

กลไกการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในชุมชนเพื่อสร้าง ชุมชนเข้มแข็ง เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร

Mechanisms for driving the implementation of community-based
health public policy to build the strong communities,
Thaweewatthana district, Bangkok

สุธี สฤทธิศรี

ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

Suthee Saritsiri

The 67th Public Health Center Thaweewatthana, Department of Health,
Bangkok Metropolitan Administration

Received 2022 Dec 26, Revised 2023 Jan 19, Accepted 2023 Jan 23

DOI:

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ประเมินชุมชนเข้มแข็ง เขตทวีวัฒนา เปรียบเทียบชุมชนเมือง และชุมชนชานเมือง (2) ศึกษาการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร (3) จัดทำข้อเสนอแนวทางขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในชุมชนเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานแบบสอดคล้อง วิจัยเชิงปริมาณ ในกลุ่มตัวอย่าง 120 คน ได้แก่ ประธานและเลขาธิการคณะกรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ภาครัฐจากศูนย์บริการสาธารณสุขและฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตทวีวัฒนา ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลมีค่าความเที่ยงตรง 0.87 ค่าความเชื่อถือได้ 0.89 มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาใช้สถิติทดสอบ t-test วิจัยเชิงคุณภาพเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก กับประธานชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง

ผลการวิจัยพบว่า (1) การประเมินชุมชนเข้มแข็ง 9 มิติ พบว่ามีมิติที่ได้คะแนนจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ได้แก่ ผู้นำชุมชน การสร้างความสัมพันธ์กับพี่เลี้ยง โครงสร้างองค์กร การมีส่วนร่วม การบริหารจัดการ การประเมินปัญหา การมีวิจรณ์ญาณหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข การเชื่อมโยงกับองค์กรและบุคคลภายนอก และการระดมทรัพยากร โดยพบว่าชุมชนชานเมืองมีคะแนนสูงกว่าในทุกมิติ พบว่าการมีส่วนร่วม การระดมทรัพยากรการเชื่อมโยงกับบุคคลและองค์กรภายนอกการมีวิจรณ์ญาณหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข และการบริหารจัดการคะแนนสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) (2) องค์กรประกอบโครงสร้างกลไก

การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพส่วนใหญ่มี แต่ส่วนที่มีน้อยคือโครงสร้างการทำงานแนวราบระหว่างพหุภาคี และการทำข้อตกลงร่วม สำหรับต้นทุนทางสังคมและกระบวนการมีความเข้มแข็งที่ผู้บริหารหน่วยงานในพื้นที่มีเป้าหมายร่วมทำงานเพื่อสุขภาพของประชาชน สิ่งที่ต้องพัฒนาคือผู้มีส่วนได้เสียควรเป็นเจ้าของกระบวนการและผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนและควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรจากภาคีเครือข่าย ปัจจัยด้านบวกคือ ความตระหนักและสนใจด้านสุขภาพของประชาชน ปัจจัยด้านลบคือ ขาดงบประมาณและประชาชนขาดความตระหนักและความเข้าใจ (3) ข้อเสนอแนวทางกลไกการขับเคลื่อนฯ เริ่มจากพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชน เรียนรู้ชุมชนพัฒนาศักยภาพชุมชนเข้มแข็งหาภาคีเครือข่าย ออกแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จัดทำโครงการขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตทวีวัฒนา สุดท้ายกำหนดธรรมนูญสุขภาพเฉพาะที่ของชุมชน

คำสำคัญ: ธรรมนูญสุขภาพ, ชุมชนเข้มแข็ง, กรุงเทพมหานคร

Abstract

This study aims (1) to study and assess level of community engagement and compare between urban and suburban communities (2) to study the implementation of community-based health public policy Thaweewatthana district, Bangkok (3) to propose guidelines to drive community-based health public policy Thaweewatthana district, Bangkok. A convergent Mixed Methods Design, quantitative part recruited in a sample of 120 inhabitants; which included the community presidents, secretary of the community committee, health volunteers, government officials from the Public Health Center, the community development and social welfare department of Thaweewatthana district, office. A self-administered questionnaire was used to collect data with validity of 0.87 and internal reliability of 0.89. Descriptive data were analyzed using t-test. In regarding to qualitative research, an in-depth interview was conducted with community presidents and health volunteers with structure interview guidelines.

The results showed that: (1) Assessment of the strong communities in 9 dimensions ranked from the highest to the lowest as followings: community leaders, mentor relationship building, organizational structure, participation, management, problem assessment, discretion to find causes and approaches, linking with third parties and organizations and resource mobilization. Suburban communities scored higher in all dimensions. The dimensions of participation, resource mobilization, connection with people and external

organizations, discretion to find causes and solutions and management were significantly higher than urban communities ($P < 0.05$). (2) The most of them had structural components of the community-based health public policy but a small component, A horizontal network structure between multilateral non-mandate power structures and the establishment of MOUs between stakeholders. In regarding to social capital and process, it has a strong point that executives of departments shared goal of working for the health of the people. The weaknesses pointed out that stakeholders have ownership of the processes and outcomes and have to support budget and resources from network partners. Positive factor was the awareness and interests in the health of the people. Negative factor was the lack of budget support, awareness and understanding of the implementation. (3) Mechanisms for driving is beginning to develop the potential of community leaders, community learning, to development strong community potential, finding network partners, data collection design and analyzing the data, problem identifying and it determinant factors, project formulation, budget plan from the Thaweewatthana district, Health Security Fund.

Keywords: Health public policy, Strong Community, Bangkok

บทนำ

กรุงเทพมหานครซึ่งเป็นการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2528 แบ่งการปกครองเป็น 50 เขต การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพของกรุงเทพมหานคร เริ่มเมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2563 โดยกรุงเทพมหานคร ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และภาคีเครือข่าย ผู้แทนหน่วยงาน นักวิชาการ ภาคประชาสังคม และแกนนำชุมชน ร่วมจัดทำธรรมนูญสุขภาพของกรุงเทพมหานคร ใช้เป็นกรอบหรือข้อตกลงร่วมกันในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนกรุงเทพฯ แต่การนำนโยบายไปสู่ขั้นตอนของการปฏิบัติหรือการขับเคลื่อนให้

เกิดผลเป็นรูปธรรมในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในกรุงเทพมหานครเป็นสิ่งที่ท้าทาย แม้ว่าจะในแต่ละเขตจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) โดยผู้อำนวยการเขตเป็นประธาน มีคณะกรรมการ ได้แก่ ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ ผู้แทนภาคเอกชน ผู้แทนภาคประชาชน มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ร่วมกันพัฒนา และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงและได้รับการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคมส่งผลให้เกิดสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน แต่ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾ ในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ (พชอ.) ของต่างจังหวัด พบว่ามีอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ ขาดระบบข้อมูลเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมกำหนดประเด็นปัญหา และการจัดลำดับความสำคัญ, การกำหนดเป้าหมาย และสร้างความเข้าใจร่วมกันเชื่อมโยงภารกิจแต่ละหน่วยงาน, ขาดความชัดเจนของแผนงาน การดำเนินงาน และติดตามประเมินผล, การบูรณาการทรัพยากรจากภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน รวมทั้งกลไกและแนวทางการใช้จ่ายงบประมาณ, การเผยแพร่และประชาสัมพันธ์การดำเนินงานไปสู่ประชาชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในพื้นที่ ดังนั้นการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างยิ่ง เพราะเป็นสิ่งที่ต้องเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

จากการศึกษาของวันรพี สมณช่างเผือก และคณะ⁽²⁾ เกี่ยวกับปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ ได้แก่ การบูรณาการทำงานร่วมกันระดับนโยบาย และระดับพื้นที่ ภาครัฐ ท้องถิ่น ประชาชน ความมุ่งมั่นตั้งใจของผู้นำพื้นที่ที่ต้องการแก้ไขปัญหาประชาชน การมีทีมพี่เลี้ยงระดับเขต จังหวัด จัดกระบวนการทำงานร่วมกันอย่างเป็นขั้นตอนเป็นระบบ โดยอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา และคณะ⁽³⁾ พบว่าธรรมนูญสุขภาพเกิดได้เพราะความใส่ใจ และสนใจของชุมชนส่งผลให้มีการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติ การเสริมแรงที่สำคัญ คือ การสร้างบุคคลต้นแบบ ในการดูแลสุขภาพตามธรรมนูญที่กำหนดไว้ การศึกษาของเนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ⁽⁴⁾ พบว่าการที่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีความเข้มแข็ง มีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน ส่งผลต่อการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะ

พื้นที่มากที่สุด รองลงมาคือ การได้รับงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างๆ อย่างต่อเนื่อง การมีภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรมที่เข้มแข็ง คำสอนทางศาสนาเชื่อมประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ และเป็นพื้นที่ต้นแบบและศูนย์เรียนรู้ รวมถึงได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากพื้นที่อื่นๆ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพจำเป็นต้องมีพื้นฐานจากชุมชนเข้มแข็ง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁽⁵⁾ ได้นิยามชุมชนเข้มแข็ง หมายถึง การที่ประชาชนในชุมชนมีการรวมตัวกันเป็นองค์กรชุมชน โดยมีการเรียนรู้ จัดการและแก้ไขปัญหาของชุมชนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน ตลอดจนมีผลกระทบสู่ภายนอกชุมชน ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนจะต้องเป็นการดำเนินงานแบบร่วมคิดร่วมทำและเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาว⁽⁶⁾ การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชน ให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน ชุมชนต้องเป็นคนที่ทำร่วมกับหน่วยงานไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานภาครัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ จัดทำแผนที่เรียกว่าแผนสุขภาพชุมชน ดำเนินการนโยบายสาธารณะโดยคำนึงถึงผลกระทบ 5 ด้าน ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม สุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อม และการเมืองการปกครองในท้องถิ่น⁽⁷⁾

เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร มีพื้นที่ 50.12 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วย 2 แขวง ได้แก่ ทวีวัฒนา และศาลาธรรมสพน์ มีประชากร 78,864 คน (ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร ณ เมษายน 2565) มีชุมชนที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 16 ชุมชน

ได้แก่ ชุมชนหมู่บ้านร่วมก่อ, ชุมชนหมู่บ้านลินพัฒนา, ชุมชนคลองเนินทราย, ชุมชนหมู่บ้านสกุลทิพย์, ชุมชนหมู่บ้านพรณพฤชา, ชุมชนหมู่บ้านเปรมวดี, ชุมชนคลองมหาสวัสดิ์, ชุมชนหมู่บ้านสุขทวี 1-2, ชุมชนวัดปุณณวาส, ชุมชนเจ้าพระยา ร่วมใจ, ชุมชนประตูน้ำฉิมพลี, ชุมชนหลังสถานีรถไฟ, ชุมชนหมู่บ้านกอบแก้ว 1, ชุมชนบางพรหม ร่วมใจ, ชุมชนศรีมณฑลสามัคคี และชุมชนทวีวัฒนา 25⁽⁸⁾ การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเขตทวีวัฒนา เริ่มในปี 2564 มีเพียงการกำหนดหัวข้อรายละเอียดธรรมนูญสุขภาพเท่านั้น แต่การดำเนินงานยังไม่คืบหน้าเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งในปี 2565 ท่านผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร นายชัชชาติ สิทธิพันธุ์⁽⁹⁾ มีนโยบายเน้นดำเนินการผลักดันและกระจายอำนาจด้านการดูแลสุขภาพในตำบลและชุมชน สร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ผ่านการเปิดโอกาสให้จัดทำและเสนอโครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) และการป้องกันโรค (disease prevention) ด้วยกลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครทั้งระดับเมืองและระดับเขต ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนที่ปัจจุบันเน้นการรักษามากกว่าการป้องกัน การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ถือเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพองค์รวมในระดับพื้นที่ผ่านธรรมนูญสุขภาพสร้างนโยบายสาธารณสุขระดับพื้นที่ ให้ความสำคัญแก่สุขภาพโดยมีประชาชนในพื้นที่เป็นเจ้าของ และขับเคลื่อนโดยชุมชนแต่ละแห่งที่มีบริบทแตกต่าง

กัน จึงศึกษาหลักการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในชุมชนเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง ในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ถอดบทเรียนปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพโดยชุมชนหวังให้ชุมชนสามารถจัดทำโครงการและขอรับการสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครผ่านคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เขตทวีวัฒนา เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ และเป็นต้นแบบของชุมชนอื่นๆ ของกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินชุมชนเข้มแข็ง เขตทวีวัฒนา เปรียบเทียบชุมชนเมืองและชุมชนชานเมือง
2. เพื่อศึกษาการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนวทางขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในชุมชนเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบผสมผสานแบบสอดคล้อง (A convergent Mixed Methods Design)

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของแกนนำชุมชน, ศึกษาประเมินความเข้มแข็งในการดำเนินงานของชุมชน 9 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วม, ผู้นำชุมชน, โครงสร้างองค์กร, การประเมินปัญหา, การมีวิจยารณญาณหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข, การระดมทรัพยากร, การเชื่อมโยงกับองค์กร

และบุคคลภายนอก, การสร้างความสัมพันธ์กับ พี่เลี้ยง (ตัวแทนองค์กรภายนอก) และการบริหารจัดการ การจัดการ และศึกษาประเมินการมีองค์ประกอบ โครงสร้างกลไกธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ต้นทุน ทางสังคมและกระบวนการ รวมถึงปัจจัยเงื่อนไข สำคัญของชุมชนเกี่ยวกับการขับเคลื่อนธรรมนูญ สุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ แกนนำ ชุมชนแต่ละชุมชน ในเขตทวีวัฒนา

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยยอมรับ ความคลาดเคลื่อน 5% ค่าความเชื่อมั่นที่ 95%

โดยใช้สูตรคำนวณของ Taro Yamane⁽¹⁰⁾

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{[1+N(e^2)]} \\ &= \frac{149}{[1+149(0.05)^2]} \\ &= \frac{149}{(1+0.37)} \\ &= 108.76 \end{aligned}$$

เมื่อ n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
N แทน จำนวนแกนนำชุมชนเขต ทวีวัฒนา 16 ชุมชน ทั้งหมด 149 คน
E แทน ค่าความคลาดเคลื่อนที่ ยอมรับได้ 5%

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ 109 คน และผู้วิจัยเพิ่มตัวอย่างไว้เพื่อการสูญเสีย ของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ไว้ 10 % ประมาณ 11 ตัวอย่าง รวมเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 120 ตัวอย่าง (อย่างน้อย 7 ตัวอย่าง ในแต่ละชุมชน) เลือกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง คือ ประธานคณะกรรมการ ชุมชน เลขาธิการกรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชน เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้องในแต่ละชุมชน ทั้งหมด 16 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนหมู่บ้านร่วมเกื้อ, ชุมชนหมู่บ้านสินพัฒนา, ชุมชนคลองเนินทราย, ชุมชนบ้านจัดสรรสกลทิพย์, ชุมชนหมู่บ้าน พรณพฤกษา, ชุมชนหมู่บ้านเปรมวดี, ชุมชน คลองมหาสวัสดิ์, ชุมชนหมู่บ้านสุขทวี 1-2, ชุมชนวัดปุณณवास, ชุมชนเจ้าพระยาร่วมใจ, ชุมชนประตุน้ำฉิมพลี, ชุมชนหลังสถานีรถไฟ, ชุมชนหมู่บ้านกอบแก้ว 1, ชุมชนบางพรหมร่วมใจ, ชุมชนศรีมณฑลสามัคคี และชุมชนทวีวัฒนา 25 ตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 20–75 ปี
2. สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้
3. เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งของ ชุมชน เขตทวีวัฒนาระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
4. ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรค ต่อการเข้าร่วมการวิจัย
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ไม่ออกจากตำแหน่งของชุมชน หรือ
2. ย้ายออกจากชุมชน เขตทวีวัฒนา ก่อนการเก็บข้อมูลครบ

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ศึกษาแนวทางการปรับปรุงและพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ เพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ประธานคณะกรรมการชุมชน 16 ชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ในแต่ละชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินชุมชนเข้มแข็ง และการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ ที่ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าและรวบรวมข้อมูล (ความเที่ยงตรง 0.87 ความเชื่อถือได้ 0.89) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาโรคประจำตัว ตำแหน่งในชุมชน ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง

ส่วนที่ 2 การประเมินชุมชนเข้มแข็ง โดยใช้แบบสอบถามประเมินความเข้มแข็งชุมชน 9 มิติ อ้างอิงจาก การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการเสริมพลังชุมชน ของเกลน แลฟเวอแรค⁽¹¹⁾ ได้แก่ การมีส่วนร่วม, ผู้นำชุมชน, โครงสร้างองค์กร,

การประเมินปัญหา, การมีวิจรรย์ญาณหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข, การระดมทรัพยากร, การเชื่อมโยงกับองค์กรและบุคคลภายนอก, การสร้างความสัมพันธ์กับพี่เลี้ยง (ตัวแทนองค์กรภายนอก) และการบริหารจัดการ ระดับคะแนนแบ่งเป็น ระดับ 1-5

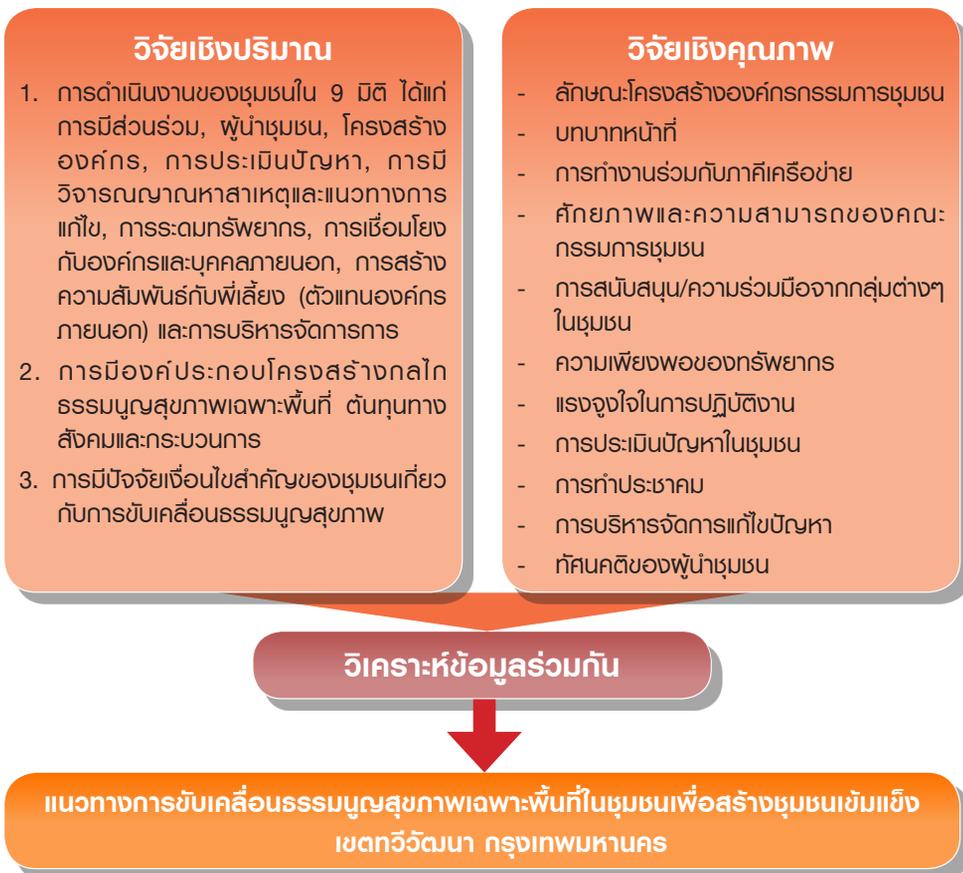
ส่วนที่ 3 การประเมินการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามประเมินโครงสร้างกลไกธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ต้นทุนทางสังคมและกระบวนการ และปัจจัยเงื่อนไขสำคัญของชุมชนด้านบวกและด้านลบ เกี่ยวกับการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ อ้างอิงจากการศึกษาการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ⁽⁴⁾

2. แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง เกี่ยวกับคณะกรรมการชุมชน ได้แก่ ลักษณะโครงสร้างองค์กร, บทบาทหน้าที่, การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย, ศักยภาพและความสามารถในการทำงาน, การสนับสนุนและความร่วมมือจากกลุ่มต่างๆ ในชุมชน, ความเพียงพอของทรัพยากร, แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน, การประเมินปัญหาในชุมชน, การทำเวทีประชาคม, การบริหารจัดการแก้ไขปัญหา และทัศนคติของผู้นำชุมชน เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในชุมชนเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็งของเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินชุมชนเข้มแข็งและการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ คือ ประธานคณะกรรมการชุมชน เลขาธิการกรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ภาครัฐ จากศูนย์บริการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตทวีวัฒนา ที่เกี่ยวข้องกับ 16 ชุมชน ในเขตทวีวัฒนา จำนวน 120 คน และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ประธานคณะกรรมการชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้างเกี่ยวกับคณะกรรมการชุมชน เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในชุมชนเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ระยะเวลาศึกษา 1 กันยายน – 30 พฤศจิกายน 2565 รายละเอียดดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด



การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS ค่าที่มีนัยสำคัญ คือ $P < 0.05$

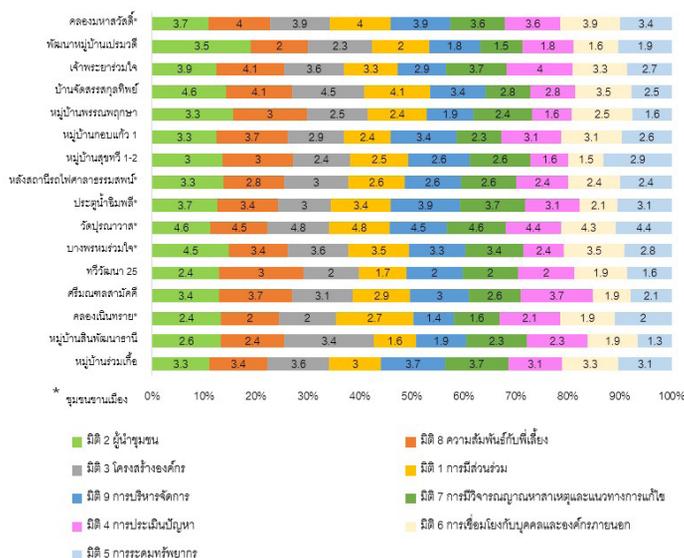
ผลการศึกษา

พบว่าเขตทวีวัฒนามีประชากร 78,864 คน มีชุมชนที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 16 ชุมชน ชุมชนในแขวงทวีวัฒนามีประชากร 7,722 คน คิดเป็นร้อยละ 9.80 และแขวงศาลาธรรมสพน์มีประชากร 10,063 คน คิดเป็นร้อยละ 12.76 หากแบ่งประเภทชุมชนตามระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยชุมชนและกรรมการชุมชน พ.ศ. 2564 จำแนกเป็นชุมชนเมือง 10 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนหมู่บ้านร่วมก่อ, ชุมชนหมู่บ้านสินพัฒนา, ชุมชนศรีมณฑลสามัคคี, ชุมชนทวีวัฒนา 25, ชุมชนหมู่บ้านสุขทวี 1-2, ชุมชนหมู่บ้านกอบแก้ว, ชุมชนหมู่บ้านพรณพฤชา, ชุมชนบ้านจัดสรรสฤทธิพิภย์, ชุมชนเจ้าพระยาพร้อมใจ และชุมชนหมู่บ้านเปรมวดี และชุมชนชานเมือง 6 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนคลองเงินทราย, ชุมชนบางพรหมร่วมใจ, ชุมชนวัดปุณณवास, ชุมชนประตุน้ำนิมพลี, ชุมชนหลังสถานีรถไฟ และชุมชนคลองมหาสวัสดิ์ พบว่าลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 120 คน

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (68.3%) อายุ 51-60 ปี (74.2%) สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน (52.5%) ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร (86.7%) จบชั้นมัธยมศึกษา (32.5%) อาชีพรับจ้าง (21.7%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท (70.8%) สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) (66.7%) ระยะเวลาดำรงตำแหน่งในชุมชนเฉลี่ย 8.1 ± 6.3 ปี ส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี (50.8%)

การประเมินชุมชนเข้มแข็งทั้ง 9 มิติ พบว่าชุมชนในเขตทวีวัฒนา 16 ชุมชน มีคะแนนเฉลี่ย 2.96 คะแนน มิติที่ได้คะแนนจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดตามลำดับ ได้แก่ ผู้นำชุมชน (3.5) การสร้างความสัมพันธ์กับพี่เลี้ยง (ตัวแทนองค์กรภายนอก) (3.3) โครงสร้างองค์กร (3.2) การมีส่วนร่วม (2.9) การบริหารจัดการ (2.9) การประเมินปัญหา (2.8) การระดมทรัพยากร (2.5) การเชื่อมโยงกับองค์กรและบุคคลภายนอก (2.7) การมีวิจรณ์ญาณหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข (2.8) ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 การประเมินชุมชนเข้มแข็ง 9 มิติ ทั้งหมด 16 ชุมชน จำแนกตามสัดส่วนแต่ละมิติ



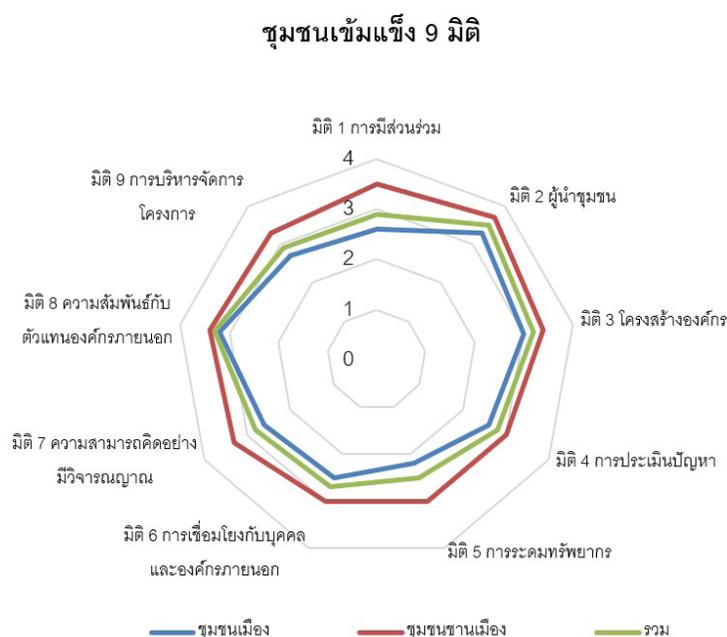
เมื่อจำแนกตามประเภทชุมชนพบว่า คะแนนเฉลี่ยชุมชนชานเมือง 3.29 คะแนน และชุมชนเมือง 2.74 คะแนน จำแนกแต่ละมิติพบว่าในมิติที่ 1 การมีส่วนร่วม (Participation) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.9 คือ สมาชิกชุมชนเข้าประชุมและร่วมกิจกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แสดงความคิดเห็น แต่ไม่มีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องการดำเนินงาน มิติที่ 2 ผู้นำชุมชน (Local Leadership) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.5 คือ ทุกกลุ่มหรือองค์กรในชุมชน มีผู้นำที่ทำงานได้ดี มีการพัฒนาทักษะผู้นำ และทำงานร่วมกับกลุ่มหรือองค์กรอื่นในชุมชนได้ มิติที่ 3 โครงสร้างองค์กร (Organizational Structures) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.2 คือ คณะกรรมการมีองค์ประกอบครบถ้วน ประชุมกันสม่ำเสมอ และทำงานโครงการได้ดี มิติที่ 4 การประเมินปัญหา (Assessment of Problems) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 คือ ชุมชนมีการเก็บและรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ นำมาวิเคราะห์และประเมินปัญหา มิติที่ 5 การระดมทรัพยากร (Resource mobilization) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.5 คือ คณะกรรมการมีแผนชุมชนพึ่งตนเอง ที่กำหนดการใช้ทรัพยากรทั้งจากภายใน และภายนอกชุมชนแต่ยังมีได้ดำเนินการ มิติที่ 6 การเชื่อมโยงกับองค์กรและบุคคลภายนอก (Links with Other People and Organization)

มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.7 คือ คณะกรรมการมีข้อตกลงความร่วมมือกับบุคคลหรือองค์กรภายนอกในเรื่องการดำเนินงานโครงการนี้ มิติที่ 7 การมีวิจยารณญาณหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข (Asking 'why') มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 คือ การประชุมคณะกรรมการในเรื่องที่เกี่ยวกับปัญหาของชุมชน มีการ 'ถามว่าทำไม' เพื่อพิจารณาถึงเหตุผล ที่อยู่เบื้องหลัง และสามารถแย้งคำตอบกันได้ มิติที่ 8 การสร้างความสัมพันธ์กับพี่เลี้ยง (ตัวแทนองค์กรภายนอก) (Role of Outside Agents) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.3 คือ ในการดำเนินโครงการพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาคณะกรรมการตามความจำเป็น และมิติที่ 9 การบริหารจัดการ และการบริหารจัดการ (โครงการ) (Program Management) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.9 คือ คณะกรรมการบริหารจัดการได้โดยพี่เลี้ยงเป็นที่ปรึกษาตามความจำเป็น ยังไม่ได้รับการเพิ่มทักษะการบริหารจัดการ โดยเฉพาะ 5 มิติที่คะแนนสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วม, การระดมทรัพยากร, การเชื่อมโยงกับบุคคลและองค์กรภายนอก, ความสามารถในการ 'ถามว่าทำไม' และ การบริหารจัดการ (โครงการ) ($P < 0.05$) ดังตารางที่ 1 ชุมชนชานเมืองคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าชุมชนเมืองทุกมิติ ดังแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยของการประเมินชุมชนเข้มแข็ง 9 มิติ จำแนกตามประเภทชุมชน

ชุมชนเข้มแข็ง 9 มิติ	$\bar{X} \pm S.D.$			p
	รวม	เมือง	ชนเมือง	
มิติ 1 การมีส่วนร่วม	2.9+1.5	2.6+1.5	3.5+1.3	0.001
มิติ 2 ผู้นำชุมชน	3.5+1.3	3.3+1.3	3.7+1.3	0.094
มิติ 3 โครงสร้างองค์กร	3.2+1.4	3.0+1.4	3.4+1.5	0.174
มิติ 4 การประเมินปัญหา	2.8+1.4	2.6+1.3	3.0+1.5	0.105
มิติ 5 การระดมทรัพยากร	2.5+1.5	2.2+1.4	3.0+1.7	0.005
มิติ 6 การเชื่อมโยงกับบุคคลและองค์กรภายนอก	2.7+1.4	2.4+1.3	3.0+1.5	0.028
มิติ 7 การมีวิจาร์ณญาณหาสาเหตุแนวทางแก้ไข	2.8+1.4	2.6+1.3	3.2+1.5	0.009
มิติ 8 ความสัมพันธ์กับพี่เลี้ยง	3.3+1.3	3.2+1.3	3.4+1.2	0.660
มิติ 9 การบริหารจัดการ (โครงการ)	2.9+1.5	2.6+1.4	3.2+1.6	0.033

แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิใยแมงมุม (Radar chart) แสดงการประเมินความเข้มแข็งของชุมชน 9 มิติ



จำแนกตามประเภทชุมชน เขตทวี
วัฒนา

**โครงสร้างกลไกธรรมณูสุภาพเฉพาะ
พื้นที่ 7 องค์ประกอบ** พบว่าชุมชนเขตทวีวัฒนา
ส่วนใหญ่มีองค์ประกอบโครงสร้างกลไกธรรมณู
สุภาพเฉพาะพื้นที่ ได้แก่ มีความชัดเจนในการ
แบ่งบทบาทหน้าที่การทำงานของคณะกรรมการ
(76.7%), คณะกรรมการมีความรู้ เข้าใจหลัก
คิด และกระบวนการของธรรมณูสุภาพเฉพาะ
พื้นที่ (67.5%), พื้นที่มีการพัฒนาโครงการติดตาม
ประเมิน ผลการขับเคลื่อนธรรมณูสุภาพเฉพาะ
พื้นที่ (64.2%), มีพี่เลี้ยงภาคีวิชาการ เช่น สถาบัน
การศึกษา นักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นพี่เลี้ยง
สนับสนุน ข้อมูลความรู้ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง
(57.5%) และมีองค์ประกอบของคณะกรรมการ
ครบถ้วนทั้ง 3 ภาคี ภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน ภาค
ประชาชนและมีสัดส่วนที่สมดุล (56.7%) องค์
ประกอบที่น้อย ได้แก่ โครงสร้างการทำงานแนว
ราบระหว่างพหุภาคีมิใช่โครงสร้างอำนาจแบบสั่ง
การ (36.7%) และการจัดทำข้อตกลงร่วม (MOU)
ระหว่างภาคีผู้มีส่วนได้เสียหน่วยต่างๆ (34.25) พบ
ว่าชุมชนชานเมืองมีทุกองค์ประกอบมากกว่าชุมชน
เมือง ดังตารางที่ 2

**ต้นทุนทางสังคมและกระบวนการ 12
องค์ประกอบ** พบว่าชุมชนเขตทวีวัฒนาส่วนใหญ่
มีองค์ประกอบต้นทุนทางสังคมและกระบวนการ
มีจุดเด่นที่ผู้บริหารหน่วยงานเช่น ผู้อำนวยการเขต
ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข มีเป้าหมาย
ร่วมในการทำงานเพื่อสุขภาวะของประชาชน
(86.7%) แต่ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน
เห็นได้จากองค์ประกอบด้านกระบวนการสื่อสาร
ประชาสัมพันธ์ที่สามารถสร้างความตระหนักและ
เห็นคุณค่าร่วมของธรรมณูสุภาพเฉพาะพื้นที่แก่
ผู้มีส่วนได้เสีย (58.3%) และการจัดทำระบบข้อมูล/
สารสนเทศสะท้อนความต้องการและประเด็น
ปัญหาของพื้นที่ (54.2%) สำหรับองค์ประกอบที่พบ
น้อย เรียงตามลำดับจากน้อยที่สุด ได้แก่ ผู้มีส่วนได้
เสียมีความเป็นเจ้าของกระบวนการและผลลัพธ์การ
ขับเคลื่อนธรรมณูสุภาพเฉพาะพื้นที่ (43.3%), มี
ระบบสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆจาก
ภาคีเครือข่ายที่ร่วมกันขับเคลื่อนธรรมณูสุภาพ
เฉพาะพื้นที่ (48.3%) พบว่าชุมชนชานเมืองมีองค์
ประกอบส่วนใหญ่มากกว่าชุมชนเมือง และพบว่า
ในบางชุมชนขาดองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ระบบ
สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆจาก
ภาคีเครือข่ายที่ร่วมกันขับเคลื่อนธรรมณูสุภาพ
เฉพาะพื้นที่ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงโครงสร้างกลไกธรรมาภิบาลสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ชุมชนเขตทวีวัฒนา 16 ชุมชน แยกตามประเภทชุมชน จำนวน (ร้อยละ) N = 120

โครงสร้างกลไกธรรมาภิบาลสุขภาพเฉพาะพื้นที่ (ร้อยละ)	ชุมชนเมือง 10 ชุมชน										ชุมชนชานเมือง 6 ชุมชน						nCS	ชกนญ
	nCS										nCS							
	ศูนย์ฯ กทม	ทชช	ชมชช	ชมชช	ชมชช	ชมชช	ชมชช	ชมชช	ชมชช	ชมชช	ชมชช	ชมชช	ชมชช	ชมชช	ชมชช	ชมชช		
1. มีองค์ประกอบของคณะกรรมการครบถ้วนทั้ง 3 ภาค คือภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ในสัดส่วนที่สมดุล	28.6	0	100.0	42.9	42.9	37.5	87.5	85.7	50.0	56.3	14.3	37.5	75.0	85.7	55.6	71.4	56.6	56.7
2. คณะกรรมการมีความรู้ เข้าใจลึกซึ้ง และกระบวนกรของธรรมาภิบาลสุขภาพเฉพาะพื้นที่	42.9	14.3	100.0	42.9	87.5	62.5	87.5	85.7	37.5	66.1	42.9	62.5	75.0	85.7	55.6	100.0	70.3	67.5
3. มีความชัดเจนในการแบ่งบทบาทหน้าที่การทำงานของคณะกรรมการ	57.1	71.4	100.0	57.1	100.0	50.0	87.5	100.0	25.0	74.8	57.1	62.5	100.0	100.0	77.8	85.7	80.5	76.7
4. พื้นที่มีการพัฒนาการติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนธรรมาภิบาลสุขภาพเฉพาะพื้นที่	71.4	14.3	100.0	14.3	87.5	62.5	75.0	100.0	37.5	63.4	42.9	50.0	75.0	85.7	55.6	85.7	65.8	64.2
5. มีโครงสร้างการทำงานแนวราบระหว่างพหุภาคีมีใช้โครงสร้างอำนาจแบบสั่งการ	42.9	0	28.6	14.3	75.0	25.0	25.0	14.3	0	25.4	14.3	37.5	75.0	71.4	55.6	71.4	54.2	36.7

ตารางที่ 3 แสดงต้นทุนทางสังคมและกระบวนการ ชุมชนเขตวิวัฒนา เขตตามประเภทชุมชน มี (ร้อยละ) N = 120

ต้นทุนทางสังคมและกระบวนการ มี (ร้อยละ)	ชุมชนเมือง 10 ชุมชน										ชุมชนเมือง 6 ชุมชน						ncs	ncs	ต้นทุน				
	ศูนย์นครฯ กทม	บางพลี ๒๒	สุขุมวิท ๒๕	2-1 ดินแดง	คูเกษม กทม	เคหะประชารัฐ กทม	อโยธยา ๒๒ กทม	อโยธยา ๒๒ กทม	อโยธยา ๒๒ กทม	อโยธยา ๒๒ กทม	อโยธยา ๒๒ กทม												
1. พื้นที่ชุมชนมีความเข้มแข็ง ด้วยการสนับสนุนจากหน่วยงาน ต่างๆ	100.0	42.9	71.4	28.6	87.5	57.1	37.5	87.5	100.0	25.0	37.5	87.5	100.0	25.0	63.8	28.6	87.5	87.5	71.4	77.8	71.4	70.7	66.7
2. มีการกำหนดเป้าหมายร่วม/ แนวทาง / แผนงาน หรือ ขั้นตอนที่ชัดเจนในการนำไปสู่ การปฏิบัติ	100.0	28.6	100.0	14.3	87.5	57.1	25.0	75.0	85.7	37.5	25.0	75.0	85.7	37.5	61.1	28.6	75.0	75.0	66.7	66.7	85.7	71.5	65.0
3. การจัดทำระบบข้อมูล/ สารสนเทศสะท้อนความต้องการ และประเด็นปัญหาของพื้นที่	85.7	57.1	100.0	42.9	75.0	42.9	12.5	25.0	57.1	25.0	12.5	25.0	57.1	25.0	52.3	28.6	75.0	75.0	66.7	66.7	28.6	57.6	54.2
4. มีระบบสนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรอื่นจากภาคี เครือข่ายที่ร่วมกันขับเคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่	57.1	0	100.0	14.3	45.0	0	12.5	25.0	85.7	25.0	12.5	25.0	85.7	25.0	36.5	14.3	75.0	75.0	55.6	55.6	71.4	62.8	48.3

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านบวกของชุมชนเกี่ยวกับการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ ชุมชนเขตทวีวัฒนา แยกตามประเภทชุมชน N = 120

ปัจจัยด้านบวก	ชุมชนเมือง 10 ชุมชน									ชุมชนธานีเมือง 6 ชุมชน						nics				
	ศูนย์การเรียนรู้	แหล่งพสกนิกร	ศูนย์สุขภาพ	ศูนย์กีฬา	ศูนย์วัฒนธรรม	ศูนย์บริการ	ศูนย์สุขภาพจิต	ศูนย์สุขภาพเด็ก	ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ	ศูนย์สุขภาพคนพิการ	ศูนย์สุขภาพสัตว์	ศูนย์สุขภาพพืช	ศูนย์สุขภาพสัตว์น้ำ	ศูนย์สุขภาพสัตว์ปีก	ศูนย์สุขภาพสัตว์เลื้อยคลาน					
																	nics	nics		
1. ภาวดีเครือข่ายในพื้นที่มีความเข้มแข็ง มีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน	3.4	2.6	3.1	2.7	3.5	2.7	3.3	3.6	3.6	3.6	2.6	3.1	2.7	3.8	3.6	2.1	2.9	3.1	3.0	3.1
2. การได้รับงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น สสจ. สปสช. กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	2.7	2.0	2.6	2.1	3.4	2.3	3.3	2.1	3.7	1.9	2.6	1.4	3.0	3.3	2.4	2.4	2.4	2.0	2.4	2.5
3. การมีภูมิปัญญาท้องถิ่นวัฒนธรรมที่เข้มแข็งของพื้นที่ ศาสนา ศาสนา ที่เชื่อมประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่	3.0	2.6	3.6	2.7	3.3	2.6	2.9	3.1	3.1	2.3	2.9	2.3	3.8	3.5	2.4	2.9	2.1	2.1	2.8	2.9
4. การเป็นพื้นที่ต้นแบบและเป็นศูนย์เรียนรู้ การได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากพื้นที่อื่น	3.3	2.1	3.0	2.3	2.4	2.1	3.1	3.3	3.1	2.3	2.7	1.4	2.9	3.3	2.1	2.9	2.6	2.6	2.5	2.6
5. แคนนำได้รับการเสริมศักยภาพด้านวิชาการต่างๆ	3.1	2.7	3.3	2.7	3.6	2.7	3.4	3.5	3.4	2.5	3.1	1.7	3.5	3.1	2.3	3.0	2.6	2.6	2.7	2.9

ปัจจัยด้านบวก	ชุมชนเมือง 10 ชุมชน										ชุมชนเมือง 6 ชุมชน						n cs	bgnhmu								
	ศูนย์ฯ กทม. กทม.	บางพลี กทม.	สุขุมวิท กทม.	บางนา 25	สุขุมวิท 1-2	วัฒนา กทม.	คลองเตย กทม.	คลองจั่น กทม.	คลองหลวง กทม.	นนทบุรี กทม.	นนทบุรี กทม.	นนทบุรี กทม.	นนทบุรี กทม.	นนทบุรี กทม.	นนทบุรี กทม.											
6. ภาครัฐช่วย (ท้องถิ่น ท้อง ที่) มีความรู้ความเข้าใจต่อการ ดำเนินงานธรรมนุญสุขภาพ และให้การสนับสนุน	3.0	2.4	3.9	2.9	2.9	2.9	2.7	3.3	3.3	2.9	2.9	2.9	2.9	2.4	2.9	2.9	2.9	2.9	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.8	2.9
7. ประชาชนในพื้นที่ให้ความร่วม มือและมีส่วนร่วมในกิจกรรม ต่างๆ	3.3	2.7	3.3	2.4	3.4	3.0	3.0	3.1	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	2.5	3.1	3.1	3.1	3.1	1.6	1.6	2.1	3.8	3.6	3.6	2.8	3.0
8. การมีเป้าหมายร่วมในการ ทำงานและมีความเป็นเจ้าของ ตลอดจนตระหนักในบทบาท หน้าที่ของภาคีเครือข่าย	3.4	2.3	3.1	2.6	3.4	3.0	3.0	3.3	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	2.5	3.1	3.1	3.1	3.1	1.6	1.6	2.3	3.3	3.6	3.6	2.8	2.9
9. ความตระหนักและสนใจด้าน สุขภาพของประชาชนในพื้นที่	3.4	3.1	4.1	3.0	3.9	3.3	3.3	3.5	3.6	3.6	3.6	3.6	4.0	2.9	3.5	2.9	3.5	2.9	2.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.2	3.4
10. การมีฐานข้อมูลที่สามารถนำ มาใช้เพื่อประเมินผลการทำงาน และรับรู้สถานการณ์สุขภาพ	3.4	2.7	3.9	2.9	3.8	2.9	2.9	3.1	3.5	3.5	3.5	3.5	4.0	2.6	3.3	2.1	3.3	2.1	3.6	3.9	2.7	3.9	3.6	3.6	3.0	3.2
รวม	3.2	2.5	3.4	2.6	3.4	2.7	3.2	3.2	3.3	3.5	3.3	3.3	3.5	2.5	3.0	1.9	3.5	3.5	1.9	3.5	2.3	3.5	3.5	3.5	2.8	2.9

ปัจจัยต้นเหตุ	ชุมชนเมือง 10 ชุมชน										ชุมชนเมือง 6 ชุมชน						ncs	ncs	บทสรุป						
	ศูนย์เศรษฐกิจ	บางพลีพัฒนา	ชุมชนเกษตรกรรม	ชุมชนแออัด	ชุมชนเมืองเก่า	ชุมชนเมืองใหม่	ชุมชนเมืองเก่า	ชุมชนเมืองใหม่	ชุมชนเมืองเก่า	ชุมชนเมืองใหม่	ชุมชนเมืองเก่า	ชุมชนเมืองใหม่	ชุมชนเมืองเก่า	ชุมชนเมืองใหม่											
6. ขาดการกระตุ้นและการติดตามการดำเนินงาน	2.9	3.0	2.0	2.9	2.9	2.5	2.3	3.4	2.4	3.1	3.3	2.8	2.9	2.1	2.6	2.9	2.9	2.9	2.9	2.9	2.9	2.7	2.7	2.8	2.8
7. ทัศนคติ/ความเข้าใจของแกนนำในพื้นที่ต่อภารกิจด้านสุขภาพที่หน่วยงานด้านสาธารณสุขต้องเป็นผู้รับผิดชอบ	2.9	3.1	2.0	2.9	2.9	3.0	2.3	3.3	2.3	3.3	3.3	2.8	3.0	2.4	2.6	2.9	3.0	2.9	2.9	2.9	2.9	2.7	2.7	2.8	2.8
8. การขาดผู้รับผิดชอบ	3.0	3.7	3.0	3.3	3.3	2.8	2.3	3.1	3.4	3.3	2.8	3.1	2.0	2.4	2.6	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	2.7	2.3	2.7	2.9
9. ปรับปรุงความหลากหลายของพื้นที่	3.0	3.1	3.0	2.9	2.9	2.1	2.1	3.0	2.5	3.0	2.9	2.8	2.1	3.4	2.8	2.9	2.9	2.9	2.9	2.9	2.9	2.7	2.7	2.8	2.8
10. สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่	2.6	2.7	1.3	2.1	2.1	1.8	1.4	2.6	1.8	2.4	2.3	2.1	1.6	1.6	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.4	2.4	2.0	2.4	2.1
เฉลี่ย	2.9	3.1	2.4	2.8	2.8	2.6	2.2	3.2	2.6	2.9	3.2	2.8	2.2	2.8	2.5	3.0	3.1	2.8	2.8	2.8	3.1	2.7	2.7	2.7	2.8

ปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่

ปัจจัยด้านบวกในแต่ละข้อ มีระดับคะแนนน้อย ถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.9 (ปานกลาง) ปัจจัยด้านบวกคะแนนมากที่สุด คือ ความตระหนักและสนใจด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ คะแนนเฉลี่ย 3.4 (ปานกลาง) คะแนนน้อยที่สุด คือ การได้รับงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างๆอย่างต่อเนื่อง เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.), สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ คะแนนเฉลี่ย 2.5 (น้อย) ดังตารางที่ 4

ปัจจัยด้านลบในแต่ละข้อ มีระดับคะแนนน้อยถึงปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.8 (น้อยถึงปานกลาง) คะแนนมากที่สุด คือ การขาดการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง คะแนนเฉลี่ย 3.2 (ปานกลาง) อีกทั้งประชาชนยังขาดความตระหนักและความเข้าใจต่อการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 3.0 (ปานกลาง) ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของภาคประชาชน และน้อยที่สุด คือ สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ คะแนนเฉลี่ย 2.1 (น้อย) ดังตารางที่ 5

คณะกรรมการชุมชน

โครงสร้างองค์กร มีจำนวนอย่างน้อย 7 คน ได้แก่ ประธานกรรมการ รองประธานกรรมการ เลขานุการ เภรณูญิก นายทะเบียน ประชาสัมพันธ์ และตำแหน่งอื่นตามที่คณะกรรมการชุมชนเห็นสมควร มีโครงสร้างที่ชัดเจนแต่กรรมการชุมชนไม่มี

รายได้เงินเดือน ทำงานที่คล้ายจิตอาสา เงินที่ได้รับประจำ เช่น เบี้ยประชุมครั้งละ 1,000 บาทต่อเดือน ได้เฉพาะผู้ที่มาประชุมเขต ได้แก่ ตำแหน่งประธานชุมชน และเลขา ดังนั้นการทำงานจริงมีเพียง 1-2 คน ทำให้ไม่มีการทำกิจกรรมในชุมชน

บทบาทหน้าที่ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ตามระเบียบการจัดตั้งคณะกรรมการชุมชนชัดเจน แต่การจัดกิจกรรมต่างๆจำเป็นต้องใช้งบประมาณสำรองจ่าย และเบิกทีหลังทำให้ไม่คล่องตัวในการจัดกิจกรรม การเบิกจ่ายค่อนข้างล่าช้า และการจัดทำเอกสารประกอบการเบิกทางราชการมีค่อนข้างมาก ทำให้บางชุมชนขาดคนมาสมัครเป็นคณะกรรมการชุมชน จึงไม่เกิดการแข่งขันจากการเลือกตั้ง อีกทั้งตามระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยชุมชนและกรรมการชุมชน พ.ศ. 2564 หมวด 3 การเลือกตั้งกรรมการชุมชน กล่าวว่าชุมชนใดถ้ามีผู้สมัครตั้งแต่เจ็ดคนขึ้นไป และไม่เกินจำนวนกรรมการชุมชนที่กำหนดไว้ให้ถือว่าผู้สมัครได้รับเลือกตั้งโดยไม่มีการเลือกตั้ง และไม่ต้องเลือกตั้งกรรมการชุมชนให้ครบตามจำนวนที่พึงมี ซึ่งทำให้เกิดผลเสียคือ ไม่เกิดการปรับปรุงข้อมูลทะเบียนประชากร ขาดการแข่งขันโดยผู้สมัครที่มีความรู้ความสามารถ มีศักยภาพ

การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย บางชุมชนมีการแบ่งพักแบ่งพวก เนื่องจากคณะกรรมการชุมชนส่วนหนึ่งมีอิทธิพลเป็นฐานเสียงของการเลือกตั้งทางการเมือง ทำให้ขาดความสามัคคีในการทำงาน และบางครั้งคณะกรรมการชุมชนเปลี่ยนทีม และไม่มีการส่งต่อข้อมูลกัน สำหรับการทำงานกับภาคีเครือข่ายภายนอก ส่วนใหญ่เกิดจากการประสานจากหน่วยงานภาครัฐผ่านประธาน

ชุมชน การร่วมกิจกรรมมีผลจากความสัมพันธ์ที่ดี ต่อประธานชุมชน การประชาสัมพันธ์ข้อมูล ข่าวสารในชุมชน การมีหน่วยงานวิชาการลงพื้นที่ หากชุมชนเอื้อต่อการนำคนในชุมชนมาร่วมกิจกรรม เกิดประโยชน์ 2 ฝ่าย (Win-Win Situation) ก็จะมี โครงการอย่างต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนและได้รับงบประมาณต่อเนื่อง

ศักยภาพและความสามารถในการทำงาน

ขึ้นกับประธานชุมชนเป็นแกนหลักสำคัญ ส่วน เลขาธิการชมรมชุมชนเป็นผู้ประสานงาน กรรมการ ชุมชนอื่นๆเสริมเพื่อให้องค์ประกอบของคณะ กรรมการครบถ้วนในการจัดตั้งเป็นชุมชน การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการชุมชนยังไม่มี หน่วยงานของกรุงเทพมหานคร ที่มาพัฒนาการ ทำงาน มักเป็นการอาศัยความสามารถส่วนตัว ของแต่ละบุคคล จึงขาดการเก็บข้อมูล ขาด องค์ความรู้ในการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกับ คนในชุมชน ส่วนใหญ่เห็นว่าคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) ควรเร่งพัฒนา ศักยภาพการทำงานเป็นทีม การวิเคราะห์ข้อมูล ทักษะการจูงใจ

การสนับสนุนและความร่วมมือจาก กลุ่มต่างๆ ในชุมชน ส่วนใหญ่มีกลุ่มอาสาสมัคร สาธารณสุข บางชุมชนมีกลุ่มอื่นๆเพิ่ม ได้แก่ กลุ่มสหกรณ์ กลุ่มกองทุนออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มกิจกรรมโยคะ กลุ่มกิจกรรมลีลาศ จากการสอบถามพบว่าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของ ทีมคณะกรรมการชุมชนอาจทำให้บางกลุ่มที่คณะ กรรมการชุมชนเป็นผู้สนับสนุนยกเลิกไป อีกทั้ง สถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา-2019

ทำให้คนในชุมชนงดการออกมาทำกิจกรรมร่วมกัน และอยู่แต่ภายในบ้านเรือน ทำให้ขาดการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องต่าง ๆ ภายใน ชุมชน ทำให้ไม่มีข้อมูลปัญหาในชุมชน บางชุมชน ไม่มีการดำเนินงานกิจกรรมในชุมชนเลย

ความเพียงพอของทรัพยากร ได้รับการ จัดสรรงบประมาณจากฝ่ายพัฒนาชุมชน และ สวัสดิการสำนักงานเขตทวีวัฒนา แต่งบประมาณ ไม่เพียงพอ และเบิกได้เพียงบางส่วนเฉพาะการ จัดกิจกรรม แต่มีข้อจำกัดการทำเอกสาร บางสิ่งที่ไม่สามารถเบิกได้ เช่น วัสดุ ครุภัณฑ์ การรักษาส่ง แวดล้อม เช่น การทำทาง การตัดหญ้าปรีอ เป็นต้น บางชุมชนไม่มีกลุ่มกองทุนสนับสนุน แต่บางชุมชน มีกลุ่มสหกรณ์ กลุ่มออมทรัพย์ เป็นข้อได้เปรียบ ทำให้สามารถจัดสรรงบประมาณมาใช้ในการ พัฒนาชุมชนได้ สิ่งที่ทุกชุมชนมี คือ ประชาชนชุมชน ที่มีความรู้ความสามารถในวิถีชาวบ้าน สามารถ ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ชีวิต ในชุมชนยังมี ทรัพยากรในด้านเศรษฐกิจมากมาย ได้แก่ การปลูกผักสวนครัว หัตถกรรมท้องถิ่น เช่น การทำ หัวโขนในชุมชนทวีวัฒนา 25 การทำเครื่องหนังใน ชุมชนหลังสถานีรถไฟศาลาธรรมสพน์ การทำขนม ในหลายชุมชน การทำลูกประคบ การทำน้ำยาล้าง จาน, น้ำยาซักผ้าจากปุ๋ยหมักชีวภาพ เป็นต้น

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ประธานชุมชนมักเป็นคนดั้งเดิมที่ อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 10 ปี หรืออยู่ตั้งแต่เด็ก มีใจอยากพัฒนาชุมชนและมีความเสียสละเพื่อส่วน รวม สิ่งสำคัญต้องมีทีมงานที่เข้มแข็งได้แก่ คณะ กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งถือเป็น

บุคลากรสำคัญในชุมชน เพราะการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทำให้คนในชุมชนสนใจ และสามารถดึงคนมาร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนได้ บางชุมชนมีอาชีพที่ต้องทำงานเคลื่อนย้ายไปตามจังหวัดต่าง ๆ เช่น เป็นผู้รับเหมา ทำให้ไม่สะดวกในการจัดกิจกรรม ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าการเป็นคณะกรรมการชุมชน ควรมีรูปแบบแสดงสัญลักษณ์ที่ชัดเจนเพื่อให้ทุกคนรับทราบและให้ความร่วมมือ รวมถึงมีงบประมาณสำรอง ในระยะหลังมีการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขต สามารถทำให้เกิดความคล่องตัวในการทำกิจกรรมมากขึ้น

การประเมินปัญหาในชุมชน และการบริหารจัดการแก้ไข้ปัญหา พบว่าขาดการเก็บข้อมูลที่มีการวางแผน มีเพียงข้อมูลทั่วไป เช่น จำนวนประชากร จำนวนครัวเรือน ขาดข้อมูลด้านสุขภาพ ขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ขาดการทำแผนที่ชุมชนที่เป็นปัจจุบัน จากการสอบถามพบว่าเนื่องจากไม่มีการสนับสนุนงบประมาณในการสำรวจข้อมูล และบางชุมชนขาดความร่วมมือจากประชาชนในชุมชนและจากการสอบถามพบว่าบางชุมชนไม่มีสถานที่สำหรับทำกิจกรรมที่เป็นอาคารถาวร ทำให้ไม่มีการรวมกลุ่มที่ชัดเจน ขาดอุปกรณ์ประชาสัมพันธ์ เช่น เสียงตามสาย ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เรื่องได้จากการบริจาค เมื่อเสียไม่มีงบประมาณในการซ่อมแซมปัญหาในชุมชน การประชุมคณะกรรมการชุมชนเขตทวีวัฒนา เพื่อรายงานความคืบหน้าผลการดำเนินงานการต่าง ๆ ในชุมชน มักเป็นการดำเนินการตามงบประมาณ

ปรับปรุงซ่อมแซม การแก้ไข้ปัญหาน้ำท่วมขัง พร้อมประชาสัมพันธ์การรับลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ในการประชุมชุมชนทุกเดือนจะเป็นเรื่องน้ำท่วม จราจร ไฟฟ้า ประปา ขโมย และยาเสพติด ส่วนปัญหาสุขภาพมักเป็นการประชาสัมพันธ์การควบคุมโรค ของศูนย์บริการสาธารณสุข เช่น ระวังการแพร่ระบาดของโควิด-19 โรคไข้เลือดออก การบริหารจัดการแก้ไข้ปัญหามักเป็นแก้้ตามข้อร้องเรียน

การทำเวทีประชาคม มักจะมีเพียงแค่กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามบ้านมาประชุมเท่านั้น แต่วัยหนุ่มสาวที่เป็นกำลังสำคัญไม่ได้มาร่วมด้วย ทำให้ไม่เกิดผลสำเร็จ เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ไม่ได้ทำเวทีประชาคม

ทัศนคติของผู้นำชุมชน การจัดตั้งชุมชนเพื่อประสานงานกับภาครัฐ คือ สำนักงานเขต เช่น การทำถนน ไฟส่องสว่าง เป็นต้น แต่ไม่ได้คิดจะพัฒนา หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในชุมชน อีกทั้งมีคนที่ยากเป็นประธานชุมชนน้อยไม่เกิดการแข่งขัน บางครั้งเมื่อมีการร้องเรียนการทำงานเสียกำลังใจและไม่อยากทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม ประธานชุมชนบางท่านอาจไม่ถนัดในการทำงานเอกสาร และคณะกรรมการบางท่านมีปัญหาเรื่องการเขียนหนังสือราชการ เวลาของงบประมาณใช้เวลานาน เกิดทัศนคติด้านลบจนไม่เขียนโครงการ

อภิปรายผล

จะเห็นว่าความเข้มแข็งของชุมชนของเขตทวีวัฒนา ทั้งชุมชนเมือง และชุมชนชานเมือง มิติที่เข้มแข็งที่สุด คือ ผู้นำชุมชน รองลงมา คือ การสร้างความสัมพันธ์กับพี่เลี้ยง (ตัวแทนองค์กรภายนอก) โดยเฉพาะฝ่ายพัฒนาชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดีในการประสานงานทำกิจกรรมต่างๆ และมีการประชุมร่วมกันกับสำนักงานเขตทวีวัฒนาเป็นประจำทุกเดือน และโครงสร้างองค์กร ชุมชนชานเมืองส่วนใหญ่บ้านพักอาศัยไม่มีรั้วกัน คนในชุมชนเป็นคนดั้งเดิมตั้งแต่บรรพบุรุษลักษณะเป็นเครือญาติ มีการประชุมรวมตัวกันที่วัดตามงานประเพณีและวัฒนธรรม ถนนทางเข้าแคบ อาศัยการเดินทางนั้นผู้คนที่อาศัยอยู่พูดคุย ทักทายพบปะกันบ่อยกว่า ส่วนใหญ่มีการสื่อสารพบปะทักทาย และประชาสัมพันธ์เสียงตามสายโดยประธานคณะกรรมการชุมชน ดังนั้นการมีส่วนร่วมมากกว่า มีหน่วยงานภายนอกไปทำกิจกรรมในชุมชนค่อนข้างบ่อยทำให้มีองค์ความรู้ และการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ เห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าชุมชนเมืองในทุกมิติ สอดคล้องกับการศึกษาสุพัตรา ยอดสุรางค์ และคณะ⁽¹²⁾ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้คณะกรรมการชุมชนเข้มแข็งประกอบด้วย ความเป็นผู้นำ องค์ความรู้ โครงสร้างคณะกรรมการ เครือข่ายชุมชน การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนจากหน่วยงาน และการมีส่วนร่วมของประชาชน การศึกษาอัมพัทธ์ วิทวัสธีรานนท์⁽¹³⁾ พบว่าชุมชนเมืองและชุมชนชานเมืองมีความสำเร็จของชุมชนที่ไม่แตกต่างกัน คือ ผู้นำชุมชนมีความเข้มแข็ง มีคุณธรรมจริยธรรม ทุ่มเท เสียสละ

การศึกษาถาวร งามตระกูลชล⁽¹⁴⁾ เกี่ยวกับบทเรียนชุมชนเข้มแข็งประเทศญี่ปุ่น พบว่าผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งเกิดจากจิตสำนึกที่รักท้องถิ่นยอมสละเพื่อส่วนรวม การศึกษาของ รพีภัทร์ สุขสมเกษม⁽¹⁵⁾ พบว่าปัจจัยความเข้มแข็งของชุมชน คือ ผู้นำชุมชนอุทิศตนและมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และจากการศึกษาชุมชนพุนบำเพ็ญ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ของ กมลศักดิ์ วงศ์ศรีแก้วและคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่าปัจจัยที่นำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนแบบชานเมืองเกิดจาก ความสัมพันธ์เชิงสังคมแบบเครือญาติ ทำให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลจนสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ของชุมชน การส่งต่อการเรียนรู้ของชุมชนผ่านเสียงตามสาย และการจัดตั้งสถานี่การเรียนรู้

ส่วนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในช่วงที่ทำการศึกษานั้นยังมีการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ไม่ได้มีการรวมกลุ่ม หรือจัดทำเวทีประชาคม การดำเนินงานเป็นแบบสั่งการจากประธานคณะกรรมการชุมชน หรือผู้แทนของชุมชนที่เข้าร่วมประชุมเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของเนาวรัตน์ พลายน้อยและคณะ⁽⁴⁾ และยังพบว่าประชาชนในชุมชนยังขาดความตระหนักและความเข้าใจต่อการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ ขาดการเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ปัญหาในชุมชนสาเหตุส่วนหนึ่ง ได้แก่ การเปลี่ยนทีมคณะกรรมการชุมชน กรุงเทพมหานครมีการยกเลิกตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน และกำนัน เปลี่ยนเป็นสมาชิกสภาเขต (ส.ช.) แต่ตำแหน่งดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงตามวาระการเลือกตั้ง ทำให้การดูแลขาดความต่อเนื่อง และยังไม่เข้าถึง

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ จำเป็นต้องเริ่มจากพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้เข้มแข็งก่อน เน้นการมีส่วนร่วม และเสริมสร้างศักยภาพท้องถิ่นแบบบูรณาการ พัฒนาสุขภาวะควบคู่กับเศรษฐกิจชุมชน ควรมีการสนับสนุนเสริมพลังให้แก่คณะกรรมการชุมชน เช่น มอบบทบาทและอำนาจในการบริหารจัดการ การสื่อสารทางสัญลักษณ์ เช่น เสื้อทำงาน งบประมาณสนับสนุน การพัฒนาทีมงานด้านงานสารบรรณ การเขียนหนังสือราชการ การใช้เทคโนโลยี เป็นต้น สนับสนุนให้ผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความเสียสละ มาร่วมกันพัฒนาชุมชน ควรมีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน โดยมีภาคีเครือข่ายทางด้านวิชาการร่วมสนับสนุน อีกทั้งมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาสังคมและสวัสดิการในการทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงของชุมชน เป็นต้น สำหรับแนวทางกลไกการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในชุมชนเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง เขตทวีพัฒนา กรุงเทพมหานคร 1) พัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชน คณะกรรมการชุมชนเป็นลำดับแรก สนับสนุนเสริมพลัง 2) เรียนรู้ชุมชนด้วยเครื่องมือ 7 ชั้น โดย โภมาตกร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ⁽¹⁷⁾ ได้แก่ ประวัติศาสตร์ชุมชน (Local history), แผนที่เดินดิน (Geo-social mapping), ผังเครือญาติ (Genogram), โครงสร้างองค์กรชุมชน (Community organizations), ระบบสุขภาพชุมชน (Local health systems), ปฏิทินชุมชน (Community calendar) และประวัติชีวิตบุคคลสำคัญในชุมชน (Life story) 3) พัฒนาศักยภาพ

ชุมชนเข้มแข็งตามบริบทพื้นที่ ส่งเสริมการรวมตัวเรียนรู้ เน้นศักยภาพความพร้อมของชุมชน เชื่อมโยงกับการทำมาหาเลี้ยงชีพเศรษฐกิจในครัวเรือน จัดการข้อมูล องค์กรความรู้ให้เป็นระบบและทันสมัย 4) ทหาคีเครือข่าย ภาครัฐ: สำนักงานเขตทวีพัฒนา ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีพัฒนา โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ภาควิชาการ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี, สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย เขตทวีพัฒนา ภาคเอกชน: สถานประกอบการในพื้นที่ 5) ออกแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล 6) กำหนดปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 7) การจัดทำโครงการ ขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตทวีพัฒนา ในการแก้ปัญหาภายใต้องค์ความรู้วิชาการ และปรับตามบริบทของพื้นที่ 8) กำหนดธรรมนูญสุขภาพเฉพาะที่ของแต่ละชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พช.) เขตทวีพัฒนา และแกนนำชุมชนเขตทวีพัฒนา ที่สนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

สุธี สฤกษ์ศิริ. กลไกการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในชุมชนเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2565; 7(2): หน้า 150-178.

Suggested citation for this article

Saritsiri S. Mechanisms for driving the implementation of community-based health public policy to build the strong communities, Thaweewatthana district, Bangkok. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2022; 7(2): page 150-178.

บรรณานุกรม

1. ภูติท เตชาติวัฒน์, อรพินท์ เล่าซี้, วิชช์ เกษมทรัพย์, เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, วิชชุกร สุริยะวงค์ไพศาล, ดุชนิ ดามี และคณะ. การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2565;32:1-11.
2. วันรพี สมณช้างเผือก, วิสุทธิ บุญญะโสภิต, ทองจันทร์ หอมเนตร, วีระพล เจริญธรรม, เพ็ญจิต ลำมะยศ, อภิญญา กรรณลา. สมัชชาพิจารณา: การรับฟังความเห็นของผู้ให้บริการและผู้รับ บริการในระบบหลักประกันสุขภาพรูปแบบใหม่โดยประยุกต์ใช้แนวคิดสมัชชาสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักงาน; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/3616/Wanrapee.pdf?sequence=2>
3. อร พรรณ ศรีสุขวัฒนา, นิติธร ธนธัญญา, เขมวดี ขนาบแก้ว, อัญจิรา อัครนนท์. สานพลังเรียนรู้ ธรรมนูญสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sem100library.in.th/medias/b7145.pdf>
4. เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ. รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์โครงการการประเมินการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://kbphp.nationalhealth.or.th/bitstream/handle/123456789/21311/B2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5. สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ.2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422
6. เพียงเดือน ข้าสีเมฆ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอ่างเก็บน้ำแม่เมาะ อำเภอมะแมะ จังหวัดลำปาง [อินเทอร์เน็ต] [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://repository.cmu.ac.th/handle/6653943832/27994>
7. กรุงเทพธุรกิจ. ประชาสัมพันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพธุรกิจ; 2565 – [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.bangkokbiznews.com/pr-news/biz2u/1014433>
8. สำนักงานเขตทวีวัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://webportal.bangkok.go.th/thawiwatthana/page/sub/13445>
9. ชัชชาติ สิทธิพันธุ์. นโยบาย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.chadchart.com/policy/>
10. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติ: สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
11. Laverack G. Health promotion practice Building Empower Communities. London: McGraw-Hill Education; 2007.
12. สุพัตรา ยอดสุรางค์, ปธาน สุวรรณมงคล, จุมพล หนิมพานิช. บทบาทของคณะ กรรมการชุมชนในการพัฒนาชุมชนแออัด: กรณีศึกษาชุมชนซอยสมบูรณพัฒนา 2 เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร. วารสารดุสิตบัณฑิตทางสังคมศาสตร์. 2559;6(2): 91-101.
13. อัมพวัลย์ วิทวธีรานนท์, ศิริวรรณ วิบูลย์มา. ชุมชนเข้มแข็งสร้างกรุงเทพฯ ยั่งยืน: ตัวชี้วัด และบทเรียนความสำเร็จของ ชุมชน. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา. 2559;8(15):182-94.

14. ถาวร งามตระกูล. การปกครองท้องถิ่น: บทเรียนชุมชนเข้มแข็ง ประเทศไทย. การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ครั้งที่ 8; 31 มีนาคม -1 เมษายน 2559; มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. นครปฐม: สำนักงาน; 2559.
15. รพีภัทร์ สุขสมเกษม. ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนกรณีศึกษาชุมชนในเขตเทศบาลนครปากเกร็ด [อินเทอร์เน็ต] [ปริญญาานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5803010106_5455_4967.pdf
16. กมลศักดิ์ วงศ์ศรีแก้ว, จิระพงศ์ เรืองกุล, สายใจ ชุนประเสริฐ. การพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง: กรณีศึกษาชุมชนพูนบำเพ็ญ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2560;5(1):46-57.
17. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว, วรัญญา เพ็ชรคง, พรพันธุ์ เขมคุณาศัย. วิถีชุมชนเครื่องมือ 7 ชิ้นที่ทำงานชุมชนง่ายได้ผลและสนุก. นนทบุรี: สุขศาลา; 2555.