

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดไว้ว่าคนไทยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสมีสิทธิที่จะรับบริการทางการแพทย์โดยไม่คิดมูลค่าที่จัดโดยรัฐอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนซึ่งเป็นการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนคนไทยทุกคน รวมทั้งมาตรา 82 ที่กำหนดให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้กับประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพทั่วถึง ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้ประชาชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในหลายรูปแบบทั้งในส่วนการเป็นผู้เข้ารับบริการ การบริหารจัดการการตรวจสอบและการรับรองคุณภาพการบริการ โดยในมาตรา 13(3) มาตรา 18(18) มาตรา 47 และมาตรา 48(4) กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ดำเนินงานโดยไม่แสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและเป็นความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น โดยการส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคลในพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2550 : 30)

จากคำประกาศอัลมา อตา ที่ประเทศภาคีองค์การอนามัยโลกรวมทั้งประเทศไทยได้ข้อตกลงร่วมกันที่จะใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์หลักในการบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปีพุทธศักราช 2543 ซึ่งนับว่าเป็นข้อเรียกร้องพื้นฐานของการสร้างความเป็นธรรมในสังคม หลังจากคำประกาศดังกล่าว ประเทศไทยได้พัฒนาสุขภาพของประชาชนภายใต้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานให้สอดคล้องกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อมและลักษณะปัญหาสุขภาพในสองทศวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลและองค์การพัฒนาเอกชน ได้ยอมรับการสาธารณสุขมูลฐานเป็นเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ในการใช้การสาธารณสุขมูลฐานร่วมกับการพัฒนาเศรษฐกิจ การศึกษาและ

เทคโนโลยีต่าง ๆ เป็นผลให้อัตราตายและอัตรารายของทารกลดลง โครงสร้างพื้นฐานทางด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น ประชาชนอ่านออกเขียนได้มากขึ้น (Literacy) รายได้เพิ่มมากขึ้น ปัญหาโภชนาการทำให้สุขภาพ และโอกาสของผู้หญิงก็ได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น การเกิดโรคติดต่อลดลง สามารถจัดไข้ทรพิษได้โดยสิ้นเชิง อัตราป่วยและอัตราตายของเด็กที่เกิดจากโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น หัด โปลิโอ คอตีบ ไอกรณ ได้ลดลงเป็นอันมาก เมื่อพิจารณาอายุขัยเฉลี่ยของประชากรก็มีแนวโน้มที่สูงขึ้น กล่าวคือ สูงขึ้นจากอายุ 46 ปี ในปี 2493 เป็นอายุ 65 ปี ในปี 2538 (ประสิทธิ์ ธีระพันธ์ และคณะ. 2544 : 11-12)

ในอดีตนับแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา จนถึงต้นรัชกาลที่ 3 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ คนไทยยังไม่รู้จักการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน เมื่อเจ็บป่วยก็รักษาพยาบาลกันไปแบบพื้นบ้าน โดยใช้ยาแผนโบราณ และความเชื่อถือดั้งเดิม โดยเฉพาะ โชคกลางและไสยศาสตร์ จนกระทั่งได้มีการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามา มีบทบาทสำคัญต่อการแพทย์และสาธารณสุขไทย โดยนายแพทย์ แคน บีชบริดจ์เลย์ ซึ่งเป็นนักเผยแพร่คริสต์ศาสนา ได้เป็นผู้เริ่มการป้องกันโรคติดต่อครั้งแรกในประเทศไทย โดยการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ และได้มีแพทย์ต่างชาติอีกหลายท่านที่เข้ามาให้บริการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน จึงทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันได้วิวัฒนาการเข้าไปแทนที่การแพทย์แผนโบราณทีละน้อย จนประชาชนไทยค่อยๆ เกิดความศรัทธาต่อการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น โดยมีวิวัฒนาการเรื่อยมา มีการจัดการด้านสุขภาพ โดยมีการแบ่งการบริหารงานราชการส่วนภูมิภาคเป็นระดับจังหวัด อำเภอและหน่วยย่อยที่สุดคือสถานีอนามัย โดยให้เป็นหน่วยบริการระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้าน มีหน้าที่จัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานแก่ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (ปานาบดี เอกะจัมปะกะ และคณะ. ม.ป.ป. : 9-18)

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ได้ส่งผลถึงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่เน้นการสร้างสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน ยึดหลักการที่ว่า “สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี” คือ สุขภาพดีเกิดจากการมีสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุข โดยถือว่าสุขภาพดีหรือสุขภาพทางกาย ทางใจ ทางสังคม ทางจิตวิญญาณ และปัญญาของทุกคนเป็นศีลธรรมขั้นพื้นฐานของสังคม การพัฒนาระบบสุขภาพต้องเน้นกลยุทธ์ในการสร้างความพอเพียงทางสุขภาพให้เกิดขึ้นในแต่ละระดับ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อการพัฒนาสุขภาพที่มีความมั่นคงและความสามารถสร้างความเจริญในระดับสูงขึ้นการตัดสินใจด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับจะต้องคิดอย่างรอบคอบ และให้เหมาะสมกับอัตรภาพ

ระบบสุขภาพต้องเน้นการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ไม่ก้าวกระโดดไปใช้เทคโนโลยีที่สูงเกินไปและควรพัฒนาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีที่มีพื้นฐานจากภูมิปัญญาไทยเพื่อสร้างความยั่งยืน และให้สามารถพึ่งตนเองได้มีการบูรณาการอย่างสมดุลระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และการคุ้มครองผู้บริโภค ในด้านสุขภาพ ระบบสุขภาพจะต้องเป็นระบบภูมิคุ้มกันที่ใช้หลักประกันและช่วยคุ้มครองสุขภาพของประชาชน จากผลกระทบทั้งจากภายนอก อันได้แก่ กระแสโลกาภิวัตน์ ทุนนิยมโลกและการค้าเสรี และจากผลกระทบภายใน ได้แก่ นโยบายและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคม ความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและภาวะความเจ็บป่วยโดยมีการนำวิชาการต่าง ๆ มาใช้อย่างรอบรู้และรอบคอบ และระบบสุขภาพจะต้องมีคุณธรรมและจริยธรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญ

การปกครองส่วนท้องถิ่นถือว่าเป็นรูปแบบการปกครองสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในสภาพสังคมไทยในปัจจุบัน อันจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นของการรวมศูนย์การปกครอง ดังนั้นการปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นการปกครองที่เปิดโอกาสให้ประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง เป็นผู้รับผิดชอบต่อการบริหารงานอย่างอิสระในเขตพื้นที่ มีอำนาจในการบริหารการเงินและการคลัง ตลอดจนกำหนดนโยบายของตนเองเพื่อประโยชน์ของประชาชนในแต่ละพื้นที่ได้อย่างแท้จริง แต่การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รัฐบาลกลางจะต้องมีการกระจายการปกครองให้แก่ส่วนท้องถิ่น เพื่อให้มีความเป็นอิสระจากรัฐบาลกลางในหลาย ๆ ด้าน อันจะเห็นได้ว่าการกระจายอำนาจเป็นหลักการสำคัญที่ถูกนำมาใช้ในการปกครองส่วนท้องถิ่นของไทย เป็นการจัดการความสัมพันธ์ทางอำนาจหน้าที่ใหม่ระหว่างส่วนกลางกับส่วนท้องถิ่นให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ของบ้านเมืองที่เปลี่ยนแปลงไป (รุ่งเรือง มาลาทอง, 2547 : 1) และการจัดการสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นมาตรการที่เกิดขึ้นภายใต้ต้นนโยบายสาธารณะที่มีความสำคัญยิ่งในอนาคต หมู่บ้านจัดการสุขภาพมีเป้าหมายสูงสุด คือ เป็นหมู่บ้านที่ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพตามคำขวัญที่ว่า “แม้เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพของพวกเราตนเองได้” โดยคำขวัญนี้มีปรัชญาและฐานคิดอยู่เบื้องหลัง คือ หมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นทั้งเป้าหมายในการพัฒนา (Ultimate Goal) ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนพึ่งพากันเองได้ทางด้านสาธารณสุขและเป็นทั้งกระบวนการพัฒนา (Process) กล่าวคือ เป้าหมายสุดท้าย หรือสิ่งที่เราอยากเห็นหรืออยากให้เกิดขึ้น คือ ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน พึ่งพากันเองได้ทางด้านสาธารณสุข แต่การที่ประชาชนจะสามารถพึ่งพากันเองได้นั้น ต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาด้วย

กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเอง จนสามารถรู้จักตนเองเข้าใจตนเองและกำหนดอนาคตของชุมชนได้เอง จนเกิดเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ และการพึ่งพากันเอง ประชาชนจะสามารถจัดการกันเองหรือพึ่งพากันเองได้ ซึ่งการจัดการสุขภาพระดับตำบล หรือท้องถิ่น มีองค์ประกอบหลักที่สำคัญแบ่งออกเป็น 3 ส่วน กล่าวคือ ส่วนที่หนึ่งเรื่องของคน หมายถึง กลุ่มองค์กรภาคประชาชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเกษตรปลอดสารพิษ กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กลุ่มจักสาน กลุ่มกำนัน กลุ่มกรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มอื่นๆ อีกมาก รวมทั้งคนเก่ง คนดี กลุ่มคนเหล่านี้ถือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาหมู่บ้าน เป็นทุนทางสังคมที่มีคุณค่ายิ่งต่อการพัฒนาชุมชนของตนเอง แต่ถ้าเน้นเรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างน้อยจะต้องมีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานในหมู่บ้าน และลำพังเพียง อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน นั้นมีพลังยังไม่พอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องแสวงหาแนวร่วมในการดำเนินงานในหมู่บ้านเพิ่มเติม เพื่อเป็นกำลังหนุนเสริม ซึ่งก็คือกลุ่มองค์กรชุมชนที่มีอยู่แล้วในชุมชนมาช่วยกันคิด ช่วยกันทำ ส่วนที่สองเรื่องของทุนในที่นี้จะเน้นทุนที่เป็นตัวเงินในหมู่บ้าน / ชุมชนมีเงินทุนอยู่มากมาย ทั้งที่เป็นเงินทุนที่ชาวบ้านระดมหรือรวมหุ้นกันเอง เช่น กองทุนสัจจะออมทรัพย์ กองทุนฌาปนกิจ กองทุนยา กองทุนกลุ่มต่าง ๆ อีกหลายกลุ่ม และเงินทุนจากภายนอกที่ทางราชการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนมาให้ถึงหมู่บ้าน ได้แก่ กองทุนเงินล้าน กองทุนเอสเอ็มแอล กองทุนสุขภาพตำบล เป็นต้น และส่วนที่สามเป็นเรื่องความรู้ ความรู้ในที่นี้หมายถึงความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และรวมถึงความรู้ในการจัดการเพื่อจัดการสิ่งที่มีอยู่แล้วในชุมชนให้เกิดคุณค่าต่อการพัฒนาเพิ่มขึ้น วิถีปฏิบัติตามแผนภาพนี้ก็คือ ต้องจัดการให้ทั้งสามวงนี้มาบูรณาการกัน โดยการจัดการในรูปแบบไหนก็ได้ตามความเหมาะสมของแต่ละชุมชน เช่น การจัดเวทีการประชุม การทำประชาคม ให้แกนนำองค์กรกลุ่มต่าง ๆ ได้วิเคราะห์และเรียนรู้ถึงสิ่งดี ๆ และสิ่งที่เป็นปัญหาของชุมชนตนเอง จนเกิดความเข้าใจในวิถีชุมชนของตนเองว่า ชุมชนของตนเป็นอยู่อย่างไร แล้วร่วมกันหาช่องทางการพัฒนาและป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากทั้งภายใน และภายนอกชุมชนวิถีปฏิบัติของหมู่บ้านจัดการสุขภาพจึงไม่ต่างกับวิถีปฏิบัติตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2551)

ประกอบกับการมีพระราชบัญญัติกำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ในมาตรา 30 ระบุไว้ว่า รัฐดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ การให้บริการสาธารณะทั้งภารกิจที่ซ้ำซ้อน ภารกิจที่รัฐจัดบริการในเขตองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น และกระทบถึงการปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งภารกิจที่ดำเนินการตามนโยบายของรัฐภายในปี พ.ศ. 2546 ทั้งนี้งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นบริการสาธารณะ ที่กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 โดยได้ปรับเปลี่ยนงบประมาณที่ดำเนินการ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเป็นงบประมาณสำหรับหมู่บ้าน ๆ ละ 7,500 บาท ซึ่งเป็นการกระจายอำนาจจากรัฐลงสู่ประชาชน การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในปี พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ถ่ายโอนงานสาธารณสุขมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล และปีงบประมาณ พ.ศ. 2548 รัฐบาลได้ปรับงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานเป็นหมู่บ้านละ 10,000 บาท และจากการศึกษาทิศทาง การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในองค์กรบริหารส่วนตำบล พบว่าควรมีการพัฒนา ระบบการวางแผนงานด้านสาธารณสุข โดยการสร้างเครือข่ายการพัฒนางานสาธารณสุข ระหว่าง 3 ประสาน คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการพัฒนาสาธารณสุขจะต้องพยายามสร้างกระบวนการพัฒนา เพื่อให้ประชาชนได้มีโอกาสที่จะนำข้อมูลความคิดเห็น ความต้องการด้านสาธารณสุขเสนอไปยังองค์กรบริหารส่วนตำบลให้ได้ และสร้างสายสัมพันธ์ให้ใกล้ชิดระหว่างประชาชน กลุ่มต่าง ๆ การพัฒนาสาธารณสุขจึงจะประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้กระบวนการพัฒนาดังกล่าวมี ปัจจัยเอื้อที่สำคัญ คือ การเข้ามาขององค์กรภายนอก โดยองค์กรเหล่านี้เข้ามาทำงานกับชุมชน ในลักษณะเครือข่ายความร่วมมือและเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. 2547 : 308)

นอกจากนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังมีบทบาทและหน้าที่เกี่ยวข้องกับงานทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพอนามัยของประชาชนในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์สอดคล้องและเชื่อมโยงกับสถานอนามัย ซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขในระดับตำบลที่มีทั้งบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบซ้ำซ้อนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยสถานอนามัยมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งในและนอกสถานบริการอื่น ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพการควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วย ผู้พิการ รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขและการพัฒนาชุมชน ตลอดจนการวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นในงานสาธารณสุขจึงเห็นได้ว่าสถานอนามัยมีภารกิจด้านสุขภาพโดยตรงของพื้นที่รับผิดชอบ การดำเนินงานต้องมีการประสานงานให้สอดคล้องและส่งเสริมการดำเนินงาน

ด้านสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงจะสามารถร่วมแก้ปัญหาสาธารณสุขชุมชน
ได้บรรลุผล (กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 1)

งานด้านสุขภาพซึ่งเป็นงานที่ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านอยู่ในข่ายที่
ต้องมีการถ่ายโอนเช่นเดียวกัน โดยครอบคลุมถึงการสาธารณสุข การรักษาพยาบาลเบื้องต้น
การป้องกันโรคและการควบคุมโรคติดต่อ ทำให้หลังจากมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติ
กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พุทธศักราช
2542 แล้ว กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการศึกษา วิเคราะห์และเสนอรูปแบบการจัดการ
สุขภาพภายใต้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการประชุมระดมสมองและ
รับฟังความคิดเห็นจากชมรม ประชาคมด้านสุขภาพต่างๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จนในที่สุด
คณะกรรมการจัดทำแผนการกระจายอำนาจแห่งชาติ ได้ให้ความเห็นชอบและได้ข้อเสนอ
เบื้องต้นเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยให้กระจายอำนาจไปที่คณะกรรมการ
สุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งจะเป็นกลไกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่าง ๆ
มาร่วมกันดูแลและจัดการกับปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่และทำหน้าที่เตรียม
ความพร้อมให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่าง ๆ โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมของ
เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวง
สาธารณสุข (สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. 2544 : 22)

ปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่าแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในทุกระดับ ไม่ใช่ของใหม่
สำหรับสังคมไทย แต่อย่างไรก็ตามปัญหาที่พบในเวลานี้คือ ยังมีปัญหาในการบริหารงานอัน
อาจเกิดจากการขาดประสบการณ์ ความรู้ความเข้าใจในเชิงบทบาท ตลอดจนความพร้อม
ทั้งทางด้านบุคลากร งบประมาณ โดยเฉพาะในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามภารกิจที่มี
การถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากมองย้อนกลับไปจะเห็นว่าได้ผ่านช่วงของ
การดำเนินการของการกระจายอำนาจการปกครองส่วนท้องถิ่นในช่วงระยะเวลา 4 ปีแรกไป
แล้วหลายปี (2544-2547) แต่ความคืบหน้าในการดำเนินการทางด้านสาธารณสุขนั้น มีความ
คืบหน้าในการดำเนินการเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไม่มากนัก จากรายงานการ
ติดตามประเมินผลการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของกระทรวง
สาธารณสุข (2552 : 1-5) พบว่า คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น ให้ถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับรางวัลการบริหาร
จัดการที่ดีเด่น ในปี 2548 -2549 และเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ โดยที่บุคลากรมี
ความสมัครใจถ่ายโอน ทั้งจากการศึกษาข้อมูลในส่วนนี้ผู้วิจัย พบว่า แนวทางในการ

ดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นนั้นยังอยู่ในช่วงของการพิจารณาหารือระหว่างทางกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจการปกครองสู่ท้องถิ่น เพื่อหารูปแบบ แนวทางการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นว่าจะเป็นไปได้ในทิศทางใด นอกจากนั้นยังไม่มีผลการดำเนินการใด ๆ ที่จะเริ่มการถ่ายโอนงบประมาณ สถานบริการไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. เช่น การกำหนดเงื่อนไข มาตรฐานต่าง ๆ ในการถ่ายโอน เป็นต้น อีกทั้งการทดลองดำเนินการของ กสพ. ในบางจังหวัดที่ยุติลงไปในช่วงพุทธศักราช 2546-2547 และมีแนวโน้มสูงที่จะมีการแก้ไขพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พุทธศักราช 2542 เพื่อให้มีการขยายเวลาในการกระจายอำนาจออกไปอีก ดังนั้น จึงยังไม่มีสิ่งใดที่สามารถนำมาใช้เป็นเกณฑ์ชี้วัดความพร้อมอันเป็นมาตรฐานกลาง ซึ่งเป็นที่ยอมรับอันพึงซึ่งถึงความพร้อม และความไม่พร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสามารถรองรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขได้

การศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า ในภาพรวมเรื่องความพร้อมในการรองรับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น โดยเฉพาะงานด้านสาธารณสุขนั้น ยังมีสภาพที่ยังไม่ได้รับการเตรียมพร้อมต่อการดำเนินงานเท่าที่ควร ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางมีความคิดเห็นว่า ถึงแม้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ดี ส่งผลดีต่อการพัฒนาประชาชน ทำให้ได้รับผลประโยชน์เพิ่มขึ้น และการแก้ปัญหาจะตรงกับความต้องการของประชาชนมากขึ้น แต่ตัวองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ยังขาดความพร้อมที่จะรับภารกิจ ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ที่พบก็คือ การขาดบุคลากรที่มีความรู้ด้านสาธารณสุข กฎระเบียบไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนตำแหน่งในกรณีที่ต้องถ่ายโอน การขาดงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินการ ระเบียบการเบิกการจ่ายเงินไม่ชัดเจน ส่วนในด้านการจัดการยังขาดความชัดเจนของนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขตลอดจนการขาดการประสานงานกับหน่วยงานของรัฐทำให้การดำเนินงานซ้ำซ้อนกัน

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นองค์กรหนึ่งที่มีบทบาทมากในการสร้างสุขภาพและบทบาทดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะทวีความสำคัญขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากการกระจายอำนาจ ต้องดูแลในเรื่องทรัพยากร การบริหารจัดการ บริการสาธารณะ ในพื้นที่รับผิดชอบ โดยการประสานการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพชุมชนให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับประเด็น รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งนี้ก็ด้วยเหตุผลที่ว่า หัวใจสำคัญของการพัฒนางานด้านสุขภาพของประชาชนจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การพัฒนาอย่างมีรูปแบบที่เหมาะสม โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างเป็นระบบทุกขั้นตอนซึ่งมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล ซึ่งแนวคิดนี้ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาและดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ เช่น โครงการเมืองไทยแข็งแรง โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก โครงการอาหารปลอดภัย โครงการเมืองน่าอยู่ เป็นต้น (อมร นนทสูต. 2549 : 2) ภายใต้แนวคิดที่ว่างานด้านสาธารณสุขนั้นเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคน และคนก็นับได้ว่าเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาประเทศ และเมื่อคนกับงานด้านสาธารณสุขมีความเชื่อมโยงเกี่ยวพันกันอย่างแยกไม่ได้นี่เอง จึงทำให้การถ่ายโอนภารกิจทางด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นมาพร้อมกับคำถามของสังคมที่ว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสามารถจัดการสุขภาพของประชาชนในรูปแบบใด เป็นการเตรียมความพร้อมรองรับการกระจายอำนาจและถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายภาคหน้า เพื่อให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนสร้างความรู้ความเข้าใจ เป็นแนวทางในการจัดการสุขภาพประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึง รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผลการศึกษาก็จะสามารถเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาการดำเนินการจัดบริการด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งสามารถพัฒนาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพของชุมชนได้อย่างเหมาะสมและเท่าเทียมกัน

คำถามการวิจัย

การวิจัย เรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้นำมาสู่ประเด็นหลักของคำถามการวิจัยดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับใด

2. ปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด

3. รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด ควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการสุขภาพ การรับรู้บทบาทในการจัดการสุขภาพ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการบริหาร ปัจจัยด้านโครงสร้างและปัจจัยเกี่ยวกับกลไกของรัฐ มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ขอบเขตด้านพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล
2. ขอบเขตด้านเนื้อหา โดยจำแนกตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

2.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ 2) การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการสุขภาพ 3) การรับรู้บทบาทในการจัดการสุขภาพ 4) ปัจจัยด้านบุคคล 5) ปัจจัยด้านการบริหาร 6) ปัจจัยด้านโครงสร้าง และ 7) ปัจจัยเกี่ยวกับกลไกของรัฐ

2.2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตเนื้อหาของการวิจัยไว้จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมประเมินผล

3. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ประชากร

3.1.1 กลุ่มที่ 1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 202 แห่งๆละ 6 คน รวมเป็นจำนวน 1,212 คน

3.1.2 กลุ่มที่ 2 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพ จำนวน 13 คน

3.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1,212 คน จำแนกเป็น

3.2.1 กลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดร้อยเอ็ด จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 202 แห่ง จำนวน 1,212 คน และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan. (1970 : 608) จำนวน 133 แห่ง ซึ่งแต่ละแห่งมีจำนวนภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพแห่งละ 6 คน รวมเป็นจำนวน 798 คน

3.2.2 กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพ จำนวน 13 คน โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มที่ 1 เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพ จำนวน 4 คน จำแนกเป็น

- 1.1) เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1 คน
- 1.2) เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดร้อยเอ็ด

จำนวน 1 คน

- 1.3) เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1 คน
- 1.4) เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน

2) กลุ่มที่ 2 บุคลากรจากหน่วยงานปฏิบัติการคือ บุคลากรสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน จำแนกเป็น

- 2.1) นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน
- 2.2) ปลัดเทศบาลเมือง/ปลัดเทศบาลตำบล/ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน

จำนวน 1 คน

2.3) บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน

3) กลุ่มที่ 3 บุคลากรจากหน่วยงานที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติงานการจัดการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน จำแนกเป็น

- 3.1) ตัวแทนกำนัน จำนวน 1 คน
- 3.2) ตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน
- 3.2) ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 1 คน

4) กลุ่มที่ 4 ตัวแทนบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 คน จำแนกเป็น

- 4.1) ท้องถิ่นจังหวัดร้อยเอ็ด 1 คน
- 4.2) ท้องถิ่นอำเภอ 1 คน
- 4.3) ตัวแทนภาคประชาชน 1 คน

3.3 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

3.3.1 ตัวแปรอิสระ ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่

- 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ
- 2) การรับรู้ประโยชน์ของการจัดการสุขภาพ
- 3) การรับรู้บทบาทในการจัดการสุขภาพ
- 4) ด้านบุคคล
- 5) ด้านการบริหาร
- 6) ด้านโครงสร้าง และ
- 7) กลไกของรัฐ

3.1.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการ
สุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตเนื้อหา
ของการวิจัยไว้จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วม
ในการปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมประเมินผล

4. ขอบเขตด้านระยะเวลาในการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาในการศึกษา
ระหว่างเดือน มกราคม 2557 ถึง เดือน ตุลาคม 2557

นิยามศัพท์เฉพาะ

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด** หมายถึง สิ่งที่สนับสนุนและส่งผลให้การ
ดำเนินงานด้านจัดการสุขภาพระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจัยที่นำมาศึกษาครั้งนี้
ประกอบด้วย

1. ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยที่
เกี่ยวกับการรับรู้เรื่องของนโยบาย วิธีการดำเนินงาน ตัวชี้วัดในการดำเนินงาน กิจกรรม
การดำเนินงาน การประเมินผลการดำเนินงาน และกระบวนการดำเนินงานต่าง ๆ ด้าน
การจัดสุขภาพในท้องถิ่น

2. ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยที่
เกี่ยวกับการรับรู้ถึงผลที่ได้รับจากการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพว่า เกิดประโยชน์
แก่ประชาชน ชุมชนอย่างไรบ้าง

3. ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทการดำเนินงานการจัดการสุขภาพ หมายถึง ปัจจัย
ที่เกี่ยวกับการรับรู้ถึงหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพร่วมกับ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเรื่องเกี่ยวกับเรื่องของนโยบาย วิธีการดำเนินงาน ตัวชี้วัด
ในการดำเนินงาน กิจกรรมการดำเนินงาน การประเมินผลการดำเนินงาน และกระบวนการ
ดำเนินงานต่าง ๆ ด้านการจัดสุขภาพในท้องถิ่น

4. ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวกับการยอมรับศักดิ์ศรีความเท่าเทียม
กันของประชาชนมีความเชื่อและเคารพในตัวประชาชน การพร้อมที่จะเรียนรู้จาก
ประชาชน และให้โอกาสแก่ประชาชนในการแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในกิจกรรม
การพัฒนาในกิจกรรมด้านสุขภาพชุมชน และการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการ
การดำเนินงานการจัดการสุขภาพทุกชั้นตอนอย่างเหมาะสม รวมถึงการให้โอกาสแก่ผู้นำชุมชน

และบุคคลที่มีความคิดริเริ่ม โดยใช้หลักการกระตุ้นให้ประชาชนให้เกิดการพัฒนาภาวะผู้นำอย่างเต็มความสามารถ

5. **ปัจจัยด้านการบริหาร** หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามระเบียบราชการหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน เช่น การกำหนดคน โยบาย วิธีการดำเนินงาน รวมถึงการประเมินผลการดำเนินงาน โดยให้มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติพอสมควร เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง

6. **ปัจจัยด้านโครงสร้าง** หมายถึง ปัจจัยในด้านลักษณะความสัมพันธ์ของประชาชนในชุมชน ประกอบด้วย ด้านลักษณะความสัมพันธ์ของคนในชุมชนในลักษณะความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิรู้จักเป็นญาติพี่น้อง และกันแบบทุติยภูมิ รวมถึง โครงสร้างของประชากรในชุมชน เช่น กลุ่มวัยต่าง ๆ ของประชากร ด้านประเพณีวัฒนธรรมในชุมชนที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม เช่น การที่คนในชุมชนมีความเห็นอกเห็นใจและการเห็นความสำคัญของการช่วยเหลือผู้อื่น จะทำให้ชุมชนเกิดการมีส่วนร่วมในชุมชนมากกว่าชุมชนที่ต่างคนต่างอยู่ ด้านค่านิยมของชุมชน เช่น ค่านิยมการนับถือผู้นำอาวุโสหรือผู้นำชุมชนทำให้ผู้นำชุมชนเป็นแกนนำที่จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ด้านคุณภาพของประชากรในชุมชนที่ประชากรมีคุณภาพดี เช่น ฐานะรายได้ดีการศึกษาดีมีทัศนคติที่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม มีความตื่นตัวในการพึ่งตนเอง จะเอื้ออำนวยให้ประชาชนมีจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านโครงสร้างของอำนาจ หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจของกลุ่มในชุมชน ด้านลักษณะการตั้งถิ่นฐานของประชาชน ถ้าชุมชนตั้งถิ่นฐานมีลักษณะเป็นกลุ่มจะทำให้ประชาชนรู้จักกันและทำกิจกรรมร่วมกันมากกว่าชุมชนที่ตั้งอยู่อย่างกระจัดกระจายยากต่อการรวมกลุ่ม และทรัพยากรและสภาพแวดล้อมของชุมชน ชุมชนใดมีทรัพยากรและมีสภาพแวดล้อมของชุมชนที่ดี เช่น เป็นชุมชนที่อยู่ในเขตชลประทานหรือประชาชนมีการศึกษามีรายได้จากการเกษตรสม่ำเสมอทุกปี จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและความต้องการของชุมชน

7. **ปัจจัยเกี่ยวกับกลไกของรัฐ** หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบาย การดำเนินการตามมาตรการและการปฏิบัติที่เอื้ออำนวย หรือสร้างช่องทางการมีส่วนร่วมของประชาชน จำเป็นที่จะต้องทำให้การพัฒนาเป็นระบบเปิดที่มีความเป็นประชาธิปไตย มีความโปร่งใส รับฟังความคิดเห็นของทุกฝ่าย และตรวจสอบได้

การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการทางสังคม ที่ประชาชน ทั้งระดับปัจเจกบุคคล และระดับกลุ่มคน หรือชุมชน ได้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการจัดการ

การใช้ และรักษาทรัพยากร หรือปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในชุมชนหรือสังคมเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรี ในฐานะสมาชิกของสังคม ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการจัดการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้ กระบวนการทฤษฎีหลักทางบริหารคือวงจรคุณภาพของเดมมิง (Deming Cycle) 4 ด้าน การวางแผน (Plan : P) การปฏิบัติ (Do : D) การตรวจสอบประเมินผล (Check : C) และการนำไปแก้ไข (Action : A) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมประเมินผล

7.1 การมีส่วนร่วมตัดสินใจ หมายถึง การมีบทบาทในการเลือกวิธีการในการดำเนินกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา และคัดเลือกปัญหา หรือ เสนอประเด็นพัฒนาการวางแผนงานกำหนดวิธีการและแนวทางการแก้ไขปัญหาของชุมชน

7.2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ หมายถึง การมีบทบาทในด้านความร่วมมือร่วมใจดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพในชุมชน ตามบริบทงานด้านการจัดการสุขภาพและการสาธารณสุขมูลฐาน รวมถึงการร่วมสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อดำเนินการด้านการจัดการสุขภาพ

7.3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ หมายถึง ขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการได้รับผลที่พึงได้รับจากการพัฒนา หรือยอมรับผลที่เกิดขึ้นในการดำเนินการด้านการจัดการสุขภาพ ครอบคลุมกิจกรรมสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

7.4 การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล หมายถึง การมีบทบาทในการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานตลอดจนการประเมินความสำเร็จของการดำเนินการด้านการจัดการสุขภาพในทุก ๆ กระบวนการของการดำเนินงานตามรายละเอียดของตัวชี้วัดที่กำหนดและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

การจัดการสุขภาพ หมายถึง การพัฒนาสุขภาพของประชาชนสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพดีภายใต้การมีส่วนร่วมของกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยเน้นที่คน หรือสมาชิกของชุมชนให้มีความรู้มีความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแลและบริหารจัดการให้เกิดสุขภาวะขั้นพื้นฐานที่ดีด้วยตนเองตามกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ

ภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ หมายถึง กลุ่มบุคคลในชุมชนที่มีความสัมพันธ์ และการประสานงานเชื่อมโยงหรือการเกี่ยวพันระหว่างปัจเจกบุคคล กลุ่ม องค์กร สถาบัน ที่คน ได้มีการพบปะกัน มาประชุมกัน การทำสิ่งที่ เป็นประโยชน์ต่อกัน มีการติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันหรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีเป้าหมายวัตถุประสงค์และ ความต้องการบางอย่างร่วมกัน ดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน และมีช่วยเหลือกันอย่างเป็น ระบบหรือการจัดอยู่ในรูปขององค์กร ภายใต้ความเป็นเอกเทศบนพื้นฐานของความเท่าเทียม กันในด้านต่าง ๆ และไม่ขึ้นต่อกัน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย 1) นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 2) ปลัดเทศบาลเมือง ปลัดเทศบาลตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล 3) บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4) ตัวแทนบุคลากรจากสถานบริการด้านสาธารณสุข 5) ตัวแทนผู้นำชุมชน และ 6) ตัวแทนภาคประชาชน คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง หน่วยงานที่รัฐบาลมอบอำนาจให้กับ ประชาชนในท้องถิ่นดำเนินการปกครองตนเอง โดยให้มีหน่วยการปกครองท้องถิ่นทำหน้าที่ เกี่ยวกับการบริหารพัฒนาและให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่ที่องค์กรปกครองท้องถิ่น โดย องค์กรปกครองท้องถิ่นต้องมีอำนาจในการตัดสินใจตลอดจนอำนาจในการกำหนดนโยบาย และดำเนินการภายในขอบเขตที่กฎหมายได้ให้อำนาจไว้ซึ่งจากที่กล่าวมาจะเห็นว่าการ ปกครองท้องถิ่นเป็นรากฐานในการพัฒนาระบบอบประชาธิปไตยให้เจริญก้าวหน้า และเป็น แหล่งการปกครองที่สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจทางการเมืองแก่ประชาชนได้อย่างใกล้ชิด

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ประโยชน์ในเชิงปฏิบัติ

1.1 ประโยชน์ต่อผู้บริหาร คือ ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูล พื้นฐานในการวางแผนพัฒนาการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน การดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

1.2 ประโยชน์ต่อสมาชิก คือ ได้ทราบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการ สุขภาพระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจัยใดที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การจัดการสุขภาพระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายการจัดการสุขภาพระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด

1.3 ประโยชน์ต่อชุมชน คือ ผลการวิจัยจะนำไปใช้เป็นสารสนเทศในการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด ให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด

1.4 ประโยชน์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ๆ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ประโยชน์ในเชิงทฤษฎี คือสามารถนำมาแนวคิดต่าง ๆ จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานได้อย่างชัดเจน เหมาะสมและเป็นที่น่าเชื่อถือ

3. ประโยชน์ในเชิงระเบียบวิธีวิจัย คือสามารถนำวิธีการต่าง ๆ ด้านสถิติและการวิจัยมาใช้เพื่อเป็นการยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลต่าง ๆ ที่ผ่านการจัดการกระทำกับข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถอ้างอิงและเชื่อถือได้



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY