

สภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาจังหวัดมหาสารคาม Status of Community Participation in Primary Health Care : A Case Study at Mahasarakham

อรุณศรี ปรีเปรม (Aroonsri Priprem)^a *

สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล (Somsak Arpasritongsakul)^b

เจฟ จอห์นส์ (Jeff Johns)^c

^a ภาควิชาเทคโนโลยีเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

^b คณะเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

^c ภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

สภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนกับงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชน กรณีศึกษา จังหวัดมหาสารคามทำการศึกษาระหว่างตุลาคม 2546-เมษายน 2547 โดยสอบถามผู้รับผิดชอบงานของศูนย์สุขภาพชุมชนและการสัมภาษณ์สอบถามจากผู้แทนชุมชนที่สุ่มด้วยเกณฑ์ที่กำหนดโดยดูจากผลการสอบถาม เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อวัดระดับความคิดเห็น 4 ระดับ โดยใช้กิจกรรมที่ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 11 กิจกรรมใช้วิธีการจัดตั้งและตอบกลับทางไปรษณีย์ ส่วนแบบสัมภาษณ์ที่ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยนักวิจัยคนเดียวโดยการสัมภาษณ์เน้นกิจกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคและการใช้สมุนไพรในชุมชน ผู้ถูกสัมภาษณ์สุ่มจาก 3 กลุ่มคือผู้นำ ผู้ปฏิบัติหรืออาสาสมัคร และประชาชน ศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมด 77 แห่งตอบกลับ 60 แห่งคิดเป็นร้อยละ 77.9 ในจำนวนนี้ร้อยละ 50 เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนขนาดเล็ก ร้อยละ 70.0 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 58.3 มีผู้แทนของชุมชนเป็นคณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 86.7 ตอบว่าชุมชนมีส่วนร่วมด้วยการอุทิศแรงงานความสามารถ นอกจากนี้ยังมีการบริจาคเงินเพื่อการปรับปรุงอาคารสถานที่ร้อยละ 43.3 เพื่อการจัดอบรมความรู้ด้านสุขภาพร้อยละ 26.7 เพื่อจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ร้อยละ 15.0 ศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนที่คาดหวังสูงกว่าความคิดเห็น ชุมชนที่สุ่มด้วยเกณฑ์ที่กำหนดมี 8 แห่ง ในจำนวนนี้มีชุมชน 5 แห่งตอบว่ามีส่วนร่วมในการประชุมคณะกรรมการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจัดขึ้นและให้เงินสนับสนุนงานของศูนย์สุขภาพชุมชน ชุมชนคิดเห็นต่อระดับการมีส่วนร่วมแตกต่างกันกับผู้รับผิดชอบงานของ

* ผู้เขียนที่สามารถติดต่อได้ : โทรศัพท์ 043-362092, โทรสาร 043-36292

Corresponding author : Tel : 043-362092, Fax : 043-36292, E-mail : aroonsri@kku.ac.th

ศูนย์สุขภาพชุมชน สรุปได้ว่าชุมชนของจังหวัดมหาสารคามมีส่วนร่วมและช่วยเหลืองานของศูนย์สุขภาพชุมชน ด้วยการอุทิศแรงงาน เวลา ทรัพยากรและเงิน ศูนย์สุขภาพชุมชนกับชุมชนมีความคิดเห็นและความคาดหวังต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพชุมชนแตกต่างกัน ซึ่งยังต้องการความชัดเจนในเรื่องทิศทาง แนวทางการพัฒนาและความรู้ความเข้าใจที่จะมีส่วนสำคัญในการเสริมความเข้มแข็งให้ระบบบริการสุขภาพของไทยด้วยการที่ชุมชนมีส่วนร่วม

Abstract

This study explored the status of community participation in activities of Primary Care Unit (PCU) in Maha Sarakham Province during October 2003 to April 2004. Questionnaires were sent to all 77 PCU managers in the Province and the return rate was 77.9%. The questionnaire classified participation of government officers and community to 4 levels, regarding 11 activities, following the government policy. From returned questionnaires, 8 PCU were identified for a case study, and beneficiaries in the area were purposively selected for in-depth interviews. Beneficiaries included community leaders for example, president of local authority, head of tumbon, head of village; workers, for example community health volunteers; and community members for example, people. The interview focused on consumer protection and use of herbal medicine. Half of the responding PCU surveyed were small-size. Most PCU received financial support from the local authority (70%) and 75% of them had established a working group of PCU development, in which 58.3% of this group had community representatives as members of the working group. Participation of community members came in the form of physical devotion (86.7%), donations for building renovation (43.3%), health training (26.7%), and medical devices (15.0%). All PCU expected a higher level of participation across all activities. The interview shows that the community participate in the activities of PCU by involving in the meeting and supporting budget for activities of PCU (5 from 8 PCUs). In addition, the expectation on level of participation of PCU and community was different. In conclusion, communities participated in the activities of their PCU by devoting themselves, their time, and their resources. Still, there was a difference between government officers and beneficiaries in community in their understanding and expectation for the level of community participation across all activities of the PCU. More concrete direction and strategy is needed for improving the knowledge and understanding about formation of community participation, which will lead to benefit sharing of all stakeholders and improved quality of the health service system.

บทนำ

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบงานบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะในชนบทมีลำดับความเป็นมาที่สำคัญเริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2493 เริ่มให้มีอาสาสมัครป้องกันโรคในชุมชน ปี พ.ศ. 2507 มีผู้ช่วยพนักงานอนามัยประจำตำบลที่พัฒนาจากคนในชุมชน ปี พ.ศ. 2509 มีผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พ.ศ. 2521 มีคำประกาศแห่งแอลมา อตา (The Declaration of Alma Ata) เป็นปฏิญญาสากลที่ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าและปี พ.ศ. 2522 ประเทศไทยกำหนดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติให้ใช้แนวทางสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) (กระทรวงสาธารณสุข, 2544) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 พระราชบัญญัติกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งทิศทางอย่างชัดเจนให้กระจายความรับผิดชอบไปสู่ระดับชุมชนทำให้งานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชุมชนต้องการการมีส่วนร่วมมากขึ้น (Taearak, 2002) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1991, World Health Organization, 2002) ได้ให้ความหมายของแนวทางการจัดบริการสุขภาพที่ชุมชนมีส่วนร่วมการเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ลักษณะที่ชุมชนมีส่วนร่วมด้วยการสนับสนุนทรัพยากรซึ่งอาจจะเป็นแรงงาน เงินทุน หรือวัสดุ 2) ลักษณะที่หน่วยงานเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้โครงสร้างการดำเนินงานของหน่วยงาน และ 3) ลักษณะที่ชุมชนหรือผู้รับผลประโยชน์โดยตรงได้รับมอบอำนาจในการตัดสินใจดำเนินการด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมมีประโยชน์ที่สำคัญต่องาน

สุขภาพชุมชนเนื่องจากชุมชนซึ่งเป็นเจ้าของปัญหาได้วิเคราะห์และดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองจะเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำให้ดำเนินการได้ตรงตามความต้องการหรือแก้ปัญหาดได้ตรงจุด บางครั้งโครงการที่อาจริเริ่มโดยภาครัฐหรือบุคคลภายนอกถ้าชุมชนมีส่วนร่วมแต่ต้นจะปรับให้เข้ากับความต้องการของชุมชนหรือบริบทของสังคมได้ การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นหลักการทำงานที่ต้องอาศัยความรู้และต้องการการพัฒนาให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ (Morgan, 2001)

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีหลายมาตราที่กำหนดให้ประชาชนมีส่วนร่วม ซึ่งการมีส่วนร่วมในที่นี้มีใช้เกิดขึ้นเมื่อมีการแต่งตั้งประชาชนให้เข้าไปเป็นกรรมการในคณะกรรมการต่าง ๆ เท่านั้น หากแต่ยังหมายรวมถึงการให้ประชาชนหรือชุมชนดำเนินกิจการเองโดยรัฐเปิดโอกาสกำกับและสนับสนุน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547) โดยมีรูปธรรมของความสำเร็จของการดำเนินการเป็นกรณีศึกษาของไทยแสดงให้เห็นว่าชุมชนที่มีส่วนร่วมในงานของโรงพยาบาลช่วยสนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนาโรงพยาบาล บริจาคทรัพยากรความขาดแคลนของโรงพยาบาล (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, 2541, อรทัย รวยอาจิณและคณะ, 2543) หรือกรณีของต่างประเทศที่แสดงให้เห็นว่าหน่วยสุขภาพที่บริหารจัดการโดยชุมชน จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรเพื่อใช้ในการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (David and Zakus, 1998) หรือกรณีศึกษาของต่างประเทศที่แสดงให้เห็นว่ากรรมการสุขภาพจากผู้แทนชุมชนมีส่วนช่วยสื่อสารทำให้เกิดงานการพัฒนาด้วยการมีส่วนร่วมดีกว่าและระดมทุนจากชุมชนได้มากกว่า (Ramiro et al, 2001) การมีส่วนร่วมของชุมชนที่เป็นที่สนใจของชุมชนไม่ได้อยู่ที่การได้รับมอบอำนาจหรือการเข้ามีส่วนร่วม

วางแผนโครงการแต่ละอยู่ที่ผลกระทบด้านสุขภาพหรือกิจกรรมที่ดำเนินการในชุมชน (Kapariri et al, 2003) ดังนั้นจึงเลือกศึกษาสภาพการที่ชุมชนมีส่วนร่วมด้วยรูปแบบต่างๆ อาศัยการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทำให้คาดหวังว่าคำตอบจากการสอบถามและสัมภาษณ์ประกอบกันจะทำให้วิเคราะห์สภาพที่เป็นจริงได้มากกว่าการดำเนินการเพียงวิธีการใดวิธีการหนึ่ง

ภูมิหลัง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานบริการสุขภาพ (Woelk, 1992, Ramiro et al, 2001) การศึกษาวิจัยจึงจำเป็นต้องเลือกพื้นที่ที่มีภูมิหลังทางด้านสังคมเดียวกัน จึงเลือกทำใน 1 จังหวัดที่มีระบบบริการสุขภาพตามนโยบายที่รับตรงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเป็นสำนักงานสาขาที่มีหน่วยงานครบ มีการดำเนินงานมุ่งตรงสู่การบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2544 มีสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 77 แห่ง สถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ 11 แห่ง ไม่มีสถานบริการระดับตติยภูมิ ประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.52) มีหลักประกันสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจังหวัดส่วนใหญ่ คือ 44 จังหวัดที่ประชาชนมากกว่าร้อยละ 80 มีหลักประกันสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนมีรายได้เฉลี่ยต่อหัว เป็นอันดับที่ 69 ของประเทศ

การศึกษาสภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนกับงานของศูนย์สุขภาพชุมชน ทำการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนตุลาคม 2546 ถึงเดือนเมษายน 2547 เป็นช่วงที่เริ่มต้นของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2545 แม้ว่าพระราชบัญญัติจะมีผลบังคับใช้แล้ว แต่การออกประกาศและระเบียบเกี่ยวกับการปฏิบัติงานยังใช้เวลา

อีกระยะหนึ่ง การศึกษาในช่วงเวลาจะได้ข้อมูลที่เป็นบรรทัดฐานขั้นต่ำ ซึ่งเชื่อว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานบริการสุขภาพยังเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นเองตามวิถีของสังคมท้องถิ่น และจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เอื้อประโยชน์ให้กับงานพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นต่อไป

ระดับของการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ปรับมาจากระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนตามลักษณะการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับชุมชนมีทั้งหมด 6 ระดับ (Brager and Specht, 1973) นำมาปรับให้เป็น 4 ระดับตามลักษณะการทำงานด้านสาธารณสุขของไทยในปัจจุบัน ดังนี้คือระดับ 1 เป็นลักษณะการทำงานที่เจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเสนอโครงการและจัดดำเนินโครงการโดยให้ชุมชนเข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรม ระดับ 2 เป็นลักษณะการทำงานที่เจ้าหน้าที่ของรัฐเสนอโครงการโดยจะมีการปรึกษารื้อกับชุมชนเพื่อให้ปรับแก้โครงการเป็นการปรับแก้เล็กน้อย ระดับ 3 เจ้าหน้าที่เสนอโครงการจะมีการปรึกษารื้อกับชุมชนเพื่อให้ปรับแก้โครงการเป็นการปรับแก้มาก และระดับ 4 ชุมชนเป็นผู้เสนอโครงการ เจ้าหน้าที่ของรัฐแสดงบทบาทเป็นผู้สนับสนุน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนกับงานของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยดำเนินการที่จังหวัดมหาสารคาม โดยการสอบถามเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้ดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมดในจังหวัดมหาสารคาม แล้วสัมภาษณ์สอบถามจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชาวบ้านในชุมชนมาเป็นข้อมูลประกอบกัน คาดว่าผลที่ได้จากการศึกษานี้จะแสดงให้เห็นระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในวาระที่พระราชบัญญัติเริ่มมีผลเป็นข้อมูลที่เอื้อประโยชน์ต่อการปรับตัวของระบบเพื่อรองรับการทำงานที่ชุมชนมีส่วนร่วมที่ยังเกิดขึ้นเองตาม

ธรรมชาติไม่ได้ดำเนินการด้วยระบบ ยังต้องอาศัยปัจจัยที่นำไปสู่การพัฒนาต่อไป

วิธีการวิจัย

วิธีการศึกษาที่ใช้แนวคิดในการหาข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้การสอบถามด้วยแบบสอบถามจากเจ้าหน้าที่ของรัฐและการสอบถามจากผู้รับประโยชน์ในชุมชน (Sheriff and Webster, 2002) เจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีหน้าที่โดยตรงคือหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้รับประโยชน์ในชุมชนประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องระดับผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงานดูแลส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และประชาชน โดยศึกษาจากกิจกรรมต่างๆ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนรับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และประเมินระดับการมีส่วนร่วม 4 ระดับ การสอบถามนี้เพื่อหารายละเอียดเพิ่มเติมจากการสอบถามด้วยแบบสอบถามเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีความเป็นไปได้ที่อาจจะตอบแบบสอบถามจากมุมมองของผู้มีหน้าที่ให้บริการเพียงด้านเดียวโดยที่ไม่ได้คำนึงถึงผู้รับประโยชน์ในชุมชน การสอบถามนอกจากจะให้รายละเอียดจากมุมมองของผู้รับประโยชน์แล้วยังเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่อาจจะพลาดไปจากการใช้แบบสอบถามที่กรอกและเขียนโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ ผลที่ได้ทั้งจากการสอบถามและการสอบถามจะนำเสนอทั้ง 2 ด้านเพื่อการเปรียบเทียบ หากไม่ตรงกันจะแสดงถึงความคาดหวังของแต่ละฝ่ายจากมุมมองของผู้ให้และผู้รับซึ่งสะท้อนให้เห็นสภาพการที่เป็นปัจจุบัน

1. เครื่องมือ

1.1 แบบสอบถามที่ใช้สร้างขึ้นเองมีเนื้อหาดังนี้

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยเพศ อายุ ระยะเวลาการทำงาน ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาการทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน

ตำแหน่งทางการบริหาร ระยะเวลาการทำงานในตำแหน่งบริหาร สถานที่ทำงานปัจจุบัน ระยะเวลาการทำงานในสถานที่ทำงานปัจจุบัน

1.1.2 ศูนย์สุขภาพชุมชนกับการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วยลักษณะการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน และลักษณะ/รูปแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชน ศึกษาตามกิจกรรมตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 11 กิจกรรม ประเมินด้วยระดับความคาดหวังและความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 ระดับ และรูปแบบการมีส่วนร่วม เช่น การบริจาค การอุทิศแรงงาน และอื่นๆ ก่อนนำไปใช้ได้ปรับจากร่างที่นำไปทำการทดสอบความตรง (validity) โดยขอความร่วมมือจากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดอื่นของภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 12 คนทดลองตอบคำถามในแบบสอบถามและสัมภาษณ์ว่ามีความเข้าใจข้อคำถามคำตอบในแบบสอบถามตรงกับวัตถุประสงค์ หากมีข้อความใดที่ไม่ตรงก็ทำการปรับให้ตรง ทำการทดสอบความเที่ยง (reliability) ของคำถามโดยการหาค่า Cronbach alpha เท่ากับ 0.9173 แสดงให้เห็นว่ามีความเที่ยง

1.2 แบบสัมภาษณ์เป็น structured interview ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์ บทบาทในชุมชน เช่นนายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น ลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานของศูนย์สุขภาพชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมการใช้สมุนไพร และกิจกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เหตุผลสำคัญที่เลือกกิจกรรม 2 ประเภทนี้เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีลักษณะของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนแตกต่างกันกล่าวคือการใช้สมุนไพรเป็นกิจกรรมที่ชุมชนควรริเริ่มดำเนินการได้เองโดยรัฐกำกับและสนับสนุนจัดเป็นระดับของการมีส่วนร่วมระดับ 4 ในขณะที่การคุ้มครองผู้บริโภคเป็นกิจกรรมที่รัฐควรริเริ่มดำเนินการจัดเป็นระดับของการมีส่วนร่วมระดับ 1

2. การเก็บข้อมูล

2.1 การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามศูนย์สุขภาพชุมชน

จัดตั้งแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและปรับเรียบร้อยแล้วทางไปรษณีย์จำหน่ายถึงหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งในจังหวัดมหาสารคามจำนวน 77 ฉบับพร้อมกับติดตามเป็นเวลา 1 เดือน

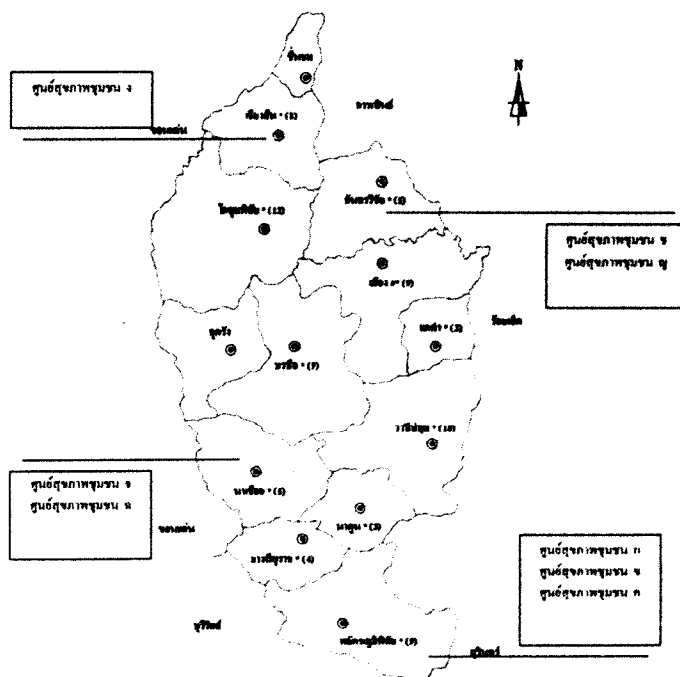
2.2 การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ชุมชน

การคัดเลือกชุมชนที่ทำการสัมภาษณ์ โดยคัดเลือกจากแบบสอบถามที่ตอบกลับจากศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 60 แห่งโดยคัดเลือกตามเกณฑ์ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนตอบกลับมาจากศูนย์สุขภาพชุมชนตามที่เราเห็นว่ามีการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการใช้สมุนไพรและกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค ระดับ 1 และระดับ 4 อย่างละเท่าๆ กัน แบ่งเป็นกิจกรรมการใช้สมุนไพร ระดับ 4 จำนวน 2 แห่งคือศูนย์สุขภาพชุมชน ก และ ญ กิจกรรมการใช้สมุนไพร ระดับ 1 จำนวน 2 แห่งคือศูนย์สุขภาพชุมชน ค และ จ การคุ้มครองผู้บริโภค ระดับ 4 จำนวน 2 แห่ง คือศูนย์สุขภาพชุมชน ข และ ง การคุ้มครองผู้บริโภค ระดับ 1 จำนวน 2 แห่งคือศูนย์สุขภาพชุมชน ฉ และ ช (แสดงตำแหน่งที่ตั้งตามแผนที่จังหวัดในรูปที่ 1) ทำการสัมภาษณ์เดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2547 โดยผู้วิจัยคนเดียวจนตลอดการศึกษา

ในการสุ่มตัวอย่างผู้ที่ถูกสัมภาษณ์เป็นการสุ่มแบบเจาะจงเพื่อทำการสัมภาษณ์ ให้มีองค์ประกอบครบทั้งผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ โดยผู้วิจัยได้ประสานงานกับศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งแจ้งรายละเอียดของการสัมภาษณ์ ผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นตัวแทนของ 3 กลุ่มคือผู้นำ (ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล) ผู้ปฏิบัติหรืออาสาสมัคร (ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) และประชาชนหรือชาวบ้าน (ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน เป็นผู้รับบริการด้านสุขภาพของชุมชนที่เข้าร่วม

กิจกรรม)หรือประชาชนในละแวกใกล้เคียง ซึ่งเดินทางไปพบและเชิญสัมภาษณ์โดยไม่ได้เจาะจงล่วงหน้า การสัมภาษณ์แต่ละคน จะใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมง จำนวนคนที่สัมภาษณ์ไม่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้าว่าจะต้องมีจำนวนเท่าใด เนื่องจากต้องการคำตอบเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายสภาพการมีส่วนร่วมให้ได้ระดับและรูปแบบของการมีส่วนร่วมในปัจจุบัน เมื่อสัมภาษณ์ตัวแทนของผู้นำ อาสาสมัครและชาวบ้าน (เป็นการสอบถามกลุ่มผู้รับประโยชน์) ให้เข้าใจสภาพที่เป็นปัจจุบันของชุมชนแห่งหนึ่งๆ แล้วจึงจะได้คำตอบตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่จะปิดการสัมภาษณ์ในชุมชนนั้น ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในกรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน ใช้การวิเคราะห์และสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำประเด็นที่สรุปได้มาการวิเคราะห์



รูปที่ 1 แผนที่จังหวัดมหาสารคาม แสดงที่ตั้งของศูนย์สุขภาพชุมชน ก, ข, ค, ง, ฉ, และ ช ที่ทำการสัมภาษณ์
หมายเหตุ ตำแหน่งในแผนที่อาจแสดงตำแหน่งศูนย์สุขภาพชุมชน (จังหวัดมหาสารคาม, 2547)
(*) มีหน่วยผู้ปฏิบัติงานให้บริการปฐมภูมิ 1 แห่ง; ๑ มีหน่วยผู้ปฏิบัติงานให้บริการทุติยภูมิ 1 แห่ง

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลผู้ตอบกลับแบบสอบถาม จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่มีลักษณะดังนี้คือ ร้อยละ 66.7 เป็น หญิง ร้อยละ 43.3 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 41.7 มีอายุ การทำงานระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 60 เป็นเจ้าหน้าที่ บริหารสาธารณสุข ร้อยละ 73.3 เป็นหัวหน้าสถานีอนามัย ร้อยละ 78.0 ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานีอนามัยมาเป็นเวลา 0-9 ปี ศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ตั้งอยู่ไม่ห่างจากหน่วยคู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิ มีประชากรในความรับผิดชอบน้อยกว่า 10,000 คน ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตอบกลับแบบสอบถามทุกแห่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 70 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล ดังนั้นข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการมีส่วนร่วมที่ศึกษาในครั้งนี้ได้มาจากบุคลากรที่มีประสบการณ์การทำงานระดับชุมชนมีบทบาทเป็นหัวหน้าสถานีอนามัยหรือหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน มีงานที่เน้นความต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชน มีพื้นที่ในความดูแลขนาดเล็กจนถึงปานกลาง อีกทั้งองค์การบริหารส่วนตำบลได้มีส่วนสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนแล้ว

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	20	33.3
หญิง	40	66.7
รวม	60	100.0
อายุ	จำนวน	ร้อยละ
20-29 ปี	6	10.0
30-39 ปี	20	33.3
40-49 ปี	26	43.3
50-59 ปี	8	13.3
รวม	60	100.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ระยะเวลาการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
1-9 ปี	10	16.7
10-19 ปี	19	31.7
20-29 ปี	25	41.7
30 ปี ขึ้นไป	6	10.0
รวม	60	100.0
ตำแหน่งปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	36	60.0
นักวิชาการสาธารณสุข	7	11.7
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	8	13.3
พยาบาลวิชาชีพ	9	15.0
รวม	60	100.0
ระยะเวลาในตำแหน่งปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
0-4 ปี	18	30.0
5-9 ปี	19	31.7
10-14 ปี	10	16.7
15 ปี ขึ้นไป	4	6.7
ไม่ตอบ	9	15.0
รวม	60	100.0
ตำแหน่งทางการบริหาร	จำนวน	ร้อยละ
หัวหน้าสถานีอนามัย	44	73.3
หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	4	6.7
หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติ	1	1.7
ครอบครัวและชุมชน		
ไม่มี	11	18.3
รวม	60	100.0
ระยะเวลาในตำแหน่งทางการบริหารจำนวน	จำนวน	ร้อยละ
0-4 ปี	16	26.7
5-9 ปี	16	26.7
10-14 ปี	8	13.3
15 ปี ขึ้นไป	1	1.7
ไม่ตอบ	19	31.7
รวม	60	100.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการตอบแบบสอบถามโดยศูนย์สุขภาพชุมชน ระบุรายการกิจกรรมที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนางานและการจัดบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน

กิจกรรม	รวม	จำนวน	ร้อยละ
การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน			
1. สนับสนุนงบประมาณ			
- ปรับปรุงอาคารสถานที่	60	26	43.3
- ซื้อเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์	60	9	15.0
- จัดอบรมความรู้แก่ชุมชน	60	16	26.7
2. อุทิศตนด้วยแรงงาน ความสามารถหรือเวลา	60	52	86.7
การจัดบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน			
1. ช่วยให้บริการ เช่น คั่นบัตร	60	32	53.3
2. ให้บริการแพทย์แผนไทย	60	8	13.3
3. ติดตามกลุ่มเป้าหมายมารับบริการ	60	43	71.7
4. อื่นๆ	60	7	11.7

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตอบกลับแบบสอบถามระบุกิจกรรมที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนางานของศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 86.7 อุทิศแรงงาน ความสามารถตามศักยภาพหรือเวลา มาช่วยปรับปรุงซ่อมแซมศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 71.7 และ 53.3 ช่วยงานติดตามกลุ่มเป้าหมายมารับบริการและช่วยงานบริการด้วยเช่น คั่นบัตร ฯ ตามลำดับ ร้อยละ 43.3 ช่วยสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงอาคารสถานที่ นอกจากนี้เป็นการสนับสนุนเงินในการจัดซื้อเครื่องมือ จัดอบรมความรู้ แสดงให้เห็นการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานของศูนย์สุขภาพชุมชน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ชุมชนจำแนกตามศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดูแลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัยทั้ง 8 แห่งมีประชาชนในความดูแลไม่มากนัก ยกเว้นศูนย์สุขภาพชุมชน ค ซึ่งมีขนาดใหญ่ที่สุดและมีศูนย์สุขภาพชุมชนรองอีก 1 แห่งในความดูแล อีกทั้งยังมีระยะทางห่างไกลจากที่ตั้งของศูนย์ราชการของ

จังหวัดมากกว่าที่อื่น พบว่าทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนและชุมชนระบุดตรงกันในเรื่องของการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล

ในส่วนของการแต่งตั้งคณะทำงานโดยมีผู้แทนจากชุมชนเข้าร่วมและการประชุมคณะทำงานนั้น พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชน ก และ ข มีความชัดเจนในเรื่องการแต่งตั้งผู้แทนจากชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้แทนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนนิยมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนางานบริการสุขภาพมากที่สุด ด้วยเหตุที่มีทั้งบทบาทและภาระร่วมกันทำให้สถานการทำงานร่วมกันให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนาชุมชน นอกจากนี้อาจจะเป็นก้ำกั้น ผู้ใหญ่บ้าน เทศบาล หรือผู้แทนประชาชนอื่นๆ ด้วยก็เป็นได้ ในส่วนของความถี่ของการจัดประชุมมีทั้งเดือนละครั้งหรือจัดประชุมตามความจำเป็น ลักษณะนี้แสดงให้เห็นว่าการบริหารจัดการเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมยังไม่มีความชัดเจน ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการที่หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนยังไม่เข้าใจ หรือขาดความรู้ในการนำและสร้างการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลจากแบบสอบถามและข้อมูลจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของชุมชนในงานของชุมชน 8 แห่งที่คัดเลือกตามเกณฑ์

ศูนย์สุขภาพชุมชน	จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ	ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามโดยศูนย์สุขภาพชุมชน			ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ชุมชน		
		งบประมาณ	การประชุมที่ชุมชนมี	การมีส่วนร่วม	การสนับสนุน	งบประมาณ	ระยะเวลาหรือแรงงาน
ก	หลัก 4,200 คน รอง 4,000 คน	กระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล	- อสม อบต - ประชุมเดือนละครั้ง - มีการกำกับ/นิเทศงาน	ส่วนร่วม	- เงินจัดซื้ออุปกรณ์ - เงินจัดอบรม - ช่วยงานบริการ	(ไม่ชัดเจน)	มีคณะทำงานและเข้าร่วมการประชุม - ช่วยบริการ (จัดคิว วัด ความดัน ประชาสัมพันธ์) - ช่วยส่งตรวจร้านอาหาร
ข	หลัก 3,800 คน รอง - คน	กระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล	- อบต กำนัน ผู้ใหญ่ บ้าน อสม - ประชุมเมื่อจำเป็น		- เงินจัดซื้ออุปกรณ์ - เงินปรับปรุงสถานที่ - ช่วยงานบริการ - ช่วยงาน	อบต. ช่วยสร้างอาคารและเงินทำกิจกรรม ประชาชนบริจาคซื้อเครื่องมือ/อุปกรณ์ อบต. ไม่สนับสนุนงบประมาณ	- ช่วยรณรงค์ป้องกันโรค ร่วมมือกันจัดชุด - เข้าร่วมกิจกรรม - รับการอบรม - ร่วมมือกันจัดชุด - เข้าร่วมกิจกรรมอบรม
ค	หลัก 12,000 คน รอง 5,000 คน	ไม่ตอบ	ไม่มี			ไม่มี	
ง	หลัก 6,700 คน รอง 6,000 คน	กระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล	ไม่มี		- เงินปรับปรุงสถานที่ - ช่วยงานบริการ	อบต. ช่วยสร้างห้องอบสมุนไพร อุปกรณ์ และให้เงินทำกิจกรรม ประชาชนบริจาควัสดุก่อสร้าง (ไม่ชัดเจน)	- ช่วยงานบริการ - ช่วยให้คำแนะนำ
จ	หลัก คน รอง คน	กระทรวงสาธารณสุข	- อบต กำนัน เทศบาล อสม ประชาชน - ประชุมเดือนละครั้ง		- เงินจัดซื้ออุปกรณ์ - เงินปรับปรุงสถานที่ - ช่วยงานบริการ	ไม่มี	- ช่วยรณรงค์ป้องกันโรค ร่วมมือกันจัดชุด - เข้าร่วมกิจกรรมนอกกำลัง
ฉ	หลัก 3,500 คน รอง - คน	กระทรวงสาธารณสุข	ไม่ตอบ		ไม่ตอบ	(ไม่ชัดเจน)	- ช่วยรณรงค์ป้องกันโรค ร่วมมือกันจัดชุด - เข้าร่วมอบรมและกิจกรรม - ช่วยตรวจร้านค้า
ช	หลัก 3,400 คน รอง - คน	กระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล	- อบต กำนัน เทศบาล อสม ประชาชน - ประชุมเมื่อมีความจำเป็น		- เงินจัดซื้ออุปกรณ์ - เงินปรับปรุงสถานที่ - ช่วยงานบริการ	(ไม่ชัดเจน)	- ช่วยประชาสัมพันธ์ - ร่วมมือกันจัดชุด - เข้าร่วมอบรมอาหาร ปลอดภัย
ญ	หลัก 9,850 คน	กระทรวงสาธารณสุข	- อบต กำนัน เทศบาล อสม ประชาชน - ประชุมเมื่อมีความจำเป็น		- บริจาคสิ่งของ - ช่วยงานบริการ - ช่วยเป็นวิทยากร	(ไม่ชัดเจน)	- ช่วยประชาสัมพันธ์ - ร่วมมือกันจัดชุด - เข้าอบรมอาหาร ปลอดภัย

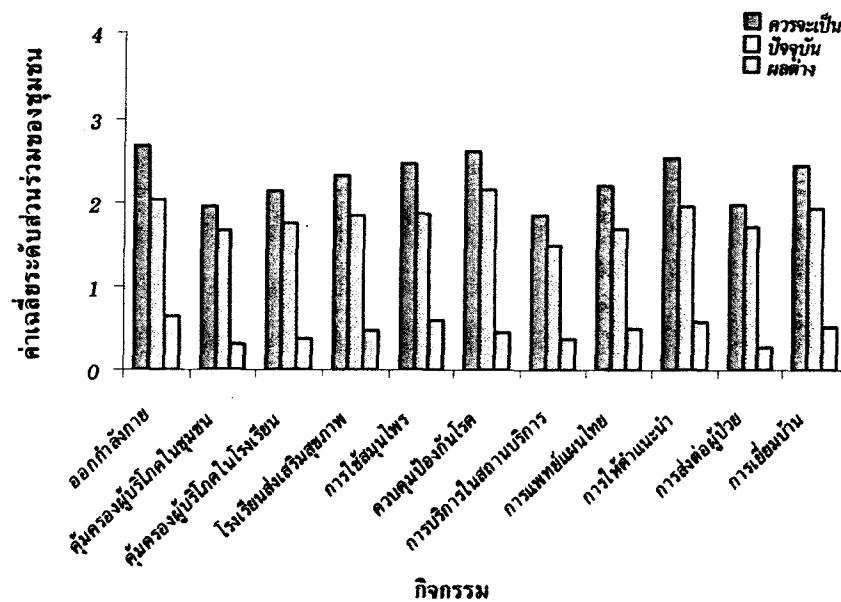
ตารางที่ 4 แสดงเปรียบเทียบระหว่างความคิดเห็นของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 8 แห่งกับชุมชนทั้งระดับผู้นำ ผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการรวมกัน โดยจำแนกตามรายการกิจกรรมที่เลือกมาศึกษาคือ การคุ้มครองผู้บริโภคและการใช้สมุนไพรได้ข้อมูล เห็นได้ว่าชุมชนส่วนใหญ่มีกิจกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นรูปธรรมทั้งการอบรมอาหารปลอดภัย การให้ความรู้คำแนะนำ การกระจายข่าวทางหอกระจายข่าว การตรวจร้านค้าหรือตรวจสอบลักษณะของร้านค้าและหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมในลักษณะที่เน้นความร่วมมือและการมีส่วนร่วม โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้นำและกำกับด้วยความรู้อย่างถูกต้อง สังเกตได้ว่าชุมชนที่มีการจัดตั้งกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคจะมีระดับของการมีส่วนร่วมในลักษณะที่ชุมชนริเริ่มดำเนินการเองโดยมีเจ้าหน้าที่สนับสนุน ศูนย์สุขภาพชุมชน ก และ ข จึงตอบแบบสอบถามด้วยการจัดระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับ 4 นอกจากนั้นยังอยู่ในระดับที่เจ้าหน้าที่ของรัฐคือสถานีนามัยเป็นฝ่ายริเริ่มและชุมชนดำเนินการในลักษณะผู้ตาม อาจจะมีส่วนร่วมด้วยบ้าง

ในระดับ 2 ในส่วนของการใช้สมุนไพรยังพบว่ามี ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันและพบว่าหลายชุมชนแสดงความต้องการการสนับสนุนเพิ่มขึ้น ความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับของการมีส่วนร่วมที่ศูนย์สุขภาพชุมชนประเมินก็ไม่ค่อยตรงกันกับที่ชุมชนให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เมื่อสอบถามกิจกรรมที่มีก็ไม่ได้ความชัดเจนนัก ศูนย์สุขภาพชุมชน ง มีลักษณะเด่นตรงที่ได้ระดมทรัพยากรจากส่วนงบประมาณภาครัฐและจากชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดสร้างห้องอบสมุนไพรและจัดให้มีกิจกรรมนวดให้ชุมชนได้ไปใช้บริการทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมนี้ซึ่งหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนก็ได้ให้ความเห็นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมนี้ในระดับ 3 อย่างไรก็ตามศูนย์สุขภาพชุมชนนี้เป็นเพียงแห่งเดียวที่ดำเนินการกิจกรรมการใช้สมุนไพรแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใช้สมุนไพรในชุมชนที่สถานีนามัยต่างๆ รับมาปฏิบัติยังขาดความชัดเจนทิศทางและนโยบายระดับชาติแตกต่างจากเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคดังกล่าวมาแล้ว

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลจากแบบสอบถามและข้อมูลจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานคุ้มครองผู้บริโภคและการใช้สมุนไพรของศูนย์สุขภาพชุมชน 8 แห่งที่คัดเลือกตามเกณฑ์

ศูนย์สุขภาพชุมชน	ข้อมูลจากแบบสอบถามศูนย์สุขภาพชุมชน		ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ชุมชน	
	ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานคุ้มครองผู้บริโภค*	ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการใช้สมุนไพร*	คุ้มครองผู้บริโภค	การใช้สมุนไพร
ก	4	4	มีการตั้งกลุ่ม มีการร่วมมือกันตรวจร้านอาหาร มีการอบรมชาวบ้าน	ยังไม่ชัดเจน (อยากได้การสนับสนุน)
ข	4	4	มีการตั้งกลุ่ม มีการรับข้อมูล มีการอบรม มีกิจกรรมและเข้าร่วม	มีการอบรม มีหมอยา
ค	1	2	มีการอบรมอาหารปลอดภัย มีการตรวจสอบสุลักษณะเป็นประจำ มีการกระจายข่าวทางหอกระจายข่าว	อสม.เคยเข้าอบรม มีหมอยาในชุมชน (อยากได้การสนับสนุน)
ง	1	3	มีการกระจายข่าวทางหอกระจายข่าว	ไปใช้บริการห้องอบสมุนไพรที่ร่วมกันสร้าง
จ	2	4	มีการอบรมอาหารปลอดภัย มีการกระจายข่าวทางหอกระจายข่าว	มีการอบรมความรู้บ้าง มีหมอยาในชุมชน มีการใช้สมุนไพรบ้าง มีการนัดที่ร้านค้าชุมชน
ฉ	2	4	มีการอบรมอาหารปลอดภัย มีการตรวจร้านค้า(ร่วมมือระหว่าง อ. อบต. อสม.)ด้วยชุดทดสอบ มีการให้ความรู้ มีการกระจายข่าวทางหอกระจายข่าว	ไม่มีกิจกรรม (อยากได้การสนับสนุน)
ช	1	1	มีการอบรมอาหารปลอดภัย มีการให้ความรู้	ไม่มีกิจกรรม
ญ	2	1	มีการอบรมอาหารปลอดภัย มีการตรวจร้านค้า มีการให้ความรู้	ไม่มีกิจกรรม

หมายเหตุ *ระดับ 1 เจ้าหน้าที่เสนอโครงการ ชุมชนดำเนินการตาม ; ระดับ 2 เจ้าหน้าที่เสนอโครงการ ชุมชนปรับแก้โครงการเล็กน้อย ;
ระดับ 3 เจ้าหน้าที่เสนอโครงการ ชุมชนปรับแก้โครงการจำนวนมาก ; ระดับ 4 ชุมชนเสนอโครงการเอง เจ้าหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน



รูปที่ 2 ค่าเฉลี่ยของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนระหว่างความคาดหวังและความคิดเห็นของศูนย์สุขภาพชุมชน จำแนกตามกิจกรรม

รูปที่ 2 วิเคราะห์คำตอบจากแบบสอบถาม หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน 60 แห่งเป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ควรจะเป็นหรือตามที่หัวหน้า ศูนย์สุขภาพชุมชนคาดหวัง กับค่าเฉลี่ยของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เป็นปัจจุบันหรือตามที่คิดเห็น โดยจำแนกตามรายการกิจกรรม จะเห็นได้ว่าระดับการมีส่วนร่วมที่คาดหวังอยู่ในระดับสูงกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทุกกิจกรรมและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, Wilcoxon Signed Ranks Test) ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นความต้องการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งแสดงถึงความพยายามที่จะปฏิบัติตามนโยบายของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท)

การศึกษารายงานที่มีมาก่อนหน้านี้ระบุถึงบทบาทของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในทุกระดับต้องได้รับการพัฒนาความรู้ให้เข้าใจเรื่องของเจตคติ และนำมาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์รวมทั้งสร้างศักยภาพให้แก่ภาคีเครือข่าย

ช่วยด้านสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kapariri et al, 2003, ชูศรี ผลเพิ่ม, 2548) การเป็นหุ้นส่วนร่วมงานระหว่าง อบต.กับหน่วยราชการ (ลือชา วรรัตน์และคณะ, 2540) การเพิ่มศักยภาพให้กับชุมชนและประชาชนทำให้ชุมชนสามารถควบคุมสถานะสุขภาพได้ด้วยตนเองสามารถคิดและแก้ปัญหาในชุมชนได้โดยมีเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนกระตุ้นให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในชุมชน การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพโดยการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ผสมผสานความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่น การประสานความร่วมมือกับองค์กรทั้งในและนอกชุมชน และบทบาทของประชาชนในฐานะที่เป็นเจ้าของชุมชนมีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพของชุมชนด้วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้รวมถึงการพัฒนาทักษะของผู้นำและภาวะผู้นำเป็นปัจจัยที่สำคัญที่เล็งเห็นว่ามีผลต่อความสำเร็จของการมีส่วนร่วมในงานบริการสุขภาพ (Berwick and Thomas, 1998) การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการด้วยวิธี

การที่ต่างกับการศึกษารายงานต่างๆ ดังกล่าว แต่ก็ได้แสดงให้เห็นถึงความคาดหวังของชุมชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในระดับที่ต่างกันในเรื่องการมีส่วนร่วมในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับของการมีส่วนร่วมที่ต่างฝ่ายต่างคาดหวังและสะท้อนถึงสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนั้นชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาการสื่อสารและการเสริมสร้างศักยภาพของคนเพื่อให้สร้างการเป็นหุ้นส่วนร่วมงานระหว่างชุมชนกับหน่วยราชการได้อย่างเป็นรูปธรรม จากผลการศึกษาทำให้เห็นว่าลำดับความสำคัญในระยะเริ่มต้นของการดำเนินการคือการพัฒนาทักษะของผู้นำชุมชนก่อนเพื่อให้เข้าใจและสามารถนำชุมชนได้

สรุปผลการศึกษา

ในช่วงที่เริ่มระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ชุมชนจังหวัดมหาสารคามในปี พ.ศ. 2546 ศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่มีชุมชนที่ให้การมีส่วนร่วมในงานของศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับหนึ่งหมายถึงลักษณะการมีส่วนร่วมที่เจ้าหน้าที่ของรัฐเสนอโครงการและชุมชนเป็นผู้เข้าร่วม มีจุดแข็งที่สำคัญคือ ชุมชนมีการเอื้อเพื่อร่วมสนับสนุนทรัพยากร มีการช่วยงานด้วยกำลังกาย สติปัญญา เวลาและความสามารถที่มีอยู่ มีองค์กรเครือข่ายให้การสนับสนุนแสดงให้เห็นศรัทธา

ที่ชุมชนมีต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่รัฐ เจ้าหน้าที่ของรัฐมีความพยายามที่จะเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมและการดำเนินงาน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันระหว่างชุมชนกับศูนย์สุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่ของรัฐมีความใส่ใจในงานแม้ว่าจะยังไม่เข้าใจไม่มีความรู้ก็ยังดำเนินงานให้เป็นกรณีศึกษาตัวอย่างได้ถึง 3 ชุมชน มีจุดอ่อนที่สำคัญคือ ขาดการบริหารจัดการเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมซึ่งต้องการความรู้และประสบการณ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติ และผู้รับบริการ ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ที่มีบทบาทคือรัฐยังขาดทิศทาง แนวทางที่กำหนดให้ปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม การสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องมองเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ Prof. Dr. David Hughes จาก University of Swansea สหราชอาณาจักร ที่ได้ให้แนวทางและหลักวิธีการในการศึกษาที่น่าพาให้การศึกษาครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2544). การประเมินนโยบายและยุทธศาสตร์ การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อุษากาพิมพ์.
- จังหวัดมหาสารคาม. (2547). ข้อมูลจังหวัดมหาสารคาม. (ออนไลน์). [อ้างเมื่อ 29 เมษายน 2547]. จาก <http://www.mahasarakham.go.th>.
- ชูศรี ผลเพิ่ม. (2548). อิทธิพลของปัจจัยด้านเจตคติ ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ต่อการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุข ในท้องถิ่น เขต 1. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 28(1).

- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. (2541). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสาธารณสุข กรณีศึกษาและบทเรียน. (ออนไลน์). [อ้างเมื่อ 20 กันยายน 2547]. จาก <http://library.hsri.or.th/th/database.php>.
- ลือชา วรรัตน์และคณะ. (2540) บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในงานส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม. 43.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2547). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักประกันแห่งความเสมอภาคและคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: [ม.ป.พ.]. 74.
- อรัญ รวยอาจิน, สุวจิ จันทรัตนอม-ก๊อด, ธวัชชัย บุญโชติ. (2543). การมีส่วนร่วมของประชาชนกับการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ. (ออนไลน์). [อ้างเมื่อ 20 กันยายน 2547]. จาก <http://library.hsri.or.th/th/database.php>.
- Berwick DM, Thomas WN. (1998). Physicians as Leaders in Improving Care. *Annals of Internal Medicine*. 128(4): 289-292.
- Brager G., Specht H. (1973). *Community Organization*. New York : Columbia University Press.
- Taearak P. (2002). Primary Care Reform. In: Pramualratana P, Wibulpolprasert S, editors. *Health Insurance System in Thailand*. Health System Research Institute . Desire Co., Ltd. 209-223.
- David J, Zakus L. (1998). Resource Dependency and Community Participation in Primary Health Care. *Social Science and Medicine*. 46(4): 475-494.
- Kapariri L, Norheim OF, Heggenhougen K. (2003). Public Participation in health planning and priority setting. *Health Policy and Planning*. 18(2): 2052-231.
- Morgan LM. (2001). Community Participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*. 16(3): 221-230.
- Ramiro LS, Castillo FA, Tan-Torres T, Torres DE, Tayag JG, Talampas RG, et al. (2001). Community Participation in local health boards in a decentralized setting: cases from the Philippines. *Health Policy and Planning*. 16(3): 221-230.
- Sheriff and Webster. (2002). Community involvement work in health action zones^๔ learning for policy and practice. Standing Conference for Community Development. [cited March 31, 2004]. from: <http://www.cdx.org.uk/resource>.
- Woelk GB. (1992). Cultural and Structural Influences in the Creation and Participation in Community Health Programmes. *Social Science and Medicine*. 35(4): 419-424.
- World Health Organization. (1991). *Community Involvement in Health Development: Challenging Health Services*, Report Series 809. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). *Community participation in local health and sustainable development: Approaches and techniques*. European Sustainable Development and Health Series: 4. Geneva: World Health Organization.