

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่ขาดความสมดุลของทั่วโลกและประเทศไทย ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ มุ่งเน้นการพัฒนาทางวัตถุโดยใช้เศรษฐกิจหรือเงินเป็นตัวตั้งแบบระบบทุนนิยม และเทคโนโลยีการสื่อสารไร้พรมแดน เกิดกระแสวัตถุนิยม บริโภคนิยม สถาบันทางสังคมอ่อนแอ ส่งผลให้วิถีชีวิตของคนในสังคมไทยเปลี่ยนไป ท่ามกลางค่านิยม วัฒนธรรมและสังคมแวดล้อมในการดำเนินชีวิตที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงและเป็นภัยคุกคามสุขภาพ โดยมีปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ขาดความสมดุล ไม่เหมาะสม ขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย สูบบุหรี่และดื่มสุรา มีภาวะโภชนาการเกิน และโรคอ้วน ซึ่งส่งผลกระทบเป็นผลสืบเนื่องต่อพฤติกรรมและแบบแผนทางสุขภาพของประชาชน อันมีเหตุปัจจัยจากพฤติกรรม สิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีมากกว่าการเจ็บป่วยจากเชื้อโรคและสาเหตุทางชีววิทยา ไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุและอุบัติภัยระดับต่างๆ มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ ความเครียด ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยและสาเหตุการตายของประชาชนที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ปัญหาเหล่านี้ มีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานะปัญหาสุขภาพประชากรไทย สำหรับประเทศไทย การแก้ไขปัญหาระดับปัจเจก และมุ่งเน้นเฉพาะการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็จะเห็นได้จากสภาพปัญหาการเจ็บป่วยที่ซ้ำซาก และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554)

องค์การอนามัยโลก ระบุว่าในปี 2548 จำนวนการตายของประชากรโลกทั้งหมดประมาณ 58 ล้านคน มีสาเหตุการตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึงประมาณ 35 ล้านคนหรือร้อยละ 60 และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น โดยร้อยละ 29 เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี ทั้งนี้คาดการณ์ว่าปี 2565 จะมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณ 25 ล้านคน ประชากรประมาณ 19 ล้านคนหรือร้อยละ 80 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและยากจน ในการสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) จึงไม่ได้มีแค่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของทุกคน ทุกภาคส่วนจะต้องช่วยกัน “ระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ” ซึ่งต้องสร้างภาวะผู้นำทางการเมืองและพันธมิตรใหม่ ทั้งภาครัฐ ธุรกิจ

เอกชน และประชาสังคมต้องเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการช่วยสร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ และพัฒนาการเรียนรู้ของคนให้สามารถปรับตัวอย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการสร้างความร่วมมือและร่วมรับผิดชอบต่อการพัฒนาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และการพัฒนานโยบายสุขภาพนานาชาติและธรรมาภิบาลในแวดวงสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของประชากรโลก (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ด้านระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันแม้จะประสบความสำเร็จในการขยายความครอบคลุม โดยมีโครงสร้างหน่วยบริการตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ กระจายครอบคลุมทุกจังหวัด และมีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่คนไทย แต่ก็ยังพบปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ การกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพ รวมถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ การกระจายของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงที่มีการกระจุกตัวบางพื้นที่ และการเตรียมความพร้อมบริการที่จำเป็นสำหรับปัญหาสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุพึ่งพิงมีแนวโน้มมากขึ้น ภาวะทุพพลภาพและพิการทั้งในชุมชน และในสถาบันที่ยังไม่ได้รับการพัฒนา การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายทั้งชั่วคราวและถาวรเกือบทั้งหมดจำกัดอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในชนบท การสร้างความเชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ประชาชนศรัทธาเชื่อมั่นและใช้บริการ เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ให้สามารถพัฒนาศักยภาพความเชี่ยวชาญตามเกณฑ์และมาตรฐานที่กำหนดของระดับบริการที่ซับซ้อนมากขึ้น ลดเวลาและทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยพื้นฐานที่สามารถรักษาได้ในระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้การจัดบริการสุขภาพ (Health Care Service) ระบบสุขภาพชุมชน (Primary Health Care) และปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Social Determinant of Health) จำเป็นที่จะต้องใช้ศักยภาพ และกระบวนการทางสังคมทุกภาคส่วนช่วยขับเคลื่อน เป็นการสร้างพลังระบบสุขภาพชุมชน เพื่อให้เกิดยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน อันจะส่งผลต่อความมั่นคงของสังคม และของชาติต่อไป (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

ด้านความมั่นคงของประชาชนในชาติที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างปลอดภัย เป็นความมั่นคงในมิติของความปลอดภัยจากภัยคุกคามที่เรื้อรัง เช่น โรคภัยต่างๆ และการได้รับการคุ้มครองจากการคุกคามอันเกิดจากการดำเนินชีวิตปกติประจำวันไม่ว่าจะเป็น การประกอบอาชีพ การงาน การอยู่ร่วมกันในครอบครัว หรือในชุมชน ถือเป็นความมั่นคงของด้านสุขภาพของมนุษย์ ซึ่งประชาชนมีสุขภาพดีปลอดจากโรคภัยไข้เจ็บ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ และการดำเนินชีวิตตามปกติ รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม จะส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางสังคม ซึ่งหมายถึงประชาชนดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมี

คุณภาพ มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมสงบสุข มีความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน มีความมั่นคงด้านเศรษฐกิจทั้งในระดับครอบครัว และสังคม มีการจัดการ โครงสร้างพื้นฐานด้านบริการ ทรัพยากรบาบเป็นธรรมชาติทั่วถึง ใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างคุ้มค่า ก็จะส่งผลถึงความมั่นคงของชาติ ที่ทำให้ประชาชนสามารถครองชีวิตอยู่ได้ด้วยปกติสุข มีความภาคภูมิใจในความเป็นชาติ รวมทั้งยึดมั่นในอุดมการณ์ในการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ เพื่อความมั่นคงของชาติต่อไป

การวิจัยครั้งนี้มุ่งหวังในการพัฒนาข้อเสนอการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืน ที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ วิเคราะห์ อธิบายศักยภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนและปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับนโยบายส่วนกลาง ระดับปฏิบัติการในพื้นที่ และระดับชุมชน ให้ทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและปัจจัยทางสังคม เป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืน ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพะนำไปสู่ความมั่นคงของสังคมและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายศักยภาพและการมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน
 2. เพื่อการวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อกระบวนการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน
 3. เพื่อจัดทำข้อเสนอพัฒนายุทธศาสตร์การจัดการด้านสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืน
- ที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของชุมชน ในทุกระดับของการจัดบริการสุขภาพภาครัฐ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research Method) โดยใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO: Health System Framework) และหลักการสุขภาพภาคประชาชน เป็นหลักในการศึกษา ดังนี้

1. แนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO: Health System Framework) ใน 6 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย
 - 1) ระบบการให้บริการ(Health Service Delivery)
 - 2) กำลังคนด้านสุขภาพ(Health Workforce)

- 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร สุขภาพ (Health Information)
- 4) เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Essential Health Technologic)
- 5) ระบบการเงินการคลัง (Health Financing)
- 6) การอภิบาลระบบสุขภาพ (Health System Governance)
2. หลักการสุขภาพภาคประชาชน มีหลักสำคัญ 4 ประการ คือ
 - 1) การปรับความคิดและบทบาท
 - 2) ความร่วมมือระหว่างพหุภาคี
 - 3) ความร่วมมือจากประชาชนและชุมชน
 - 4) การสร้างเป้าหมายและความปรารถนาสู่ความสำเร็จร่วมกันของชุมชน

โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวระบุผลลัพธ์ของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของชุมชน และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของชุมชน ในทุกระดับ บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและ ตติยภูมิ ของการจัดบริการสุขภาพภาครัฐ คือ การเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพและความปลอดภัย และผลสัมฤทธิ์ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี สร้างความเป็นธรรม ปกป้องคุ้มครองความเสียหายทั้งด้านสังคมและการเงิน และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ภาคีเครือข่ายการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การจัดการด้านสุขภาพของชุมชน

การเลือกพื้นที่ศึกษาตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 4 จังหวัดในทุกภูมิภาค โดยมีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2554 – มีนาคม 2555

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research Method) โดยมีกระบวนการแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. การทบทวนเอกสาร (Document Review) งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ บทความ รายงาน ยุทธศาสตร์และนโยบายที่เกี่ยวข้อง กับระบบสุขภาพชุมชน ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ในระดับบริการต่างๆ ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูง ของบริการสุขภาพภาครัฐ ความมั่นคงด้านสุขภาพ และความมั่นคงทางสังคมของชาติ

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview: IDI) ในระดับผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารและ ผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง ทิศทางและการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ กลยุทธ์การขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์สุขภาพ การสนับสนุน และปัจจัยความสำเร็จ การปรับบทบาทและโครงสร้างที่

เกี่ยวข้อง ของกระทรวง การสร้างความร่วมมือพหุภาคี ข้อเสนอแนะการพัฒนาในการกำหนด ยุทธศาสตร์สุขภาพของชาติ

3. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) การสัมภาษณ์ไม่เป็นทางการ (Informal Interview) การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview: IDI) และ การสังเกต (Observation) ในระดับพื้นที่ปฏิบัติการและชุมชน ด้านการจัดการสุขภาพชุมชน การถ่ายทอดความรู้เทคโนโลยี การมีส่วนร่วม ความต้องการพื้นฐาน ปัจจัยความสำเร็จ และอุปสรรคการดำเนินการ ข้อเสนอแนะ ทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน กลุ่มนักพัฒนา และอาสาสมัคร สาธารณสุข ใช้

การคัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยการคัดเลือกหนึ่ง จังหวัดในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย เป็นพื้นที่ที่มีกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เป็น เป้าหมายตำบลจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข แต่ละจังหวัดเลือก 2 ตำบลมีเกณฑ์พิจารณา การคัดเลือกตำบล เพื่อให้เห็นกระบวนการ ผลการดำเนินการ การมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ตำบลที่มีผลการดำเนินงานผ่านการประเมินตามเกณฑ์เบื้องต้น มีความเข้มแข็ง ในการบริหารจัดการ และจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการมีส่วนร่วมจากพหุภาคี มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ เป็นตำบลต้นแบบในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน

2. ตำบลที่เริ่มเข้าสู่กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม มีการจัดกิจกรรมสร้าง สุขภาพมีกระบวนการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน และเริ่มมีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เป็น รูปธรรมในชุมชน

รายชื่อจังหวัดเป้าหมาย จากทุกภูมิภาคมีดังนี้

1. ภาคเหนือ ศึกษาในพื้นที่ตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย และตำบลจันเสน อำเภอตากลี จังหวัดนครสวรรค์

2. ภาคกลาง ศึกษาในพื้นที่ตำบลดงมะรุ้ม อำเภอโคกสำโรง และตำบลสระโบสถ์ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี

3. ภาคใต้ ศึกษาในพื้นที่ตำบลท่าซอม อำเภอหัวไทร และตำบลท่าเรือ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4. ภาคตะวันออก/เฉียงเหนือ ศึกษาที่ตำบลพิมาน อำเภอนาแก และตำบลวังยาง อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ให้ข่าวสำคัญ (Key-informant) คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ทั้งระดับผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง และระดับปฏิบัติการใน

พื้นที่และชุมชน ที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ทั้งภาคท้องถิ่น ภาครัฐ และประชาชนที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ประเด็นสัมภาษณ์ (Topic Guide)

การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือตัวนักวิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการพูดคุย โดยการสัมภาษณ์ สังเกต และปฏิบัติตนเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครอบคลุม และเชื่อถือได้ เอกสารหลักฐาน และสถิติต่างๆ ผู้วิจัยทุกคนผ่านการอบรมกระบวนการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ และได้จัดทำสมุดบันทึกเกี่ยวกับรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล แหล่งข้อมูล วันเวลาสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลรักษาเป็นความลับ (Lock Book) เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมั่นใจ และไม่เกิดผลกระทบกับผู้ให้ข้อมูล

การทดสอบความแม่นยำและความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) วิธีการทดสอบความแม่นยำและความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบไว้ดังนี้ ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ คำตอบที่ได้มาสอดคล้องกับบริบททางสังคมของชุมชนนั้นๆ สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่มีอยู่ และสอดคล้องกับข้อสังเกตของผู้วิจัยหรือไม่ การทดสอบกับสภาพแวดล้อมและข้อมูลอื่นที่มีอยู่เดิม จะชี้ให้เห็นว่าข้อมูลที่ได้นั้นน่าเชื่อถือหรือไม่ กรณีที่ข้อมูลที่ได้นั้นไม่น่าเชื่อถือ ผู้วิจัยต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นๆ ที่มีอยู่ทั้งทางตรงและทางอ้อม วิธีการทดสอบนี้คือการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งหมายถึง การเก็บข้อมูลด้วยหลายวิธี เพื่อให้ปรากฏการณ์ที่ศึกษานั้นมีความหมาย ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูล (Data Sources) ข้อมูลบุคคลที่ต่างกัน สถานที่ที่ต่างกัน และเวลาที่ต่างกัน รวมถึงการตรวจสอบข้อมูล (Cross - Check) กับเจ้าของข้อมูลภายหลังการบันทึกข้อมูลอีกครั้ง สรุปข้อค้นพบที่ได้ในแต่ละวันเพื่อกำหนดประเด็นข้อคำถามเพิ่มเติมให้ครอบคลุมในพื้นที่ เก็บข้อมูลในพื้นที่จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลต่างๆ ที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ โดยทีมวิจัยนำมาวิเคราะห์ตามการออกแบบ ประเด็นสัมภาษณ์ (Topic Guide) มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) หลังจากเก็บข้อมูลในแต่ละวัน บันทึกลงในแฟ้มข้อมูล ข้อมูลจากการสังเกต จะนำมาบันทึกโดยเพิ่มความละเอียดปลีกย่อย จากนั้น จะสรุปข้อมูลทันทีที่ไปเก็บมา สรุปประจำวันทุกวันเพื่อทบทวนความถูกต้องความสมบูรณ์ของ ข้อมูล สอบถามข้อมูลหลากหลายเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Triangulation) เพื่อ พิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นถูกต้อง โดยผู้วิจัยตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูล โดยจะเลือก ตรวจสอบในประเด็นสำคัญความแน่นอนของข้อมูล (Consistency) เป็นหลัก นำข้อมูลมาจำแนกและจัดหมวดหมู่โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปช่วยในการจัดเรียง ข้อมูล ใช้รหัสเป็นตัวอักษรช่วยในการจัดระบบ อีกทั้งนำผลการวิเคราะห์มาอภิปรายร่วมกัน เพื่อสามารถนำเสนอข้อมูลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

จริยธรรมในการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดแนวปฏิบัติดังนี้

1. เคารพและไม่ล่วงละเมิด สิทธิมนุษยชนของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินการวิจัย การจดบันทึกเปิดโอกาสให้ซักถามผู้วิจัยได้ตลอดจน การตัดสินใจอย่างอิสระในการยินยอมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล โดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล
2. คำนึงถึงศักดิ์ศรีและความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลแสดงออกถึงการยอมรับให้เกียรติและมีความจริงใจต่อผู้ให้ข้อมูล
3. ได้จัดระบบรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ทุกขั้นตอน จัดทำสมุด Lock Book ในการเก็บข้อมูลทั้งหมดไม่ให้เผยแพร่และมีผลกระทบ การใช้รหัส (Code) แทนชื่อและแหล่งผู้ให้ข้อมูล
4. ประชุมและชี้แจงผู้ช่วยนักวิจัยทุกคน ให้มีแนวทางในการปฏิบัติเคารพ และไม่ล่วงละเมิดสิทธิของผู้ให้ข้อมูลทุกขั้นตอน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีทั้งการศึกษาจากเอกสาร และการศึกษาในพื้นที่ตัวอย่างจริงใน 4 จังหวัดจากทุกภูมิภาคของประเทศไทย จึงต้องใช้ทั้งระยะเวลา นักวิจัยที่มีความรู้ และงบประมาณในกระบวนการ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ต้องใช้ทักษะของผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ และต้องมีการนัดหมายแหล่งข้อมูลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักสำคัญในพื้นที่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ จึงทำให้ต้องใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในพื้นที่จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานเป็นต้นแบบ (Best Practice) มีผู้ประสานงานในระดับภาค โดยมีศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน (ศสช.) ทั้ง 4 ภาค เป็นศูนย์กลางการประสานงาน คือภาคเหนือ ศสช.จังหวัดนครสวรรค์ ภาคใต้ ศสช. นครศรีธรรมราช ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศสช.ขอนแก่น และภาคกลาง ศสช.ชลบุรี ทั้งนี้เงื่อนไขเวลาที่จำกัด และการนัดหมายตามปฏิทินชุมชนจึงทำให้ต้องเลื่อนการเก็บข้อมูลไม่เป็นตามแผนแต่ก็ได้ปรับการบริหารจัดการจนสามารถเก็บข้อมูลได้ทุกพื้นที่

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ค้นพบข้อเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเป็นการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายด้านสุขภาพ
2. พัฒนาการส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพในชุมชนเพื่อความมั่นคงของชาติต่อไป

3. ค้นพบความต้องการของภาคประชาชน ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกระดับของบริการ ตั้งแต่บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อใช้วางแผนและวางยุทธศาสตร์การจัดบริการสุขภาพภาครัฐในอนาคต

คำจำกัดความ

ระบบสุขภาพ	หมายถึง องค์ประกอบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีขอบเขตและความหมายเกี่ยวข้องกับเหตุและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบกับสุขภาพ ทั้งปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เป็นระบบที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพตามความหมาย คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา
การจัดการระบบสุขภาพ	หมายถึง ระบบการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ในด้านระบบการให้บริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ระบบการเงินการคลัง และการอภิบาลระบบสุขภาพ
การจัดการระบบสุขภาพของชุมชน	หมายถึง กระบวนการบุคคล ครอบครัว ชุมชนท้องถิ่นเป็นผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพตามความต้องการของประชาชนปรับความคิดและบทบาท ความร่วมมือระหว่างพหุภาคี ประชาชนและชุมชน และการสร้างเป้าหมายและความปรารถนาสู่ความสำเร็จร่วมกันของชุมชน ให้ความสำคัญกับสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชน
การพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพ	หมายถึง กระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาด้านสุขภาพอย่างมีขั้นตอน ที่ชุมชนมีกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน จนสามารถรู้จักตนเอง เข้าใจตนเองและกำหนดอนาคตของชุมชน เป็นทั้งเป้าหมายในการพัฒนา และเป็นทั้งกระบวนการพัฒนา เกิดเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้และการพึ่งพาตนเองหรือจัดการทางด้านสุขภาพได้

ความมั่นคงของชาติด้านสุขภาพ	หมายถึง การที่ประชาชนได้รับการดูแลด้านสุขภาพอนามัย ตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี ตลอดจนได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียมในสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน
ความมั่นคงของชาติ	หมายถึง หน้าที่ของ รัฐบาลและประชาชนที่จะต้องร่วมมือกันในการสร้างความผาสุกหรือความพึงพอใจของประชาชนต่อสภาพความเป็นอยู่หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดความสงบสุขในสังคมและในชีวิตจิตใจของประชากร
ยุทธศาสตร์การจัดการด้านสุขภาพของชุมชน	หมายถึง ข้อเสนอที่เป็นแนวทาง การจัดการด้านสุขภาพชุมชนที่มีคุณภาพ ระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน ให้ความสำคัญกับสุขภาพอันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชน โดยรัฐและทุกภาคส่วนในทุกระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศ เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านสุขภาพ
ตำบลจัดการสุขภาพ	หมายถึง ตำบลที่มีการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายสุขภาพ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยมีกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพและการพัฒนาปัจจัยพื้นฐานที่เอื้อต่อการพัฒนา ความรู้ ทุน ระบบข้อมูล และการวางแผน การจัดทำโครงการ / กิจกรรม และการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม