให้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษามีสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับสถาบันการศึกษาที่ผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ การศึกษาหาแนวทางการพัฒนาสมรรถนะนักจัดการสุขภาพชุมชนสำหรับนักศึกษาพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

สถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันอุดมศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีวิสัยทัศน์ในการเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพชั้นนำของอาเซียน สร้างกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อชุมชนสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ภายใต้ปณิธาน “ปัญญาของชุมชน เพื่อชุมชน” โดยมียุทธศาสตร์สร้างกำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานสากลสู่ชุมชน มีเป้าหมายที่ผู้สำเร็จการศึกษามีสมรรถนะด้านการบริหารจัดการสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน สถาบันพระบรมราชชนกจึงให้ความสำคัญกับการประเมินและพัฒนาสมรรถนะการจัดการสุขภาพของชุมชนของบัณฑิตเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชนและระบบสุขภาพของประเทศ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ ความหมาย ความสำคัญของการจัดการสุขภาพชุมชน องค์ประกอบและแนวคิดในการพัฒนาสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน เพื่อให้สถาบันการศึกษาพยาบาลนำไปเป็นแนวทางในการจัดการศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนาบัณฑิตพยาบาลให้มีสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน สามารถทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในการจัดการสุขภาพชุมชนและเชื่อมต่อบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน สังคมและระบบสุขภาพของประเทศ

#### ความหมายและความสำคัญของการจัดการสุขภาพชุมชน

องค์การอนามัยโลกได้มีการปรับความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ที่มากกว่าการไม่มีโรค มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1946 จากการประชุมนานาชาติร่วมกันของตัวแทนจาก 61 รัฐที่นิวยอร์ก โดยให้ความหมายว่า “สุขภาพ” คือ การมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสุขภาพทางสังคม ไม่จำกัดเฉพาะการไม่มีโรคหรือไม่เจ็บป่วยเท่านั้น (WHO, 2006)

สุขภาพในมุมมองของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี ปุชนิยบุคคลของวงการสาธารณสุข เป็นการมองสุขภาพแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม จิตวิญญาณและปัญญา ที่บูรณาการอยู่ด้วยกันในการพัฒนามนุษย์และสังคมทั้งหมด ประกอบไปด้วย 10 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ของคนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน (2) สัมมาชีพเต็มพื้นที่ (3) วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม (4) ชุมชนเข้มแข็ง (5) การศึกษา (6) ศาสนา (7) วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (8) การสื่อสาร (9) การสาธารณสุข (10) ทิศทางการพัฒนาและนโยบายสาธารณะ (ประเวศ วะสี, 2549) ซึ่งคำว่า “สุขภาพ” ได้มีการนิยามขึ้นอย่างชัดเจนในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งนับเป็น “ธรรมนูญสุขภาพของประเทศไทย” เกิดขึ้นจากการผลักดันของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ภายใต้การกำกับดูแลของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำให้เกิดการมุ่งเป้าในการพัฒนาสุขภาพสู่ทิศทางการ “สร้างนำซ่อม” โดยระบุในมาตรา 3 ว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนผ่านความหมายจากคำว่า “สุขภาพ” มาสู่คำว่า “สุขภาพ” (สุภาพร ศุภรัตน์, 2560)

จากการที่ปัจจุบันประชาคมโลกได้ให้ความสำคัญต่อสุขภาพที่มีขอบเขตไปมากกว่าการควบคุม ป้องกันโรค และการสาธารณสุข โดยครอบคลุมไปถึงการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน สังคมสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมที่เป็นองค์รวมครอบคลุมในทุกมิติ องค์การอนามัยโลกได้เสนอไว้ว่า แนวคิดปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของประชาชนประกอบไปด้วยระบบการปกครอง นโยบายเศรษฐกิจมหภาค นโยบายสังคม ตลาดแรงงานที่อยู่อาศัย นโยบายสาธารณะ การศึกษา สุขภาพหลักประกันสังคม วัฒนธรรมและระบบคุณค่า ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละบุคคลทำให้มีระดับการศึกษา อาชีพและรายได้แตกต่างกัน ซึ่งรวมเรียกว่า ปัจจัยเชิงบริบทโครงสร้างและมีผลต่อปัจจัยส่งผ่านทางสุขภาพ

ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ สภาพจิตใจ พฤติกรรมและปัจจัยทางชีววิทยา และระบบสุขภาพที่เป็นตัวกลางสะท้อนไปถึงการมีสุขภาวะของประชาชนอย่างเสมอภาค (WHO, 2011) จากการศึกษาแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทยของชลธิชา แก้วอนุชิต (2556) ได้แสดงให้เห็นถึงมิติที่แตกต่างกันของปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ โดยปัจจัยกำหนดสุขภาพจะเป็นการมองในมิติระดับจุลภาพ คือ มองปัจจัยออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อมของบุคคลและด้านระบบบริการสาธารณสุข ขณะที่ปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพจะมองในมิติระดับมหภาค โดยแยกปัจจัยออกเป็นด้านความยากจน ด้านความเหลื่อมล้ำและไม่เป็นธรรมทางสังคม ด้านความปลอดภัยของอาหาร ด้านการถูกกีดกันทางสังคม ด้านที่อยู่อาศัยและด้านเงื่อนไขจากการทำงาน นอกจากนี้จากการศึกษาจัดกลุ่มประเทศในเอเชียตามลักษณะปัจจัยกำหนดสุขภาพโดยสุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม (2561) พบว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพของประเทศในภูมิภาคเอเชีย 47 ประเทศในช่วง พ.ศ. 2544-2560 ประกอบไปด้วยปัจจัยด้านสุขภาพ ประชากร เศรษฐกิจ แรงงานและการจ้างงาน การต่างประเทศและอพยพย้ายถิ่น การศึกษาและการเมืองและทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จากผลการจัดกลุ่มพบว่าประเทศไทยมีปัจจัยกำหนดสุขภาพอยู่ในกลุ่มเดียวกันกับประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว โดยพบว่าประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีสูงกว่าค่ากลางของเอเชีย แต่ยังมีปัญหาค่อนข้างรุนแรงเกี่ยวกับอุบัติเหตุจากรถทางถนน การฆ่าตัวตาย การคลอดในวัยรุ่น การบริโภคแอลกอฮอล์ การถูกทำร้ายมลพิษทางอากาศ และบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในเอเชีย และพบว่าด้านประชากรอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุสูงกว่าค่ากลางของเอเชีย ในขณะที่มีอัตราเจริญพันธุ์รวมและอัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กต่ำกว่าค่ากลางของเอเชียและยังพบว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัวประชากรต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของเอเชียด้วย จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพของประชาชนต้องคำนึงถึง ทั้ง

ปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพของประชาชน โดยบุคลากรสาธารณสุขต้องมีความสามารถในการจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ที่ส่งผลต่อสุขภาวะของบุคคลและชุมชน

ประเทศไทยได้มีการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข โดยกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ที่เน้นการเสริมสร้างให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาวะที่ดี ครอบคลุมทั้งด้าน กาย ใจ สติปัญญาและสังคม มุ่งเน้นการเสริมสร้างการจัดการจัดสุขภาพในทุกรูปแบบที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีและมีทักษะด้านสุขภาพที่เหมาะสมโดยการสร้างความรอบรู้สุขภาพพัฒนาองค์ความรู้และสื่อสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการกับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จนเกิดเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่เป็น การเพิ่มศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน อาทิ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีความเหมาะสมและการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในการดำรงชีวิต นอกจากนี้ในแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการพัฒนากำลังคน การสร้างสุขภาพและการป้องกันโรค ได้กำหนดแผนในการพัฒนากำลังคนด้าน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้มีสมรรถนะเหมาะสมกับการปฏิบัติงานในระบบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563)

จากความสำคัญและความจำเป็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับศักยภาพของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรสาธารณสุขจึงมีการปรับเปลี่ยนจากการเป็นผู้ดูแลรักษา กลายเป็นผู้สนับสนุน ส่งเสริม พัฒนาทักษะทางปัญญา ความรอบรู้ทางสุขภาพ ตลอดจนการมีพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดสุขภาวะในสภาวะการณ์ต่างๆ

ท่ามกลางข้อจำกัดและบริบทที่แตกต่างไปของแต่ละบุคคล  
ครอบครัวและชุมชน

### สมรรถนะการจัดการสุขภาวะชุมชน

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้กล่าวไว้ว่า  
การทำงานเพื่อสร้างสุขภาวะชุมชน (Community health)  
เป็นเรื่องที่สำคัญมาก เป็นงานที่สร้างสรรค์ คนทำงานในระบบ  
พัฒนาสุขภาพชุมชน ถ้าสามารถเข้าใจการทำงานสุขภาพ  
ชุมชนร่วมกันอย่างเป็นระบบได้ สุขภาวะของสังคมไทยจะ  
มีความเปลี่ยนแปลง เราจะสามารถสร้างสุขภาพของคนไทย  
ก้าวหน้าไปได้ไกล โดยหัวใจสำคัญของการสร้างสุขภาพชุมชน  
คือการทำให้องค์ประกอบของระบบสุขภาพเป็นหนึ่งเดียวกัน  
และการสร้างชุมชนเข้มแข็ง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคิด  
ร่วมกันทำ ร่วมกันวางแผนวิเคราะห์ วิจัย เพื่อค้นหาปัญหาของ  
ตนเอง และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาบนพื้นฐานของวิถีชีวิตของ  
ชุมชนนั้นๆ อย่างบูรณาการให้เกิดความสมดุลของเศรษฐกิจ  
จิตใจ ครอบครัว สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ  
ในชุมชน โดยหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน อาทิ โรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และภาคีเครือข่าย  
ต้องมีความเข้าใจและทำหน้าที่คอยหนุนเสริมให้กับชุมชน  
(ประเวศ วะสี, 2549) ในการสร้างสุขภาวะชุมชนมีระบบ  
ที่สำคัญเกี่ยวข้องอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ ระบบสุขภาพชุมชน  
(Community health system) และระบบสุขภาพปฐมภูมิ  
(Primary health system) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพ  
ชุมชนอย่างยิ่ง เพราะเป็นระบบที่จะช่วยสนับสนุนและพัฒนา  
ปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพของชุมชน โดยระบบสุขภาพ  
ชุมชน เป็นระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ที่สัมพันธ์  
กันและทำให้เกิดสุขภาวะของประชาชนในชุมชน ด้วยความ  
ร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ซึ่งมีโครงสร้างหลัก  
เน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน มุ่งเน้นพัฒนาระบบ  
บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระบบการจัดการ เพื่อยกระดับ  
คุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ระบบการดูแลตนเองและ  
ช่วยเหลือกัน เพื่อทำให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของ  
ชุมชน โดยกลุ่มคนต่างๆ ในชุมชนจะได้รับการดูแลอย่าง

เหมาะสมและต่อเนื่อง เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
เด็กและสตรี ที่จะต้องมีระบบการดูแลฉุกเฉิน ระบบสวัสดิการ  
เพื่อการดูแลด้านต่างๆ มีกลุ่มอาชีพที่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้  
(สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะและพฤกษา บุกบุญ,  
2556) ในขณะที่ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกและ  
กระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพ  
ปฐมภูมิซึ่งถือเป็นงานสำคัญด้านหน้าที่ต้องใกล้ชิดกับ  
ประชาชนในระดับชุมชนเป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน  
โดยการทำงานแบบมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อ  
ผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ  
ทั้งระดับ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ (พระราชบัญญัติระบบ  
สุขภาพปฐมภูมิ, 2562) ดังนั้นการจัดการสุขภาวะชุมชน  
จึงเป็นการส่งเสริม ผลักดัน และพัฒนาให้เกิดระบบสุขภาพ  
ชุมชนโดยมีระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกและกระบวนการ  
ในการสนับสนุน บุคลากรสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะ  
การจัดการสุขภาวะชุมชน

เมื่อมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายในการดูแลสุขภาวะ  
ของประชาชนจากการมุ่งดูแลเฉพาะ “สุขภาพ” เป็นการดูแล  
“สุขภาวะ” ของประชาชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้บุคลากร  
สาธารณสุขจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการจัดการสุขภาวะชุมชน  
สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ และพฤกษา บุกบุญ  
(2556) ได้รวบรวมข้อมูลจากการดำเนินโครงการพัฒนา  
เครือข่ายสถาบันเพื่อระบบการพัฒนาบุคลากรปฐมภูมิ  
โดยการทำงานร่วมกันของสำนักงานวิจัยและพัฒนา  
สุขภาพชุมชน สถาบันสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล  
ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ  
และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ  
ที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ  
ร่วมกันระดมความคิด และได้ให้นิยามของ “สมรรถนะหลัก  
(Core Competency) ของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ”  
ว่าหมายถึง ความรู้ ทักษะ และความสามารถที่เพียงพอ  
จะปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน โดยหมายรวมถึงค่านิยม เจตคติ  
บุคลิกลักษณะ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะที่จำเป็นในการประกอบ

อาชีพและช่วยให้บุคลากรประสบความสำเร็จในการทำงาน โดยสิ่งเหล่านี้จะสะท้อนได้จากพฤติกรรมการทำงานที่แสดงออกมาของแต่ละคน ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาขึ้นได้จากการฝึกอบรมหรือการฝึกฝนผ่านประสบการณ์จริง บนแนวคิดการทำงานสาธารณสุขแนวใหม่ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเจตคติภายในจากฐานคิด “การทำงานโดยเข้าใจประชาชน” และ “ต้องการให้ประชาชนดูแลตนเอง” ได้ และได้กำหนดสมรรถนะหลักไว้ 4 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะหลักด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติทั่วไป สมรรถนะหลักด้านบริหารจัดการ สมรรถนะหลักด้านการทำงานร่วมกับชุมชนท้องถิ่น และสมรรถนะหลักด้านจิตวิทยาการศึกษาและพัฒนาพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ความหมายและสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาวะชุมชนในต่างประเทศพบว่า สมาคมพยาบาลสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกา (The Quad Coalition (QCC) of Public Health Nursing Organizations) ได้นิยามการพยาบาลสาธารณสุขหรือพยาบาลชุมชน (Public Health Nursing/ Community Health Nursing) ที่ครอบคลุมถึงการจัดการสุขภาวะของชุมชนไว้ว่า หมายถึงการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของประชาชนโดยใช้ทั้งความรู้และศาสตร์ทางการพยาบาลและการสาธารณสุขเป็นการปฏิบัติที่เน้นการพยาบาลร่วมกับสาธารณสุขซึ่งมุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี โดยการส่งเสริมการป้องกันโรคและให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชน แก้ไขปัญหาการเสื่อมล้ำทางสังคมทางสุขภาพ การพยาบาลสาธารณสุขจึงรวมถึงการสนับสนุน การวางนโยบาย และการวางแผน โดยได้มีการกำหนดสมรรถนะหลักของพยาบาลชุมชนและพยาบาลสาธารณสุขไว้ 8 สมรรถนะ ได้แก่ สมรรถนะการประเมินและวิเคราะห์ทางด้านสุขภาพ สมรรถนะด้านการวางนโยบายและวางแผนโปรแกรม สมรรถนะด้านการสื่อสาร สมรรถนะทางวัฒนธรรม สมรรถนะด้านการทำงานกับเครือข่ายในชุมชน สมรรถนะทางด้านวิทยาศาสตร์สาธารณสุข การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การใช้ผลการวิจัยในการพัฒนางานและสมรรถนะด้านการบริหาร

จัดการ การวางแผนการเงินและการประเมินผล (Campbell, Harmon, & Joyce, 2019; Quad Coalition (QCC) of Public Health Nursing, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับที่สมาคมพยาบาลชุมชนของประเทศแคนาดา (The Community Nurses Association of Canada) ได้ให้นิยามของพยาบาลชุมชน (Community health nurses) ที่สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการจัดการสุขภาวะชุมชน โดยมีรากฐานการให้นิยามมาจากการทบทวนสมรรถนะของการสาธารณสุข มาตรฐานแนวปฏิบัติของการพยาบาลชุมชนและการพยาบาลสาธารณสุขของประเทศแคนาดา โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ซึ่งให้นิยามของสมรรถนะของพยาบาลชุมชนว่า หมายถึงการบูรณาการความรู้ ทักษะ การใช้วิจารณญาณและคุณลักษณะที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลชุมชนอย่างปลอดภัยและถูกต้องตามหลักจริยธรรมซึ่งรวมถึงทัศนคติ การให้คุณค่าและความเชื่อเกี่ยวกับการพยาบาลชุมชน และได้กำหนดสมรรถนะหลักไว้ 8 สมรรถนะ ดังนี้ สมรรถนะด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการมีความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุข เช่น พฤติกรรมสุขภาพ ชีวสถิติ ระบาดวิทยา สาธารณสุขสิ่งแวดล้อม ประชากรศึกษา การควบคุมและป้องกันโรค เป็นต้น สมรรถนะด้านการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ สมรรถนะด้านการวางนโยบาย การออกแบบโปรแกรม การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล สมรรถนะด้านการสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกับเครือข่าย สมรรถนะในการทำงานกับบุคคล ครอบครัว ชุมชนที่มีความหลากหลาย สมรรถนะการสื่อสาร สมรรถนะการเป็นผู้นำ สมรรถนะการรับผิดชอบต่อวิชาชีพโดยการดูแลให้เกิดความปลอดภัยด้วยความเมตตาและมีจริยธรรม (Innovative Solutions Health Plus and Underwood & Associates, 2009; Community Health Nurse of Canada, 2010)

ดังนั้นสมรรถนะในการบริหารจัดการสุขภาวะชุมชน หมายถึงการมีความรู้ เจตคติ บุคลิกลักษณะ ทักษะ และความสามารถของบุคลากรในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนแบบองค์รวมและผสมผสาน ครอบคลุม

ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยร่วมมือกับเครือข่ายสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชนหรือสังคมนวมทั้งเชื่อมโยงกับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับ ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนในการดูแลตนเองและช่วยเหลือกัน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและทำให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจากการทบทวนสมรรถนะที่จำเป็นเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ สมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ และบทบาทของพยาบาลในการจัดการสุขภาพในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สุพัตรา ศรีวินิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ และพฤกษา บุกบุญ, 2556; สุรเกียรติ อาชานานุกาภาพ, 2559; Kitreeawutiwong, Sriruecha, Laohasiriwong, 2015) ผู้เขียนได้สังเคราะห์สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ได้เป็นสมรรถนะหลักการจัดการสุขภาพชุมชน 4 สมรรถนะ ดังนี้

1. สมรรถนะด้านการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่บุคคลและครอบครัว โดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม ได้แก่ (1) ด้านการจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management) (2) ด้านการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person-centered care and holistic care) (3) ด้านทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem-solving skills) (4) ด้านการดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive approach) (5) ด้านการดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family oriented approach) และ (6) ด้านการดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community oriented approach)

2. สมรรถนะด้านบริหารจัดการและการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ (1) ด้านการวางแผนปฏิบัติการและติดตามประเมินผล (2) ด้านการควบคุมตนเอง (3) ด้านนำการเปลี่ยนแปลง (4) ด้านการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้อื่นและเครือข่าย และ (5) ด้านการจัดการข้อมูลทางสุขภาพ

3. สมรรถนะด้านการทำงานร่วมกับชุมชนท้องถิ่น ได้แก่ (1) ความเชื่อ วิธีคิดและทัศนคติที่ถูกต้องต่อชุมชน (2) ความสามารถในการรู้จักและเข้าใจชุมชน (3) การใช้และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อความเข้าใจสถานการณ์ชุมชน (4) การเลือกใช้เครื่องมือและการประยุกต์ใช้เครื่องมือเพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และพัฒนา (5) การติดตามและประเมินผลลัพธ์ (6) การทำงานแบบเชื่อมโยง ประสานเครือข่าย (7) การจัดการเรียนรู้ของตัวเอง

4. สมรรถนะด้านการพัฒนาตนเองและผู้ร่วมงาน ได้แก่ (1) การเห็นคุณค่าและสิ่งดีๆ ในตัวเอง (2) ความเข้าใจและการเห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ (3) การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน (4) เชื่อมโยงความรู้สึกเป็นมิตรต่อกันในเครือข่าย (5) การตั้งจิตอันเป็นกุศลและมั่นคงในความดี (6) ออกแบบการช่วยเหลือที่ช่วยพัฒนาพฤติกรรมโดยเข้าใจในธรรมชาติและความต้องการที่แท้จริง

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้กำหนดยุทธศาสตร์การผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากลและให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เพื่อสุขภาพชุมชนและตัวชีวิตให้ผู้สำเร็จการศึกษามีสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน (โครงการจัดตั้งคณะพยาบาล, 2562) ผู้เขียนได้นำองค์ประกอบสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนที่สังเคราะห์ขึ้นนี้ มาออกแบบการประเมินสมรรถนะดังกล่าวเป็นแบบสอบถามจำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น สมรรถนะด้านการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่บุคคลและครอบครัว โดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม 7 ข้อ สมรรถนะด้านบริหารจัดการและการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 5 ข้อ สมรรถนะหลักด้านการทำงานร่วมกับชุมชน/หน่วยงาน และท้องถิ่น 7 ข้อ และสมรรถนะหลักด้านการพัฒนาตนเองและผู้ร่วมงาน 6 ข้อ แบบสอบถามดังกล่าวนี้ได้มีการนำไปใช้ประเมินสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของบัณฑิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ในปีการศึกษา 2562 พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .967 และบัณฑิตพยาบาลของสถาบันพระบรมราชชนก มีสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.30, SD = .50)

โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดในสมรรถนะการพัฒนาตนเอง และผู้ร่วมงาน ( $\bar{X}$  = 4.38, SD = .53) รองลงมาคือสมรรถนะ ด้านการทำงานร่วมกับชุมชนท้องถิ่น สมรรถนะด้านการ บริหารจัดการสุขภาพปฐมภูมิแก่บุคคลและครอบครัวและ สมรรถนะด้านบริหารจัดการและการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ตามลำดับ ( $\bar{X}$  = 4.29, SD = .53;  $\bar{X}$  = 4.28, SD = .51;  $\bar{X}$  = 4.26, SD = .54)

### แนวคิดการพัฒนาสมรรถนะการจัดการสุขภาวะชุมชน

สมรรถนะการจัดการสุขภาวะชุมชนเป็นสมรรถนะ ที่ต้องเกิดจากการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการสนับสนุน ส่งเสริมให้ประชาชนมีการเรียนรู้ที่จะดูแลสุขภาวะของตนและ บุคคลในครอบครัว ตลอดจนชุมชน ทำให้เกิดเป็นชุมชนสุข ภาวะ ประกอบกับต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะ ในการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ในบริบทของแต่ละบุคคล ให้สามารถพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง โดยการ ร่วมมือสนับสนุนจากเครือข่ายต่างๆ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพ ให้มีสมรรถนะดังกล่าว จำเป็นต้องมีการพัฒนาจากภายใน ตัวตนของบุคคลนั้นก่อน

นักจัดการสุขภาวะชุมชนจำเป็นต้องมีสมรรถนะในด้านการบริหาร ซึ่งจากกระบวนการเรียนรู้ เพื่อเป็นแนวทางในการเรียนรู้ร่วมกันของทีมจัดการระบบ สุขภาพอำเภอ (District Health Management Learning: DHML) ได้ค้นพบว่า ผู้บริหารทีมจัดการระบบสุขภาพจะต้องมี ทั้งสมรรถนะการบริหารจัดการหลัก 6 ด้าน ได้แก่ (1) การ ควบคุมตนเอง (2) การมีวิสัยทัศน์ (3) การวางแผน (4) การนำ การเปลี่ยนแปลง (5) การทำงานเป็นทีม และ (6) การใช้ เครื่องมือการบริหารจัดการ และสมรรถนะเงา 4 ด้าน ได้แก่ (7) คุณค่า (8) ความสัมพันธ์ (9) การสื่อสาร และ (10) อำนาจ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2557) ซึ่งการพัฒนาสมรรถนะเงา จำเป็นต้องพัฒนามาจากภายใน จิตตปัญญาศึกษา (Contemplative Education) ได้ถูกหยิบยกขึ้นมาเพื่อเป็น เครื่องมือในการพัฒนา ผ่านกระบวนการเรียนรู้ด้วยใจอย่าง ไคร่ครวญ ให้รู้จิตของตนเองแล้วเกิดปัญญา คือการเข้าถึง

ความจริงสูงสุด ให้เห็นความจริง ความดีของสิ่งต่างๆ ตระหนักรู้ถึงคุณค่าของสิ่งนั้นๆ โดยปราศจากอคติ เกิดความรักความเมตตา อ่อนน้อมต่อธรรมชาติ มีจิตสำนึกต่อส่วนรวมและ สามารถเชื่อมโยงศาสตร์ต่างๆมาใช้อย่างสมดุล (ปราณี อ่อนศรี, 2557) ดังนั้นในการพัฒนาศักยภาพด้านการจัดการ สุขภาวะชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะเงา ให้บุคคลรู้จักตนเอง พัฒนาระบบคิด และมุมมอง (Mind set) ต่อการจัดการสุขภาวะชุมชน ควบคู่ไปกับการพัฒนาสมรรถนะ หลักการจัดการสุขภาวะชุมชน

นักการศึกษาหลายท่าน เช่นจอห์น ดิวอี้ (John Dewey) ฌอง เพียเจท์ (Jean Piaget) เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) และเดวิด โคลบ (David Kolb) ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ที่มากกว่าการเรียนรู้ให้รู้ นั่นคือการเรียนรู้อย่างเข้าใจ ความหมายที่แฝงอยู่ในสิ่งหรือเหตุการณ์นั้นๆ นักการศึกษา เหล่านี้จึงมีความศรัทธาการเรียนรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความหมายคือการเรียนรู้จาก ประสบการณ์ อลิส โคลบ และเดวิด โคลบ (Kolb & Kolb, 2005) ได้เสนอทฤษฎีวงจรการเรียนรู้แบบประสบการณ์ (Experiential Learning Cycle Theory) ซึ่งเป็นวงจรที่ สนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experience) แล้วนำไปทบทวนย้อนกลับที่สิ่งเกิดขึ้น (Reflect) จนเกิดเป็นความคิดรวบยอด (Conceptualize) แล้วนำความคิดนั้นไปทดลองปฏิบัติหรือประยุกต์ใช้ (Apply) ซึ่งการเรียนรู้เช่นนี้จะเกิดขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่อง ผู้เรียนจะเกิด การเรียนรู้ใหม่อยู่เรื่อยๆ ทำให้ได้ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไป ประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ จะกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีผ่านการจัดการเรียนรู้แบบมี ส่วนร่วม (Participatory learning) ในแต่ละขั้นตอนในวงจร ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพการจัดการสุขภาวะชุมชน ควร ประกอบไปด้วย

1. การสนับสนุนให้ผู้เรียนรู้จักตนเอง โดยการสืบค้น สสำรวจภายในตนเอง เป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงและ การรับฟังด้วยใจเปิดกว้างซึ่งจะนำไปสู่การตระหนักรู้จักตนเอง การหยั่งรู้ และเปิดกว้างยอมรับความหลากหลายที่มีอยู่อย่าง

มากมายในชุมชน สังคม ทำให้ผู้เรียนเห็นคุณค่าในตนเอง และผู้อื่น

2. การพัฒนาระบบคิด มุมมอง (Mind set) ให้เห็นมิติของสุขภาวะชุมชน องค์ประกอบของสุขภาวะชุมชน ปัจจัยกำหนดสังคมสุขภาวะของชุมชนและบุคคลที่มีความเป็นปัจเจกในบริบทที่แตกต่างกัน

3. การจัดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์แบบมีส่วนร่วม (Experiential and participatory learning approach) ประกอบด้วย

3.1 การจัดประสบการณ์ (Concrete experience) ทั้งประสบการณ์จริงในชุมชนหรือสถานบริการสุขภาพให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ วางแผนแก้ไขปัญหาและประเมินผล รวมทั้งถึงการจัดประสบการณ์จำลองในห้องทดลองหรือห้องปฏิบัติการ การจำลองสถานการณ์ การให้ดูวีดิทัศน์ หรือการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น เป็นต้น

3.2 การอภิปรายและสะท้อนคิด (Discussion and reflection) สามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การเขียนสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ การบันทึกการเรียนรู้ในแต่ละช่วง การวิเคราะห์สิ่งที่เห็นหรือได้ฟัง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียนหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ร่วมงาน (Dialogue/ Discussion)

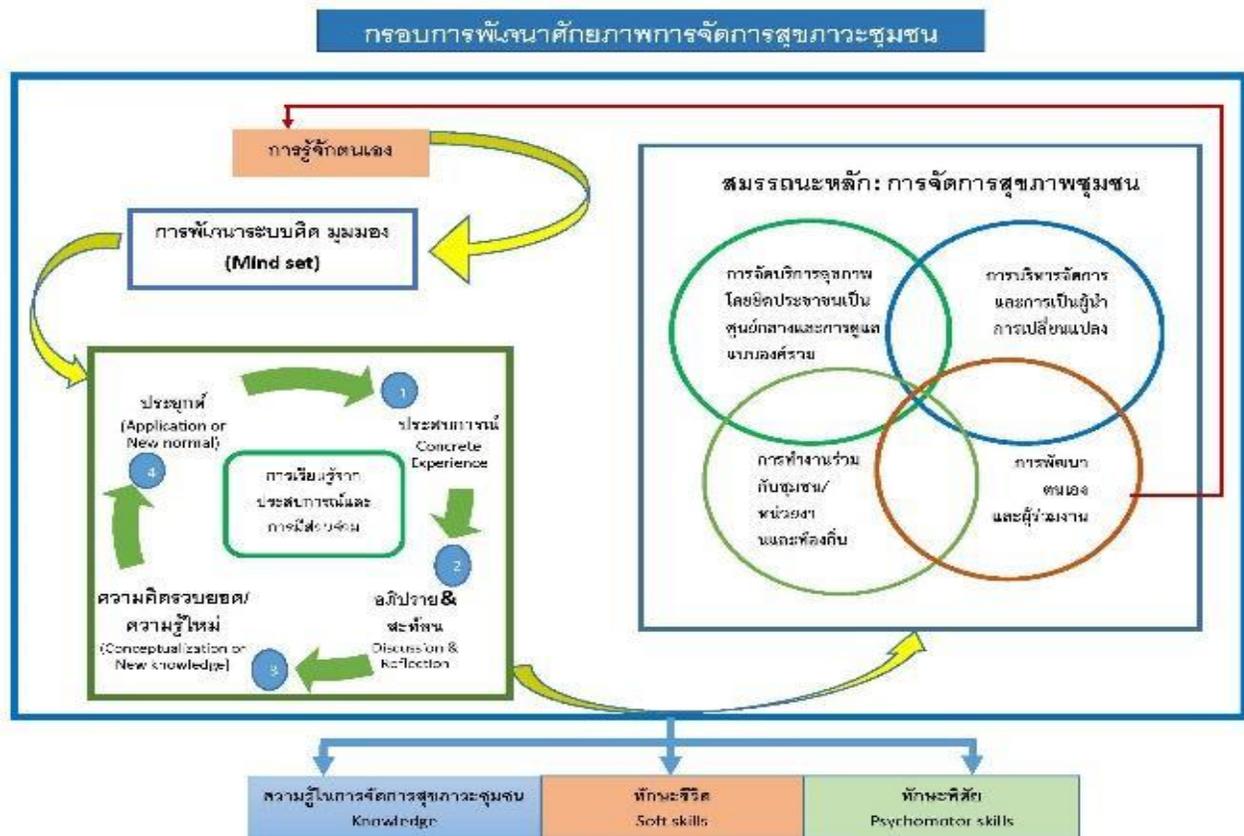
3.3 ความคิดรวบยอด / ความรู้ใหม่ (Conceptualization and new knowledge) โดยวิธีการสรุปความรู้ที่ได้จากทบทวน สะท้อนคิดประสบการณ์ที่ได้รับรู้แล้วเขียนออกมาเป็นแผนภาพมโนทัศน์ (Mind mapping)

หรือสรุปออกมาเป็นรูปแบบ (Model) หรือแผนงาน (Framework) รวมถึงการนำเสนอผลการเรียนรู้ของผู้เรียนในรูปแบบต่างๆ

3.4 ประยุกต์ (Application new normal) คือ การนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปทดลองใช้ ทดสอบสมมติฐาน หรือปฏิบัติจริงในสถานการณ์เดิมหรือสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกันซึ่งจะกลายเป็นประสบการณ์ใหม่ให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ต่อไปในวงจรของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

4. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Learning Outcome) หลังจากผู้เรียนผ่านการเรียนรู้แบบจิตตปัญญาศึกษาและการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีส่วนร่วม สิ่งที่คาดหวังคือผู้เรียนจะเกิดการพัฒนาใน 3 มิติของการเรียนรู้คือ ความรู้ (Knowledge) ในการจัดการสุขภาวะชุมชน ทักษะชีวิต (Soft skills) ในการรู้จักตนเอง มุมมอง ทักษะคิดต่อการจัดการสุขภาวะชุมชน ให้คุณค่าตนเองและผู้อื่น และทักษะพิสัย (Psychomotor skills) ในการจัดการสุขภาวะชุมชน ทั้งในด้านการส่งเสริมศักยภาพของบุคคล ชุมชน การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพและเครือข่าย ในการดูแลสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลและชุมชน

5. สมรรถนะหลักการจัดการสุขภาวะชุมชน ทั้ง 4 สมรรถนะได้แก่ การจัดบริการสุขภาพโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม การบริหารจัดการ และการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การทำงานร่วมกับชุมชน/หน่วยงานและท้องถิ่น และการพัฒนาตนเองและผู้ร่วมงาน



ภาพประกอบ 1 กรอบการพัฒนาศักยภาพการจัดการสุขภาวะชุมชน

**แนวทางการจัดการศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนาสมรรถนะการจัดการสุขภาวะชุมชนฯ**

สมรรถนะการจัดการสุขภาวะชุมชน มีความสำคัญและจำเป็นต่อระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนพยาบาลถือเป็นหนึ่งในตัวจักรสำคัญของทีมบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพของประชาชนเพราะการพยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวมทั้งในมิติของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูร่างกาย ในระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งสภาการพยาบาลได้ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของพยาบาลในการเป็นผู้จัดการระบบการดูแล เพราะพยาบาลยังสามารถทำงานเชิงรุกร่วมกับสหวิชาชีพได้ดีอีกด้วย (สิรินาฏ ศิริสุนทร, 2562) การบรรจุการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้บัณฑิตมีสมรรถนะการจัดการสุขภาวะชุมชน

ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์จึงมีความจำเป็น เพื่อให้พยาบาลมีความพร้อมในการสร้างเสริมสุขภาวะของชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การเตรียมผู้สอนและประสบการณ์สำหรับผู้เรียนถือเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาศักยภาพการจัดการสุขภาวะชุมชน ผ่านการจัดการเรียนรู้แบบจิตตปัญญาศึกษาร่วมกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์แบบมีส่วนร่วม จากภาพกรอบการพัฒนาศักยภาพการจัดการสุขภาวะชุมชนซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและถอดบทเรียนการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนจากนักปฏิบัติ สรุปได้ว่า แนวทางในการเตรียมผู้สอนและการจัดการกระบวนการเรียนรู้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ส่งเสริมให้ผู้สอนเข้าใจตนเองและผู้อื่น ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล พัฒนานตนเอง มุมมองการ

เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ทำความเข้าใจแนวคิดการบริหารจัดการสุขภาวะชุมชน ขอบเขต กลุ่มเป้าหมาย วิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ และกำหนดความรู้ ทักษะชีวิตและทักษะปฏิบัติที่จำเป็นสำหรับผู้เรียน

ระยะที่ 2 การเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในการเรียนรู้ร่วมของผู้สอน ให้ผู้สอนร่วมกันกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังจากผู้เรียน (Program outcomes) กำหนดสมรรถนะที่จำเป็นของผู้เรียน และออกแบบการเรียนรู้สำหรับผู้เรียนจากประสบการณ์ของผู้สอน เช่น การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ การเรียนรู้จากการปฏิบัติและจิตตปัญญาศึกษา เป็นต้น

ระยะที่ 3 ออกแบบวิธีการสอนและการประเมินผล ถ่ายทอดสู่ มคอ. 3 และ มคอ. 4 รายวิชา ดำเนินจัดการเรียนการสอนตามแผน โดยเน้นให้เกิดการเรียนรู้แบบร่วมมือของผู้เรียน เพราะการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ การเรียนรู้จากการปฏิบัติและจิตตปัญญาศึกษาต่างมีเป้าหมายร่วมกันคือการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) โดยเน้นการยอมรับและทำความเข้าใจมุมมองที่หลากหลาย ผู้เรียนต้องเข้าใจว่าการเรียนรู้เป็นเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างสิ่งที่ตนต้องการเรียนรู้กับตนเอง ความรู้ไม่ใช่สิ่งที่อยู่นอกตัวตนของผู้เรียน ความรู้ไม่แยกตัวจากผู้เรียน ดังนั้นการ

เรียนรู้แบบนี้ผู้เรียนจึงไม่ได้ผูกพันอยู่กับแต่ตนเองหรือวิชา แต่ยังต้องผูกพันกับเพื่อนนักศึกษาด้วย การออกแบบการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้ทำงานเป็นกลุ่มย่อย 3-5 คน จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น (วิจารณ์ พานิช, 2558: 51-52) หลังจากนั้น ควรมีการถอดบทเรียนการจัดการเรียนการสอน และสรุปองค์ความรู้การจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นผู้เรียนให้มีสมรรถนะการจัดการสุขภาวะชุมชน

### บทสรุป

สมรรถนะการจัดการสุขภาวะชุมชนเป็นสมรรถนะที่เป็นหัวใจสำคัญต่อระบบสุขภาพของประเทศและจำเป็นต้องมีการพัฒนามาจากภายในของตัวบุคคลและต้องบูรณาการความรู้ ทักษะจากหลายศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งต้องสามารถทำงานร่วมกับเครือข่ายได้ดี ดังนั้นการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมให้บัณฑิตพยาบาลเกิดสมรรถนะดังกล่าวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง สถาบันการศึกษาควรมีการพัฒนาในรูปแบบให้ผู้เรียนได้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับบริบทของสังคม โดยใช้แนวคิดของการจัดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และจิตตปัญญาศึกษา เพื่อให้บัณฑิตเกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง สามารถพัฒนาตนเองได้ตลอดชีวิตส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาวะที่อย่างยั่งยืนต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579)*. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. สืบค้นจาก <https://drive.google.com/file/d/1kgzNKGmw5yqxyhXWFu0mUSTnWckTuu-g/view>
- โครงการจัดตั้งคณะพยาบาล. (2562). *แผนยุทธศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2563-2567*. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ชลธิชา แก้วอนุชิต. (2556). แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย: Health Determinants and Social Determinants of Health under Global and Thai Health System. *Journal of Nursing Science & Health*, 36(1): 123-131.
- ทัศนีย์ ญาณะ และพฤกษา บุกบุญ. (2556). *ระบบสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)
- ประเวศ วะสี. (2549). *การพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน: สุขภาวะชุมชนเป็นรากฐานของสุขภาวะทั้งมวล*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

- ปราณี อ่อนศรี. (2557). จิตตปัญญาศึกษา: การศึกษาเพื่อการพัฒนาคนยุคใหม่ในศตวรรษที่ 21. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 7-11.
- วิจารณ์ พานิช. (2558). *เรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง: Transformative Learning*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสยามกัมมาจล.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นจาก [https://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/plan\\_ops64.pdf](https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/plan_ops64.pdf)
- สิรินาฏ ศิริสุนทร. (2562). *พยาบาลผู้จัดการระบบการดูแลสุขภาพ*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ และพฤกษา บุกบุญ. (2556). *สมรรถนะหลักและบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ*. นครปฐม: สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพร คชารัตน์. (2560). จาก “สุขภาพ” สู่ “สุขภาวะ”: การปฏิรูประบบสุขภาพของวงการสาธารณสุขไทย: From “Health” to “Well-being”: The Health System Reform of Thailand Public Health. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 10(2): 2803-2819.
- สุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม. (2561). การศึกษาจัดกลุ่มประเทศในเอเชียตามลักษณะปัจจัยกำหนดสุขภาพ. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 32(4): 1297-1314.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2557). เอกสารประกอบการบรรยาย ประสบการณ์ร่วมเรียนรู้กับ LCCs & LTs: ความเหมือนที่แตกต่าง. *การประชุมติดตามความก้าวหน้าโครงการการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Management Learning-DHML)*. โรงแรม Amari Don Muang Airport Bangkok. สืบค้นจาก <https://www.slideshare.net/AuampornJunthong/lcctournew26-nov2014-dhml>
- Campbell, L.A., Harmon, M.J. & Joyce, B.L. (2019). Quad Council Coalition Community/Public Health Nursing Competencies: Building Consensus through Collaboration. *Public Health Nursing*, 37(1): 96-112.
- Community Health Nurse of Canada. (2010). Public Health Nursing Discipline Specific Competencies Version 1.0. Retrieved from <https://www.chnc.ca/en/competencies>
- Innovative Solutions Health Plus and Underwood & Associates. (2009). The Public Health Nursing Discipline Specific Competencies Version 1.0 A report for The Community Health Nurses Association of Canada. Retrieved from <https://www.chnc.ca/en/membership/documents/loadDocument?id=505&download=1#upload/membership/document/2016-07/phncompetenciesfinalreportmarch312009.pdf>
- Keerati Kitreerawutiwong, Chanaphol Sriruecha & Wongsra Laohasriwong (2015). Development of the Competency Scale for Primary Care Managers in Thailand: Scale Development. *BMC Family Practice*, 16(174): 1-9.
- Kolb, A.Y. & Kolb, David. D.A. (2005). Learning Styles and Learning Spaces: Enhancing Experiential Learning in Higher Education. *Academy of Management Learning & Education*, 4(2): 193-212.
- Quad Council Coalition (QCC) of Public Health Nursing. (2020). Community/Public Health Nursing [C/PHN] Competencies (Quad Council Coalition, 2018).
- WHO. (2006). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition. Retrieved from [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
- WHO. (2011). *Closing the Gap: Policy into Practice on Social Determinants of Health World Conference on Social Determinants of Health*. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44731/9789241502405\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44731/9789241502405_eng.pdf)