

การประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ
โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอน
ไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด *

An Evaluation of Public Participation in Developing
the Primary Health System by Sub-district
Health Promotion Hospitals Transferred to
Provincial Administrative Organizations

อุดม ทุมโกลิต**

Udom Tumkosit***

ประยงค์ เต็มชวลา****

Prayong Temchawala*****

สุรัชย์ พรหมพันธุ์*****

Surachai Phromphan*****

บทความนี้

Received

23 พฤษภาคม 2567

Revised

27 มิถุนายน 2567

Accepted

8 กรกฎาคม 2567

บทคัดย่อ

หัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คือ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเข้มแข็ง ดังนั้นเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายดังกล่าว ความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และประชาชนในพื้นที่จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการชุดเรื่อง “การประเมินนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด” ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

**ศาสตราจารย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (ดร.)

*** Professor, Graduate School of Public Administration, National Institute of Development Administration (Ph.D)

**** นักวิจัยอิสระ

***** Independent researcher

***** นักวิจัยอิสระ

***** Independent researcher

เพื่อประเมินทัศนคติของประชาชนต่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ดำเนินการโดย รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในรอบปีงบประมาณ 2566 ในด้านวิธีวิทยาการวิจัย ได้ใช้วิธีวิจัยแบบผสม โดยการสัมภาษณ์กลุ่ม และอภิปรายผลกลุ่มเป็นราย รพ.สต. จำนวน 32 แห่ง รพ.สต. ละ 55 คน รวม 1,744 คน ผลการวิจัยพบว่า (1) หลังการถ่ายโอน ประชาชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่า กิจกรรมบริการของ รพ.สต. มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งในด้านความพยายามในการเข้าถึง เท่าเทียม และสร้างความพึงพอใจในการบริการ (2) ความเชื่อมั่นในบริการของ รพ.สต. อยู่ในระดับสูง (3) มีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และสังคม จากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า หากรัฐสามารถให้การสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างเข้มแข็ง ตามยุทธศาสตร์ที่วางไว้ ก็ย่อมเชื่อมั่นได้สูงว่า จะได้รับความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองจากประชาชน ได้ตามเป้าหมาย

คำสำคัญ: การกระจายอำนาจปกครอง, การบริหารสาธารณสุข--การกระจายอำนาจ, สาธารณสุขมูลฐาน, นโยบายสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

The development of a primary health care system managed by Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) relies on the capacity for effective health self-management. Achieving this objective requires strong cooperation between SHPHs and local residents. This study aims to evaluate public attitudes toward the primary health care system managed by SHPHs, following its transfer from the Ministry of Public Health (MoPH) to Provincial Administrative Organizations (PAO) in the 2023 fiscal year. A mixed-method research methodology was employed, incorporating group interviews and discussions, involving 32 SHPHs with 55 participants each, totaling 1,744 individuals.

The research findings indicate that: (1) Following the transfer, the majority of the public perceived an improvement in SHPH service activities, particularly in terms of accessibility, equity, and service satisfaction. (2) Trust in SHPH services was high. (3) Positive attitudes were

observed regarding public participation in health care for individuals, families, and communities. These results suggest that if the government robustly supports the primary health care system in alignment with the established strategy, it is highly likely to foster public cooperation in achieving self-care health goals.

Keywords: Decentralization in government, Public health administration, Decentralization, Primary health care, Medical policy, Health promoting hospital management

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้วางกรอบนโยบายกระจายอำนาจจากการบริหารราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) จึงได้กำหนดให้มีการการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อปท. ในหลายมิติ เพื่อยกระดับคุณภาพของบริการสาธารณะให้สูงขึ้น อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้สูงขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้ การถ่ายโอนบริการด้านสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของกรอบการกระจายอำนาจดังกล่าวข้างต้น โดยภารกิจด้านสุขภาพที่ถูกกำหนดให้มีการถ่ายโอนครอบคลุมหลายภารกิจที่เกี่ยวข้องรวมถึงการถ่ายโอนสถานีนอนามัยที่ต่อมาเรียกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยคาดหวังว่าท้องถิ่นที่มีความใกล้ชิดชุมชนและมีการบริหารจัดการที่คล่องตัวกว่าจะทำให้ระบบสุขภาพในชุมชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น

ในระหว่างปี พ.ศ.2551-2560 มีสถานีนอนามัยได้รับการถ่ายโอนไปสังกัด อปท. จำนวน 51 แห่ง ต่อมาในปี พ.ศ.2565 มีข้อเสนอให้ อบจ. เป็นหน่วยรับถ่ายโอน รพ.สต. จำนวน 3,263 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 33.05) จาก 9,872 แห่ง ครอบคลุมองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 49 แห่ง ข้อเสนอดังกล่าวได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการกระจายอำนาจ และคณะรัฐมนตรี และได้เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 โดยคณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบ จำนวน 512 แห่ง มีบุคลากรถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในกลุ่มพนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างทั่วไป มีจำนวน 4,982 คน (คิดเป็นร้อยละ 29.77) และกลุ่มข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ

มีจำนวน 11,753 คน (คิดเป็นร้อยละ 70.23) ซึ่งรวมทั้งหมดที่ประสงค์ถ่ายโอนไป อบจ. คือ 16,735 คน เฉลี่ย 5.13 คน/แห่ง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2566, ออนไลน์)

ดังนั้น เพื่อสนับสนุนให้การถ่ายโอน รพ.สต. ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. เพื่อติดตามสถานการณ์ที่เป็นผลจากการถ่ายโอนตามสภาพความเป็นจริง และนำข้อค้นพบไปใช้ประโยชน์ในการพิจารณาเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประมาณกระทรวงมหาดไทย เป็นต้น ให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องรวมทั้งจะเป็นประโยชน์ในการแสวงหาความร่วมมือจะสาธารณสุขในการร่วมกันขับเคลื่อนให้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. สามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่นและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการดำเนินงานของ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนไปสู่ อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 เพื่อศึกษาว่าหลังการถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. แล้ว (1) การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการบริการและการดำเนินงานของ รพ.สต. เปลี่ยนไปหรือไม่ ดีขึ้นหรือแย่ลง (2) หลังการถ่ายโอนแนวโน้มของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและสังคม เป็นอย่างไร

การทบทวนวรรณกรรม

ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นผลผลิตของแนวคิดการพัฒนาที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืนทั่วถึงและเป็นธรรม โดยมุ่งสร้างสังคมพึ่งตนเองทางสุขภาพ ดังนั้นเพื่อเป็นพื้นฐานทางความคิด ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนแนวคิดและทฤษฎีสำคัญๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ทฤษฎีการพึ่งตนเอง (Self-Reliance)

การพึ่งตนเอง (Self-reliance) เป็นแนวคิดการพัฒนาที่ยึดหลักการพึ่งตนเองของประชาชนและสังคม การพึ่งตนเองต้องการการมีส่วนร่วมจากประชาชนซึ่งอาจมีจุดเริ่มต้นจากเบื่องบนก่อนก็ได้ โดยมีหลักการว่าความจำเป็นพื้นฐานของประชาชนคือเกณฑ์แรกที่ต้องนำมาพิจารณา (Galtung, 1980, p. 82) เพื่อดำเนินการให้ประชาชนได้รับอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม สอดคล้องกับ Seers (1969, p. 1) ที่ระบุว่า การพัฒนาความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่มีความจำเป็นต้องมีการดำเนินการด้านการลดความไม่เสมอภาคในสังคม (Inequality) ลดภาวะการว่างงาน (Unemployed) และลดภาวะความยากจนของประชาชน (Poverty) ควบคู่กันไปด้วย ดังนั้น Seers (1969, p. 3) จึงได้พยายามเสนอให้มีการกระจายอำนาจทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม เพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองทางสังคมในที่สุด

อย่างไรก็ตาม การพึ่งตนเอง ไม่ได้หมายถึงการทำทุกอย่างด้วยตัวเองหรือต้องทำด้วยตัวเองตลอดเวลา แต่หมายถึงการนำความรู้ที่มีอยู่มาใช้ในการพัฒนาตัวเอง รวมทั้งต้องมีการวิเคราะห์เพื่อแสวงหาวิธีการปรับปรุงให้

ดีขึ้น ความหมายนี้มีความใกล้เคียงกับ สุพรรณิ ไชยอำพร (2529, น. 1) ที่ระบุว่าความพยายามในการพึ่งตนเองเป็นผลพวงมาจากความพยายามของทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม ด้วยการให้บุคคลปรับปรุงคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดีขึ้นด้วยทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการพึ่งตนเองที่ต้องการ

ระดับความสามารถในการพึ่งตนเองของสังคมนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ *ระดับแรก* คือ การพึ่งตนเองระดับปัจเจกบุคคล ซึ่งเป็นจุดตั้งต้นของการพึ่งตนเองในระดับอื่นถัดไป *ระดับที่สอง* คือ การพึ่งตนเองในระดับชุมชนท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพึ่งตนเองขององค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและให้บริการประชาชนของตนให้สามารถพึ่งตนเองได้ด้วย *ระดับที่สาม* คือ การพึ่งตนเองในระดับประเทศ ซึ่งเป็นการดำเนินการในสร้างความเข้มแข็งเพื่อให้ประชาชนและท้องถิ่นสามารถพึ่งตัวเองได้ ด้วยการกำหนดนโยบาย และแผนงานที่เป็นภาพรวมระดับประเทศเพื่อสนับสนุนให้หน่วยงานและท้องถิ่นดำเนินการเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนในระดับบุคคลสามารถพึ่งตัวเองได้ และ *ระดับที่สี่* คือ การพึ่งตัวเองในระดับระหว่างประเทศ อันเป็นความพยายามในการพึ่งตนเองในระดับที่สูงที่สุด ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาที่ยึดถือเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก (Sustainable Development Goals: SDGs) ด้วยความร่วมมือระดับนานาชาติ ในประเด็นการพัฒนาต่างๆ ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม (Galtung, 1980, p. 14; The Nordic Alternative Group, 1979, p. 10)

กล่าวโดยสรุป คือ การพึ่งตัวเอง คือ กระบวนการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการผลิตเพื่อตอบสนองความต้องการเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนเองด้วย การพึ่งตัวเองเป็นกระบวนการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการใช้ความรู้ในการพัฒนาเพื่อปรับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้นภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด โดยระดับการพึ่งพาตัวเองอาจแบ่งได้เป็นระดับปัจเจกชน ระดับชุมชน/ท้องถิ่น ระดับประเทศ และระดับระหว่างประเทศดังกล่าวแล้ว

2. แนวคิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนา

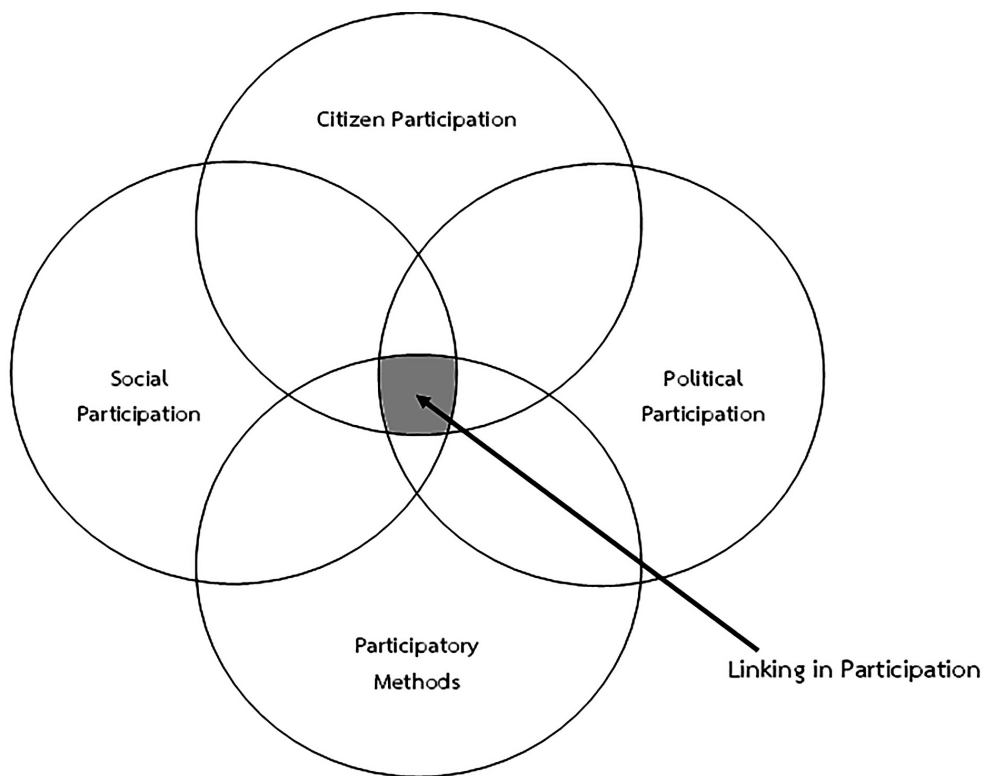
แนวคิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาได้รับความนิยมใช้กันอย่างกว้างขวางตั้งแต่กลางศตวรรษที่ 20 แนวคิดนี้ตั้งอยู่บนฐานคติที่เชื่อว่าความร่วมมือของพลเมือง ชุมชน และสังคม เป็นกุญแจสำคัญของความสำเร็จในการพัฒนาทุกประเภท โดยเชื่อว่าพลเมืองย่อมมีสิทธิโดยชอบในการเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการสาธารณะที่มีส่วนได้เสีย ภายใต้หลักการประชาธิปไตยและหลักการกระจายอำนาจเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงกระบวนการพัฒนาและผลประโยชน์สาธารณะระหว่างรัฐ ท้องถิ่น และประชาชน (OECD/World Bank, 2016, online; Cornwall, 2006, pp. 62-63 ; Richardson, 1983, p. 151)

การมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และสังคมเป็นสิทธิพื้นฐานที่รัฐสมาชิกควรตระหนัก ส่งเสริม และสนับสนุน ตลอดจนพัฒนาในลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชน ชุมชน และสังคม ได้มีสิทธิในการมีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม ตัดสินใจ และกระทำการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาไปในทิศทางที่ประชาชนต้องการ (UN Library, 2023, online)

การมีส่วนร่วมที่ดีควรเปิดช่องทางให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในมิติที่หลากหลาย อาทิ การตัดสินใจ การร่วมแรงร่วมทุน ร่วมเป็นเจ้าของ และร่วมรับผลทั้งด้านผลประโยชน์และผลกระทบเชิงลบกิจกรรมสาธารณะ ตลอดจนร่วมติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลเพื่อร่วมกันปรับปรุงบริการสาธารณะของชุมชนให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Cohen & Uphoff, 1981, p. 6) ทั้งนี้ จากการศึกษาประสบการณ์ของหลายประเทศ สรุปได้ว่ากระบวนการพัฒนาของรัฐที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และสาธารณชน มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จสูงกว่าโครงการที่รัฐดำเนินการเองโดยไม่เปิดพื้นที่ให้เกิดการมีส่วนร่วม อย่างไรก็ตามความสำเร็จในการมีส่วนร่วมจะขึ้นอยู่กับศิลปะในการเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของพลเมืองกับการดำเนินงานของภาครัฐเป็นประการสำคัญด้วย โดยรัฐต้องดำเนินการในระดับท้องถิ่นหรือในระดับฐานรากที่ใกล้ชิดกับประชาชนให้มีประสิทธิภาพ (Gaventa & Valderrama, 1999, p. 1)

กรอบแนวคิดพื้นฐานด้านการมีส่วนร่วมที่ประสบความสำเร็จสูง คือ กรอบแนวคิดที่มีการบูรณาการการมีส่วนร่วมระหว่าง 4 องค์ประกอบ อันประกอบด้วย พลเมือง (Citizen) สังคม (Social) การเมือง (Political) และวิธีการ (Methods) ในการสร้างการมีส่วนร่วม ทั้ง 4 องค์ประกอบนี้ต้องเชื่อมโยงกันด้วยศิลปะการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม ดังแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 Linking Approach to Participation



ที่มา: Gaventa & Valderrama (1999, p. 2)

จากกรอบแนวคิดในแผนภาพที่ 1 อาจกล่าวได้ว่า องค์ประกอบการมีส่วนร่วมของพลเมือง (Citizen Participation) เป็นส่วนที่มีความสำคัญที่สุดต่อความสำเร็จในการมีส่วนร่วม เนื่องจากเป็นผู้รับผลการพัฒนาโดยตรง ประกอบกับเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและมีความเข้าใจในสภาพปัญหาและความต้องการของสมาชิกในชุมชนด้วยตนเอง พลเมืองจึงสามารถเสริมสร้างความแม่นยำ (Precision) และความเกี่ยวข้อง (Relevance) กับความต้องการของผู้ได้รับประโยชน์ (Beneficiary) ซึ่งเป็นสมาชิกในชุมชนท้องถิ่นด้วยตนเองเป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตาม หากกระบวนการมีส่วนร่วมไม่มีคุณภาพอย่างเพียงพอ กระบวนการมีส่วนร่วมของ

พลเมืองอาจถูกครอบงำโดยผู้มีอำนาจมากกว่า และอาจละเลยผู้มีอำนาจน้อยหรือกลุ่มคนเปราะบางหรือกลุ่มคนชายขอบ ซึ่งทำให้การมีส่วนร่วมกลายเป็นเครื่องมือในการสร้างความเหลื่อมล้ำ (Inequality) ในขณะที่มีการมีส่วนร่วมของภาคส่วนทางสังคม (Social Participation) นั้น Stiefel และ Wolf (1994, p. 5) ระบุว่าเป็นความพยายามในการขับเคลื่อนและกำกับดูแลกระบวนการพัฒนาโดยภาครัฐ ซึ่งมักอยู่ในรูปแบบของการตรวจสอบการใช้งบประมาณหรือทรัพยากรอื่นๆ รวมถึงความสอดคล้องกับกฎระเบียบต่างๆ และการให้คุณค่าเชิงสถาบันของสังคม การมีส่วนร่วมของสังคมจึงเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาด้วยเช่นกัน

และเนื่องจากผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎหมาย และงบประมาณมีความเกี่ยวข้องกับ เจตจำนงทางการเมืองอย่างใกล้ชิด ดังนั้น กระบวนการ สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนา จึงมีอาจหลีกเลี่ยงที่จะต้อง ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบทางการเมือง (Parry, Moyer & Day, 1992, p. 286) และภาคส่วนสุดท้าย ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมตาม กรอบแนวคิดนี้ คือ วิธีการมีส่วนร่วม (Participatory Methods) ซึ่งจะต้องเป็นวิธีการที่นำไปสู่การปรึกษาหารือ(Consultation) การชั่งน้ำหนักในส่วนได้ส่วนเสีย (Trade-Off) เพื่อสามารถแสวงหาการยอมรับ ความเห็นพ้อง ต้องกัน และความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ได้อย่างสันติ วิธีการสร้างการมีส่วนร่วมจึงจำเป็นต้องมีคุณภาพอย่าง เพียงพอที่จะนำไปสู่การอธิบายลดการเผชิญหน้า ลดการสร้างความขัดแย้ง และลดความเสี่ยงในความล้มเหลว ในการพัฒนาในท้ายที่สุด (Cunill, 1991, p. 76)

โดยสรุป อาจกล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็น กระบวนการต่อเนื่อง (Continuing Process) ที่เกี่ยวข้อง กับการพัฒนาทั้งกระบวนการเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วย ส่งเสริมโอกาสและความสำเร็จของกระบวนการผลิตและ การส่งมอบบริการสาธารณะที่มีคุณภาพสูงให้กับ ประชาชน เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่รัฐต้อง ตระหนักและให้ความสำคัญ โดยองค์ประกอบสำคัญพื้นฐาน ของการมีส่วนร่วมประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของพลเมือง การมีส่วนร่วมของสังคม การมีส่วนร่วมของภาคการเมือง และวิธีการมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพสูง โดยทุกองค์ประกอบ ล้วนมีความสำคัญสูง แต่อาจให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ การมีส่วนร่วมของพลเมือง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่จะได้รับ

ประโยชน์และผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นจากการ พัฒนา

3. แนวคิดการอภิบาลสาธารณะโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการอภิบาล กิจกรรมสาธารณะ เป็นการดำเนินกิจกรรมสาธารณะของ ภาครัฐ ให้ความสำคัญกับประชาชนและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ ดำเนินการ รับผลลัพธ์ และร่วมภาคภูมิใจ ในเกียรติภูมิความสำเร็จของกิจกรรมสาธารณะนั้น (อุดม ทุมโฆสิต, 2550, น. 343-344) การมีส่วนร่วมใน ลักษณะดังกล่าว จะบรรลุผลสำเร็จได้ต้องเป็นการมีส่วนร่วม โดยความสนใจของประชาชนผู้มีแรงบันดาลใจในการ มีส่วนร่วมนั้น การบังคับ กะเกณฑ์ และการจูงใจให้มา จึงย่อมมิใช่การมีส่วนร่วมตามความหมายนี้

เมื่อพิจารณาถึงระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรม สาธารณะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับประชาชน การเปิดพื้นที่ ให้ประชาชน การดูแลสุขภาพตนเอง สุขภาพครอบครัว สุขภาพชุมชน รวมถึงการร่วมมือกับรัฐในการดูแล สุขภาพสังคมในวงกว้างจึงเป็นเรื่องที่มีความเหมาะสม เป็นอย่างมาก (Stewart, 2013, pp. 124 - 126) อย่างไรก็ตาม การเข้ามามีบทบาทด้านสุขภาพของประชาชนที่นอกเหนือ จากการดูแลสุขภาพตัวเองจะเกิดขึ้นและสำเร็จได้ จะต้องได้รับ การส่งเสริมและสนับสนุนจากรัฐด้วยการกระจายอำนาจ และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคพลเมือง (Citizen Empowerment) เพื่อสร้างมุมมองและชุดความคิดว่า “กิจกรรมสุขภาพเป็นของประชาชน โดยประชาชน และเพื่อ ประชาชน” ให้เกิดขึ้นกับประชาชน ทดแทนชุดความคิด

ที่ว่า “ระบบสุขภาพเป็นกิจกรรมของรัฐเพียงฝ่ายเดียว” ประชาชนเป็นเพียงผู้สนับสนุนเมื่อรัฐขอความร่วมมือ (Stewart, 2013, pp. 124-126; WHO, 2019, pp. 6-8; OECD, 2020, online)

ภายใต้แนวคิดการอภิบาลสาธารณะสมัยใหม่ที่มีการมีส่วนร่วมมีความเข้มแข็งและยั่งยืน ต้องเริ่มจากหลักการ

ที่ว่า “ระบบและกิจกรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมของประชาชน โดยประชาชน และเพื่อประชาชน” ซึ่งหลักการที่พยายามผลักดันให้ประชาชนมีฐานะเป็นเจ้าของอำนาจที่แท้จริง มีฐานะเป็น Actors ในขณะที่รัฐมีฐานะเป็นเพียงผู้สนับสนุน (Supporters) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างภาครัฐและภาคพลเมืองในการอภิบาลสมัยใหม่

แนวคิดพื้นฐานในการอภิบาล สาธารณะแนวใหม่ (Basic Concept of New Public Governance)	เจ้าของอำนาจในการอภิบาล กิจการสาธารณะ (Public Actors)	ผู้สนับสนุนเจ้าของอำนาจในกิจการ สาธารณะ (Public Supporters or Client)
รวมศูนย์อำนาจ (Centralized Government System)	ภาครัฐในฐานะผู้มีอำนาจรัฐ (Public Actors)	ภาคพลเมืองในฐานะผู้สนับสนุนภาครัฐ (Public Clients)
กระจายอำนาจ (Decentralized Governance Sys- tem)	ภาคพลเมืองในฐานะผู้มีอำนาจรัฐ (Public Actors)	ภาครัฐในฐานะผู้ส่งเสริมสนับสนุนและจัด ระเบียบการใช้อำนาจของภาคพลเมืองให้ เกิดความเป็นธรรม (Public Organizer and Supporters)

ที่มา: อุดม ทุมโหมสิต (2550, น. 495)

การมีส่วนร่วมของประชาชนในฐานะที่ประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดำเนินกิจกรรมสาธารณะ ควรมีความครอบคลุมตั้งแต่การริเริ่มในระบุและตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาในพื้นที่ของตน การกำหนดยุทธศาสตร์และออกแบบแผนงาน/โครงการในการแก้ปัญหาในพื้นที่ชุมชน การบริหาร/จัดการให้แผนงาน/โครงการต่างๆ บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการทำหน้าที่จัดหาและจัดสรรทรัพยากรเพื่อใช้ในกิจกรรมสาธารณะในชุมชน และการติดตาม ประเมินผลการดำเนินการ และเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจต่อสาธารณะ เป็นอาทิ

การดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดนี้ แรกเริ่มภาครัฐต้องทำหน้าที่ในการพัฒนาภาคพลเมือง และคอยประคับประคองภาคพลเมืองเพื่อให้ความเข้มแข็งจนสามารถดำเนินการด้วยตัวเองได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน การพัฒนาโดยการประคับประคองดังกล่าวข้างต้นอย่างน้อยควรครอบคลุม การพัฒนาระบบขึ้นมาใหม่โดยการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายและจัดระเบียบการใช้อำนาจให้เหมาะสมกับแต่ละท้องถิ่น ภายใต้หลักการมีส่วนร่วมของภาคพลเมืองควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนบทบาทหลักของรัฐจากผู้ดำเนินการมาเป็นผู้กำกับดูแล และคอยให้การช่วยเหลือ

สนับสนุน รวมถึงดูแลในภาพรวม เพื่อเกิดความเท่าเทียม (Equity) และเป็นธรรม (Equality) ในการเข้าถึงบริการสาธารณะที่จำเป็น

ในด้านรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีแนวโน้มว่ามีโอกาสจะประสบความสำเร็จได้สูง พบว่ามีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละสังคม โดย Li (2015, pp. 100-102) อธิบายว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอภิบาลสาธารณะที่พบมากในสหรัฐอเมริกามีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละสังคม อาทิ มีความแตกต่างกันในด้านงบประมาณ การอภิบาลหลากหลายรูปแบบ (เช่น การเสนอแนะ การร่วมตัดสินใจ ร่วมการจัดการ ร่วมประเมิน ร่วมประชาสัมพันธ์ เป็นอาทิ) ในฐานะภาคีภาครัฐ-เอกชน (Public-Private Partnership) และการร่วมการผลิตบริการ (Co-production of public services) ส่วนในเนเธอร์แลนด์ได้มีความพยายามสร้างระบบการมีส่วนร่วมของภาคพลเมืองมายาวนาน จนถึงปัจจุบันจนได้รับการยอมรับว่าเป็นประเทศที่มีรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ก้าวหน้าและเข้มแข็งมากที่สุดประเทศหนึ่ง โดยรูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีชื่อเสียง คือ “Do-ocracy” ที่เน้นความเข้มแข็งและกระตือรือร้นของพลเมือง (strong and proactive citizens) ภายใต้หลักความร่วมมือแห่งวิถีประชาธิปไตย (democratic collaboration) โดยการปรึกษาหารือกันในระดับชุมชน (community deliberation) คิดค้นยุทธศาสตร์การพัฒนาของตนเอง (Tailormade Approach in Development) ส่วนรัฐและท้องถิ่นมีบทบาทในการคอยให้ความร่วมมือ สนับสนุน เมื่อมีการร้องขอ (Ministry of The Interior and Kingdom Relations, Government of Netherland, 2000, pp. 1-2)

นอกจากนี้แล้ว ผลการสำรวจปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาการมีส่วนร่วมในระดับท้องถิ่น ใน 12 ประเทศของ The Hague Academy for Local Governance (2017, online) ได้สรุปไว้ว่าการสร้างความเข้มแข็งภาคพลเมือง (Empowered Citizens) โดยการกระจายอำนาจที่เหมาะสม รวมถึงพัฒนาทัศนคติ ความรู้และทักษะที่เหมาะสมเพื่อให้พลเมืองมีความรู้สึกผูกพัน มีความสามารถอย่างเพียงพอในการจัดการตนเองในการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม เป็นปัจจัยความสำเร็จที่มีความสำคัญอย่างสูง โดยมีความเชื่อมั่นว่า ภายใต้แนวคิดการอภิบาลกระจายอำนาจที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน จำเป็นต้องให้ความเคารพต่ออำนาจหน้าที่และสิทธิพลเมืองในการอภิบาลตนเอง

4. แนวคิดว่าด้วยประชาชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาสาธารณสุข (Health by The People)

กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อตอบสนองประเด็นเรื่องการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม โดยมีเป้าหมายในการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ ด้วยแนวคิดการยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพ (people centered approach) (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2563, น. 103) สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ที่ให้ความสำคัญกับ “สิทธิผู้ป่วยในการร่วมคิดและตัดสินใจ” จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยยึดประชาชนที่เป็นผู้รับบริการเป็นสำคัญ โดยมีกระบวนการดำเนินการของการที่เป็นสาระสำคัญ คือ การระบุชัดเจนว่าใครคือผู้ที่เข้ามา

รับบริการ และใครคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การบริการอะไร
ที่ต้องจัดเตรียมไว้ให้ประชาชน และอะไรที่ควรจะต้องให้
โดยต้องมีการค้นหว่าผู้รับบริการต้องการอะไร หน่วยงาน
มีทรัพยากรการบริหารต่างๆ อย่างไร มีมากน้อยเพียงใด

และจะสามารถจัดหาจากที่ไหนได้บ้าง และนำไปสู่การ
ปรับปรุงคุณภาพการบริการเพื่อตอบสนองความต้องการ
ของประชาชนได้มากที่สุดดังแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 แนวทางของภาครัฐในการดำเนินงานโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง



การดูแลสุขภาพโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง
เป็นแนวคิดในการบริหารงานของภาครัฐเพื่อสนับสนุน
และส่งเสริมให้บริการสาธารณะสามารถตอบสนองต่อ
ความต้องการของประชาชนมากที่สุด โดยผู้วิจัยมีตัวอย่าง
กรณีศึกษาของโรงพยาบาลบ้านตาก ซึ่งเป็นตัวอย่างของ
หน่วยงานที่บริหารจัดการดูแลด้านสุขภาพโดยยึดหลัก
ประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีลักษณะสำคัญ คือ (1)
มีมาตรฐานการให้บริการภายใต้หลักความรับผิดชอบต่อ
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยมีการดำเนินการที่สำคัญ คือ มีระบบ
ประกันคุณภาพ (QA) ที่เกิดจากการทบทวนกิจกรรมและ
การประเมินตนเอง แล้วนำมาจัดทำเป็นคู่มือคุณภาพ
ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ และแผนคุณภาพ รวมทั้งการ
สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ อาทิ การบริหารความเสี่ยง
การให้ความสำคัญกับทรัพยากรมนุษย์ สิ่งแวดล้อมและ
ความปลอดภัย พัสต การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
ในโรงพยาบาล ระบบบริการ ระบบดูแลผู้ป่วย สารสนเทศ
และเวชระเบียน และมีการประเมินตนเอง โดยใช้ตัวชี้วัด
ระดับโรงพยาบาล และระดับหน่วยงาน (2) มีการมอบ
อำนาจการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติการจนถึงระดับล่างและ

ต้องรับผิดชอบต่อผลจากการตัดสินใจของตนเอง โดยมี
การดำเนินการที่สำคัญ คือ ให้เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายร่วมกัน
เสนอมุมมองเพื่อจัดทำวิสัยทัศน์ร่วมกัน (Shared Vision)
รวมทั้งการกำหนดให้ทุกแผนงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการ
สร้างสุขภาพกำหนดแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่
ชัดเจน เพื่อให้ทุกคนสามารถตอบได้ว่าตัวเองมีบทบาท
และมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างไรในการสร้างสุขภาพที่ดีให้กับ
ประชาชน (3) หน่วยงานที่ให้บริการระดับล่างสุด และ
ผู้ปฏิบัติงานสามารถปรับการให้บริการได้ตรงกับ
ความต้องการของผู้รับบริการแต่ละรายมากที่สุด โดยมี
การดำเนินการที่สำคัญ คือ การใช้ตัวชี้วัด (Indicators)
และเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ (Customer Voice) รวมถึง
การนำหลักการ PDCA (Plan-Do-Check-Act) มาประยุกต์
ในการดำเนินงานตามความเหมาะสม (4) สร้างบริการ
ทางเลือกที่หลากหลาย โดยจัดตั้งกลุ่มงานเพิ่มเติมจาก
กรอบอัตรากำลังปกติ เพื่อตอบสนองความต้องการโดย
ประชาชน อาทิ งานการแพทย์แผนไทย งานเวชกรรม
พื้นฟู งานประกันสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ
งานบริการสุขภาพจิต เป็นต้น

โดยสรุป ในการดูแลสุขภาพโดยประชาชน (Health by the People) นั้น ภาครัฐจะต้องให้บริการด้วยการยึดหลักการให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางเพื่อให้กลไกในการอภิบาลดูแลสุขภาพของภาครัฐสามารถให้บริการที่สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการประชาชนให้ได้มากที่สุด

5. แนวคิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน

แนวคิดสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจ และการตระหนักรู้ในตนเอง และ แนวคิดการพึ่งตนเองกับการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ สามารถอธิบายโดยสังเขปได้ดังนี้

5.1 แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจและการตระหนักรู้ในตนเอง

การตัดสินใจ - เป็นกระบวนการพื้นฐานที่สำคัญของมนุษย์ในการจะพึ่งตนเองในการจะลงมือปฏิบัติการกระทำการใดอย่างหนึ่ง โดยกระบวนการตัดสินใจที่มักจะประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก คือ (1) การระบุปัญหา (Define the problem) เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นขั้นที่จะกำหนดทิศทางการตัดสินใจขั้นต่อไป (2) การระบุปัจจัยที่เป็นข้อจำกัด (Identify limiting factors) เป็นขั้นตอนการพิจารณาข้อจำกัดต่างๆ เพื่อให้ทราบขอบเขตในการจะตัดสินใจต่อไป (3) การพัฒนาทางเลือกที่มีศักยภาพ (Develop potential alternatives) เป็นการพิจารณาว่ามีทางเลือกใดที่มีความเป็นไปได้ในการจัดการกับปัญหารวมถึงการเปรียบเทียบข้อดีข้อด้อยของแต่ละทางเลือก (4) การเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด (Select the best alternatives) เป็นขั้นตอน

การวิเคราะห์และประเมินว่าในบรรดาทางเลือกต่างๆ ที่นำมาพิจารณาทางเลือกใดเป็นทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด โดยในบางสถานการณ์อาจเป็นการบูรณาการหลายๆ ทางเลือกเข้าด้วยกัน และ (5) การนำผลการตัดสินใจไปปฏิบัติ (Implement the decision) เพื่อให้บรรลุผลเป้าหมายหรือสถานการณ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น (Plunkett & Attner, 1994, p. 162)

การตระหนักรู้ในตนเอง - การตระหนักรู้ในตนเองเป็นความสามารถในการค้นหา และการทำความเข้าใจในบุคลิกภาพที่เป็นจุดเด่นจุดด้อยของตน รวมทั้งความแตกต่างจากบุคคลอื่น ทั้งมุมมองเกี่ยวกับความสามารถ เพศ วัย ระดับการศึกษา ศาสนา สีผิว ท้องถิ่น สุขภาพ โดยมีปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการตระหนักรู้ในตนเอง ที่สำคัญ คือ การรู้เท่าทันอารมณ์ตนเองได้ตามความจริง มีความเข้าใจจุดเด่น จุดด้อยของตนเอง สามารถประเมินตนเองได้ตามความจริง มีความมั่นใจในความสามารถและควมมีคุณค่าของตนเอง และสามารถจัดการกับความรู้สึกภายในตนเองให้อยู่ในสภาวะเหมาะสมพอดี (WHO, 1994, online)

โดยสรุป สามารถกล่าวได้ว่า การตัดสินใจและการตระหนักรู้ในตนเอง เป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญต่อการพัฒนาให้บุคคลสามารถพึ่งพาตนเองได้ เนื่องจากการตัดสินใจจะช่วยให้บุคคลสามารถกำหนดทางเลือกที่เหมาะสมในการจะแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ ส่วนการตระหนักรู้ในตนเองก็ช่วยให้บุคคลสามารถรู้ว่าตนเองมีความต้องการอะไรและสามารถในการสนองความต้องการของตัวเองได้อย่างไร มีข้อดีและข้อเสียอย่างไรบ้าง ซึ่งเมื่อบุคคลมีคุณสมบัติสองประการนี้แล้ว ก็มีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลสามารถพึ่งตนเองได้ และจะนำไปสู่การจัดการในด้านสุขภาพในระดับบุคคลที่ดีขึ้น ยกตัวอย่างเช่น

เมื่อเกิดสถานการณ์โรคระบาดต่างๆ หากบุคคลมีความรู้ก็จะตัดสินใจได้ว่าตนเองจะต้องจัดการอย่างไรจึงจะปลอดภัยจากโรคระบาด เมื่อตัดสินใจได้แล้วก็จะทำให้ตระหนักถึงสภาพของตนเองว่า มีความจำเป็นอย่างไร หรือจะต้องรับมืออย่างไรจึงจะปลอดภัย เมื่อเป็นเช่นนี้แล้วก็จะทำให้บุคคลสามารถช่วยเหลือตนเองด้วยการพึ่งตนเองก่อน ถ้าหากบุคคลมีความสามารถ หรือมีสมรรถนะเพียงพอก็จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง หรือในกรณีที่ว่าเกินขีดความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ก็จะไปใช้บริการทางการแพทย์ต่อไป

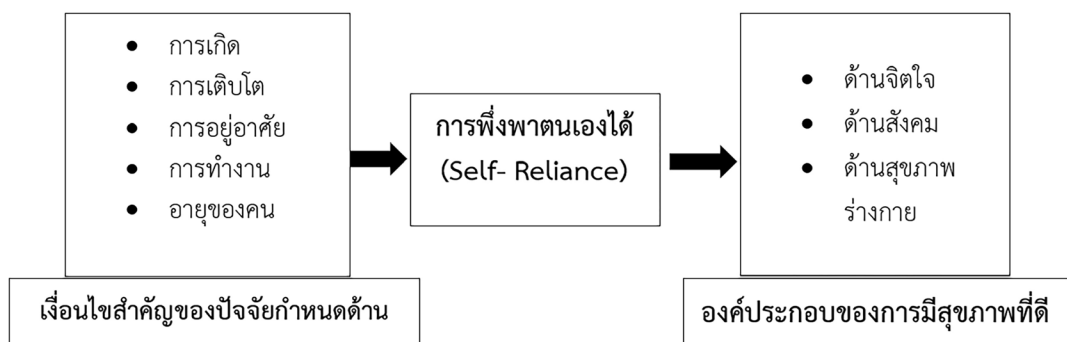
5.2 แนวคิดการพึ่งตนเองกับการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ

การพึ่งตนเองกับการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ มีสิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณา 2 ประการ คือ ประการแรก ได้แก่ กรอบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยทางสุขภาพที่ดี และประการที่สองเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนในส่วนของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยทางสุขภาพที่ดีจะเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขสำคัญของการเกิด การเติบโต การอยู่อาศัย

การทำงาน และอายุของคน ที่ส่งผลให้บุคคลสามารถพึ่งตนเองได้ อาทิ แหล่งอาศัยที่เอื้อต่อการส่งเสริมต่อการพัฒนาสุขภาพก็จะมีสุขภาพที่ดีกว่า ผู้ที่อยู่ในวัยเด็ก วัยหนุ่มสาว หรือวัยกลางคน โดยทั่วไปก็จะมีสุขภาพร่างกายที่ความสมบูรณ์แข็งแรงกว่าผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยปัจจัยต่างๆ ข้างต้น จะส่งผลต่อการมีองค์ประกอบของสุขภาพที่ดีทั้งด้านจิตใจ สังคม และสุขภาพร่างกาย

แผนภาพที่ 3 แสดงเงื่อนไขสำคัญในการกำหนดให้เกิดปัจจัยที่ส่งผลต่อองค์ประกอบของการมีสุขภาพที่ดี โดยเงื่อนไขสำคัญที่ประกอบด้วย การเกิด การเติบโต การอยู่อาศัย การทำงาน และอายุของคน มีทิศทางอย่างไรก็จะทำให้เกิดการกระทำ (Action) ที่จะส่งผลต่อด้านจิตใจ (อาทิ การมีสุขภาพจิตที่ดี การมีความรู้ในการกระทำของตน การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการดำรงชีวิต) ด้านสังคม (อาทิ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน/ท้องถิ่นที่ตนอาศัย) และด้านสุขภาพร่างกาย (อาทิ การไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ การมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งการรู้จักป้องกันไม่ให้เกิดโรคต่างๆ)

แผนภาพที่ 3 เงื่อนไขสำคัญในการกำหนดให้เกิดปัจจัยที่ส่งผลต่อองค์ประกอบของการมีสุขภาพที่ดี



อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลสามารถพึ่งพาตนเองได้ จะส่งผลดีต่อการรับมือกับสถานการณ์ด้านสุขภาพของรัฐ ในแง่มุมต่างๆ แต่ภาครัฐ และ อปท. ยังคงมีความสำคัญอย่างมากในการส่งเสริมและสนับสนุนการพึ่งตนเองของ บุคคลให้เกิดผลในทางปฏิบัติ โดยอย่างยิ่ง อปท. ที่มี บทบาทใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนองค์กรจะต้องยึดหลัก การสำคัญ ในการปฏิรูปการให้บริการเพื่อจะทำให้บุคคล เกิดการพัฒนาในการพึ่งตนเอง คือ การกำหนดมาตรฐาน การให้บริการและความรับผิดชอบที่ชัดเจน การถ่ายโอน อำนาจและการมอบอำนาจให้ผู้ปฏิบัติระดับล่างสุดที่ สัมผัสผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้และรับผิดชอบต่อ การตัดสินใจของตนได้ เพื่อให้ผู้ใช้บริการระดับล่าง มีอิสระในการกำหนด ริเริ่ม และการบริหารต่างๆ ให้ เหมาะสมกับความต้องการและปัญหาของแต่ละกลุ่มคนที่ แตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น เพื่อให้ผู้รับบริการมีทางเลือก ที่จะใช้บริการได้หลากหลายตามความต้องการ

6. การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนใน ด้านสุขภาพ (People Empowerment in Health)

แนวคิดที่ว่าด้วยการเสริมพลังอำนาจ โดย “พลังอำนาจ ในการพึ่งตนเอง” ในที่นี้หมายถึง *ความสามารถในการ ควบคุมชีวิตความเป็นอยู่ของตน รวมทั้งสุขภาพ (และ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ) โดยสามารถควบคุมการตัดสินใจ และควบคุมทรัพยากรที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่* ฉะนั้น พลังความสามารถจึงเป็นเสมือนผลผลิตของการตัดสินใจ และการตระหนักรู้ในตนเอง “การเสริมสร้างพลังอำนาจ ชุมชนทางสุขภาพ” จึงเกี่ยวข้องกับ กระบวนการวิธีดึงความ มั่นใจในความสามารถและสมรรถนะของบุคคลออกมาใช้ ในการจัดการสุขภาพสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดเชิง กระบวนการที่มีกลุ่มเป้าหมายสำคัญ คือ กลุ่มประชาชน กำลังตกอยู่ในภาวะไร้อำนาจ หรืออยู่ในสถานการณ์ที่ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตัวเอง หรือชุมชนรับรู้ แต่ ไม่ได้รับการแก้ไข การเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้ ประชาชนกลุ่มนี้รับรู้ถึงข้อจำกัดของตนเองและชุมชน และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน นำไปสู่การรวมตัวกัน เป็นกลุ่ม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง ความรู้ ความสามารถ และ ความเชื่อมั่นในตนเองและชุมชน ว่าสามารถจัดการ คุณภาพชีวิตของตนเองและชุมชนให้มีทิศทางที่ดีได้ และ ในท้ายที่สุด พลังอำนาจและศักยภาพของบุคคลและ ชุมชน จะขยายผลจนเกิดการเปลี่ยนแปลง/พัฒนาชุมชน ในทางที่ดีขึ้นได้อย่างถาวร

ในกรณีของการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ จะต้องเริ่มต้นที่ตัวบุคคลก่อน กล่าวคือ บุคคลเหล่านี้ต้อง มี ความเข้าใจก่อนว่ากำลังตกอยู่ในสภาวะไร้อำนาจ หรือไม่ สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ ซึ่งจะทำให้ทราบว่าตัวเองอยู่ใน กลุ่มเป้าหมายใดเพื่อที่จะทำให้สามารถขอความช่วยเหลือ ผ่านการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม ที่จะทำให้เกิดพลังอำนาจที่ บุคคล หรือชุมชน สามารถนำไปขยายผลจนบรรลุเป้าหมาย ที่ต้องการท้ายที่สุด

การนำแนวคิดเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจมา ประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน เพื่อทำให้เกิด สุขภาวะที่ดี มีแนวปฏิบัติที่สำคัญ ประกอบด้วย (1) ต้องมี ความเชื่อมั่นว่ามนุษย์ทุกคนมีคุณค่า กล่าวคือ ทุกคนต้องเชื่อใน ความสามารถและคุณค่าของตนเองว่าจะสามารถดำเนินการ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นได้ (2) การวิเคราะห์ สถานการณ์ของผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างพลัง เนื่องจาก

การเสริมสร้างพลังที่ดีที่สุด ต้องเริ่มจากการเสริมสร้างให้กลุ่มบุคคล/ชุมชน ที่ไว้พลังเพื่อทำให้บุคคลเหล่านี้เกิดทักษะในการจะแก้ไขปัญหา กับสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ได้ (3) การวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาวะที่ดี กล่าวคือ ต้องมีความรู้พื้นฐานและทักษะในการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัญหาสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การเกิดสุขภาวะที่ดี (4) การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย เพื่อกำหนดเทคนิคและวิธีการในการกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายสามารถมองเห็นปัญหาได้ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความพร้อมในการขับเคลื่อนด้วยตนเอง (5) การกำหนดกิจกรรมที่นำไปสู่ผลลัพธ์ การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้สมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมด้านสุขภาพ ผ่านการใช้สิทธิประโยชน์ของชุมชนในการขับเคลื่อน เช่น สิทธิประโยชน์วัฒนธรรม เครือข่าย ทรัพยากรมนุษย์ เป็นต้น (6) การติดตามผลลัพธ์ จากการเสริมสร้างพลังสุขภาพในชุมชน รวมถึงการออกแบบวิธีการในรวบรวม ประมวลผล วิเคราะห์ผล และนำเสนอข้อมูล เพื่อให้สมาชิกในชุมชนเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ซึ่งจะเป็แรงจูงใจในการทำงานต่อไป และ (7) การทบทวนการเรียนรู้จากกระบวนการเสริมสร้างพลังชุมชน ส่วนนี้มีความสำคัญยิ่งในการเสริมสร้างสุขภาพในชุมชนให้เกิดความยั่งยืนได้อย่างแท้จริง

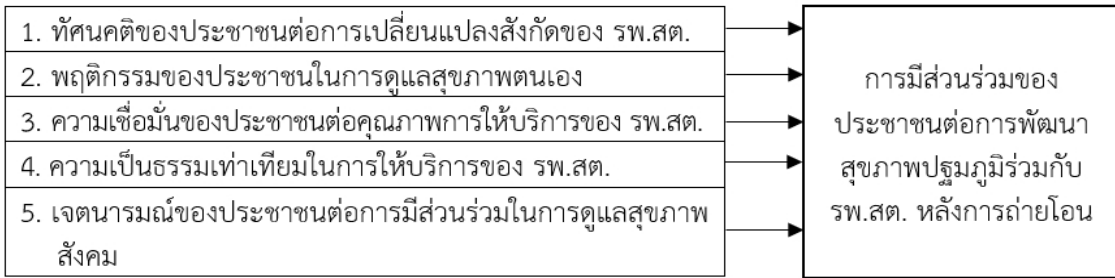
โดยสรุป สามารถกล่าวได้ว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ คือ การทำให้ชุมชนเข้าใจว่าปัญหาสุขภาพไม่ใช่เพียงแค่เรื่องเจ็บป่วย แต่ปัญหาสุขภาพจะต้องถูกเชื่อมโยงไปในทุกๆ มิติ ทั้งนี้ “การสร้างพลังทางชุมชน” จะทำให้สมาชิกในชุมชนตระหนักถึงคุณค่าของตัวเอง ทำให้เกิดความตระหนักถึงขีดความสามารถของตัวเอง

และนำไปสู่การลุกขึ้นมาเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ ภายใต้การรู้เท่าทันว่าสุขภาพเป็นเรื่องใกล้ตัว และสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวต้น ประกอบกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ที่ต้องการทราบถึงระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอน ดังนั้น คณะวิจัยจึงขอ กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยในรูปของ โจทย์หรือคำถาม 6 ข้อ ประกอบด้วย (1) ทศนคติของประชาชนต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพของ รพ.สต. จากเคยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับการถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. เป็นอย่างไร (2) ทศนคติที่สะท้อนถึงขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพของประชาชน (3) ความพึงพอใจประชาชนต่อบริการของ รพ.สต. ก่อนถ่ายโอน เปรียบเทียบกับ หลังการถ่ายโอนเป็นอย่างไร (4) ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของ รพ.สต. เป็นอย่างไร (5) ทศนคติในด้านความเป็นธรรม/เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการเป็นอย่างไร และ (6) ทศนคติต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างไร ซึ่งแสดงเป็นแผนภาพได้ดังนี้

แผนภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้อาศัยแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กับการวิจัยเชิงปริมาณโดยมีประชาชนที่อยู่ในเขตพื้นที่ของ รพ.สต. 32 แห่ง ใน 8 จังหวัด เป็นหน่วยการวิเคราะห์ (Unit of Analysis) ส่วนการคัดเลือกตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) โดยพิจารณาจากเกณฑ์สำคัญ 3 เกณฑ์ คือ (1) อบจ. และ รพ.สต. ยินดีรับการประเมินและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล (2) เป็นพื้นที่ที่มีความซับซ้อนในการวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยที่เคยทำมาแล้ว และ (3) ประชาชนในพื้นที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลตามความเป็นจริง จากนั้นจึงคัดเลือก รพ.สต. จากจังหวัดตัวอย่างจังหวัดละ 4 แห่ง ทำให้ได้ รพ.สต. ทั้งหมด 32 แห่ง หลังจากนั้นจึงได้สุ่มเลือกประชาชนขึ้นมา รพ.สต. ละ 55 คน ประกอบด้วย (1) กลุ่มผู้เคยและกำลังได้รับการมาแล้วตั้งแต่ก่อนการถ่ายโอนมาถึงหลังการถ่ายโอนแห่งละ 20 คน (2) กลุ่มผู้ให้บริการทางสุขภาพในพื้นที่ (เช่น อสม. แพทย์แผนไทยที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่รัฐ ร้านขายยา ฯลฯ) 20 คน (3) กลุ่มผู้นำชุมชนด้านสุขภาพ 10 คน รวม 32 รพ.สต. ได้ตัวอย่างที่ใช้ได้ 1,744 ตัวอย่าง

ในการรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลการรับรู้และทัศนคติโดยใช้แบบสำรวจ การสนทนากลุ่มเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกและการตรวจสอบข้อมูลเชิงประจักษ์จากเอกสารจากแฟ้มบันทึกผลงานของ รพ.สต. โดยกลุ่มตัวอย่างที่รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติงานโดยตรง และกลุ่มประชาชนผู้ได้รับการบริการจาก รพ.สต.

ส่วนในการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย เริ่มจากการจัดระเบียบข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ (Data organizing) โดยพิจารณาเป็นรายตัวชี้วัดและราย รพ.สต. จากนั้นจึงทำการเรียบเรียงและแสดงสาระสำคัญ (Data Display) ก่อนที่จะทำการหาข้อสรุป ตีความโดยยึดหลักนัยเชิงทฤษฎี นัยเชิงปฏิบัติ และนัยจากแหล่งข้อมูลหรือผู้ให้สัมภาษณ์ประกอบกันหากทั้ง 3 ส่วนมีความสอดคล้องกัน (Consistency) ก็ถือว่าข้อสรุปมีความถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตาม หากมีข้อสงสัยว่าข้อสรุปและการตีความอาจไม่ถูกต้องหรือไม่มีความน่าเชื่อถือ ก็อาจมีการตรวจสอบพิสูจน์และดำเนินการตามความเหมาะสมเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น และเมื่อได้ผลสรุปการวิจัยแล้วได้ทำการอภิปรายผลเพื่อให้เห็นภาพเชิงลึกในมุมมองต่างๆ ที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น

ผลการค้นพบ

ผลของการศึกษาขอนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ (1) ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และ (2) ข้อค้นพบที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชาชนที่ศึกษาเลือกจาก รพ.สต. จำนวน 32 แห่งๆ ละ 50±5 คน สุ่มเลือกแบบกระจายสุ่มจากบุคคล

3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้เคยได้รับบริการจาก รพ.สต. มาแล้ว (ไม่เกิน 1 ปี) ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอน (2) กลุ่มผู้นำสุขภาพและผู้นำชุมชน และ (3) กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพในพื้นที่

ผลการคัดเลือกพบว่า ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน รพ.สต. = 32 แห่ง

จำนวน ประชาชน = 1,744 คน

ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ:		
1.1 ชาย	226	13.00
1.2 หญิง	1,517	87.00
2. อายุ (ปี):		
2.1 เฉลี่ย ()	45.6	-
2.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	7.897	-
3. เกี่ยวข้องกับ รพ.สต. ในฐานะ:		
3.1 ผู้เคยได้รับบริการมาก่อน ไม่เกิน 1 ปี	877	50.30
3.2 ผู้นำสุขภาพและผู้นำชุมชน	445	25.50
3.3 อสม. และผู้ให้บริการสุขภาพในพื้นที่	422	24.20
4. ภาค/จังหวัด:		
4.1 ภาคเหนือ (พิจิตร + นครสวรรค์)	406	23.28
4.2 ภาคอีสาน (สกลนคร + นครราชสีมา)	507	29.07
4.3 ภาคกลาง (ระยอง + กาญจนบุรี)	430	24.66
4.4 ภาคใต้ (นครศรีธรรมราช + กระบี่)	401	22.99
5. จำนวนของ รพ.สต. ที่ศึกษา:		
5.1 ขนาดเล็ก	7	21.87
5.2 ขนาดกลาง	16	50.00
5.3 ขนาดใหญ่	9	28.13
รวม	32	100.00

2. ข้อค้นพบที่สำคัญ

ข้อค้นพบที่สำคัญ ซึ่งเป็นการตอบคำถามการวิจัย

ทั้ง 6 คำถาม ดังที่ได้กล่าวไว้ในกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย (1) ทศนคติของประชาชนต่อการเปลี่ยนแปลงสังคมของ รพ.สต. จากเคยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับการถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. (2) พฤติกรรมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง (3) ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของ รพ.สต. (4) ความเป็นธรรม/เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ และ (5) เจตนารมณ์ในการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

2.1 ทศนคติของประชาชนต่อการบริการของ รพ.สต. เปรียบเทียบระหว่าง ก่อน VS หลังการถ่ายโอนเป็นอย่างไร

ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 21.87 (7 แห่ง) เห็นว่ายังคงเหมือนเดิม ร้อยละ 71.87 (23 แห่ง) เห็นว่าหลังการถ่ายโอนบริการดีขึ้น และร้อยละ 6.25 (2 แห่ง) เห็นว่าหลังการถ่ายโอนบริการแย่ลง

สำหรับเหตุผลที่มีต่อความเห็นหลังการถ่ายโอน “ดีขึ้น” และ “แย่ลง” มีดังนี้

(ก) เหตุผลสำคัญที่ประชาชนรู้สึกพึงพอใจการให้บริการของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอน สรุปผลจากการอภิปรายกลุ่มได้เหตุผลสำคัญ 3 ประการ

ประการแรก รพ.สต. หลังการถ่ายโอน ทราบว่า รพ.สต. ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนดีขึ้น

ประการที่สอง หลังการถ่ายโอน บุคลากรของ รพ.สต. ได้เพิ่มกิจกรรมการลงพื้นที่และเยี่ยมเยียนประชาชนมากกว่า มีการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนมากกว่า และเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนเสนอกิจกรรมหรือ

โครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนมากกว่า ก่อนการถ่ายโอน

ประการที่สาม หลังการถ่ายโอนได้มีการปรับปรุงสถานที่ เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ดีกว่าเดิม

(ข) เหตุผลที่ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการบริการของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนน้อยกว่าก่อนการถ่ายโอน มีดังนี้

ประการแรก กลุ่ม อสม. มีความกังวลว่าปัจจุบันระเบียบและข้อปฏิบัติในการทำงานประการของกระทรวงสาธารณสุขและ อบจ. ยังไม่มีความสอดคล้องกัน รวมถึงมีความกังวลใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรกองสาธารณสุขของ อบจ.

ประการที่สอง อาจเกิดอุปสรรคขึ้นในการประสานงานระหว่าง รพ.สต. ที่อยู่ภายใต้ อบจ. กับโรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงอาจเกิดอุปสรรคในการจัดลำดับความสำคัญในการงานของ อสม. ซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้าในชุมชน เนื่องจาก อสม. เป็นกลไกของกระทรวงสาธารณสุขรับแนวทางปฏิบัติต่างๆ จากกระทรวงสาธารณสุข แต่ต้องทำงานร่วมกับ รพ.สต. ซึ่งสังกัด อบจ. ดังนั้นบางครั้งนโยบายในการทำงานแตกต่างกัน ทำให้เกิดความยุ่งยากในการทำงาน

ประการที่สาม การถ่ายโอน รพ.สต. ให้กับ อสม. ไม่ได้มีกระบวนการเตรียมความพร้อมให้กับ อบจ. อย่างเพียงพอทำให้เกิดความกังวลใจเกี่ยวกับความยั่งยืนในการสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือในการกำกับดูแลและสนับสนุนการทำงานของ อสม. ในระยะยาว

สรุปได้ว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการให้บริการของ รพ.สต. ในช่วงหลังการถ่ายโอนมีคุณภาพดีขึ้น แต่ยังมีส่วนน้อย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่ม อสม.) ยังมีความกังวลว่า หลังการถ่ายโอนสถานภาพของตนแย่ลง

2.2 พฤติกรรมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง

การศึกษาประเด็นนี้ ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่ม จำนวน 1,744 คน จาก รพ.สต. ละ 55 ตัวอย่าง โดยได้เชิญกลุ่มตัวอย่างมารับการอธิบายร่วมกันในห้องประชุม รพ.สต. แล้วให้แต่ละคนตอบเป็นรายบุคคล สำหรับหัวข้อรายการพฤติกรรมมีจำนวน 10 ข้อ ผลการศึกษาได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประชาชนในด้านพฤติกรรมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง

n = 1,744

พฤติกรรมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ ไม่สนใจ	ไม่แน่ใจ	ไม่มีความ เห็น
1) การระมัดระวังในการดำรงชีวิตประจำวันเรื่องสุขาภิบาลและ ความสะอาดทั้งในครัวเรือนและในที่สาธารณะ	1,677 (96.20%)	19 (1.00%)	48 (2.80%)	0 (0.00%)
2) นิยมการบริโภคและอุปโภคน้ำสะอาด และอาหารที่มีผลดีต่อ สุขภาพและพยายามหลีกเลี่ยงอาหารและน้ำที่อาจส่งผลเสีย ต่อสุขภาพ	1,682 (96.40%)	23 (1.30%)	39 (2.20%)	0 (0.00%)
3) นิยมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีโอกาส	1,467 (84.10%)	131 (7.50%)	146 (8.40%)	0 (0.00%)
4) ให้ความสำคัญสูงต่อการได้รับวัคซีนป้องกันโรค ตามที่ สาธารณสุขแนะนำ	1,671 (95.80%)	23 (1.30%)	50 (2.90%)	0 (0.00%)
5) ครอบครัวท่านสามารถปฏิบัติตนด้านอนามัย แม่และเด็กได้ถูกต้อง	1,587 (91.00%)	45 (2.60%)	112 (6.40%)	0 (0.00%)
6) ครอบครัวท่านสามารถปฏิบัติตนในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้ด้วยตนเอง	1,616 (92.70%)	50 (2.90%)	78 (4.50%)	0 (0.00%)
7) ครอบครัวท่านมียาและเวชภัณฑ์สามัญประจำบ้านไว้พร้อม	1,540 (88.30%)	130 (7.50%)	74 (4.20%)	0 (0.00%)
8) ครอบครัวท่านมีความสามารถในการดูแลสุขภาพฟันและ ช่องปากได้อย่างถูกต้อง	1,502 (86.10%)	83 (4.80%)	159 (9.10%)	0 (0.00%)
9) ครอบครัวท่านสามารถในการดูแลสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง	1,490 (85.40%)	69 (4.00%)	185 (10.60%)	0 (0.00%)
10) ท่านและสมาชิกครอบครัวไม่เสพติด การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เป็นประจำ	1,256 (72.00%)	331 (19.00%)	157 (9.00%)	0 (0.00%)
เฉลี่ยรวม	1,549 (88.80%)	90 (5.19%)	105 (6.01%)	0 (0.00%)

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่า คำตอบของประชาชน ต่อพฤติกรรมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้ง 10 กิจกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ตอบว่า “ปฏิบัติ” โดยมี ค่าเฉลี่ยร้อยละ 88.80 โดยช่วงพิสัยที่ตอบว่า ปฏิบัติ อยู่ระหว่างร้อยละ 72.00-96.40 ช่วงพิสัยที่ตอบว่า ไม่ปฏิบัติ ไม่สนใจอยู่ระหว่างร้อยละ 1.00-19.00 และช่วงพิสัยที่ตอบว่า ไม่แน่ใจอยู่ระหว่าง 2.20-10.60

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กิจกรรมที่มีการปฏิบัติ มากที่สุดคือ 2) นิยมการบริโภคและอุปโภคน้ำสะอาด และ อาหารที่มีผลดีต่อสุขภาพ และพยายามหลีกเลี่ยงอาหาร และน้ำที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 96.40 รองลงมาคือ 1) การระมัดระวังในการดำรงชีวิตประจำวัน เรื่องสุขภาพ และความสะดวกทั้งในครัวเรือนและในที่ สาธารณะ 4) การให้ความสำคัญสูงต่อการได้รับวัคซีน

ป้องกันโรค ตามที่สาธารณสุขแนะนำ 5) ครอบครัวท่าน สามารถปฏิบัติตนด้านอนามัยแม่และเด็กได้ถูกต้อง 6) ครอบครัวท่านสามารถปฏิบัติตนในการรักษาพยาบาล เบื้องต้นได้ด้วยตนเอง มีค่าร้อยละระหว่าง 91.00 ถึง 96.20 และกิจกรรมที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุดและไม่ค่อย ปฏิบัติเลย คือ 10) ท่านและสมาชิกครอบครัวไม่เสพติด การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 72.00

โดยสรุปภาพรวมประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมใน การดูแลสุขภาพตนเอง ทั้ง 10 กิจกรรม

2.3 ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อคุณภาพ การให้บริการของ รพ.สต.

จากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 32 รพ.สต.ๆ ละ 55 คน เป็นจำนวนทั้งสิ้น 1,744 คน ปรากฏผลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของประชาชนต่อการเชื่อมั่นการให้บริการของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอน

n = 1,744

ความเชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอน	จำนวนที่ตอบ	เฉลี่ยร้อยละ
1) ด้านความปลอดภัยในการบริการ	1,744	91.85
2) ด้านขีดความสามารถในการรักษาโรคต่างๆ ที่ผู้ป่วยมาขอรับบริการ	1,744	89.97
3) ด้านเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์	1,744	86.68
4) ด้านการเอาใจใส่รับผิดชอบต่อผู้ป่วย	1,744	93.12
5) อื่นๆ (ระบุ)	601	91.03

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า ประชาชน มากกว่าร้อยละ 90 ยังคงมีความเชื่อมั่นต่อคุณภาพ การให้บริการของ รพ.สต. ทั้งในด้านความปลอดภัยใน การให้บริการ ขีดความสามารถในการรักษาโรคต่างๆ เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ และความเอาใจใส่รับผิดชอบ

ต่อผู้ป่วย โดยประเด็นที่ประชาชนมีความเชื่อมั่นสูงสุด คือ ความเอาใจใส่รับผิดชอบต่อผู้ป่วย รองลงมา คือ ความปลอดภัย ในการบริการ ส่วนประเด็นที่ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่ำกว่า ประเด็นอื่นๆ คือเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์

เหตุผลสำคัญที่ประชาชนยังคงมีความเชื่อมั่นต่อการให้บริการของ รพ.สต. ในระดับสูง บุคลากรทางการแพทย์มีความรับผิดชอบในการบริการ มีการให้ความรู้มีการให้คำแนะนำที่ดี บริการรวดเร็ว เป็นกันเอง ให้ความช่วยเหลือประชาชนอย่างเต็มที่ด้วยความใส่ใจและจริงใจ ตลอดจนมีการวางแผนและการบริหารจัดการที่ดี และเป็นองค์กรที่เป็นที่พึ่งพาด้านสุขภาพของประชาชนในชนบทมาอย่างยาวนาน

สรุปได้ว่า หลังการถ่ายโอนมายัง อบจ. ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงมีความเชื่อมั่นในบริการของ รพ.สต. ทั้งทางด้านความปลอดภัย อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์เอาใจใส่ต่อการให้บริการ เอาใจใส่รับผิดชอบต่อผู้ป่วย 2.4 การเข้าถึงและความเท่าเทียม/เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

2.4 การเข้าถึงและความเท่าเทียม/เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

ตารางที่ 5 ร้อยละของประชากรต่อการเข้าถึงและความเป็นธรรม/เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ

n = 1,744

ทัศนะประชาชนต่อการเข้าถึงบริการและ ความเป็นธรรม/เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1) อัตราค่าบริการที่ต้องจ่ายเป็นค่าบริการก่อให้เกิดอุปสรรคในการขอรับบริการ หรือไม่	292 (16.70%)	1,347 (77.20%)	105 (6.00%)
2) ที่ตั้งของ รพ.สต. ก่อให้เกิดอุปสรรคในการเข้าถึง บริการหรือไม่	187 (10.70%)	1,517 (87.00%)	40 (2.30%)
3) สมรรถนะในการรักษาโรคของ รพ.สต. ก่อให้เกิดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการหรือไม่	185 (10.60%)	1,501 (86.10%)	58 (3.30%)
4) เวลาในการทำงานของ รพ.สต. ก่อให้เกิดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการหรือไม่	214 (12.30%)	1,491 (85.50%)	39 (2.20%)
5) ศาสนา/วัฒนธรรม/ประเพณี ก่อให้เกิดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ หรือไม่	130 (7.50%)	1,596 (91.50%)	18 (1.00%)
เฉลี่ยรวม	202 (11.58%)	1,490 (85.46%)	52 (2.96%)

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ใช้บริการของ รพ.สต. มากกว่าร้อยละ 80 สะท้อนว่าการให้บริการของ รพ.สต. ในปัจจุบันเอื้อให้เกิดความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ทั้งในมิติค่าบริการที่ต้องจ่าย สถานที่ตั้งที่อยู่ในชุมชน ความเอาใจใส่ ช่วงเวลาในการ

ทำงานของ รพ.สต. รวมถึงการไม่เลือกที่รักมักที่ชัง (No Room for Discriminations) ในการให้บริการ โดยประเด็นที่เอื้อต่อสร้างความเท่าเทียมและเป็นธรรมมากที่สุด คือ การไม่เลือกที่รักมักที่ชังในการให้บริการด้านสุขภาพ รองลงมา คือ ที่ตั้งของ รพ.สต. ที่สะดวกต่อการ

เข้าถึงของประชาชน ส่วนประเด็นที่อาจทำให้ประชาชนบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการของ รพ.สต. อยู่บ้าง คือขีดความสามารถในการรักษาโรคบางโรค ที่ต้องนำส่งโรงพยาบาลเหนือขึ้นไป รวมทั้งความไม่พร้อมในด้านรถฉุกเฉิน

สรุปได้ว่า หลังการถ่ายโอนมายัง อบจ. พบว่าประชาชนส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นว่าเกิดความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ทั้งในมิติ

ค่าบริการที่ต้องจ่าย สถานที่ตั้งที่อยู่ในชุมชน ความเอาใจใส่ ช่วงเวลาในการทำงานของ รพ.สต. รวมถึงการไม่เลือกที่รักมักที่ชังในการให้บริการ

2.5 เจตนารมณ์ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสังคม

จากผลการศึกษาในประเด็นนี้ ผลการศึกษาปรากฏดังตาราง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของประชาชนในด้านเจตนารมณ์ในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสังคม

n = 1,744

เจตนารมณ์ในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสังคมของท่านเป็นอย่างไร	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่มีความเห็น
1) ท่านยินดีอย่างยิ่งในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการปกป้องดูแลสุขภาพของสังคมส่วนรวม	1,673 (95.90%)	23 (1.30%)	48 (2.80%)	0 (0%)
2) ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้มีส่วนร่วมกับสังคม หรือชุมชนในกิจกรรมสุขภาพมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง	1,652 (94.70%)	62 (3.60%)	30 (1.70%)	0 (0%)
3) ท่านเป็นผู้ที่พร้อมเสมอที่จะให้ความร่วมมือและสนับสนุนกิจกรรมของ รพ.สต.	1,677 (96.20%)	21 (1.20%)	46 (2.60%)	0 (0%)
4) ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของ รพ.สต. มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง	1,677 (96.20%)	42 (2.40%)	25 (1.40%)	0 (0%)
เฉลี่ยรวม	1,670 (95.75%)	37 (2.13%)	37 (2.13%)	0 (0%)

จากตารางที่ 6 จะเห็นได้ว่า เจตนารมณ์ของประชาชนในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสังคมจากข้อคำถามทั้ง 4 ข้อ พบว่า ส่วนใหญ่ตอบว่า “ใช่” โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 95.75 ส่วนที่ตอบว่า “ไม่ใช่” หรือไม่ให้ความสนใจต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสังคมมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 2.13

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ 3) เป็นผู้ที่พร้อมเสมอที่จะให้ความร่วมมือและสนับสนุนกิจกรรมของ รพ.สต. และ 4) ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของ รพ.สต. มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง มีค่าร้อยละ 96.20 รองลงมาคือ 1) ยินดีอย่างยิ่งในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการปกป้องดูแลสุขภาพของสังคมส่วนรวม คิดเป็นร้อยละ 95.90 และ

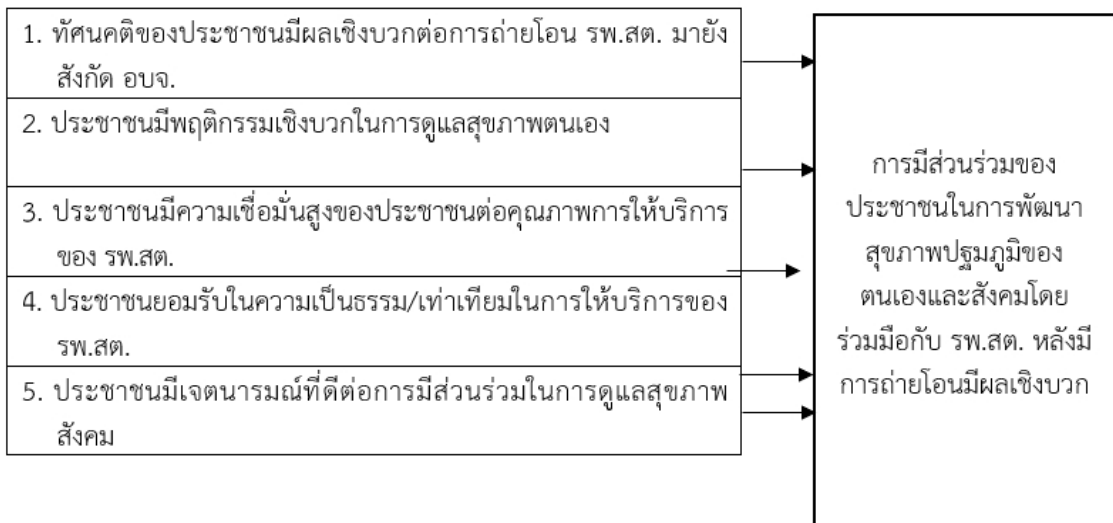
ลำดับสุดท้ายคือ 2) ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้มีส่วนร่วมกับสังคม หรือชุมชนในกิจกรรมสุขภาพมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 94.70

โดยสรุป ในภาพรวมประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสังคม

3. สรุปภาพรวมของผลการค้นพบ

จากกรอบแนวคิดการวิจัยที่ได้แสดงไว้ในแผนภาพที่ 4 สรุปได้ว่า ปัจจัยเหตุทั้ง 5 ปรากฏผลเชิงบวก ดังนั้นจึงย่อมอนุมานได้ว่า ปัจจัยผล (หรือตัวแปรตาม) ก็ควรส่งผลในทางบวกด้วยดังภาพ

แผนภาพที่ 5 สรุปผลการค้นพบ



จากแผนภาพข้างต้น เนื่องจากปัจจัยเหตุทั้ง 5 ปัจจัยที่ศึกษามีอิทธิพลเชิงบวกต่อตัวแปรผล คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิทั้งของตนเองและสังคม โดยร่วมมือกับ รพ.สต. หลังการถ่ายโอน ดังนั้นแนวโน้มของตัวแปรก็ย่อมมีผลการเปลี่ยนแปลงในการบวกด้วย นั่นหมายความว่า หากรัฐสามารถขับเคลื่อนให้ รพ.สต. มีขีดความสามารถสูงในการเหนี่ยวนำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสร้างสุขภาพตนเองและสังคม ก็ย่อมทำให้นโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิของชาติ มีโอกาสประสบความสำเร็จได้สูง

อภิปรายผล

ในการอภิปรายผลการวิจัย คณะวิจัยได้นำข้อค้นพบมาอภิปรายขยายประเด็น เพื่อให้เห็นภาพทั้งเชิงกว้างและเชิงลึกมากขึ้น ทั้งนี้จะเน้นไปที่ผลการค้นพบ 6 ประการดังต่อไปนี้

1. ผลแห่งการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. ประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่าทำให้บริการดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการถ่ายโอน

ต่อประเด็นนี้ผลการวิจัยพบว่า หลังการถ่ายโอนประชาชนส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจในบริการของตนสูงขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากเหตุผลหลายประการดังได้กล่าวมาแล้ว ผลการวิจัยประเด็นนี้เป็นการสนับสนุนทฤษฎีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นที่อธิบายว่า การกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น ซึ่งท้องถิ่นมีจิตวิญญาณต่อการตอบสนองทุกข์สุขของประชาชนมากกว่าส่วนกลาง ดังนั้นหลังจาก อบจ. ได้รับโอน รพ.สต. ไปแล้ว ก็ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญในการส่งมอบบริการที่มีคุณภาพ เข้าถึง และให้ความสำคัญต่อความพึงพอใจของประชาชนเป็นที่ตั้ง จึงส่งผลต่อเนื่องไปถึงความใกล้ชิดระหว่างท้องถิ่น รพ.สต. และประชาชนในพื้นที่สูงขึ้นด้วย สถานการณ์ดังกล่าวจึงย่อมส่งผลทางบวกให้แก่การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของรัฐในอนาคตด้วย

2. ผลแห่งการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนให้เข้มแข็งมากขึ้น

โดยภารกิจหลักของ รพ.สต. มีหน้าที่ในการส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีในหมู่ประชาชน ในกรณีนี้ รพ.สต. ได้จัดกิจกรรมหลายกิจกรรมเพื่อให้ประชาชนเกิดการตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การจัดกิจกรรมสุขศึกษาในลักษณะต่างๆ เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการรณรงค์ การเยี่ยมบ้าน และการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองในสถานบริการ

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติตามเป็นประจำในการระวังดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวอยู่แล้ว และภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. มีงบประมาณมากขึ้น ควบคู่ไปกับเป็นนโยบายของ อบจ. ที่ต้องการให้บุคลากรของ รพ.สต. ได้ออกพื้นที่พบปะประชาชนเพื่อกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น ดังนั้นย่อมอนุมานได้ว่า

หลังการถ่ายโอน การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และสังคมจะสูงขึ้นกว่าก่อนการถ่ายโอน

3. ผลการถ่ายโอน ทำให้ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อคุณภาพการบริการของ รพ.สต. เพิ่มขึ้น

คุณภาพบริการของ รพ.สต. พิจารณาได้จากเกณฑ์ 4 ข้อ คือ (1) ความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยในบริการ (2) ความเชื่อมั่นในขีดความสามารถในการรักษาโรคให้หายป่วย รวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ (3) ความเชื่อมั่นในด้านเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ และ (4) ความเชื่อมั่นในการเอาใจใส่ดูแล/รับผิดชอบต่อผู้ป่วย

ผลของการถ่ายโอน ทำให้ รพ.สต. ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้เข้มแข็งขึ้นได้ดังกล่าวมาแล้ว ดังนั้นจึงอนุมานได้ว่า ความเชื่อมั่นที่ประชาชนมีต่อ รพ.สต. จะสูงขึ้นด้วย นั่นย่อมหมายถึงความยินยอมร่วมมือต่อการทำงานเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนและสังคมในพื้นที่ ย่อมจะเกิดผลดีตามมาด้วย

4. ผลการถ่ายโอน ทำให้การเข้าถึงเป็นธรรมและเท่าเทียมในบริการของ รพ.สต. ส่งผลดีขึ้น

การเข้าถึงบริการ เป็นธรรมและความเท่าเทียมในการให้บริการประชาชน โดยเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกจาก (1) ที่ตั้งของหน่วยบริการ (2) ราคาบริการ (3) ขีดความสามารถของผู้ให้บริการ (4) เวลาในการให้บริการ และ (5) การไม่กีดกันทางบริการ ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาเหล่านี้ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.46) เห็นว่าไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของตนเอง ดังนั้นจึงถือได้ว่า ผลการดำเนินการของ รพ.สต. สามารถบรรลุเป้าหมายสำคัญประการนี้ได้อยู่แล้ว

อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาพบว่า เกณฑ์เป้าหมายข้างต้นส่งผลได้สูงกว่าก่อนการถ่ายโอน เนื่องจากหลังการถ่ายโอน รพ.สต. มีงบประมาณมากขึ้น อบจ. มีนโยบายให้ขยายเวลาทำงานนอกเวลาราชการมากขึ้น ส่วนราคาค่าบริการประชาชนก็มีบัตรทองรองรับอยู่แล้ว ดังนั้นหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ส่วนใหญ่จึงสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเกณฑ์ข้างต้นได้มากขึ้น ซึ่งย่อมเป็นผลดีต่อการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและสังคม ตามเป้าหมายของระบบสุขภาพปฐมภูมิของชาติ

5. ผลการถ่ายโอน ทำให้เจตนาธรรมของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและสังคมดีขึ้น

เป้าหมายสำคัญสูงสุดของระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ การสร้างเจตนาธรรมให้เกิดขึ้นในหมู่ประชาชนและสังคม เพื่อให้เกิดความตื่นตัว มุ่งมั่นต่อการดูแลสุขภาพตนเองและสังคม สำหรับกรณีประเทศไทยได้มอบหมายให้ รพ.สต. และ อสม. เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนเรื่องนี้

ผลการศึกษาพบว่า หลังการถ่ายโอน ประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.75) มีเจตนาธรรมร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและสังคมอยู่แล้ว ประกอบกับหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ได้กระตุ้นให้เห็นความสำคัญมากขึ้น ดังนั้นคาดว่าหากในอนาคต รพ.สต. มีกิจกรรมด้านนี้มากขึ้น ประชาชนก็พร้อมที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติให้มีความเข้มแข็งสูงขึ้น

6. ผลการถ่ายโอน ทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิของตนเองและสังคมดีขึ้น

โดยเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ การสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในสังคม โดย

สังคมตื่นรู้ถึงความสำคัญและเกิดพลังงูใจภายในในการดูแลสุขภาพให้ปลอดจากโรค อันเป็นการปฏิรูปแนวคิดทางด้านสาธารณสุขจากเดิมที่ละเลยการสร้างสุขภาพ แต่เน้นการรักษาพยาบาลเมื่อป่วยไข้ไปเป็นการเน้นการสร้างสุขภาพสังคมเพื่อลดภาวะการเจ็บป่วยให้เบาบางลง

แนวคิดใหม่นี้จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากสังคมอย่างเข้มแข็งจึงจะสำเร็จได้ ดังนั้นการเร่งเร้าจิตสำนึกให้สังคมเห็นความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้ระบบสุขภาพปฐมภูมิถูกคิดค้นขึ้นเพื่อเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนเรื่องนี้เป็นเฉพาะ โดยกรณีประเทศไทยได้ใช้กลไก รพ.สต. และ อสม. เป็นหัวหอกหรือทัพหน้าในการขับเคลื่อนในเรื่องนี้

จากผลการวิจัยพบว่า หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ได้มีบทบาทเพิ่มขึ้นในการแสวงหาความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่ ซึ่งประชาชนได้ให้การตอบรับโดยให้ความร่วมมือ และเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของ รพ.สต. มากขึ้น ดังรายละเอียดได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า นโยบายการกระจายอำนาจโดยการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดยัง อบจ. ทำให้เกิดผลในทางบวกต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปผลการวิจัยและเสนอแนะ

1. สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการบริการของ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนไปสู่ อบจ. เพื่อศึกษาว่าหลังการถ่ายโอนไปสู่ อบจ. แล้ว (1) การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการบริการและ

การดำเนินการต่างๆ ของ รพ.สต. เปลี่ยนแปลงไปจาก ก่อนการถ่ายโอนหรือไม่ (2) หลังการถ่ายโอน แนวโน้ม ของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และสังคม เป็นอย่างไร

ผลการศึกษาพบว่า หลังการถ่ายโอน (1) การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อบริการต่างๆ ของ รพ.สต. ดีขึ้น กว่าเดิม ทั้งในด้านทัศนคติต่อบริการ พฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อมั่นในบริการ การเข้าถึงและความเป็นธรรมใน บริการ รวมทั้งการมีเจตนาสมัครใจต่อการมีส่วนร่วมในการ ดูแลสุขภาพสังคมก็สูงขึ้นด้วย (2) หลังการถ่ายโอน แนวโน้ม ของการมีส่วนร่วมในความร่วมมือกับ รพ.สต. ในการ พัฒนาสุขภาพปฐมภูมิของสังคมมีทิศทางสูงขึ้น

จากผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การกระจาย อำนาจโดยการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. เป็นนโยบาย ที่เกิดผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพประชาชน ดังนั้นรัฐบาล ควรดำเนินนโยบายนี้ต่อไปให้เข้มแข็ง

2. ข้อเสนอแนะ

2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นแนวโน้มที่ดี ในการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการ ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และสังคม อันเป็นหลักการ สำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนั้นเพื่อใช้โอกาสและ จุดแข็งของนโยบายนี้ให้เกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น รัฐบาลควร พิจารณาการดำเนินการเชิงนโยบาย ดังนี้

ประการแรก ควรทำการกระจายอำนาจโดยการ ถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. ให้เข้มแข็งและกว้างขวางยิ่งขึ้น โดยควรเชื่อมั่นด้วยว่า หาก รพ.สต. ไปสังกัดกับองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ย่อมจะก่อให้เกิดผลดีในการตอบสนอง

ความต้องการของประชาชนดีขึ้น เนื่องจากท้องถิ่นและ ประชาชนมีความใกล้ชิดเป็นเนื้อเดียวกัน มีพันธผูกพัน ในการตอบสนองความต้องการซึ่งกันและกันสูงกว่า ส่วนกลาง

ประการที่สอง หลังการถ่ายโอน รัฐจำเป็นต้อง บูรณาการภารกิจสุขภาพปฐมภูมิ ระหว่างกระทรวง สาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และท้องถิ่น ให้มีเอกภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขยังคงมีอำนาจตามกฎหมาย อันสมบูรณ์ในการขับเคลื่อนนโยบาย กำกับดูแลสุขภาพ ปฐมภูมิของชาติ รวมทั้งต้องมีบทบาทในการสนับสนุนในทาง วิชาการต่อท้องถิ่นในลักษณะไร้รอยต่อ ส่วนท้องถิ่นควรมี บทบาทหลักในฐานะผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อขับเคลื่อน ให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชนให้สำเร็จ

ในการนี้ ควรพิจารณาปรับปรุง พ.ร.บ. ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ.2562 ให้เป็นกฎหมายหลักในการขับเคลื่อน เรื่องนี้

ประการที่สาม การสร้างสุขภาพประชาชนและ สังคมให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองให้เข้มแข็งได้นั้น รัฐ จำเป็นต้องยกระดับเจตนาสมัครใจ ความรู้ความเข้าใจ และ สร้างขีดความสามารถในการดูแลตนเองให้เข้มแข็ง ในการ นี้รัฐจำเป็นต้องเพิ่มพลังอำนาจ (empowerment) ในการ ดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนและสังคมดังกล่าว ให้เข้มแข็ง

จากผลการศึกษาพบว่า รพ.สต. และประชาชนมี ความพร้อมสูงในการมีส่วนร่วม ดังนั้นจึงถือเป็นโอกาสที่ ดีที่รัฐควรใช้โอกาสนี้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ประการที่สี่ รัฐควรให้ความสำคัญต่่อนโยบาย สุขภาพปฐมภูมิให้สูงขึ้น เพราะนโยบายมีจุดมุ่งหมายใน

การสร้างสุขภาพของชาติให้ได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม และ
ยั่งยืน หากนโยบายนี้ได้รับการขับเคลื่อนอย่างจริงจัง
จนถึงระดับประชาชนและสังคม สามารถดูแลสุขภาพ
ตนเองได้ ก็จะสามารถลดความทุกข์ยากของประชาชนได้
เป็นอันมาก รวมไปถึงสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษา
พยาบาลของรัฐได้เป็นอย่างมากอีกด้วย

2.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อเนื่อง

เพื่อให้สามารถสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพของ
บริการสุขภาพของ รพ.สต. และประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
ได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น อาจนำประเด็นที่ค้นพบภายใต้
การวิจัยนี้ไปขยายผลในการติดตามและประเมินผลที่
มุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน

ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขภาพที่
เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป โดยมีการกำหนดค่าฐาน (Baseline)
หรือค่าอ้างอิง (Reference point) เพื่อเปรียบเทียบระดับการ
มีสุขภาพที่ดีของประชาชนในแต่ละช่วงเวลา อาทิ นำผล
การประเมินระดับสุขภาพของประชาชนในช่วงปี 2567
เปรียบเทียบกับผลการประเมินระดับสุขภาพของ
ประชาชนในช่วงปี 2566 ที่เพิ่งเริ่มมีการถ่ายโอน และอาจมี
การจัดทำดัชนีสุขภาพของประชาชนโดยมีการติดตาม
ประเมิน และรายงานผลเป็นประจำทุกปี และอาจมีการ
จัดอันดับเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2566). *การถ่ายโอน รพ.สต. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*. สืบค้นจาก <https://hsiu.hsri.or.th/>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2563). *แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)*. สมุทรสาคร: บริษัท บอรัณ พู ปี พัลลิ่งซิง จำกัด.
- สุพรรณิ ไชยอำพร. (2529). แนวคิดความคิดทางทฤษฎี และการวัดความพยายามพึ่งตนเองระดับบุคคล. *วารสารพัฒนบริหารศาสตร์*, 26(4), 500-525.
- อุดม ทุมโฆสิต. (2550). *การปกครองท้องถิ่นสมัยใหม่ : บทเรียนจากประเทศที่พัฒนาแล้ว*. กรุงเทพฯ: แชน โพร์ พรินติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation*. New York: Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.
- Cornwall, A. (2006). Historical Perspectives on Participation in Development. *Commonwealth and Comparative Politics*, 44(1), 62-83. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/14662040600624460>
- Cunill, N. (1991). *Participacion Ciudadana: Dilemas y Perspectivas Para la Democratizacione de los Estados Latinoamericanos*. Caracas: Centro Latinoamericano Para el Desarrollo (CLAD).
- Galtung, J. (1980). Self- Reliance. Concept, Practice and Rationale. In Johan Galtung et al. (Eds), *Self- Reliance: A strategy for Development* (pp. 19-45). London: Regle-L' Ourertute.
- Gaventa, J., & Valderrama, C. (1999). *Participation, Citizenship and Local Governance*. Background Paper for Workshop: Strengthening Participation in Local Governance', mimeo, IDS, Brighton, 21-24 June 1998. Retrieved from www.ids.ac.uk/particip
- Li, M. (2015). Governance of Citizen Participation and its Related Concepts: A Review of Literature. *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, 61, 99-104. Retrieved from <https://doi.org/10.18052/www.scipress.com/ILSHS.61.99>
- Ministry of the Interior and Kingdom Relations, Government of Netherlands. (2022). *Active Citizens*. Retrieved from <https://www.government.nl/topics/active-citizens/citizen-participation>

- OECD/World Bank. (2016). *Integrating Human Rights into Development: Donor Approaches, Experiences and Challenges*. Retrieved from https://www.oecd.org/dac/accountable-effective-institutions/Integrating_Human_Rights_document_web%20no%20cover.pdf
- OECD. (2020). *Innovative Citizen Participation and New Democratic Institutions: Catching the Deliberative Wave*. Retrieved from <https://www.oecd.org/gov/open-government/innovative-citizen-participation-new-democratic-institutions-catching-the-deliberative-wave-highlights.pdf>
- Parry, G., Moyer, G. & Day, N. (1992). *Political Participation and Democracy in Britain*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Plunkett, W. R., & Attner, R. F. (1994). *Introduction to Management*. Belmont: Wadsworth.
- Richardson, A. (1983). *Participation*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Seers, D. (1969). *The Meaning of Development*. IDS Communication 44. Brighton: Institute of Development Studies.
- Stewart, E. (2013). What is the Point of Citizen Participation in Health Care?. *Journal of Health Services Research and Policy*, 18(2), 124-126. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1355819613485670>
- Stiefel, M., & Wolfe, M. (1994). *A Voice for the Excluded: Popular Participation in Development: Utopia or Necessity?*. London: Zed Books.
- The Hague Academy for Local Governance. (2017). *7 Conditions for Successful Citizen Participation*. Retrieved from <https://thehagueacademy.com/news/7-conditions-successful-inclusive-citizen-participation/>
- The Nordic Alternative Group. (1979). *Education for Self-Reliance*. New York: UNICEF.
- UN Library. (2023). *Meaningful Participation*. Retrieved from <https://www.un-ilibrary.org/>
- World Health Organization. (2019). *Participation as a Driver of Health Equity*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (1994). *Declaration for Occupational Health for All*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59518/WHO_CH_94.1.pdf