



การเมืองระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่น: กรณีศึกษาคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ.2561 – พ.ศ.2565)



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชารัฐศาสตร์
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

การเมืองระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่น: กรณีศึกษาคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ.2561 – พ.ศ.2565)



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชารัฐศาสตร์
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "การเมืองระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่น: กรณีศึกษาคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ.2561 – พ.ศ.2565)"
ของ ทศพล ชื่นจ้อหอ
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ ศรีสันติสุข)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วัชรพล พุทธิรักษา)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.วัลลภ สุขสวัสดิ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีระ หวังสัจจะโชค)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ดร.ศิวาภรณ์ ไชยเจริญ)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

| | |
|------------------------|--|
| ชื่อเรื่อง | การเมืองระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่น: กรณีศึกษา คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ.2561 – พ.ศ.2565) |
| ผู้วิจัย | ทศพล ชื่นจ่อหอ |
| ประธานที่ปรึกษา | รองศาสตราจารย์ ดร.วิชรพล พุทธิรักษา |
| ประเภทสารนิพนธ์ | วิทยานิพนธ์ ปร.ด. รัฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566 |
| คำสำคัญ | นโยบายสาธารณะ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระบอบสุขภาพ การครองอำนาจนำ ปัญญาชน |

บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มุ่งศึกษาการเมืองของระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่น: กรณีศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ.2561 - 2565) โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ ได้แก่ 1) เพื่อทำความเข้าใจบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างของระบบราชการซึ่งนำไปสู่การก่อตัวรวมไปถึงการดำรงอยู่ของระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่น 2) วิพากษ์การดำเนินงานของรัฐ โดยวิเคราะห์ผ่านโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิรามช่วงเวลา พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2565 และมีคำถามหลัก 3 ประเด็น คือ 1) ระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่นมีรูปแบบการก่อตัวในพื้นที่ระดับปฏิบัติการ ที่เหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร 2) ภายหลังจากเกิดขึ้นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นั้นส่งผลต่อมุมมองทางด้านสุขภาพของชุมชนอย่างไร 3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีบทบาทอย่างไรในระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่นดังกล่าวระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2565

ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการก่อตัวของคณะกรรมการพัฒนาฯ มีลักษณะร่วมกันในปัญหาการจัดตั้งคณะกรรมการที่มาจากเครือข่ายผู้บริหารของภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ แต่มีความแตกต่างในพื้นที่ปฏิบัติการเพราะระบอบสุขภาพเมืองเป็นความร่วมมือที่ถูกจัดสร้าง ขณะที่ระบอบสุขภาพชุมชนท้องถิ่นมีการใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลในพื้นที่ปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้การป้องกันสุขภาพตนเองเบื้องต้น 2) การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในพื้นที่ระบอบสุขภาพเมืองไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองทางสุขภาพของประชาชนแต่อย่างใดเพราะกิจกรรมเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวไม่มีความต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้ามพื้นที่ระบอบสุขภาพชุมชนท้องถิ่นได้เกิดแผนการพัฒนาสุขภาพชุมชนพรหมพิรามซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในอนาคต 3) การดำเนินงานของ

คณะกรรมการพัฒนาฯ ในระบอบสุขภาพเมืองและชุมชนท้องถิ่นมีบทบาทเป็นผู้ประสานสัมพันธ์ข้อมูลทางสุขภาพเท่านั้น เนื่องจากขาดงบประมาณสนับสนุนและการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว

งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สร้างความรู้/ความเข้าใจใหม่ แบ่งออกเป็น 3 ประการ ได้แก่ 1) การศึกษาโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ได้ค้นพบอำนาจที่หลบซ่อนอยู่ในโครงการ 2 รูปแบบ ได้แก่ อำนาจที่เป็นทางการในระเบียบและกฎเกณฑ์ตามโครงสร้างระบบราชการ และอำนาจที่ไม่เป็นทางการที่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมของบุคคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแต่ละพื้นที่ 2) การเมืองนครศึกษาในบริบทของประเทศไทยต้องพบกับการกระจายอำนาจแบบรัฐไทย ทำให้พื้นที่ความหลากหลายทางความคิดไม่เกิดขึ้น แต่ถูกรวมศูนย์อำนาจการตัดสินใจในการดำเนินโครงการอยู่ที่หน่วยงานของภาครัฐ ดังนั้นสิ่งที่เรียกว่าระบอบในกลุ่มงานการเมืองนครศึกษาในบริบทต่างประเทศ ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและการช่วงชิงผลประโยชน์ จึงไม่ได้เกิดขึ้นในพื้นที่ของการศึกษา 3) การใช้แนวคิดทางการเมืองของอันโตนิโอ กรัมชี่ ได้แสดงให้เห็นว่าแนวคิดทางการเมืองในศตวรรษที่ 19 ยังคงสามารถใช้ทำความเข้าใจการเมืองในปัจจุบันได้ โดยเฉพาะในหน่วยของการวิเคราะห์ด้านการครองอำนาจนำและปัญญาชนเพราะการเมืองและสุขภาพยังคงเกี่ยวข้องกันผ่านการดำเนินนโยบายสาธารณะซึ่งรัฐเป็นผู้ควบคุมนโยบายเช่นเดียวกับโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

| | |
|-----------------------|---|
| Title | POLITICS OF URBAN AND LOCAL COMMUNITY HEALTH REGIME: THE CASE STUDY OF PHITSANULOK HEALTH BOARD (2017-2022) |
| Author | Todsapon Chinjorhor |
| Advisor | Associate Professor Dr. Watcharabon Buddharaksa |
| Academic Paper | Ph.D. Dissertation in Political Science - (Type 2.1), Naresuan University, 2023 |
| Keywords | Public Policy District Health Board Health Regime Hegemony Intellectuals |

ABSTRACT

This thesis aimed to explore the politics within urban and local community health systems, focusing on the case study of the district health board in Phitsanulok Province (2018–2022). There were two objectives: 1) To understand the role of the district health board related to the governmental structure, which led to the establishment and existence of the urban community health system. 2) To critique the state's operations by analyzing through the district health board's activities within the municipal and sub-district areas of Phitsanulok city municipality and Phrom Phiram subdistrict municipality from 2018 to 2022. There were three main questions: 1) How were differences or similarities between urban and local community health systems 's establishing form in operational area level? 2) How did the establishment of the district health board affect the community's health perspective? and 3) What were the roles of the district health board in the urban and local community health systems during 2018 to 2022?

Findings revealed that: 1) The formation of the district health board shared same problem that majority of committees were selected from state-sector network administrators but there were the differences in operational areas because the urban health system emphasized a centralized command center while the local community health system relied on personal relationships within its operational

territory to acknowledge basic health awareness. 2) Health-related activities in the urban health system did not establish the changes in community's health perspectives because it was temporary and discontinued activities. In the other hand, the local community health system established the Phrom Phiram House Model which was a starting point for community health development in the future. And 3) The roles of district health board's operations within the urban and local community health systems were only health information promote agent because they lacked of budgets to support and most of the operations were under the supervision of the Public Health Office unit only.

This thesis had three original contributions: 1) A study of the district health board's projects found the hidden authority in two forms: formal power according to governmental structures and regulations and informal power depended on personnel capabilities of district's health offices in each area. 2) Urban political studies in Thai context faced with a centralized Thai state's power dispersion which made the limitation in diversity of thought and was centralized decision-making power to the public sector. Therefore, the concept of urban regimes in foreign contexts, which demonstrated collaborative activities and competition for benefits, did not establish in the case study area. 3) The use of Antonio Gramsci's political concepts demonstrated that the 19th-century political ideologies still had capability for understanding current politics, particularly in analyzing hegemony and intellectuals because politics and health still related trough public policy, which the state controlled the policy making same as the district health board's project.

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ระดับปรัชญาดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากคณาจารย์ทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งรองศาสตราจารย์ ดร.วัชรพล พุทธิรักษา (อาจารย์ที่ปรึกษา) ที่กรุณาให้คำแนะนำในการใช้ชีวิตและข้อชี้แนะในการทำงานวิชาการ และครอบครัวของผู้เขียนนายพิทักษ์ ชื่นจ่อหอ (บิดา) และนางรุ่งทิพย์ ชื่นจ่อหอ (มารดา) ทั้งการให้กำลังใจและทุนการศึกษา อันเป็นแรงผลักดันให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จ ผู้เขียนขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่กรุณาให้ความรัก ความเมตตา และการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในรั้วมหาวิทยาลัยนเรศวรตั้งแต่ระดับปริญญาตรีรหัสบัณฑิต 56 ระดับปริญญาโทรหัสบัณฑิต 60 และระดับปริญญาเอกรหัสบัณฑิต 63 จนสำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2566 นับเป็นช่วง 1 ทศวรรษ ที่มีความหมายกับผู้เขียนเป็นอย่างยิ่ง รวมไปถึงนางสาวศศิวิมล จันทร์ศร ที่ช่วยให้กำลังใจผู้เขียนในยามเหน็ดเหนื่อยจากการเขียนวิทยานิพนธ์และการเรียนระดับปริญญาเอก

ผู้เขียนขอขอบพระคุณมิตรสหายระดับบัณฑิตศึกษาทุกท่านที่ให้กำลังใจและข้อแนะนำในการทำงานวิชาการตลอดมา ได้แก่ ดร. โอฬาร อ่องพะ ดร. วีรชน เกษสกุล ดร. ศิริโสภา สันติทฤษฎีกร ดร. สันทราย วงษ์สุวรรณ ว่าที่ ดร. มณชุตตา สุพรจักร ว่าที่ ดร. อรุณา จีระกมล นายวรพล โชติจิระเดชากุล นางสาวกมลวรรณ ทับทิมทอง และพี่ ๆ ทุกคนในภาควิชารัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อันเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การเรียนรู้ในครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

สุดท้ายนี้ ผู้เขียนหวังว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจ และเป็นข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ หากมีข้อบกพร่องประการใดผู้เขียนขออภัย และขออน้อมรับความผิดพลาดไว้ ณ ที่นี้

ทศพล ชื่นจ่อหอ

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ก |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| ประกาศศุณฺณปการ..... | ช |
| สารบัญ..... | ฅ |
| สารบัญตาราง..... | ฉ |
| สารบัญภาพ..... | ฉ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ที่มาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์..... | 8 |
| คำถาม..... | 9 |
| ระเบียบวิธีวิจัย..... | 9 |
| เกณฑ์การคัดเข้า..... | 11 |
| เกณฑ์การคัดออก..... | 12 |
| ขอบเขตของการวิจัย..... | 12 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 13 |
| นียมคำศัพท์เฉพาะ..... | 13 |
| บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม..... | 15 |
| กลุ่มงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ..... | 16 |

| | |
|---|-----|
| งานวิชาการที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทางการเมืองของ อันโตนิโอ กรัมสกี | 25 |
| งานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเมืองนคร | 32 |
| บทที่ 3 กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง | 42 |
| การเมืองนคร | 43 |
| แนวคิดระบอบนคร | 46 |
| แนวคิดการครองอำนาจนำ | 51 |
| แนวคิดปัญญาชน | 56 |
| บทที่ 4 พัฒนาการประวัติศาสตร์ระบบสาธารณสุข: การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง | 65 |
| ช่วงก่อตั้งระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2475 - พ.ศ. 2539 | 66 |
| ระบบสาธารณสุขกับสังคมไทยในยุคปัจจุบัน พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2565 | 74 |
| บทที่ 5 ระบอบนคร: เมืองและชุมชนท้องถิ่นกับความสัมพันธ์ของระบบสุขภาพชุมชน .. | 88 |
| การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรกับภาพสะท้อนความเข้มแข็งของรัฐ | 90 |
| การดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้แนวคิด ระบอบนคร | 99 |
| 1. ระบบราชการและการจัดการปกครอง | 99 |
| 2. ความสามารถในการบริหารความร่วมมือ | 101 |
| 3. พื้นที่ระดับปฏิบัติการและบทบาทของตัวแสดง | 105 |
| 4. บรรทัดฐานและผลลัพธ์ของความร่วมมือ | 110 |
| ความหมายของระบอบสุขภาพกับความแตกต่างเชิงพื้นที่ปฏิบัติการ | 113 |
| บทที่ 6 การดำเนินกิจกรรมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้การ วิเคราะห์แนวคิดทางการเมือง: การครองอำนาจนำและปัญญาชน | 121 |

| | |
|---|-----|
| รูปแบบการครองอำนาจที่เกิดขึ้นในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ | |
| อำเภอ | 122 |
| 1. สังคมการเมืองที่ถูกจัดสร้างในเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่น (Political Society)..... | 122 |
| 2. พื้นที่ประชาสังคมกับการตอบสนองต่อโครงการของรัฐ: ความพยายามสร้างพื้นที่ | |
| ของความร่วมมือและความร่วมมือที่ถูกจัดสร้าง (Civil Society) | 129 |
| ปัญญาชนภายใต้การขับเคลื่อนกิจกรรมในพื้นที่ปฏิบัติการ | 137 |
| 1. ปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้น (Organic Intellectual)..... | 137 |
| 2. ปัญญาชนแบบข้ามชนชั้นได้ (Traditional Intellectual) | 139 |
| บทที่ 7 สรุปผลการวิจัย..... | 146 |
| ข้อค้นพบที่ได้รับจากการศึกษา | 146 |
| คำถามงานวิจัย | 146 |
| คุณูปการเชิงแนวคิดและทฤษฎี โดยมองผ่านการศึกษาโครงการคณะกรรมการพัฒนา | |
| คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ | 151 |
| อำนาจที่หลบซ่อนอยู่ในโครงการทางสุขภาพ | 153 |
| ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะที่พบในการศึกษา..... | 160 |
| บรรณานุกรม | 2 |
| ประวัติผู้วิจัย..... | 4 |

สารบัญตาราง

| | หน้า |
|--|------|
| ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแต่ละรูปแบบ | 23 |
| ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแต่ละรูปแบบ (ต่อ)..... | 24 |
| ตารางที่ 3 ความหมายพื้นฐานของระบอบนคร | 49 |
| ตารางที่ 4 การดำเนินโครงการสาธารณสุขมูลฐานตามกรอบของกระทรวงสาธารณสุข ... | 85 |
| ตารางที่ 5 ข้อมูลสำมะโนประชากรในประเทศไทย | 93 |
| ตารางที่ 6 จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | 97 |
| ตารางที่ 7 ตัวแบบการพัฒนาชุมชนพหุรูป (Phromphiram House Model)..... | 113 |
| ตารางที่ 8 ระบอบสุขภาพเมืองและชุมชนท้องถิ่นกับการวิเคราะห์แนวคิดระบอบนคร.. | 120 |
| ตารางที่ 9 การครองอำนาจหน้าที่เกิดขึ้นในโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ..... | 145 |
| ตารางที่ 10 รูปแบบปัญหาชนที่พบในโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ | 145 |

สารบัญภาพ

| | หน้า |
|---|------|
| ภาพที่ 1 กรอบความคิดรวบยอด (Conceptual Framework)..... | 64 |
| ภาพที่ 2 โครงสร้างแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6..... | 72 |
| ภาพที่ 3 โครงสร้างแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7..... | 73 |
| ภาพที่ 4 สังคมที่พึงประสงค์ เข้มแข็งและมีดุลยภาพ 3 ด้าน | 87 |
| ภาพที่ 5 หนังสือคู่มือสมรส หนังสือที่ระลึกวันของแม่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2486 | 92 |
| ภาพที่ 6 การออกแบบโครงการตามระเบียบการจัดตั้ง..... | 99 |
| ภาพที่ 7 การจัดการปกครองในพื้นที่ปฏิบัติการ..... | 100 |
| ภาพที่ 8 กิจกรรมรวมพลคนรักสุขภาพ อำเภอเมืองแข็งแรง เพื่อส่งเสริมสุขภาพในช่วงการ แพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 | 102 |
| ภาพที่ 9 การจัดประชุมเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประจำปี พ.ศ. 2564 เพื่อเลือกประเด็นการดำเนินโครงการทางสุขภาพ..... | 103 |
| ภาพที่ 10 การจัดกิจกรรมลด ละ เลิก สุราและการพนัน ควบคู่กับการให้ความรู้ในการ ดูแลสุขภาพตนเอง โดยนักวิชาการสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | 104 |
| ภาพที่ 11 กิจกรรมส่งเสริมการปั่นจักรยานในสมาชิกเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและตำบล หัวรอ..... | 106 |
| ภาพที่ 12 การส่งเสริมการบริโภคและปลูกผักปลอดสารพิษ โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน..... | 107 |
| ภาพที่ 13 โครงการอาหารปลอดภัยในชุมชนเทศบาลตำบลพรหมพิราม จากการทำงาน ร่วมกันระหว่างนักวิชาการสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน..... | 108 |

| | |
|---|-----|
| ภาพที่ 14 การประชุมศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอพรหมพิราม เพื่อ กำหนดพื้นที่จุดเสี่ยงที่ต้องปรับปรุงและแก้ไข..... | 109 |
| ภาพที่ 15 การจัดการพื้นที่จุดเสี่ยง บริเวณสี่แยกบ้านเตาถ่าน อำเภอพรหมพิราม..... | 110 |
| ภาพที่ 16 การจัดโครงการคนหัวใจเพชรในการมอบรางวัลชุมชนคนต้นแบบ..... | 112 |
| ภาพที่ 17 ระบอบสุขภาพเขตเมือง (Urban Health Regime)..... | 114 |
| ภาพที่ 18 ระบอบสุขภาพชุมชนท้องถิ่น (Local Community Health Regime)..... | 115 |
| ภาพที่ 19 รางวัลพัฒนาชุมชนในกิจกรรมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประจำปี พ.ศ. 2562 เพียงแห่งเดียวในระดับจังหวัด | 116 |
| ภาพที่ 20 การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตเทศบาลนคร พิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิราม | 127 |
| ภาพที่ 21 โครงสร้างประชาสังคมที่ถูกจัดสร้างโดยรัฐในโครงการคณะกรรมการพัฒนา พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ..... | 131 |
| ภาพที่ 22 ประชาสังคมกับความพยายามสร้างร่วมมือในโครงการคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ..... | 135 |

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

งานวิจัยฉบับนี้ผู้เขียนต้องการศึกษาการดำเนินโครงการของรัฐภายใต้การวิเคราะห์มุมมองทางการเมือง จากการศึกษาพลวัตการเปลี่ยนแปลงและปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงเพื่อมุ่งอธิบายการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นั้นมีการก่อตัวและบทบาทที่เหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ในระบอบสุขภาพเมือง (Urban Regime) และชุมชนท้องถิ่น (Local Community) ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2565 หากมองย้อนกลับมายังปัจจุบัน ประเทศไทยกำลังประสบปัญหาการเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) ซึ่งมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี จำนวนกว่า 12.6 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด 66.1 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในอีก 15 ปีข้างหน้าไม่ต่ำกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั่วประเทศ กลายเป็นที่มาของการจัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรมในประเทศไทย (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation) ขณะเดียวกันอัตราการเกิดของเด็กไทย ลดลงต่ำสุดนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 จนถึงปัจจุบันในช่วงปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนอัตราการเกิดเพียง 544,570 คน ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านประชากรศาสตร์ (Demography) สัมพันธ์กับเศรษฐกิจ สภาพสังคม และการพัฒนาของประเทศ (อภิวรรณ วัฒนวรกุล, 2564, น.5; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565ก) การพัฒนาระบบสุขภาพระดับฐานรากจึงเป็นปัจจัยหลักที่ส่งเสริมการสร้างจิตสำนึกต่อการดูแลสุขภาพของตนเองโดยเฉพาะในโรคกลุ่มเสี่ยงที่พบได้มาก เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง โรคปอดเรื้อรัง และโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นวิถีชีวิตของประชาชนส่วนใหญ่พื้นที่ของเมือง ชุมชน และท้องถิ่นความสำคัญลำดับแรกที่ต้องตระหนักจึงอยู่ที่การดูแลสุขภาพของตนเอง

สาธารณสุขมูลฐานหรือสาธารณสุขชุมชน (Primary Health Care: PHC) ถือได้ว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทั่วโลกภายหลังการประชุมสมัชชาสมัยที่ 30 ปี พ.ศ. 2520 ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้มีมติร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกภายใต้หลักการ Healthy of All The Year 2000 ณ เมืองอัลมา-อตา (Alma-Ata) สหภาพสาธารณรัฐสังคมนิยมโซเวียต (Union of Soviet Socialist Republics: USSR) โดยประเทศสมาชิกต้องมุ่งเน้นการพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้ประชาชนที่อยู่อาศัยในท้องถิ่นหรือชุมชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงและกลายเป็น

กรอบการพัฒนาระบบสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลกในช่วง 30 - 40 ปี ต่อจากนี้ (World Health Organization, 1981, p.7-9)

บทบาทของประเทศไทยในฐานะที่เป็นสมาชิกองค์การอนามัยโลกได้ยอมรับกฎบัตรดังกล่าว เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นในปี พ.ศ. 2523 และมีการเพิ่มประเด็นด้านระบบสุขภาพภายใน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 ช่วงปี พ.ศ. 2520 - 2524 ส่งผลทำให้การพัฒนา ระบบสาธารณสุขชุมชนได้เริ่มมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (กองสนับสนุนภาคประชาชน กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ, 2557ก, น.2) จากเดิมที่บริการสาธารณสุขมูลฐานเน้นให้บริการผ่านสถานทีอนามัย ขั้นที่หนึ่งและขั้นที่สองโดยสถานทีอนามัยขั้นที่หนึ่งมีการต่อยอดกลายเป็น ศูนย์การแพทย์อนามัย ชนบท ศูนย์การแพทย์และอนามัย และโรงพยาบาลอำเภอขณะที่สถานทีอนามัยขั้นที่สองมีการเปลี่ยน ชื่อเป็นสถานทีอนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) การให้บริการเน้นกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนที่อยู่ตามชุมชนหรือท้องถิ่นโดยเริ่มแรกกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการ ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ขึ้นทั่วประเทศใช้กลไกของสาธารณสุขอำเภอและ โรงพยาบาลชุมชนเป็นแกนนำหลักเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่นอกจากนี้ยังเป็นการสร้าง เครือข่ายระบบบริการทางการแพทย์ทั้งในระดับมูลฐาน ทตยภูมิ และตตยภูมิแต่พบกับปัญหาความ ร่วมมือจากหน่วยภาครัฐอื่น ๆ ในพื้นที่ของชุมชนขณะเดียวกันความเป็นโลกาภิวัตน์ในสังคมปัจจุบัน (Globalization) ทำให้วิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนไปซึ่งส่งผลต่อปัญหาโรคสายพันธุ์ใหม่ โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และโรคชนิดเดิมที่เกิดการแพร่ระบาดซ้ำต่อมาเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงได้เกิด ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ในการสร้างเครือข่ายสุขภาพเชิงพื้นที่สมาชิกประกอบไปด้วย โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้หลักการ 5 ด้าน ได้แก่ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การมีส่วนร่วม ของเครือข่ายและชุมชน การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นโดยดิงคัก ภาพของชุมชนเชิงพื้นที่เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาทางสุขภาพแต่ในทางตรงกันข้ามพื้นที่ของภาคปฏิบัติ การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังคงเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลในชุมชนเป็นหลักจึงไม่สามารถดึงพลังความ ร่วมมือจากภาคีเครือข่ายได้อย่างเต็มที่ (กานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์ และศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2564, น.275-277)

จากปัญหาดังกล่าวในปัจจุบันเพื่อเป็นการต่อยอดการพัฒนาในระดับท้องถิ่นและสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพอย่างแท้จริงเมื่อวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2561 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่จึงมีการจัดตั้ง**คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)** มีหลักการสำคัญ คือ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” และเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ให้มากขึ้น (Actors) สมาชิกภายในเครือข่ายจึงประกอบไปด้วยภาครัฐ (Public Sector) ภาคเอกชน (Private Sector) และภาคประชาชน (Citizen Sector) โดยให้อำนาจนายอำเภอแต่ละพื้นที่ทั่วประเทศแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาฯ ได้ไม่เกิน 20 คน (อ่านข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ส่วนภาคผนวก) เพื่อช่วยส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ของตนเองมีการกำหนดกรอบ แผนงาน และแนวทางการแก้ไขพร้อมดำเนินการตามแผนอย่างเป็นระบบควบคู่กับการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานรัฐเพื่อแบ่งปันทรัพยากรบุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน (ราชกิจจานุเบกษา, 2561ก)

การดำเนินโครงการคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความสอดคล้องกับเป้าหมายของการพัฒนาระดับประเทศ 3 ด้าน ได้แก่ **1. แผนพัฒนายุทธศาสตร์แห่งชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561 ถึง 2580** ได้แก่ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม (การเสริมสร้างพลังทางสังคม การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนา การพึ่งพาตนเอง และการจัดการตนเองเพื่อสร้างสังคมคุณภาพ) และด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ (การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี) **2. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12** ได้แก่ การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม และการเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติเพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความยั่งยืนรวมไปถึง **3. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12** ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก สร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในการบริการสุขภาพ การพัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และการสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลสุขภาพ (ราชกิจจานุเบกษา, 2561ข; คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2559; สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560ก)

ในทางตรงกันข้ามการดำเนินนโยบายในอดีตทั้ง 2 โครงการ คือ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ หรือ คปสอ. ซึ่งให้บทบาทหน้าที่ตกเป็นของสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนเป็นแกนนำหลักต้องพบกับปัญหาจากข้อจำกัดในด้านขอบเขตหน้าที่และการบริการต่อมาจึงได้พัฒนากลายเป็นระบบสุขภาพระดับอำเภอ หรือ รสอ. แม้จะมีการเพิ่มความ

ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อขยายขอบเขตการดูแลสุขภาพประชาชนให้เพิ่มมากขึ้นแต่ในด้านการปฏิบัติงานหน้าที่ส่วนมากยังคงผูกติดอยู่กับสาธารณสุขอำเภอไม่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบันจึงยกระดับอีกครั้งกลายเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ พชอ. โดยเป็นความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ของชุมชน (ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน) ซึ่งเป็นข้อสังเกตที่น่าสนใจว่าการจัดการปกครองแบบมีส่วนร่วม (Collaborative Governance) ที่ถูกสร้างขึ้นรูปแบบใหม่แท้จริงแล้วในมิติการบริหารงานภาระหน้าที่ส่วนใหญ่ยังคงอยู่กับหน่วยงานสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียวหรือไม่

ทั้งนี้จากการศึกษาของผู้วิจัยโดยแบ่งประเภทการทบทวรรณกรรมออกเป็น 3 กลุ่ม (ดูต่อบทที่ 2 ทบทวรรณกรรม หน้า 13) ได้แก่ **กลุ่มแรก**งานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ (District Health Board Studies) **กลุ่มที่สอง**งานวิชาการกรั่มเซียนศึกษา (Gramscian Studies) และ**กลุ่มที่สาม**งานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเมืองนคร (Urban Political Studies) ในกลุ่มของงานวิจัย (Research Report) วิทยานิพนธ์ (Thesis) และบทความวิชาการ (Academic Articles) พบว่ากลุ่มงานส่วนใหญ่ภายใต้การศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมุ่งเน้นไปที่การประเมินประสิทธิภาพ การปรับปรุงโครงการและกิจกรรมด้านสุขภาพ การสำรวจแรงจูงใจของบุคคลากร และการสำรวจปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ นอกจากนี้กลุ่มงานที่ใช้กรอบแนวคิดการเมืองนครเป็นพื้นฐานยังคงพบได้เป็นส่วนมากในงานวิชาการต่างประเทศกับการศึกษาพื้นที่ของความเป็นเมือง เช่น โครงการก่อสร้างสาธารณูปโภคหรือกิจกรรมของรัฐบาล การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และความขัดแย้งทางการเมือง จากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงภายในเมือง สอดคล้องกับกลุ่มงานที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทางการเมืองของอันโตนิโอ กรั่มซี (Antonio Gramsci) กับมุมมองด้านสุขภาพยังถูกจำกัดอยู่ในงานวิชาการต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ยกตัวอย่างเช่น ความพยายามครองอำนาจนำในโครงสร้างทางเศรษฐกิจของกลุ่มบริษัทเอกชน (ผลิตยาเวชภัณฑ์) การครองอำนาจนำทางความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันต่อการวิธีการรักษาผู้ป่วย การดำเนินนโยบายด้านการทูตระหว่างสหรัฐฯและจีนในช่วงการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) กับโอกาสครองอำนาจนำในอนาคต แต่ยังคงขาดมุมมองของการศึกษาในมิติทางการเมืองภายใต้การวิเคราะห์การดำเนินโครงการด้านสุขภาพ

งานวิจัยชิ้นนี้จึงช่วยเติมเต็มส่วนที่ยังขาดหายไปกับการศึกษาในขอบเขตความเป็นเมือง (Urban) และชุมชนท้องถิ่น (Local Community) ภายใต้การดำเนินนโยบายของรัฐกับการวิเคราะห์มุมมองทางการเมือง จากบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอระหว่างเขต

เทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิรามที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมของรัฐ โดยการวิเคราะห์จากแนวคิดทางการเมือง ได้แก่ แนวคิดระบอบนคร (Urban Regime) แนวคิดการครองอำนาจนำ (Hegemony) และแนวคิดปัญญาชน (Intellectuals) เพื่อช่วยเปิดเผยการใช้อำนาจที่หลบซ่อนอยู่ในกระบวนการสร้างความร่วมมือที่มีอยู่ในโครงการของรัฐ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มงานส่วนใหญ่ที่ศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและให้ความสำคัญกับปัจจัยหรือลักษณะที่ทำให้ความร่วมมือเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียว แต่ไม่ได้กล่าวถึงความจำเป็นในการตอบสนองต่อนโยบายในโครงสร้างความเป็นระบบราชการ ที่ส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินโครงการในพื้นที่ระดับปฏิบัติการจากสภาพเงื่อนไขเชิงพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างกัน

โดยกรณีศึกษาที่วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มุ่งศึกษา ได้แก่ เขตเทศบาลนครพิษณุโลก (Phitsanulok Municipality) และเทศบาลตำบลพรหมพิราม (Phrom Phiram Subdistrict Municipality) ในพื้นที่เขตจังหวัดพิษณุโลก เพราะหากพิจารณาปัจจัยเชิงพื้นที่ที่มีความสำคัญในฐานะจุลยุทธศาสตร์ทางด้านสุขภาพตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชนกำหนดให้ประเทศไทยแบ่งเขตสุขภาพทั้งหมดออกเป็น 13 เขตพื้นที่สำหรับดำเนินการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพให้เกิดการบูรณาการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมและให้เกิดความสอดคล้องต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ครอบครัว และชุมชนซึ่งจังหวัดพิษณุโลกจัดอยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบไปด้วย ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์ (ราชกิจจานุเบกษา, 2559ค) นอกจากนี้บทบาทของจังหวัดพิษณุโลกถูกจัดให้เป็นศูนย์กลางในการประสานงานด้านสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพในภูมิภาค (สปสช.) จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565 หากพิจารณาจากจำนวนประชากรจังหวัดพิษณุโลกมีจำนวนผู้อยู่อาศัยระดับสูงมากกว่า 847,384 คน ในด้านเศรษฐกิจมีการเจริญเติบโตของผลิตภัณฑ์จังหวัดต่อหัว (GPP per capital) อยู่ที่ 107,854 ต่อคน (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565ข, น. 22) และมีอัตราสัดส่วนผู้มีรายได้ต่ำเพียงร้อยละ 1.30 ของประชากรทั้งจังหวัดซึ่งอยู่ในอัตรการเติบโตระดับสูงในพื้นที่ของกลุ่มเขตสุขภาพ สอดคล้องกับด้านสุขภาพมีความโดดเด่นอย่างมากจากสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อจำนวนประชากรดีที่สุดในภาคเหนือ (1: 1,123) ลำดับที่ 5 ของประเทศจากทั้งหมด 77 จังหวัด (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564ค, น. 53-54)

จากความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ของจังหวัดพิษณุโลก หากมองย้อนกลับมายังบริบทเชิงพื้นที่ระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกซึ่งมีประชากร

มากกว่า 65,584 คน สูงสุดในระดับจังหวัดควบคู่กับความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของเมือง ในทางตรงกันข้ามเขตเทศบาลตำบลพรหมพิรามมีประชากรต่ำสุดในระดับจังหวัดเพียง 1,107 คน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในด้านประชากร ขนาดของพื้นที่ทางเศรษฐกิจ และการกระจุกตัวของศูนย์บริการด้านสุขภาพระหว่างเขตเมือง (Urban) และชุมชนท้องถิ่น (Local Community) (สำนักบริหารทะเบียน กรมการปกครอง, 2565) แต่หากมองย้อนกลับมายังรูปแบบการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ พบว่าเขตเทศบาลตำบลพรหมพิรามประสบความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมที่มากกว่า โดยได้รับรางวัลการสร้างเครือข่ายพลังชีวิตภายใต้การดำเนินโครงการเครือข่ายพระคิลานุปัฏฐากเนืองนาบุญแห่งพรหมพิราม (ได้รับรางวัล พขอ. ดีเด่น เพียงแห่งเดียวในระดับจังหวัด) ทำให้ผู้เขียนมีความสนใจที่จะศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างระบบสุขภาพเขตเมือง และชุมชนท้องถิ่น มีรูปแบบการก่อตัวหรือมีบทบาทอย่างไรในพื้นที่ระดับปฏิบัติการ นอกจากนี้การออกแบบโครงการในมิติเชิงโครงสร้างทั้งในส่วนของความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย (Structure) ที่ต้องสัมพันธ์กับตัวแสดงภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน (Actors) ในพื้นที่ของชุมชนเพื่อก่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในแนวระนาบ (Horizontal) นั้นสามารถทำให้เกิดขึ้นจริงได้หรือไม่ ในทางตรงกันข้ามอาจเป็นการหลบซ่อนความสัมพันธ์เชิงอำนาจไว้ด้วยเช่นกัน โดยเพื่อเป็นการหาคำตอบดังกล่าวผู้เขียนได้เลือกใช้กรอบแนวคิดทางการเมืองที่มีความสำคัญ ดังนี้

ส่วนแรกแนวคิดระบอบ (Urban Regime): การศึกษาในพื้นที่ของความเป็นเมืองและชุมชนท้องถิ่นเปรียบเสมือนเป็นภาพสะท้อนของการบริหารจัดการในระดับประเทศ (State) โดยเฉพาะในการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นส่วนการวิเคราะห์ในบทที่ 5 “ระบอบนคร: เมืองและชุมชนท้องถิ่นกับความสัมพันธ์ของระบบสุขภาพชุมชน” เป็นการศึกษาในด้านความสัมพันธ์ (Relations) ได้แก่ ระบบราชการและการจัดการปกครอง ความสามารถในการบริหารความร่วมมือ พื้นที่ระดับปฏิบัติการและบทบาทของตัวแสดง รวมไปถึงบรรทัดฐานและผลลัพธ์ของความร่วมมือ ดังนั้นสิ่งที่เรียกว่าระบอบจึงเกิดขึ้นผ่านการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ที่ส่งผลทำให้ระบบสุขภาพเขตเมืองเป็นการรวบรวมการสั่งการแบบเบ็ดเสร็จ และระบบสุขภาพชุมชนท้องถิ่นเป็นความพยายามสร้างความร่วมมือจากความแตกต่างของพื้นที่ปฏิบัติการ

ขณะเดียวกันแนวคิดทางการเมืองของอันโตนิโอ กรัมสกี (Antonio Gramsci) ผู้เขียนได้เลือกใช้แนวคิดการครองอำนาจนำและแนวคิดปัญญาชนที่มีความเชื่อมโยงกันเพื่อค้นหามิติอำนาจทางการเมืองที่หลบซ่อนอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์ของตัวแสดง จากการวิเคราะห์ใน**บทที่ 6 “การดำเนินกิจกรรมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้การวิเคราะห์แนวคิดทางการเมือง”** โดย**ส่วนที่สองแนวคิดการครองอำนาจนำ (Hegemony)**: เป็นการให้ความสำคัญกับพื้นที่ที่ใช้อำนาจที่แตกต่างกันสองส่วน ได้แก่ พื้นที่ประชาสังคม (Civil Society) จะใช้รูปแบบของการโน้มน้าวหรือชักจูงเพื่อสร้างความยินยอมพร้อมใจ จากการศึกษาพบว่าพื้นที่ระบอบสุขภาพเขตเมืองเป็นความร่วมมือที่ถูกจัดสร้างขึ้นทั้งในด้านการกำหนดประเด็นกิจกรรมและการปฏิบัติโครงการ แต่ระบอบสุขภาพชุมชนท้องถิ่นจะเป็นความพยายามสร้างความร่วมมือกับสมาชิกในชุมชนเพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลทางสุขภาพ พื้นที่อีกส่วนหนึ่งคือสังคมการเมือง (Political Society) เป็นพื้นที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของรัฐจึงมีลักษณะเป็นการบังคับ (Coercion) พบว่าโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ มีการใช้อำนาจผ่าน 3 ด้าน ได้แก่ ระเบียบว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 คณะกรรมการกลางนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ และพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดินปี พ.ศ. 2534 ส่งผลทำให้พื้นที่ปฏิบัติการในระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่นการปฏิบัติงานทั้งหมดขึ้นอยู่กับความสามารถของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเท่านั้น

ส่วนสุดท้ายแนวคิดปัญญาชน (Intellectuals): การขับเคลื่อนโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ จะเกิดขึ้นไม่ได้หากขาดผู้ปฏิบัติงานในลักษณะปัญญาชน โดยปัญญาชนมีหน้าที่หลักเป็นผู้ผลิตสร้างองค์ความรู้หรือกลายเป็นผู้รักษาผลประโยชน์ในกลุ่มของตนเองได้ด้วยเช่นกัน ดังนั้นปัญญาชนจึงแบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ ปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้น (Organic Intellectual) คือตัวแทนภาครัฐในเครือข่ายผู้บริหาร ตัวแทนภาคประชาชนในกลุ่มประธานชมรมเจ้าหน้าที่ระดับสูงในสำนักงานสาธารณสุข และตัวแทนภาคเอกชนซึ่งไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างชัดเจน และปัญญาชนที่ข้ามชนชั้นได้ (Traditional Intellectual) คือนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนพระสงฆ์ ตัวแทนกำนันและผู้ใหญ่บ้านที่พยายามดำเนินกิจกรรมแม้จะขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการเพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลทางสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน

จากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อกำหนดเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ (Public Sector) ภาคเอกชน (Private Sector) และภาคประชาชน (Citizen Sector) โดยเฉพาะการพัฒนาประเด็นด้านสุขภาพซึ่งเป็นความพยายามของรัฐเพื่อทำให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญด้านสุขภาพและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเองที่เป็นการก้าวข้ามข้อจำกัดของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ในอดีต ดังนั้นภายใต้การศึกษาเรื่อง “**การเมืองของระบอบสุขภาพเขตเมือง: กรณีศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตเทศบาลนครจังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ.2561-2565)**” ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษาว่าระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่นในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิรามมีรูปแบบการก่อตัว การเปลี่ยนแปลงทัศนคติทางด้านสุขภาพ และมีบทบาทอย่างไรในพื้นที่ระดับปฏิบัติการภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอรหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2565 โดยวิเคราะห์ผ่านกรอบแนวคิดระบอบนคร (Urban Regime) เป็นการวิเคราะห์ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงในการดำเนินโครงการทางสุขภาพเพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น รวมไปถึงแนวคิดการครองอำนาจนำ (Hegemony) และแนวคิดปัญญาชน (Intellectual) เป็นการวิเคราะห์ในเชิงโครงสร้างระบบราชการเพื่อค้นหาอำนาจที่หลบซ่อนอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์ในระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทำความเข้าใจบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างของระบบราชการซึ่งนำไปสู่การก่อตัวรวมไปถึงการดำรงอยู่ของระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่น
2. วิพากษ์การดำเนินงานของรัฐ โดยวิเคราะห์ผ่านโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิรามช่วงเวลา พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2565

คำถาม

1. ระบุบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่นมีรูปแบบการก่อตัวในพื้นที่ระดับปฏิบัติการที่เหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร
2. ภายหลังจากเกิดขึ้นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขึ้นส่งผลต่อมุมมองทางด้านสุขภาพของชุมชนอย่างไร
3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีบทบาทอย่างไรในระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่นดังกล่าวระหว่างปี พ.ศ. 2561 - 2565

ระเบียบวิธีวิจัย

วิทยานิพนธ์เรื่อง “การเมืองของระบอบสุขภาพเขตเมือง: กรณีศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตเทศบาลนครจังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ.2561-2565)” เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีการศึกษาแบบพหุกรณี (Multiple Case Studies) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) และเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ระหว่างเทศบาลนครพิษณุโลก และเทศบาลตำบลพรหมพิราม เพื่อทำความเข้าใจระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่น ภายใต้การดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ นอกจากความแตกต่างในผลงานความสำเร็จของการดำเนินโครงการ จากรูปแบบรางวัลระดับประเทศที่ได้รับมอบเพียงแห่งเดียวในระดับจังหวัด ซึ่งผู้เขียนได้กล่าวถึงก่อนหน้านี้ การศึกษาแบบสองพื้นที่ (Two Case Studies) ยังมีจุดเด่นมากกว่ากรณีศึกษาเดียว (Single Case) ตรงที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง จุดร่วมที่มีเหมือนกัน และการบริหารความร่วมมือของผู้ปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินโครงการของรัฐ ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์ยังช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งให้กับพลังของเครือข่ายและการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงกิจกรรมที่มีอยู่เดิม (Yin, 2003, pp.53; Chaskin, 2001 as cited in Yin, 2003, pp.54) การศึกษาในงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จึงช่วยสร้างความเข้าใจรูปแบบการกำหนดนโยบายสุขภาพและการดำเนินโครงการของรัฐไทย ภายใต้โครงสร้างระบบราชการในปัจจุบัน โดยมองผ่านโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในหน่วยพื้นที่ของการศึกษาทั้งสองแห่ง

โดยแบ่งประเภทการเก็บข้อมูลเป็น 2 ประเภท เพื่อใช้ศึกษาการดำเนินโครงการของรัฐ ภายใต้โครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board) จากความสัมพันธ์ของตัวแสดงภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชนที่มีเป้าหมายร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ของชุมชน

1. การเก็บข้อมูลจากการลงพื้นที่ภาคสนามในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก (Phitsanulok Municipality) และเทศบาลตำบลพรหมพิราม (Phrom Phiram Subdistrict Municipality) ภายใต้เครือข่ายสมาชิกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามกฎระเบียบว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 กำหนดให้นายอำเภอแต่งตั้งสมาชิกได้ไม่เกิน 20 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 15 ราย สอดคล้องกับหลักเกณฑ์พื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่เฉพาะเจาะจงในรูปแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Bertaux, 1981 as cited in Mason, 2010) ประกอบไปด้วย **ผู้แทนหน่วยงานรัฐในอำเภอ (Public Sector)** จำนวน 5 ราย ได้แก่ เจ้าหน้าที่/ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่ประจำที่ว่าการอำเภอที่ดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการหรือมีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่ **ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ (Citizen Sector)** จำนวน 5 ราย ได้แก่ ผู้ที่มีความรู้/ความสามารถ และถูกแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพระสงฆ์ที่มีส่วนร่วมกับโครงการ **ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ (Private Sector)** จำนวน 2 ราย ได้แก่ ตัวแทนสมาชิกภาคเอกชนที่ประกอบอาชีพอิสระซึ่งดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการ รวมไปถึง **กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ (Service Group)** จำนวน 3 ราย ได้แก่ ประชาชนที่ได้รับการแบ่งปันความรู้หรือจัดอยู่ในกลุ่มเป้าหมายของคณะกรรมการเพื่อดำเนินกิจกรรมในด้านสุขภาพและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (ผู้รับบริการเปรียบเสมือนภาพสะท้อนการดำเนินงานหรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติทางด้านสุขภาพอย่างไร)

โดยแต่ละกลุ่มจะใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) เป็นหลักและใช้ระยะเวลาไม่เกิน 45 ถึง 60 นาที วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เหตุผลสำคัญที่ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับตัวแทนภาครัฐและภาคประชาชนในอัตราส่วนที่เท่ากัน เพราะเป็นกลไกสำคัญภายใต้การดำเนินงานของโครงการ ซึ่งหน่วยงานภาครัฐต้องการที่จะสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมระดับชุมชน โดยดึงประชาชนในพื้นที่เข้ามามีบทบาทในเครือข่ายกรรมการ สอดคล้องกับสัดส่วนของภาคเอกชนที่มีความสำคัญเช่นเดียวกัน ตามกฎระเบียบของโครงการ ลำดับสุดท้ายคือกลุ่มผู้รับบริการเป็นกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมจากรูปแบบ

โครงการที่ถูกดำเนินกิจกรรมในเป้าหมายการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาฯ ความสำคัญของ ผู้รับบริการจึงเปรียบเสมือนเป็นการศึกษาวิธีการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับประชาชนเพื่อดูแลสุขภาพ ของตนเองหรือเพิ่มพูนทักษะความรู้ด้านสุขภาพภายใต้การดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ชุมชน

2. การศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอใช้วิธีการศึกษาผ่าน เอกสารที่มีความสำคัญ 2 ประเภท ได้แก่ เอกสารชั้นต้น (Primary Document) ยกตัวอย่างเช่น บัญชีกรายงานการประชุมประจำปี (พชอ.) รัฐธรรมนูญ แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ 20 ปี แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระยะยาว 20 ปี แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระยะยาว 20 ปี แผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 และเอกสารทาง ราชการ เอกสารชั้นรอง (Secondary Document) ยกตัวอย่างเช่น บทความ วารสาร หนังสือพิมพ์ งานวิจัย หนังสือ วิทยานิพนธ์ และข่าวสารในสังคมปัจจุบันผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ดังนั้นการ สัมภาษณ์ประชากรกลุ่มเป้าหมายและการศึกษาผ่านเอกสารทั้งสองชนิดเพื่อทำความเข้าใจ ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น (Relation) อำนาจที่เป็นทางการ (Formal Power) และอำนาจที่ไม่เป็น ทางการ (Informal Power) ภายใต้บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการ ดำเนินโครงการด้านสุขภาพ

ข้อมูลที่ได้รับจึงมีทั้งส่วนของการสัมภาษณ์ประชากรเป้าหมายในการศึกษา (Target Population) ที่ช่วยเสริมแง่มุมการวิเคราะห์ จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงต่าง ๆ เพื่อมุ่งอธิบายการสร้างความเป็นระบบสุขภาพให้เกิดขึ้นในพื้นที่ของเมืองและชุมชนท้องถิ่น ขณะเดียวกันการศึกษาผ่านเอกสารทั้งสองชนิด (Document) จะช่วยทำให้มองเห็นความสัมพันธ์เชิง อำนาจที่หลบซ่อนอยู่ในโครงสร้างระบบราชการภายใต้การดำเนินโครงการของรัฐ และ นำไปสู่การทำความเข้าใจบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้ดียิ่งขึ้น จากความเชื่อมโยงระหว่างการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ปฏิบัติการและโครงสร้างระบบราชการ

เกณฑ์การคัดเลือก

1. กรณีของกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการต้องเป็นประชาชนที่ได้รับเลือกจากเป้าหมายของ โครงการหรือกิจกรรมภายใต้การทำงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2. กรณีเครือข่ายภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชนต้องเป็นกรรมการที่มาจาก การแต่งตั้งของนายอำเภอตามเงื่อนไขกฎระเบียบว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิราม

3. ผู้เข้าร่วมยินยอมให้สัมภาษณ์ ด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

1. กลุ่มเป้าหมายไม่สะดวกในการให้ข้อมูลจากรูปแบบการสัมภาษณ์
2. กลุ่มเป้าหมายมีการแอบอ้างการเป็นสมาชิกภายในเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ขอบเขตของการวิจัย

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ทำการศึกษาและวิเคราะห์บทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board) ทำการศึกษาและวิเคราะห์บทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board) ภายใต้การเก็บข้อมูลจากการลงพื้นที่ภาคสนาม ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิราม จำนวน 15 ชุด ได้แก่ ภาครัฐ 5 ราย ภาคประชาชน 5 ราย ภาคเอกชน 2 ราย และกลุ่มผู้รับบริการ 3 ราย พร้อมทั้งศึกษาข้อมูลในกลุ่มเอกสารชั้นต้น (Primary Documents) และเอกสารชั้นรอง (Secondary Documents) เพื่อให้ครอบคลุมการดำเนินโครงการ จากกระบวนการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีความเชื่อมโยงกับอำนาจที่เป็นทางการ (Formal Power) และอำนาจที่ไม่เป็นทางการ (Informal Power) ในเครือข่ายของภาคประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชน โดยเริ่มทำการวิเคราะห์นับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของการดำเนินโครงการตามระเบียบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่จนถึงสิ้นสุดขอบเขตการศึกษาในวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ภายหลังการเปลี่ยนแปลงปีงบประมาณของภาครัฐ (30 กันยายน พ.ศ. 2565) ที่อาจจะส่งผลต่อการดำเนินงานโครงการด้านสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้ด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้เพื่อเป็นการทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพจะมีการกล่าวถึง พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของระบบสาธารณสุข โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงการก่อตัวระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2475 ถึง พ.ศ. 2539 และช่วงระบบสาธารณสุขกับสังคมไทยในยุคปัจจุบัน

พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2565 เฉพาะส่วนที่เป็นกลไกสำคัญเพื่อชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงในระบบสุขภาพของรัฐไทยจนนำมาสู่การดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พิจารณาเพิ่มเติมบทที่ 4 หน้าที่ 64 - 86)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อสร้างความเข้าใจลักษณะการเมืองของระบอบสุขภาพเขตเมืองที่เกิดขึ้นในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก
2. ทำให้ทราบถึงรูปแบบความสัมพันธ์ในเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกโดยเฉพาะในประเด็นด้านสุขภาพ
3. เพื่อก่อให้เกิดการเรียนรู้ถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง การขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับชุมชนมีการวางกรอบเป้าหมายและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนภายในพื้นที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยมีพื้นที่ของชุมชนเป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดความรักและความสามัคคีภายในชุมชน
2. ระบอบ หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างตัวแสดงภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนภายใต้ปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อขับเคลื่อนโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ในพื้นที่ของชุมชน
3. นโยบายสาธารณะ หมายถึง การจัดกิจกรรมหรือโครงการการในพื้นที่ระดับปฏิบัติการซึ่งถูกออกแบบให้สร้างความร่วมมือกับตัวแสดงทุกภาคส่วนในชุมชน (Horizontal) และมีการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย (Structure) ภายใต้บทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

4. ระบบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่น หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก (เมือง) และ เทศบาลตำบลพรหมพิราม (ท้องถิ่น) ระหว่างสมาชิกเครือข่ายภาคประชาชน ภาคเอกชน และภาครัฐ ในพื้นที่ของตนเองเพื่อดำเนินโครงการที่ได้กำหนดเป้าหมายไว้ เช่น การส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุ การลดการใช้ถุงพลาสติก การส่งเสริมการบริโภคและปลูกผักปลอดสารพิษ และการลดอุบัติเหตุบนท้องถนนในพื้นที่จุดเสี่ยง



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

บทนำ

การเกิดขึ้นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ถือได้ว่าเป็นความพยายามของรัฐในการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่นเพื่อให้ประเด็นการมีส่วนร่วมของประชาชนเด่นชัดมากยิ่งขึ้นตามหลักการรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 และได้กลายเป็นแนวทางสำคัญของการบริหารประเทศโดยผู้เขียนได้แบ่งส่วนการทบทวนวรรณกรรมเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ *กลุ่มงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board Studies)* *กลุ่มที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทางการเมืองของ อันโตนิโอ กรัมสกี (Gramscian Studies)* และงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเมืองนคร (*Urban Political Studies*) ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้เขียนอย่างมากในการทบทวนสถานภาพองค์ความรู้เกี่ยวกับประเด็นด้านสุขภาพ กรอบแนวความคิด และรูปแบบการวิเคราะห์ที่มีอยู่ในปัจจุบันเพื่อสร้างความแตกต่างให้กับงานวิจัยชิ้นนี้

กลุ่มแรก จากการศึกษาของผู้เขียนพบว่ากลุ่มงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board Studies) ทั้งในส่วนของการงานวิจัย (Research Report) วิทยานิพนธ์ (Thesis) และบทความวิชาการ (Academic Articles) ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับการสำรวจปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ การสำรวจความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน การศึกษาขั้นตอนหรือกระบวนการ และการประเมินผลการดำเนินงานในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพ ภายใต้บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ **กลุ่มที่สอง** งานวิชาการที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทางการเมืองของ อันโตนิโอ กรัมสกี (Gramscian Studies) เฉพาะมุมมองด้านสุขภาพให้ความสนใจไปที่การศึกษากลุ่มภาคอุตสาหกรรมผลิตยาเวชภัณฑ์กับการครองอำนาจนำทางความรู้ การศึกษาด้านการแพทย์ และผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากบริบทของสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบันที่พึ่งพายาปฏิชีวนะสำหรับการแพทย์แผนปัจจุบัน (Conventional Medicine) แต่กลับไม่ได้ตั้งคำถามว่ายาชนิดใหม่ที่ได้รับการคิดค้นขึ้นมานั้นมีประสิทธิภาพในการรักษามากน้อยเพียงใด เพราะบางครั้งความจริงถูกสร้างโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์กับบริษัทเอกชน **กลุ่มที่สาม** งานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเมืองนคร (Urban Political Studies) งานส่วนมากให้ความสำคัญกับปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองโดยเฉพาะการดำเนินนโยบายสาธารณะ โครงการที่มีการลงทุน

ขนาดใหญ่ของภาครัฐ และการดำเนินนโยบายภายใต้มาตรการรัดเข็มขัด (Austerity) ของเมือง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชาชนจนทำให้เกิดกระแสต่อต้านในบางเมือง แต่ก็มีเมืองอีกจำนวนหนึ่งที่ดำเนินนโยบายลักษณะดังกล่าวได้โดยไม่มี การตั้งคำถามจากสังคมเพราะถูกผสมกลมกลืนไปกับวิถีชีวิตของพลเมืองอย่างแนบเนียน

การทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อผู้เขียนอย่างมากในการทบทวนสถานภาพองค์ความรู้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการศึกษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิชาการส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มักจะเป็นการมองเฉพาะบางโครงการหรือกิจกรรม และมุ่งเน้นไปที่การประเมินประสิทธิภาพหรือแนวทางการปรับปรุงโครงการซึ่งยังขาดมิติในมุมมองทางการเมืองรวมถึงการใช้กระบวนการทัศน์เชิงวิพากษ์เพื่อสร้างความเข้าใจระบอบสุขภาพเมืองที่มีความเชื่อมโยงกับนโยบายสาธารณะจากส่วนกลางให้ดียิ่งขึ้นผู้เขียนจึงสนใจที่จะศึกษาการเมืองของระบอบสุขภาพเขตเมือง: กรณีศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตเทศบาลนครจังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ.2561-2565) โดยมองผ่านกรอบแนวคิดการเมืองนคร (Urban Politics) แนวคิดปัญญาชน (Intellectuals) และแนวคิดการครองอำนาจนำ (Hegemony) เพื่อทำความเข้าใจระบอบสุขภาพเขตเมืองในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกนั้นมีลักษณะเช่นใดและก่อตัวขึ้นอย่างไรภายใต้บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

กลุ่มงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

นับตั้งแต่การเข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2523 ทำให้ประเด็นการพัฒนาาระบบสาธารณสุขเป็นสิ่งทีทุกรัฐบาลให้ความสำคัญโดยเฉพาะพื้นที่ของเมือง ท้องถิ่น และชุมชนเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นการลดจำนวนผู้ป่วยจากโรคกลุ่มเสี่ยง เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อสังคมสูงวัย (Aging Society) ในอนาคตอันใกล้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจึงถือได้ว่าเป็นส่วนช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาโครงสร้างระบบสาธารณสุขไทยในพื้นที่ของชุมชนโดยปัจจุบันมีงานวิชาการที่ได้ทำการศึกษาอยู่จำนวนหนึ่งทั้งในมุมมองของการประเมินประสิทธิภาพ การปรับปรุงโครง การสำรวจแรงจูงใจของบุคคลากร และการค้นหาปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ ความสำคัญของการทบทวนวรรณกรรมหัวข้อนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้เขียนอย่างมากในการทำความเข้าใจ

เข้าใจบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกับการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพพระดับชุมชนที่มีการศึกษาอยู่ในปัจจุบัน

หากกล่าวถึงการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ของชุมชนงานของร่วม มะโนน้อม และยอดชาย สุวรรณวงษ์ (2564) ได้ศึกษาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พบว่าบุคคลากรส่วนใหญ่ในพื้นที่อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี ยังไม่เคยดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนอกจากนี้เนื่องด้วยการเกิดขึ้นของโครงการยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 จึงยังคงพบปัญหาที่หลากหลาย เช่น การเข้าใจผิดในบทบาทหน้าที่การเลือกดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพให้ตอบโจทย์หน่วยงานหรือเกณฑ์ตัวชี้วัด ขาดความเชื่อมั่นต่อมุมมองของหน่วยงานภาครัฐรอบนอก และเน้นการประชุมให้ครบตามจำนวนข้อบังคับจนละเลยการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรมการแก้ไขปัญหาให้มีประสิทธิภาพจึงควรเริ่มต้นจากแนวทางการพัฒนาเชิงนโยบายที่จำเป็นต้องจัดทำโครงการให้ตอบโจทย์การพัฒนาเชิงพื้นที่ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและส่งเสริมให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อทำงานส่งเสริมในเชิงรุกร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในส่วนของแนวทางการพัฒนาเชิงวิชาการต้องพัฒนาช่องทางการประชาสัมพันธ์กิจกรรมด้านสุขภาพให้มีความรวดเร็วและทันต่อสถานการณ์ในปัจจุบันรวมถึงสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการด้านสุขภาพส่วนสุดท้ายแนวทางการพัฒนาเชิงปฏิบัติการควรเพิ่มการอบรมด้านวิชาการอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปีและให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาเชิงพื้นที่ร่วมกันเพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการสื่อสารระหว่างสาธารณสุขอำเภอและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง

สอดคล้องกับสุรพงษ์ ลักษวุธ (2564) ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์ กนต์พัฒน์ อนุศักดิ์เสถียร และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2561) ที่ศึกษาแรงจูงใจต่อการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอในจังหวัดหนองคายและบึงกาฬพบว่าเป้าหมายหลักของการพัฒนาส่วนใหญ่ต้องการส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดีขึ้นเพื่อทำให้สภาพแวดล้อมทางด้านสุขภาพของชุมชนอยู่ในเกณฑ์ที่ดีแต่พบว่าปัญหาส่วนหนึ่งมาจากขั้นตอนการสื่อสารระหว่างคณะกรรมการด้วยกันเองเพราะมักจะขาดการประชุม ไม่ทราบบทบาทหน้าที่ การวางแผนไม่มีความต่อเนื่อง และขาดการสนับสนุนด้านบุคลากรที่มีสุขภาพจากโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นการเพิ่มแรงจูงใจในกระบวนการสร้างความเชื่อมั่นต่อสมาชิกภายในเครือข่ายจึงส่งผลอย่างมากต่อการปฏิบัติงานทั้งในด้านของบรรยากาศในสถานที่

ทำงาน ความเคารพที่มีต่อกัน การกำหนดเป้าหมายของกิจกรรม และความมั่นคงในหน้าที่การงานซึ่งทำให้สมาชิกเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มาจากหลายภาคส่วนสามารถทำงานร่วมกันได้ภายใต้เป้าหมายของการพัฒนาชุมชน นอกจากนี้งานของพัชราภาญจน์ คงทวีพันธ์ (2563ก) เกศรินทร์ ไหลงาม และสิตานนท์ เจษฎาพิพัฒน์ (2561) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาและการปรับปรุงโครงการภายใต้การดำเนินงานคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ พบว่าจุดเริ่มต้นของการทำงานที่ดีส่วนหนึ่งควรมาจากแรงจูงใจในการทำงานต่อบทบาทของตนเอง ซึ่งจะสามารถช่วยพัฒนาการดำเนินโครงการด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นทั้งในด้านของศักยภาพบุคคล การมีส่วนร่วม ยกระดับระบบการดำเนินงาน สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ และจำเป็นต้องมีกระบวนการนิเทศติดตามงานของตัวแทนกลุ่มคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อค้นหาจุดเด่นด้านสุขภาพในชุมชนที่ช่วยเกื้อหนุนระบบสุขภาพระดับอำเภอให้ดียิ่งขึ้น

งานวิชาการอีกกลุ่มหนึ่งมีลักษณะเด่นเป็นการสำรวจปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ เช่น ชุสิทธิ์ ด่านยุทธศิลป์ บัวพลอย พรหมแจ่ม และนนุช โอบะ (2561) และวุฒินันต์ สุดบอนิจ (2565) เป็นการศึกษาในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย จังหวัดยโสธร และจังหวัดอุบลราชธานีพบว่าความสำเร็จของทั้ง 3 หน่วยการศึกษามีลักษณะร่วมที่เหมือนกัน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นอันจะนำไปสู่ความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย 2. ความเป็นผู้นำของหัวหน้าเครือข่ายในการปฏิบัติงาน 3. สร้างจิตสำนึกที่ดีและรับผิดชอบต่อหน้าที่ 4. แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับหน่วยงานอื่น โดยบทบาทของสมาชิกหรือเจ้าหน้าที่ภายในเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในเครือข่าย ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติงานในชุมชนพร้อมทั้งสร้างกระบวนการทำงานเป็นทีมและบูรณาการร่วมกันกับองค์กรภาครัฐในชุมชน เพื่อแบ่งปันข้อมูลสำหรับการดำเนินงานในด้านการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องมองให้รอบด้านไม่จำกัดเพียงแค่ปัญหาในชุมชนแต่ต้องกำหนดกรอบโครงการหรือกิจกรรมให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงหรือเป้าหมายการพัฒนาของจังหวัด นอกจากนี้จำเป็นต้องสร้างร่วมมือกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายของโครงการหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วย (ผู้ดูแล) ซึ่งจะนำไปสู่การติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการด้านสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

งานวิชาการอีกรูปแบบหนึ่งที่มีการศึกษาอย่างแพร่หลายมุ่งเน้นการประเมินประสิทธิภาพของโครงการ เช่น สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล และสุทธิพร ชมภูศรี (2562) เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์ นัยนำ หนูนิล สายฝน เอกวรังกูร ราตรี ฤทธิรัตน์ พิธาน สิทธิพงศ์ และทวีพล แสนภักดี (2561) มนทิตรา อุตมานันท์ และชื่นชนก โควินท์ (2561) วัชชีระ เตือนฉาย (2560) และพัชราภาญจน์

คทวิพันธ์ (2563) โดยงานกลุ่มนี้ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ จากโครงการดูแลผู้สูงอายุและโครงการแก้ไขปัญหาความดันโลหิตสูงในจังหวัดพะเยา (ทุกอำเภอครอบคลุมทั้งจังหวัด) จังหวัดนครศรีธรรมราช (อำเภอท่าศาลา) จังหวัดลพบุรี (อำเภอลาดสนธิ) จังหวัดตราด (อำเภอแหลมงอบ) และจังหวัดเชียงใหม่ (อำเภอฝาง) พบว่าการดำเนินโครงการด้านสุขภาพล้วนประสบความสำเร็จทั้งในมิติของการบริการและเป้าหมายของโครงการ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนของตนเอง โดยมีลักษณะร่วมที่เหมือนกัน คือความเชื่อมโยงบริการปฐมภูมิกับชุมชนผ่านความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมาตรการคัดเลือกประเด็นพัฒนาสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับข้อมูลรอบด้านและมีแผนงานชัดเจน อันมีเป้าหมายสำคัญคือการสร้างสิ่งแวดล้อมสุขภาพโดยให้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อความต่อเนื่องในการดำเนินนโยบายตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ควบคู่กับการเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนข่าวสารด้านสุขภาพของเครือข่ายคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอที่นำมาพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของตนเองสำหรับเพิ่มแกนนำด้านสุขภาพ จากกระบวนการถ่ายทอดความรู้ที่นำไปช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน

โดยงานวิชาการกลุ่มสุดท้ายมีความแตกต่างจากรูปแบบการศึกษาก่อนหน้านี้ เช่น การศึกษาเชิงเปรียบเทียบระบบสุขภาพระดับท้องถิ่นระหว่างรัฐ การศึกษาสภาพปัญหาทางแท้จริงด้านสุขภาพในชุมชน การประยุกต์ใช้องค์ความรู้จากทีมบุคคลากรในมหาวิทยาลัยกับหน่วยปฏิบัติการด้านสุขภาพในพื้นที่ และการแบ่งปันข้อมูลการรักษาพยาบาลระหว่างสถานพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลส่วนกลางงานของวุฒิชัย จริยา อาทิตยา วังวนสินธุ์ และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2561) ถือได้ว่าเป็นงานวิจัยที่มีความสำคัญในรูปแบบการเปรียบเทียบแนวคิดการสร้างระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Systems) ที่มีการดำเนินงานลักษณะเดียวกันของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอทั้ง 3 ประเทศ ได้แก่ ประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศไทย และประเทศแอฟริกาใต้ พบว่ากลไกการเกิดขึ้นและการดำเนินงานอยู่ภายใต้จุดที่มีลักษณะเหมือนกัน คือหลักการกระจายอำนาจจากรัฐบาลส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น (Decentralization) เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง (Bottom-Up) จากการจัดตั้งคณะกรรมการด้านสุขภาพในพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเครือข่าย (Network Partnership) และการจัดบริการแบบบูรณาการของแต่ละเครือข่ายเข้าด้วยกัน (Integration of Services) นอกจากนี้หลักการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอจากกรณีศึกษาทั้ง 3 ประเทศ พบว่ามีแนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ที่สอดคล้องกับหลักการองค์การอนามัยโลกที่ได้กำหนดเป็นแนวทางไว้ 5 ด้านหลัก ได้แก่

1. ด้านองค์การกับการวางแผนและการบริหารจัดการ 2. ด้านการจัดสรรการเงินและทรัพยากร
 3. ด้านการร่วมมือดำเนินกิจกรรมระหว่างหน่วยงาน 4. ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และ
 5. ด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในส่วนของประเทศไทยได้ยึดหลักหลักการดำเนินงาน “UCARE”
 คือการทำงานร่วมกันเป็นทีม การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับ
 ผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร และการพัฒนารูปแบบ
 บริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการของประชาชน โดยพื้นที่การปฏิบัติงานทีม
 สุขภาพระดับอำเภอจำเป็นต้องคัดสรรผู้มีความรู้ความสามารถอย่างแท้จริง (Local Expertise)
 ใช้คนและชุมชนเป็นศูนย์กลางสำหรับการวางแผนโครงการด้านสุขภาพและสนับสนุนให้ประชาชนมี
 ส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาชุมชนร่วมกัน

ในอีกมุมหนึ่งงานของ Phudit Tejavivaddhana, David Briggs, Orapin Singhadej, และ
 Reggie Hinoguin (2018) ได้ชี้ให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงทางระบบสุขภาพของรัฐไทยและมีมุมมอง
 ที่ขัดแย้งกับงานวิชาการก่อนหน้านี้ โดยมองว่าบทบาทของผู้มีความรู้หรือทีมปฏิบัติการสุขภาพระดับ
 ท้องถิ่นยังคงสามารถพัฒนาองค์ความรู้ให้ดียิ่งขึ้นได้ภายใต้ความช่วยเหลือของศูนย์การเรียนรู้
 การจัดการด้านสุขภาพจากมหาวิทยาลัยนเรศวร (Naresuan University College of Health
 Systems Management) ที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การวางระเบียบแบบ
 แผน และการสร้างกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมซึ่งเป็นการสร้างทีมโค้ชด้านสุขภาพ (Health
 Coaching Center) ในพื้นที่การศึกษา 6 ตำบล และ 3 เทศบาลที่ช่วยเสริมสร้างการทำงานร่วมกัน
 ภายใต้โครงการคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพฯ (District Health Board) รวมไปถึงระบบสุขภาพ
 ระดับตำบล (District Health System) การดำเนินงานของทีมปฏิบัติการสุขภาพที่ได้รับการอบรม
 จากศูนย์เรียนรู้ดังกล่าวจึงช่วยบูรณาการทั้งในส่วนของด้านนโยบาย (Policy) และภาคปฏิบัติ
 (Implement) โดยยึดหลัก 4 ประการ คือ การสร้างวิสัยทัศน์และการวางแผนยุทธศาสตร์ การเพิ่มขีด
 ความสามารถ การวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาที่พบร่วมกัน
 กระบวนการเหล่านี้นำไปสู่การพัฒนาบริการปฐมภูมิ (Primary Care) โดยมีกลไกที่สำคัญคือให้
 มหาวิทยาลัยจัดศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพที่เปรียบเสมือนเป็นการติดตั้งอุปกรณ์ทางความคิดเชิง
 ปฏิบัติการให้กับกลุ่มอาสาสมัครด้านสุขภาพในชุมชน

การศึกษาอีกรูปแบบคือการแสวงหาปัญหาแท้จริงในชุมชนงานของ Vijj Kasemsup,
 Wichukorn Suriyawongpaisal, Kriengsak Thamma-aphiphol, Dusanee Dammee, และ
 Kawinarat Suthisukon (2020) ลักษณะเด่นของงานชิ้นนี้คือการศึกษาความเชื่อมโยงกระบวนการ

แก้ไขปัญหาเชิงพื้นที่ทางด้านสุขภาพโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลประจำจังหวัดภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการฯ ในพื้นที่อำเภอปัว อำเภอทรายทองวัฒนา อำเภอกงพิฆา และอำเภอเมืองหนองคายจากการควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งกลายเป็นปัญหาที่สำคัญต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชนจากการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในพื้นที่หน่วยของการวิเคราะห์มีเป้าหมายร่วมกันเพื่อดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วย โดยเฉพาะในโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) นำไปสู่การแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและโรงพยาบาลประจำจังหวัดเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อกลุ่มผู้ป่วยในอนาคต นอกจากนี้ยังมีการดำเนินโครงการบริหารจัดการขยะและโครงการถนนปลอดภัยที่ได้รับเงินสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในมุมมองของผู้วิจัยหามองย้อนกลับไปยังกรอบความคิดของรัฐในการออกแบบนโยบายสาธารณะยังขาดความเชื่อมโยงในการทำให้เรื่องสุขภาพกลายเป็นส่วนหนึ่งของทุกนโยบาย (Health in All Policies) โดยเฉพาะการขยายมาตรการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Expanded Chronic Care Model) ซึ่งปัจจุบันพบจำนวนผู้ป่วยเป็นจำนวนมากทั้งในระดับของรัฐและระดับสากล ดังนั้นการเกิดขึ้นของโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ จึงมีส่วนช่วยแก้ไขปัญหาในพื้นที่ระดับปฏิบัติการได้ในระดับหนึ่ง

สอดคล้องกับงานศึกษาของ Somsak Thojampa, Chommanard Wannapornsiri Laddawan Daengthern, และ Kittisak Kumpeera (2019) Chakkraphan Phetphum Supatana Chomson, Artittaya Wangwonsin, และ Kanyarat Thawatchaijaroenying (2021) ศึกษาการดำเนินงานของคณะกรรมการฯ ในพื้นที่อำเภอบ้านโฮ่ง (จังหวัดลำพูน) อำเภอสามโก้ (จังหวัดอ่างทอง) อำเภอจตุรพักตรพิมาน (จังหวัดร้อยเอ็ด) และอำเภอบ้านตาก (จังหวัดกำแพงเพชร) ลักษณะเด่นของงานทั้งสองชิ้นคือการวิเคราะห์ไปที่ตัวแบบการดำเนินงานทางด้านสุขภาพ โดยปัจจัยส่วนใหญ่ซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จอยู่ที่ตัวผู้นำ (Leader) หรือนายอำเภอ (District Chief) นำไปสู่การสร้างเครือข่ายของทีมปฏิบัติการในเชิงพื้นที่ (Network Partners) เพื่อค้นหาสิ่งที่เป็นปัญหาแท้จริงในชุมชนอย่างรอบด้าน (ตรงจุด) และกำหนดเป็นวาระสำคัญเพื่อหาทางออกร่วมกัน ควบคู่กับการจัดสรรงบประมาณให้กับคณะกรรมการฯ ที่มีความเหมาะสมจะนำไปสู่การดำเนินงานเชิงพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว โดยพบอัตราการกระทำผิดของร้านค้าขายปลีกที่จำหน่ายบุหรี่ให้กับผู้เยาว์ มีจำนวนลดลงเพราะมีมาตรการส่งเสริมและให้ความรู้ทางข้อกฎหมายกับร้านค้า การให้ความรู้กับ

ชุมชน รวมไปถึงการอบรมความรู้เกี่ยวกับปัญหาหมอกควันและโทษทางกฎหมายหากจำหน่ายใบยาสูบให้กับผู้เยาว์ในพื้นที่ของชุมชน

นอกจากนี้งานของสกล สิ้นพรหม และคณะ (2562) มาลี โชคเกิด (2562) กิตติ เหลาสุภาพ และธานินทร์ ไชยานุกูล (2565) ลักษณะเด่นของงานทั้งสามชิ้นคือการบูรณาการความร่วมมือในพื้นที่ปฏิบัติการจังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดอุดรดิตถ์ และจังหวัดอุบลราชธานี โดยจะมุ่งเน้นการเข้าถึงภาคประชาชนเพื่อสอบถามถึงข้อจำกัดหรือสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เช่น การขาดแคลนผู้ดูแลของกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ (โรคหลอดเลือดสมอง-ความดันโลหิตสูง-เบาหวาน) เมื่อรับรู้ถึงสภาพปัญหาเชิงพื้นที่จะนำไปสู่การออกแบบแผนปฏิบัติการ (กำลังคน-วัสดุ-อุปกรณ์ที่จำเป็นในโครงการ) จนนำไปสู่การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพทั้งในด้านของการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การส่งเสริมความร่วมมือ การพัฒนาระบบการดำเนินงาน และการสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย แต่ข้อจำกัดที่สามารถพบได้เป็นส่วนใหญ่มาจากงบประมาณ (Budget) ของเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ (พขอ.) เพราะพื้นฐานการสนับสนุนมาจากกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กองทุนสวัสดิการชุมชน และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลซึ่งจะเพียงพอแค่ส่วนของการเบิกจ่ายค่าพาหนะหรือค่าใช้จ่ายในการประชุมเพียงเท่านั้น

การศึกษาอีกประเด็นหนึ่งที่มีความน่าสนใจในระบบสุขภาพคือการศึกษาความพยายามกระจายอำนาจในการกำกับดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เช่น กนกนวล รัตนกุสุมภ์ (2551) ทักษิณ กุลเรือน (2554) สมพันธ์ เตชะอธิก และพะเยาว์ นาคำ (2552) ประเสริฐ บินตะคุ (2552) สนั่น ศรีวงศ์วรรณ (2551) พงษ์ศักดิ์ งามแปง (2552) โกวิทย์ ศักดิ์ชูพิทักษ์ (2552) อดุลย์ ขวัญมิ่ง (2552) พีรวรรณ ชีวียะ (2552) และสังเวียน งามหัตถ์ (2550) โดยงานวิชาการดังกล่าวเน้นไปที่การสำรวจสอบความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งในด้านงบประมาณ ภารกิจ การบริหาร การจัดสรรบุคลากร และกฎระเบียบทางราชการ เพื่อการรองรับการถ่ายโอนโรงพยาบาลสุขภาพชุมชน รวมไปถึงการสำรวจปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และทัศนคติของบุคลากรภายหลังการโอนย้ายโรงพยาบาลสุขภาพชุมชนเข้าไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นการมองในเชิงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างระบบราชการ แต่มีความแตกต่างในมิติของการศึกษาเพราะการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นรูปแบบการจัดโครงการของรัฐ

จากที่ผู้เขียนได้นำเสนอกลุ่มงานวิชาการที่ศึกษาการดำเนินโครงการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอดังกล่าวเพื่อแสดงให้เห็นถึงจุดแข็งและข้อจำกัดในการทำความเข้าใจแต่ละประเภท สามารถพิจารณาได้จากตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแต่ละรูปแบบ

| การเปรียบเทียบ (Comparison) | จุดแข็ง (Strengths) | ข้อจำกัดในการอธิบาย (limitation) |
|---|--|--|
| การประเมินประสิทธิภาพและการปรับปรุงโครงการ | สามารถวิเคราะห์การดำเนินงานในรูปแบบเฉพาะเจาะจงเชิงพื้นที่ (Case Study) ได้อย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะข้อมูลพื้นฐานเชิงสถิติ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่ลดลง ระยะเวลาการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่น้อยลง กลุ่มเพศที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยในกลุ่มโรคต่าง ๆ | ข้อสรุปที่ได้รับไม่สามารถใช้อธิบายในทุกพื้นที่ของการดำเนินโครงการได้เสมอไป และการประเมินผลส่วนใหญ่มองเพียงแค่ตัวเลขในเชิงสถิติ แต่ขาดการเชื่อมโยงกับปัจจัยทางด้านการเมืองรวมถึงความคิดเห็นของภาคประชาชน (ผู้รับบริการ) |
| การสำรวจแรงจูงใจและปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ | สามารถมองเห็นเป้าหมายเชิงลึกในด้านความคิด อารมณ์ และมุมมองที่มีต่อการดำเนินโครงการของบุคลากร | ผลลัพธ์จากแรงจูงใจที่เกิดขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการปฏิบัติงานได้ตลอดเวลาและไม่มี ความต่อเนื่องเสมอไป โดยเฉพาะจากปัจจัยสภาพแวดล้อมในการดำเนินโครงการ |
| การทำงานแบบมีส่วนร่วม | สามารถมองเห็นสภาพปัญหาในเชิงองค์รวมภายใต้เป้าหมายของการปฏิบัติงานโดยเฉพาะความสำเร็จที่เกิดขึ้นนั้นมาจากส่วนใดเป็นหลัก | ข้อสรุปที่พบส่วนใหญ่เน้นให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้มีบทบาทหลัก (Key Man) ตัวอย่างเช่น นายอำเภอ ผู้อำนวยการสาธารณสุข และผู้บริหารท้องถิ่นในการส่งเสริมประสิทธิภาพและความสำเร็จที่เกิดขึ้นจนละเลยความสำคัญของตัวแสดงอื่น ๆ (เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ ตัวแทนภาคประชาชน กลุ่มภาคประชาชน) ซึ่งส่งผลต่อกลไกในการปฏิบัติงานเช่นเดียวกัน |

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

| การเปรียบเทียบ (Comparison) | จุดแข็ง (Strengths) | ข้อจำกัดในการอธิบาย (Limitation) |
|----------------------------------|--|--|
| กลุ่มที่มีความยืดหยุ่นในการศึกษา | ไม่ได้ยึดติดอยู่เพียงแค่การดำเนินโครงการในเชิงพื้นที่หรือการศึกษาประสิทธิภาพของโครงการเพียงเท่านั้นแต่มีการขยายไปสู่ปัจจัยภายนอกที่นำมาศึกษาควบคู่กับการดำเนินงานของ พชอ. เช่น การส่งเสริมศักยภาพของทีมระดับปฏิบัติการด้วยบุคคลากรจากสถาบันการศึกษา การเปรียบเทียบฐานคิดระบบสุขภาพระหว่างรัฐและการทำความเข้าใจสภาพปัญหาแท้จริงของชุมชน ฯลฯ | รูปแบบวิธีการวิเคราะห์และการอธิบายได้ละเลยความสำคัญของกระบวนการทัศน์เชิงวิพากษ์ แม้จะมีการกล่าวถึงข้อจำกัดหรือจุดที่ต้องปรับปรุงการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาฯ แต่แท้จริงแล้วเป็นความล้มเหลวของรัฐบาลที่พยายามผลักภาระการจัดการด้านสุขภาพให้ท้องถิ่นเป็นผู้ควบคุม |

ที่มา: แสดงจุดเด่นและข้อจำกัดทางการศึกษาโดยผู้เขียน

จากตารางดังกล่าวสิ่งที่น่าสนใจขึ้นนี้จะช่วยเติมเต็มให้ดียิ่งขึ้นคือการฉายภาพของการดำเนินงานเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่ของความเป็นเมือง (Urban) เขตเทศบาลนครพิษณุโลกเปรียบเทียบกับพื้นที่ชุมชนท้องถิ่น (Local Community) เขตเทศบาลตำบลพรหมพิรามเพื่อแสดงให้เห็นถึงพลวัตความเปลี่ยนแปลงในการดำเนินโครงการจากการประยุกต์ใช้แนวคิดระบอบนคร (Regime) แนวคิดการครองอำนาจนำ (Hegemony) และแนวคิดปัญญาชน (Intellectual) ซึ่งเป็นการช่วยเสริมมิติทางการเมืองและมุมมองเชิงวิพากษ์ให้มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้นภายใต้การทำความเข้าใจการก่อตัว เครือข่ายตัวแสดงและการดำรงอยู่ของระบอบสุขภาพรวมไปถึงการวิพากษ์นโยบายส่งเสริมสุขภาพของรัฐไทยระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นในการดำเนินโครงการดังกล่าว

กลุ่มงานวิชาการที่ศึกษาบทบาทคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (พชอ.) ปัจจุบันจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้เขียนผ่านงานวิจัย (Research Report) วิทยานิพนธ์ (Thesis) และบทความวิชาการ (Academic Articles) พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาในรูปแบบของการประเมินประสิทธิภาพและการปรับปรุงโครงการ การสำรวจแรงจูงใจของบุคคลากร การค้นหาปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ

และความสำคัญของคณะกรรมการฯ ขณะเดียวกันกลุ่มงานที่มีความโดดเด่น เช่น วุฒิชัย จริยา (2561) สกล สินธพรหม และคณะ (2562) มาลี โชคเกิด (2563) กิตติ เหลาสุภาพ และ ธานินทร์ ไชยานุกูล (2565) Phudit Tejavivaddhana, David Briggs, Orapin Singhadej, และ Reggie Hinoguin (2018) Chakkraphan Phetphum, Supatana Chomson, Artittaya Wangwonsin, และ Kanyarat Thawatchaijaroenyng (2021) งานวิชาการเหล่านี้มีความแตกต่างจากงานวิชาการส่วนใหญ่โดยขั้นตอนการวิเคราะห์ไม่ได้ยึดติดอยู่เพียงแค่การดำเนินโครงการเท่านั้น แต่แสดงความเชื่อมโยงกับปัจจัยภายนอก เช่น มหาวิทยาลัยในท้องถิ่น การเปรียบเทียบระบบสุขภาพระหว่างรัฐ และการทำความเข้าใจสภาพปัญหาเชิงพื้นที่แต่สิ่งที่ยังขาดหายไปในมุมมองของผู้เขียนคือ การวิพากษ์ปัญหาการจัดการของรัฐบาลส่วนกลางและการศึกษาเชิงเปรียบเทียบในสภาพแวดล้อมของเมืองกับเขตชุมชนท้องถิ่น

งานวิชาการที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทางการเมืองของ อันโตนิโอ กรัมสซี

การเมืองและสุขภาพอาจดูเป็นเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกันแต่ในความเป็นจริงแล้วมีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจนทั้งจากการหาเสียงนโยบายของนักการเมืองช่วงเลือกตั้ง การตัดสินใจทางด้านนโยบายสาธารณะของรัฐบาล การจัดสรรงบประมาณรวมถึงการยุติการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้นพัฒนาการทางการเมืองกับการช่วงชิงสภาวะการนำในระบบสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญทั้งในด้านผลประโยชน์ ความรู้ และการรักษาอำนาจทางการเมืองของกลุ่มชนชั้นนำซึ่งส่งผลต่อการดำเนินนโยบายสาธารณะของรัฐการทบทวนวรรณกรรมหัวข้อนี้จึงให้ความสำคัญกับกลุ่มงานวิชาการที่ใช้แนวคิดทางการเมืองของอันโตนิโอ กรัมสซี (Antonio Gramsci) กับประเด็นทางด้านสุขภาพเป็นหลักที่ช่วยเผยให้เห็นมุมมองอันแตกต่างจากการศึกษาทั่วไปที่มีอยู่เดิมแต่สามารถใช้ควบคู่กับแนวคิดทางการเมืองได้อย่างน่าสนใจ

การใช้แนวคิดทางการเมืองของอันโตนิโอ กรัมสซีมีการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยหากมองในมุมการศึกษาในระดับต่างประเทศมีกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องอยู่จำนวนหนึ่ง เช่น งานของ Daniel Weber (2016) ได้ศึกษาการครองอำนาจนำทางการแพทย์ (Medical Hegemony) พบว่าการแพทย์ในปัจจุบันเป็นการครอบงำของแนวคิดแบบจำลองทางชีวการแพทย์ (Biomedical Model) เพื่อใช้รักษาผู้ป่วย เช่น การเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนตัว การรักษาโดยการใช้ยาต้านคลินิคในกลุ่มเภสัชกรรม รวมไปถึงวิธีการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ดังนั้นการรักษาทางการแพทย์จึงถูกยึดโยงไว้กับยาแผนปัจจุบันที่มีลักษณะเป็นสารสังเคราะห์จากเคมี

เพื่อใช้รักษา โรคเฉพาะส่วนแตกต่างจากการรักษาด้วยยาสมุนไพรธรรมชาติเหมือนในอดีต วัฒนธรรมการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันจึงกลายเป็นการสร้างบรรทัดฐาน (Norms) ใหม่ให้กับสังคมซึ่งเกี่ยวข้องกับกลุ่มบริษัทเอกชนขนาดใหญ่ (ยาและเวชภัณฑ์) กลุ่มนักรการเมือง การศึกษาคณะแพทยศาสตร์ และเครือข่ายสังคมของผู้ประกอบอาชีพแพทย์ที่เข้ามามีอิทธิพลต่อการควบคุมประเภทของยา เพื่อใช้ในการรักษาโรคหรือการกล่าวอ้างถึงยาชนิดใหม่ที่สามารถใช้รักษาโรคแต่ละกลุ่มได้ดีกว่ายาชนิดเก่า หากมองอีกมุมหนึ่งยาดังกล่าวอาจจะไม่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นก็เป็นได้ แต่ด้วยผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของกลุ่มบริษัทเอกชน จึงจำเป็นต้องคิดค้นยาชนิดใหม่อยู่ตลอดเวลาสิ่งที่เรียกว่ายาแผนปัจจุบันภายใต้อิทธิพลของความเป็นวิทยาศาสตร์ จึงกลายเป็นการครองอำนาจนำขั้นสูงสุดเพื่อปิดกั้นข้อค้นพบอื่นที่แตกต่างจากการรับรู้ภายใต้ศาสตร์ของตนเอง

สอดคล้องกับงานของ Brian Salter, Yinhua Zhou, และ Saheli Datta (2015) พบว่าปัจจุบันระบบของตลาดสุขภาพมีความต้องการสิ่งที่เรียกว่าเทคโนโลยีสเต็มเซลล์หรือเซลล์ต้นกำเนิด (Stem Cell) ที่มีความเชื่อว่าจะสามารถใช้เป็นการรักษาทางเลือกได้ในปัจจุบัน เช่น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์กระดูก และเซลล์ประสาทความต้องการดังกล่าวนำไปสู่การครองอำนาจนำโครงสร้างของตลาดด้านสุขภาพ เพราะกลุ่มลูกค้าส่วนใหญ่เป็นผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจเนื่องด้วยค่าใช้จ่ายในวิธีการรักษานั้นอยู่ในระดับที่สูง ขณะเดียวกันแพทย์ผู้ทำการรักษาในปัจจุบันยังมีจำนวนจำกัดซึ่งส่วนมากจะเป็นกลุ่มอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญระดับสูง (Expert) เนื่องจากเป็นเทคโนโลยีการรักษาแบบใหม่ ดังนั้นนักรการเมืองส่วนหนึ่งจึงเข้ามาแสวงหาผลประโยชน์จากสถาบันวิทยาศาสตร์ของรัฐและเอกชนทำหน้าที่เป็นตัวกลางผ่านเครือข่ายทางการเมืองหรือเรียกว่า “ลูกค้าทางการเมือง” จนนำไปสู่การตั้งคำถามเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยสเต็มเซลล์ทั้งในมุมมองของประสิทธิภาพ เป้าหมายของการรักษา และจริยธรรมทางการแพทย์ที่เกินขอบเขตเพียงแค่การรักษาชีวิตคนไข้เหมือนในอดีต แต่กลายเป็นการมุ่งแสวงหาผลประโยชน์จากนวัตกรรมทางการแพทย์ หากมองในมิติของรัฐการใช้เทคโนโลยีสเต็มเซลล์จะทำให้รัฐสูญเสียรายได้จากภาษีที่มาจากยาแผนปัจจุบันเพื่อใช้รักษาโรคและไม่สามารถเข้าไปควบคุมรูปแบบการรักษาได้อย่างเต็มที่

โดยข้อสรุปดังกล่าวในบทความข้างต้นเป็นไปในทิศทางกันกับงานของ Sergio Sismondo (2017) ที่ศึกษาการครองอำนาจนำทางความรู้และกลยุทธ์ของภาคอุตสาหกรรมการผลิตยาเวชภัณฑ์ (Hegemony of Knowledge and Pharmaceutical Industry Strategy) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ขับเคลื่อนโครงสร้างทางสุขภาพส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับภาคอุตสาหกรรมการผลิตยาเวชภัณฑ์เพราะบริษัทเอกชนส่วนใหญ่ได้ว่าจ้างองค์กรที่รับทำวิจัยตามสัญญา (Clinical Research Organization)

ซึ่งเป็นระบบในการสร้างฐานข้อมูลและกระบวนการวิเคราะห์พื้นฐานของบริษัทที่มีความสัมพันธ์กับการให้ทุนการศึกษาในประเด็นหัวข้อวิจัยของกลุ่มนักศึกษา โดยเฉพาะผู้ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรนักศึกษาแพทย์เฉพาะทาง (CME) นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิของวารสารวิชาการต่าง ๆ มักจะมีความสัมพันธ์กับเครือข่ายบริษัทเอกชนในการคัดเลือกกลุ่มงานวิจัยที่มีความสำคัญหรืออยู่ในประเด็นที่บริษัทนั้นกำลังสนใจจึงกลายเป็นพันธมิตรที่สำคัญของภาคเอกชน นอกจากนี้เวทีแลกเปลี่ยนความรู้ด้านวิชาการของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Expert) ที่อธิบายถึงแนวทางการรักษาด้วยยาชนิดใหม่ หากมองในมุมมองของคนนอกนั้นอาจจะเชื่อในคำอธิบายดังกล่าวถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคจนไม่ได้ตั้งคำถามถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้เชี่ยวชาญและเครือข่ายภาคอุตสาหกรรม การผลิตยาเวชภัณฑ์ที่เป็นกลุ่มผู้ให้ทุน ผู้ผลิต และกระบวนการสร้างความจริงให้เกิดขึ้นจากกลุ่มปัญญาชน (Intellectuals) การครองอำนาจนำบนความรู้ด้านระบบสุขภาพจึงเกิดขึ้นผ่านพื้นที่ของการตีพิมพ์บทความวิชาการ วัฒนธรรมการให้ทุน เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและกลยุทธ์การขาย จากขั้นตอนการสร้างความน่าเชื่อถือเพื่อยึดครองพื้นที่ความรู้ด้านยาแผนปัจจุบันและการวิจัยด้านสุขภาพ

อีกมุมหนึ่งงานของ Priya Gauttam, Bawa Singh, และ Jaspal Kaur (2020) ได้วิเคราะห์ประเด็นด้านสุขภาพที่แตกต่างออกไป โดยมุ่งเน้นไปที่การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาและการทูตด้านสุขภาพระดับโลกของจีนกับภูมิรัฐศาสตร์โอกาสในการครองอำนาจช่วงปี พ.ศ. 2562 ภายใต้การดำรงตำแหน่งประธานาธิบดี ดอนัลด์ ทรัมป์ (Donald Trump) ประเทศสหรัฐอเมริกา (United States) และประธานาธิบดีสี จิ้นผิง (Xi Jinping) สาธารณรัฐประชาชนจีน (China) พบว่าประเทศจีนมีแนวโน้มในการประสบความสำเร็จ เพื่อครองอำนาจนำในอนาคตอันใกล้จากบทบาทช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาที่ให้การสนับสนุนด้านการแพทย์และวัคซีนในกลุ่มประเทศอาเซียน (ASEAN) กลุ่มประเทศทวีปแอฟริกา (Africa) และกลุ่มประเทศลาตินอเมริกา (Latin America) ส่วนใหญ่เป็นประเทศที่เข้าร่วมโครงการเส้นทางสายไหมศตวรรษที่ 21 (One Belt One Road – ORB) ซึ่งเป็นความร่วมมือที่เกิดขึ้นระหว่างประเทศสมาชิกเพื่อเป้าหมายในการพัฒนาระบบเศรษฐกิจให้เจริญเติบโตมากยิ่งขึ้น การให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ควบคู่กันการพัฒนาทางเศรษฐกิจ จึงถือได้ว่าเป็นการใช้อำนาจโดยปราศจากการบีบบังคับ (Soft Power) ในทางตรงกันข้ามสหรัฐอเมริกาและสหภาพยุโรปยังคงถกเถียงเกี่ยวกับจุดเริ่มต้นของการแพร่ระบาดจนละเลยความไม่สงบที่เกิดขึ้นในสังคม รวมไปถึงมาตรการจัดการปัญหาเชิงรุกที่ขาดประสิทธิภาพทำให้ทุกประเทศต้องพึ่งพาตนเองและไม่เกิดความร่วมมือระหว่างประเทศต่าง ๆ หากมองจากตัวเลขทาง

เศรษฐกิจพบว่าประเทศจีนถึงแม้จะพบกับปัญหาการแพร่ระบาดและถูกโจมตีว่าเป็นแหล่งกำเนิดเชื้อไวรัสแต่การคาดการณ์ตัวเลข GDP โดยกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ยังคงมีอัตราการเติบโตอย่างต่อเนื่องที่ 1.2 เปอร์เซ็นต์ตรงกันข้ามกับสหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ฝรั่งเศส เยอรมันนี อิตาลี และ สเปนที่แนวโน้มส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ติดลบทางเศรษฐกิจไม่ต่ำกว่า 5 เปอร์เซ็นต์ ภายหลังจากแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส ดังนั้นหากการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนาสิ้นสุดลงจึงมีความเป็นไปได้อย่างมากที่ประเทศจีนจะเริ่มเข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในเวทีการเมืองระหว่างประเทศ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการทำทลายโครงสร้างอำนาจทางการเมืองที่มีอยู่เดิมในปัจจุบันภายใต้บทบาทหลักของสหรัฐอเมริกา

ขณะเดียวกันการศึกษาที่มีการใช้แนวคิดทางการเมืองของอันโตนิโอ กรัมชิ ภายในประเทศไทยนั้นมีการศึกษาอยู่จำนวนหนึ่ง เช่น งานของวัชรพล พุทธรักษา (2549) ได้ศึกษาเรื่องรัฐบาลทักษิณกับความพยายามสร้างภาวะการครองอำนาจนำช่วงปี พ.ศ. 2544 – 2549 พบว่าความพยายามของรัฐบาลทักษิณ ชินวัตรในการครองอำนาจนำ (hegemony) เกิดขึ้นเหนือพื้นที่โครงสร้างส่วนบน (super-structure) และโครงสร้างส่วนล่าง (base/sub-structure) โดยได้ใช้กลไกด้านนโยบายและกลไกการจัดการภาพลักษณ์ของผู้นำกล่าวคือ *ด้านแรกนโยบายด้านเศรษฐกิจ* เช่น โครงการพักชำระหนี้เกษตรกร 3 ปี โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ การจัดตั้งกองทุนหมู่บ้าน 1 ล้านบาท โครงการธนาคารคนจน ธนาคารประชาชน และธนาคาร SME *ด้านที่สองนโยบายด้านสังคม* เช่น โครงการบ้าน คอมพิวเตอร์ และแท็กซี่เอื้ออาทร โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค การเข้มงวดกับปัญหาเรื่องความยากจน การทุจริต ยาเสพติด การกำจัดผู้มีอิทธิพล นโยบายแก้ไขปัญหาสังคมและความยากจนเชิงบูรณาการรวมไปถึงนโยบายเหนือเมฆ SML และ *ด้านสุดท้ายกลไกการจัดการภาพลักษณ์ของผู้นำ* เช่น การส่งเสริมภาพลักษณ์เป็นผู้นำที่เข้าถึงง่าย ความเป็นผู้นำ และเป็นนักบริหารมีวิสัยทัศน์กว้างไกลซึ่งถูกใช้เพื่อยึดครองพื้นที่ทางความคิดของผู้คนในช่วงเวลานั้น ขณะเดียวกันกลไกของรัฐมีความพยายามเพิ่มที่นั่งในสภาผู้แทนราษฎรและการแทรกแซงบทบาทองค์กรอิสระ (สื่อสารมวลชน กองทัพ ระบบราชการ) แม้จะมีความพยายามสร้างการครองอำนาจนำมากเพียงใดแต่หากมอง โดยภาพรวมแล้วยังถือว่าไม่สามารถสร้างการนำได้อย่างสมบูรณ์เพราะไม่ก่อให้เกิดกลุ่มประวัติศาสตร์ขึ้นได้ (historical bloc) ในช่วงรัฐบาลนายกรัฐมนตริตักษิณ ชินวัตร กำลังเรื่องอำนาจอยู่นั้น

นอกจากประเด็นเรื่องการเมืองภายในประเทศได้มีการนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับบริบทของแรงงานข้ามชาติซึ่งเข้ามาทำงานภายในประเทศไทยงานของกมลเลิศ โพธิ์นิษฐ (2561) ให้ความสำคัญกับว่าทกรรมสุขภาพและสถานะการถูกกีดกันในแรงงานข้ามชาติซึ่งได้ประยุกต์

ใช้กระบวนการทัศน์นโยบายเชิงวิพากษ์และแนวคิดการครองอำนาจเป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์เพื่อใช้ทำความเข้าใจ “รัฐไทย” กับมุมมองที่มีต่อแรงงานข้ามชาติพบว่ารูปแบบการใช้อำนาจของรัฐถูกใช้จาก 2 ส่วน คือ *ด้านแรกกลไกของกฎหมาย* เช่น พระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ. 2546 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2470 พระราชบัญญัติช่วยอาชีพและวิชาชีพ พ.ศ. 2484 พระราชบัญญัติสงเคราะห์อาชีพแก่คนไทย พ.ศ. 2499 พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2521 นโยบายสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ และนโยบายการจัดระบบ *ด้านที่สองอุดมการณ์ของรัฐ* คือความพยายามสร้างคำแถลงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติในรูปแบบของการกดทับด้วยวาทกรรม (วาทกรรมโรครระบาด-วาทกรรมคอมมิวนิสต์-วาทกรรมปัญหาสังคม) เพื่อชักจูงให้ประชาชนในสังคมมีความคิดและความเชื่อไปในทิศทางเดียวกับรัฐซึ่งถือได้ว่าเป็นการสร้างสงครามยึดพื้นที่ทางความคิดอีกรูปแบบหนึ่ง (war of position) แต่แรงงานข้ามชาติก็ไม่ได้นิ่งเฉยกับสภาวะดังกล่าว โดยพยายามโต้กลับอำนาจของรัฐไทยด้วยเช่นกัน ผ่านกลไกการต่อรองจากกลุ่มปัญญาชนหรือผู้นำการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติเดิมที่อยู่อาศัยมาก่อน สร้างการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและถ่ายทอดให้กับแรงงานข้ามชาติรุ่นใหม่ ความพันธ์ที่เกิดขึ้นจึงมีทั้งส่วนที่เป็นกลุ่มเพื่อน เครือญาติ ชชาติพันธ์ และศาสนาล้วนเกี่ยวข้องกับอำนาจและผลประโยชน์ในกลุ่มของแรงงานข้ามชาติด้วยกันเองที่สามารถปรับตัวอยู่ภายในโครงสร้างสังคมของรัฐได้ในปัจจุบัน

หากมองในมิติของการวิเคราะห์เรื่องของทรัพยากรป่าไม้และความมั่นคงทางอาหารงานของโอฬาร อ่องพะ (2562) ถือได้ว่าเป็นงานชิ้นสำคัญที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาทรัพยากรป่าไม้และที่ดินในโครงการแม่แจ่มโมเดลซึ่งพบปัญหาเกี่ยวข้องกับทรัพยากรป่าไม้ที่รัฐเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการสนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในพื้นที่ผ่านนโยบายและกฎระเบียบต่าง ๆ อันส่งผลกระทบต่อภาคประชาชนและภาคประชาสังคมหากวิเคราะห์ผ่านแนวคิดรัฐองค์รวม (Integral State) ปัญญาชน (Intellectuals) รวมไปถึงสงครามยึดพื้นที่ทางความคิด (War of Position) ประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ *ส่วนแรกนโยบายและความคิดของรัฐกับการจัดการทรัพยากรป่าไม้* พบว่ารัฐได้ใช้กำลังบีบบังคับ (Coercion) จากเจ้าหน้าที่ป่าไม้และกองกำลังทหารเพื่อเข้ามาควบคุมดูแลปัญหาเรื่องที่ดินของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ซึ่งถูกใช้ควบคุมกับกลไกทางสังคมผ่านการโฆษณาและสร้างวาทกรรมให้รัฐเป็นผู้ปกป้องทรัพยากรป่าไม้เพื่อสร้างความยินยอมพร้อมใจ (Consent) ในสังคมส่วนร่วม *ส่วนที่สองการปฏิบัติการ* พบว่ามีการเกิดขึ้นของกลุ่มพลังทางสังคมเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรชุมชนของตนเอง เช่น กองเลขาแม่แจ่มโมเดล คณะกรรมการป่าชุมชนและคณะกรรมการทรัพยากรระดับชุมชน ที่ทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่นและภาคเอกชนทั้งในมิติของการบริหารจัดการ งบประมาณ และแนวทางการปฏิบัติในชุมชน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวขยายไปสู่การต่อสู้เรื่องสิทธิของชาวบ้านและระบบเศรษฐกิจในพื้นที่ทำให้ รูปแบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจแบบเดิมเปลี่ยนไปกลายเป็นการช่วงชิงพื้นที่ทางความคิดของชุมชน จนนำไปสู่การต่อรองหรือเจรจาระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐ ภาคประชาชน และภาคประชาสังคมสำหรับการจัดการทรัพยากรป่าไม้และที่ดิน

หากกล่าวถึงมิติด้านความมั่นคงทางอาหารงานของสันทราย วงษ์สุวรรณ (2562) ได้ศึกษา ประเด็นการฟื้นฟูอาชีพโดยทางอาหารเพราะอาหารที่เรากำลังบริโภคในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากกว่า ที่คิด เช่น วิธีการผลิต การคัดเลือกผลผลิต พื้นที่ของการผลิต และการขนส่ง ดังนั้นอาหาร จึงกลายเป็นเรื่องสำคัญโดยเฉพาะในชุมชนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรหากมองผ่านกรอบแนวคิดรัฐ แบบองค์รวมและกลุ่มพลังทางสังคม (Integral State and Social Force) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ แบบองค์รวมของรัฐที่เกิดขึ้นระหว่างภาครัฐด้วยตัวเอง ในด้านภาคเอกชนและภาคประชาชน พบว่าสภาพปัญหาในปัจจุบันอาหารมักจะถูกอิทธิพลของกลุ่มบริษัทเอกชนขนาดใหญ่เข้ามาแสวงหา ผลประโยชน์ทั้งในระดับของรัฐและภาพรวมของต่างประเทศ สภาพสังคมจึงมีทั้งกลุ่มที่เป็น ผู้กุมอำนาจการผลิต (ภาคเอกชน) และกลุ่มผู้ถูกกดขี่ (ภาคประชาชน) การฟื้นฟูอาชีพโดยทางอาหาร ให้กลับมาอีกครั้งหนึ่งจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับบทบาทของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกรเพื่อเข้าไปมีส่วนร่วมในกลไกของการกำหนดนโยบาย เพราะหากชุมชนมีศักยภาพในการจัดการด้วยตนเองแล้วก็จะสามารถลดการพึ่งพิงความช่วยเหลือ จากภายนอกได้ ซึ่งจะทำให้ปัจจัยด้านอาหารกลายเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่ต้องกังวลกับความสัมพันธ์เรื่อง ค่าแรงที่ได้รับในปัจจุบัน

จากกลุ่มงานดังกล่าวที่ผู้เขียนได้นำเสนอข้างต้นจะเห็นได้ว่าแนวคิดทางการเมืองของ อันโตนิโอ กรัมสกีถูกนำไปประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางเช่นเดียวกับกลุ่มงานกระบวนการสื่อสาร งานของเอกชัย แสงโสภา (2563) วัชรวิทย์ ชื่อสัตย์ และวัชรพล พุทธิรักษา (2558) มีลักษณะเด่นทาง การศึกษาที่คล้ายกันคือวาทกรรมของกะเทยกับการครองอำนาจบนพื้นที่ของสื่อโทรทัศน์ สังคมออนไลน์ (YouTube) และการยอมรับทางสังคมซึ่งพื้นที่ส่วนแรกเป็นโครงสร้างทางสังคม (Social Structure) คือการใช้เครือข่ายความสัมพันธ์เชิงอำนาจผ่าน “ระบบแม่” กลุ่มผู้มีอำนาจ สูงสุดมักจะเป็นกะเทยอาวุโสที่คอยอบรมสั่งสอนรุ่นน้องให้อยู่ในแนวทางทัศนคติของสังคมกะเทยที่ สัมพันธ์กับผลประโยชน์ บุญคุณ และการจัดการปัญหาต่าง ๆ มีส่วนคล้ายกับ “ระบบอุปถัมภ์”

แตกต่างกันเพียงบริบทของการให้ความหมายระบบดังกล่าวจะสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในกลุ่มพื้นที่ทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจการค้าประเพณีและหน่วยงานของรัฐ

ขณะเดียวกันพื้นที่การสื่อสาร (Communication) กะเทยมีอิทธิพลอย่างมากบนพื้นที่ของสื่อ โดยสามารถแบ่งกลไกความสำเร็จได้เป็น 4 ด้าน คือ 1. ความหมายที่ซ่อนอยู่ในพื้นที่การแสดงของกะเทยบนสื่อโทรทัศน์หรือสังคมออนไลน์พบได้หลากหลาย เช่น ผู้ผลิตสื่อ พิธีกร นักแสดง กรรมการผู้ตัดสิน พิธีกร และแขกรับเชิญซึ่งมีอัตลักษณ์ที่เป็นของตัวเองในเพศทางเลือกอันนำไปสู่การขยายพื้นที่ให้การสื่อสารตัวตนที่สามารถต่อยอดให้กับอาชีพของแต่ละบุคคลได้จนกลายเป็นที่ยอมรับในสังคม 2. สู้ด้วยกลยุทธ์ที่ซับซ้อนเพราะกะเทยมีกลยุทธ์ในการปรับตัวอย่างรวดเร็วเพื่อให้สังคมยอมรับโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหลังปี พ.ศ. 2556 ซึ่งเข้าสู่โลกดิจิทัลของวงการสื่อโทรทัศน์ ทำให้มีเป้าหมายในความพยายามสร้างการสื่อสารกับสังคมที่มากขึ้น 3. บนพื้นที่สื่อโทรทัศน์ไม่ใช่พื้นที่ของกะเทยทุกคน กะเทยที่เข้ามามีบทบาทในสื่อโทรทัศน์ได้จำเป็นที่จะต้องมีการสะสมทุนมาก่อน เช่น ทุนวัฒนธรรม (การสะสมประสบการณ์เพื่อสร้างลักษณะเฉพาะตัว) ทุนทางสังคม (การเกื้อกูลผลประโยชน์) และทุนสัญลักษณ์ (ความโดดเด่นแตกต่างจากบุคคลอื่น) ดังนั้นลักษณะทุนเหล่านี้จะถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือการย่อยความความสำเร็จในอนาคต 4. กะเทยไม่เคยถูกทิ้งเพียงลำพัง เพราะเครือข่ายสมาชิกของกะเทยไม่ได้สยบยอมต่ออำนาจทางสังคมเหมือนในอดีตแต่ได้ลุกขึ้นสู้เพื่อทางคืนพื้นที่การมีอยู่ของกะเทย โดยเฉพาะจากผู้ที่ถูกกดขี่มาก่อนได้พยายามต่อสู้กับระบบโครงสร้างทางสังคม สถาบัน และรัฐจึงถูกพัฒนากลายเป็น “ปัญญาชน” ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับใบปริญญาแต่เป็นผู้ถูกกดขี่ด้วยอุดมการณ์หลักทางเพศและลุกขึ้นสู้เพื่อเรียกร้องความเท่าเทียมให้กับเพศของตน แต่การศึกษาทั้งหมดที่ใช้แนวคิดทางการเมืองของ อันโตนิโอ กรัมสกี ในบริบทของประเทศไทยที่ผู้เขียนได้นำเสนอดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่ายังไม่พบหน่วยวิเคราะห์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางด้านนโยบายสาธารณะในมุมมองด้านสุขภาพ

มุมมองด้านสุขภาพและการเมืองอาจดูเป็นเรื่องที่มีความแตกต่างกันทั้งในมิติของการศึกษารวมไปถึงการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น แต่กลุ่มงานที่ผู้เขียนนำเสนอดังกล่าวได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทางการเมืองของอันโตนิโอ กรัมสกี (Antonio Gramsci) กับการศึกษาหัวข้อด้านสุขภาพได้อย่างน่าสนใจแต่ยังคงมีการศึกษาอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะการศึกษานโยบายสาธารณะหรือโครงการต่าง ๆ ภายใต้การดำเนินงานของรัฐ ดังนั้นงานวิจัยชิ้นนี้จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยเติมเต็มมุมมองการศึกษาด้านระบบสุขภาพกับการวิเคราะห์การเมืองของระบอบสุขภาพเขตเมืองผ่านการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

โดยกลุ่มงานดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความพยายามครองอำนาจนำในโครงสร้างทางเศรษฐกิจของกลุ่มบริษัทเอกชนจากเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ วารสารบทความวิชาการ การให้ทุนนักศึกษาแพทย์ และเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการซึ่งเป็นการเผยแพร่ความรู้จากกลุ่มปัญญาชน (Intellectuals) ที่ส่งผลกระทบต่อวิธีการรักษาผู้ป่วยทั้งในปัจจุบันและอนาคต จนประชาชนทั่วไปไม่ได้ตั้งคำถามถึงความพยายามในการครองอำนาจนำบนความรู้จากภาคอุตสาหกรรมการผลิตยาเวชภัณฑ์ที่มีต่อระบบการรักษาสุขภาพขณะเดียวกันในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาได้มีการวิเคราะห์บทบาทของของประเทศไทยและประเทศสหรัฐอเมริกาท่ามกลางปัญหาที่เกิดขึ้นถึงแม้จะมีการกล่าวโทษว่าจีนเป็นจุดเริ่มต้นของการแพร่ระบาด (War of Words) แต่ในทางกลับกันบทบาทของประเทศไทยเริ่มเด่นชัดมากยิ่งขึ้นทั้งในด้านของความช่วยเหลือทางการแพทย์และความร่วมมือด้านเศรษฐกิจซึ่งอาจนำไปสู่การครองอำนาจเหนือสหรัฐอเมริกาได้ในอนาคต

งานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเมืองนคร

การศึกษาเกี่ยวกับเมืองถือได้ว่าเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญในการศึกษาทางรัฐศาสตร์ เพราะเมืองมีความสัมพันธ์กับการใช้ชีวิตส่วนใหญ่ของประชาชน ซึ่งผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ของตนเองย่อมรู้ดีที่สุดเกี่ยวกับปัญหาหรือข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุง ดังนั้นวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จึงให้ความสำคัญกับพื้นที่เทศบาลนครภายใต้คำจำกัดความเป็น “เมือง” และเทศบาลตำบล “ชุมชนท้องถิ่น” หรือในบริบทของประเทศไทยเรียกว่าการปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Government) การศึกษาเกี่ยวกับเมือง (Urban Studies) ในต่างประเทศ จากการใช้แนวคิดการเมืองนคร (Urban Politics) ได้ให้ความสำคัญกับความหลากหลายของผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินนโยบายสาธารณะและโครงการ จากตัวแสดงภาครัฐ องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ของเมือง จึงเป็นสิ่งที่ถูกแยกออกเพื่อทำให้มองเห็นโครงสร้างทางการเมืองได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นทั้งในมิติของนโยบาย ประวัติศาสตร์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นภายในพื้นที่ของเมือง

เมืองในปัจจุบันกำลังประสบกับปัญหาการดำเนินนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อสภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนงานของ Jonathan Davies (2021) Ismael Blanco, Yunailis Salazara และ Iolanda Bianchi (2020) Adrian Bua, Jonathan Davies, Merce Cortina Oriol, และ Ed Thompson (2020) ได้อธิบายถึงการดำเนินนโยบายในรูปแบบมาตรการรัดเข็มขัด (Austerity) พื้นฐานสำคัญหากมองในระดับของรัฐเป็นการลดรายจ่ายของรัฐบาล โดยการออกมาตรการจำกัดเก็บ

รายได้เพิ่มมากขึ้น เช่น การเพิ่มอัตราภาษี การขึ้นดอกเบี้ย และการลดงบประมาณของหน่วยงานทุกระดับซึ่งเป็นลักษณะของรัฐที่มีรายจ่ายมากกว่ารายได้ผู้ที่ทำหน้าที่ปล่อยกู้ให้กับรัฐบาล แต่แต่ละประเทศจึงมีมาตรการพื้นฐานแนะนำให้รัฐบาลที่กู้ยืมต้องดำเนินมาตรการรัดเข็มขัดเพื่อให้สามารถจัดเก็บรายได้เพิ่มขึ้นและใช้หนี้กับทางสถาบันการเงินส่งผลทำให้มีความต้องการปรับบทบาทรัฐบาลส่วนกลางให้มีขนาดเล็กลง สอดคล้องกับการส่งเสริมให้ท้องถิ่นสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเองมากขึ้นและลดการสนับสนุนจากส่วนกลางให้น้อยที่สุดจากข้อมูลการใช้จ่ายภาครัฐแต่ละประเทศในปี พ.ศ. 2559 (National Local Government Spending as a Percentage of General Government Spending 2016) พบว่าในบางประเทศ เช่น ออสเตรเลีย แคนาดา ฝรั่งเศส กรีซ ไอร์แลนด์ สเปน และสหราชอาณาจักรมีอัตราการแบ่งปันเงินสนับสนุนที่แตกต่างกันซึ่งอยู่ระหว่างไม่ต่ำกว่า 6.5 เปอร์เซ็นต์ และไม่มากกว่า 24.2 เปอร์เซ็นต์บทบาทของรัฐบาลส่วนกลางจึงให้ความสำคัญกับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างประเทศเป็นหลัก (เศรษฐกิจ-การเมือง-การทหาร)

เมืองหรือท้องถิ่นเองนั้น (Local Government) จึงจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อผลประโยชน์ของประชาชนในเมืองและผลประโยชน์ของรัฐได้ในเวลาเดียวกัน จากการศึกษาเมืองในต่างประเทศ เช่น Athens, Baltimore, Dublin และ Leicester มีลักษณะร่วมที่เหมือนกันเพราะเมืองมีการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ชัดเจนทั้งในด้านการท่องเที่ยว การกีฬา และเป็นแหล่งเป้าหมายของนักลงทุนเพื่อแสวงหาผลประโยชน์จากความเจริญเติบโตของเมืองส่งผลทำให้การดำเนินนโยบายถูกควบคุมด้วยมาตรการรัดเข็มขัด โดยที่ประชาชนนั้นไม่ได้ตั้งคำถามกับสิ่งที่เกิดขึ้นหรือคุ้นชินกับเหตุการณ์บางอย่าง เช่น การปรับตัวเพิ่มขึ้นค่าโดยสารรถไฟฟ้า ค่าทางด่วน และโครงการพัฒนาสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานขนาดใหญ่ (Megaproject) ที่มักจะถูกพัฒนาในบริเวณศูนย์กลางทางเศรษฐกิจของเมืองก่อนเป็นพื้นที่แรกทำให้ประชาชนต้องจ่ายเงินเพิ่มมากขึ้นกับการดำรงชีวิตอยู่ภายในเมือง ด้านระบบการเมืองถึงแม้ว่าการบริหารจัดการจะถูกแยกออกจากรัฐบาลส่วนกลางเพื่อให้มีอิสระในการจัดการตนเองแต่กลุ่มนักการเมืองท้องถิ่นส่วนใหญ่ก็ยังคงยึดโยงกับสังคมนการเมืองในระดับประเทศ ดังนั้นการดำเนินนโยบายที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนจึงถูกทำให้กลายเป็นเรื่องรองลงมาซึ่งถูกแทนที่ด้วยความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจในรูปแบบของเงินรายได้ที่เพิ่มมากขึ้นทุกปีจากการจัดเก็บของหน่วยงานภาครัฐ

ขณะเดียวกันในอีก 4 เมือง เช่น Barcelona, Greater Dandenong, Montreal และ Nantes มีลักษณะโครงสร้างทางสังคมที่แตกต่างจากเมืองก่อนหน้านี้เพราะได้เกิดการรวมตัวขององค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร ภาคประชาชน และกลุ่มผู้ที่มีความคิดทางการเมือง ซึ่งตรงกันข้ามกับฝั่งผู้

มีอำนาจอยู่ในปัจจุบันได้เริ่มรวมกลุ่มต่อต้านมาตรการรัดเข็มขัดของภาครัฐหรืออีกมุมหนึ่งเป็นการต่อต้าน โดยไม่ได้มาจากการชุมนุมประท้วงแต่เป็นการรวมตัวกันของภาคประชาชน ซึ่งพยายามหาทางออกร่วมกันภายใต้วิกฤตทางเศรษฐกิจของเมือง ตัวอย่างเช่น ชัยชนะของเอดาโค เลาบัลลาโน (Ada Colau) นายกเทศมนตรีเมืองบาร์เซโลนาช่วงปี พ.ศ. 2559 เริ่มต้นจากการเป็นนักเคลื่อนไหวทางการเมืองเพื่อต่อต้านความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของเมืองจนนำไปสู่การสร้างบาร์เซโลนาเอนโกมุ (Barcelona en Comú) ซึ่งเป็นพื้นที่ของการถกเถียงปัญหาต่าง ๆ ในเมือง (การศึกษา-การทุจริต-ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ) ต่อมาจึงพัฒนากลายเป็นแพลตฟอร์มสำหรับประชาชนในเมืองที่ต้องการเรียกร้องและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเมืองของตนเอง จากจุดเริ่มต้นดังกล่าวได้กลายเป็นการขับเคลื่อนด้วยขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social Movement) จนนำไปสู่การออกนโยบายสาธารณะที่มุ่งเน้นการส่งเสริมเศรษฐกิจในชุมชนจากผลิตภัณฑ์ในท้องถิ่นที่มีคุณภาพ โดยภาครัฐเป็นผู้ผลักดันร่วมกับชุมชนเพื่อนำไปสู่การสร้างสังคมที่เข้มแข็งซึ่งเป็นลักษณะการดำเนินนโยบายที่ตรงกันข้ามกับมาตรการรัดเข็มขัดของนายกเทศมนตรีก่อนหน้านี้หรือกรณีของเมืองมอนทรีออลเป็นการต่อสู้ด้วยการปฏิวัติเงียบ (Quiet Revolution) กล่าวคือเป็นรูปแบบความร่วมมือที่เกิดขึ้นระหว่างภาคประชาชน องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร และภาคเอกชนเพื่อต่อสู้กับภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำอยู่ในช่วงเวลานั้น ซึ่งมีพื้นฐานสำคัญคือการสร้างความเท่าเทียม ความสามัคคี และการจัดระเบียบชุมชนใหม่เริ่มแรกดำเนินการในชุมชน Quebec, Bua และ Buss ต่อมาจึงขยายครอบคลุมมากกว่า 30 ชุมชน โดยเรียกว่ากลุ่มพันธมิตรแนวร่วมเมืองมอนทรีออล (la coalition montrealaise des tables de quartier) เป้าหมายของการรวมตัวไม่ได้เป็นการชุมนุมประท้วงแต่เป็นการเปิดพื้นที่การสื่อสารขึ้นระหว่างประชาชนในชุมชนต่าง ๆ เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันในประเด็นของการเสวนาจนพัฒนาไปสู่การแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านเศรษฐกิจของกลุ่มภาคเอกชนเมื่อเศรษฐกิจถูกฟื้นฟูจึงเกิดโครงการบ้านพักอาศัยในเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น ตรงกันข้ามกับมาตรการรัดเข็มขัดของสภาเมืองซึ่งคาดหวังว่าจะช่วยกอบกู้เศรษฐกิจให้ดีขึ้นทำให้ประชาชนต้องหันกลับมาพึ่งตนเองภายในชุมชนก่อนเป็นอันดับแรก

นอกจากนี้งานของ Jonathan Davies (2014), Ismael Blanco และ Jonathan Davies (2017) ได้สร้างการเปรียบเทียบเมืองระหว่างประเทศสเปน (Spain) และสหราชอาณาจักร (United Kingdom) ประกอบไปด้วยเมือง Barcelona, Lleida, Madrid, San Sebastian, Cardiff และ Leicester พบว่าเมืองที่ถูกเลือกมานั้นมีพื้นฐานความหลากหลายทางด้านเศรษฐกิจที่เหมือนกันแต่มีความแตกต่างในมิติของการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น เพราะประเทศสเปน

มีแนวโน้มที่เป็นอิสระมากกว่าในด้านการบริหารจัดการซึ่งให้อำนาจในแต่ละเมืองมีจุดเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจผ่านเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ของเมือง ที่สามารถดึงดูดนักลงทุนต่างชาติให้เข้ามาร่วมลงทุนในเมืองของตนเองได้ (แต่โจทย์การพัฒนาฐานเศรษฐกิจของประเทศยังคงเชื่อมโยงกัน) ตรงกันข้ามกับสหราชอาณาจักรเมืองส่วนใหญ่ยังคงพึ่งพาการพัฒนา จากส่วนกลางทั้งในด้านของนโยบายสาธารณะและการพัฒนาระบบเศรษฐกิจระดับมหภาค (Macroeconomics) หากมองอีกมุมหนึ่งเมืองเป็นพื้นที่ของการใช้อำนาจด้วยการบีบบังคับ (Coercion) จากการออกกฎหมายหรือพระราชบัญญัติต่าง ๆ ซึ่งเป็นอำนาจแนวตั้ง (Vertical) ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ชีวิตของประชาชน จากเดิมที่การศึกษาส่วนใหญ่มักจะมองว่าเมืองเป็นพื้นที่ของความสัมพันธ์แนวระนาบ (Horizontal) มีความเท่าเทียมและมีเสรีภาพปัจจัยสำคัญต่อความเจริญเติบโตของเมืองจึงประกอบไปด้วยแนวโน้มการดำเนินนโยบายของเมือง กลยุทธ์ทางด้านเศรษฐกิจ การบริหารจัดการภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชน ปัญหาความขัดแย้งทางการเมืองในรัฐ และวิธีการรักษาระบบหรือความมั่นคงทางการเมืองที่เชื่อมโยงกับความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมภายในเมืองด้วยเช่นกัน ในกรณีของประเทศสเปนเกิดการรวมตัวของกลุ่มคนที่ไม่เห็นด้วยต่อมาตรการรัดเข็มขัดและปัญหาการทุจริตของภาครัฐในเมืองต่าง ๆ ซึ่งเรียกว่ากลุ่มโพเดมอส (Podemos) ต่อมาจึงพัฒนากลายเป็นพรรคการเมืองซึ่งได้รับความสนใจจากสื่อสาธารณะและได้รับคะแนนเสียงมากกว่า 8 เปอร์เซ็นต์จากการเลือกตั้งทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2559 ทำให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของพรรคร่วมรัฐบาลภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรีเปโดร ซานเช (Pedro Sanchez) ขณะที่ทางฝั่งสหราชอาณาจักรแม้จะมีประเด็นการเรียกร้องจากภาคประชาสังคม แต่การประท้วงไม่มีความต่อเนื่องอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางการเมืองของรัฐหรือระบอบของเมืองการประท้วงส่วนใหญ่เป็นเพียงช่วงระยะสั้นของปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น

การศึกษาในรูปแบบของโครงการงานของ Larry Bennett และ Costas Spirou (2006) ได้ศึกษาการดำเนินโครงการก่อสร้างสนามกีฬา Comiskey Park, United Center และ Wrigley Field ในเมืองชิคาโก รัฐอิลลินอย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการสื่อสารด้านนโยบายพัฒนาเมืองที่มีต่อการรับรู้ของภาคประชาชนเพื่อทำให้วาระการดำเนินนโยบายกลายเป็นบรรทัดฐานใหม่ที่ประชาชนส่วนใหญ่ต้องให้ความสนใจเพราะงานศึกษาที่มีอยู่เดิม มักจะให้ความสำคัญกับความสำเร็จเชิงประจักษ์ ซึ่งมีลักษณะเป็นการก่อสร้างอาคารหรือสถานที่จุดสำคัญ พบว่าการเจริญเติบโตของเมืองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 ถูกปลุกคั่นด้วยอุตสาหกรรมกีฬาเป็นหลัก โดยเฉพาะลีกบาสเกตบอลของเมืองชิคาโกส่งผลต่อการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจเป็นอย่างมากจนถูก

ผลักดันให้กลายเป็นยุทธศาสตร์หลักที่จำเป็นต่อการพัฒนาเมืองในอนาคต นำไปสู่โครงการก่อสร้างสนามกีฬาทั้ง 3 แห่ง ในเขตชุมชนทางตอนใต้ของอาร์เมอร์ สแควร์ เลควิว และทางฝั่งตะวันตกของเมือง จากชุมชนทั้งหมดมากกว่า 77 ชุมชน บทบาทของภาครัฐต่อประชาชนจึงเป็นทั้งผู้ประสานงาน ผู้ควบคุม และผู้บังคับใช้กฎหมาย ซึ่งยึดโยงกับการตอบสนองของภาคประชาชนในพื้นที่ของการก่อสร้างสนามกีฬาที่มีความสัมพันธ์กับผลประโยชน์ของทีมกีฬา ชี้นำ โดยเฉพาะทีมกีฬา Chicago Bulls และ Chicago Blackhawks ซึ่งเป็นผู้ประกอบการธุรกิจด้านการกีฬาในเมือง การสร้างบรรทัดฐานใหม่ที่มีต้นนโยบายการพัฒนาเมืองจึงกลายเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายภาคประชาชน ภาคเอกชน นักการเมืองและภาครัฐซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงเมืองในอนาคต

มุมมองของการศึกษาบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคมโดยรัฐเป็นผู้จัดลำดับความสำคัญทางการเมืองงานของ Ioannis Chorianopoulos และ Naya Tselepi (2018) ได้ศึกษาเมืองเอเธน (Athens) ภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจในช่วงปี พ.ศ. 2551 เป็นจุดเริ่มต้นการดำเนินนโยบายของรัฐในรูปแบบมาตรการรัดเข็มขัดจนหยุดยั้งการช่วยเหลือ จากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) เมื่อปี พ.ศ. 2561 นำไปสู่คำถามเกี่ยวกับความเสมอภาคในขั้นตอนของการกำหนดนโยบายที่มักจะมีการกล่าวอ้างถึงประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับทางเลือกของรัฐเพื่อแก้ไขปัญหาทางเศรษฐกิจในการดำเนินโครงการต่าง ๆ จากการศึกษาพบว่าโครงสร้างทางสังคมของเมืองที่ประกอบไปด้วยภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน นักการเมือง และกลุ่มองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร ขยายไปสู่การเกิดขึ้นของภาคประชาสังคมมีทั้งกลุ่มที่สนับสนุนและไม่สนับสนุนการดำเนินงานของสภาเมือง ขณะเดียวกันปัจจัยภายนอกที่ต้องให้ความสำคัญคือกองทุนความช่วยเหลือทางการเงินจากต่างชาติและเครือข่ายประชาคมเศรษฐกิจยุโรป มีส่วนอย่างมากในการจัดลำดับความน่าเชื่อถือทางการเงินระหว่างประเทศทำให้การออกแบบนโยบายสาธารณะจำเป็นต้องมีความรัดกุมมากยิ่งขึ้น การดำเนินงานของสภาเมือง ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2553 – 2560 ได้เกิดโครงการที่มีความสำคัญ เช่น โครงการบ้านพักเอื้ออาทร (สวัสดิการอาหารและเสื้อผ้าระยะเวลา 6 เดือน) โครงการส่งเสริมการท่องเที่ยวภายใต้ความร่วมมือกับชุมชนและโครงการสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมทางเทคโนโลยี ซึ่งมีข้อสังเกตที่น่าสนใจคือภาครัฐได้กลายเป็นผู้มีบทบาทหลักในโครงสร้างทางสังคมผ่านการจัดลำดับความสำคัญทางการเมืองเพราะบ่อยครั้งที่กลุ่มไม่เห็นด้วยกับโครงการของรัฐถูกทำให้หายไปจากพื้นที่ของการสื่อสาร ตรงกันข้ามกับกลุ่มที่สนับสนุนภาครัฐมักจะถูกสื่อให้ความสำคัญมากกว่าทั้งจากผู้กำหนดนโยบาย (Policy Maker) รวมไปถึงการเสนอแนะทางเลือกในการดำเนินโครงการให้กับภาครัฐ (Policy Choice) ความน่าเชื่อถือของการดำเนินนโยบายจึงถูกสร้างด้วยการจัดลำดับความสำคัญ

ทางการเมือง โดยรัฐเป็นผู้กำหนดว่าภาคประชาสังคมกลุ่มใดจะสามารถมีจุดยืนในพื้นที่ของสื่อสาธารณะเพื่อช่วยกันฟื้นฟูสภาพแวดล้อมของเมืองจากความล้มเหลวทางระบบเศรษฐกิจที่จำเป็นต้องใช้มาตรการรัดเข็มขัด

การศึกษาเกี่ยวกับเมืองภายในบริบทของประเทศไทยมีความแตกต่างกันตรงที่รูปแบบการวิเคราะห์ส่วนหนึ่งไม่ได้กล่าวถึงปัจจัยทางด้านการเมืองซึ่งเข้ามามีส่วนสำคัญภายใต้ประเด็นหัวข้อของการศึกษารวมไปถึงการประยุกต์ใช้แนวคิดการเมืองนคร (Urban Politics) ที่ยังไม่พบกลุ่มงานวิชาการที่ใช้แนวคิดดังกล่าวโดยงานศึกษาเกี่ยวกับเมืองด้านเศรษฐกิจ เช่น งานของสราวุธวรรณทวี (2562) และบุลวัชร ฤกษ์พานูปาล (2550) ได้ศึกษาการรับรู้ของประชาชนในพื้นที่เทศบาลเมืองหัวหินต่อการโปรโมท “Hua Hin: Thai Authentic Beach” ช่วงปี พ.ศ. 2562 เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ให้เป็นที่จดจำแก่นักท่องเที่ยวคล้ายกับตัวการ์ตูนคุมะมง (หมีสีน้ำตาลแก้มแดงใบหน้าสดใส) ซึ่งประสบความสำเร็จอย่างมากต่อการดึงดูดนักท่องเที่ยวต่างชาติในจังหวัดคุมะมงประเทศญี่ปุ่น แต่จากผลการศึกษาพบว่าประชาชน นักท่องเที่ยว และบุคลากรของรัฐ (เทศบาลหัวหิน) ยังคงไม่รับรู้ถึงการโปรโมทจากเทศบาลเมืองหัวหิน โดยมีอัตราการรับรู้ต่ำสุดอยู่ที่ร้อยละ 6.3 และสูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 32 ในกลุ่มประชากรเป้าหมายของการศึกษาส่วนหนึ่งมาจากการออกแบบตราสัญลักษณ์ยังไม่มีโดดเด่นมากเพียงพอต่อการจดจำ ขณะทำงานอีกชิ้นหนึ่งศึกษาการขยายตัวของร้านขายของชำจังหวัดปทุมธานีในกลุ่มพื้นที่ชุมชนเมือง (เทศบาลรังสิต) ชุมชนชนบท (อบต.พีชอุดม) และชุมชนกึ่งเมือง (อบต.เชียงรากใหญ่) โดยดูจากความเชื่อมโยงระหว่างร้านค้าชนบทกับชุมชนเมืองผ่านประเภทของสินค้า รูปแบบ การดำเนินงาน และแหล่งที่มาของสินค้าพบว่าประเภทสินค้าของร้านค้าในชนบทมีความหลากหลายมากกว่าร้านค้าชุมชนเมืองแต่แหล่งที่มาของสินค้ามีความเชื่อมโยงกันโดยร้านค้าสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 แบบ ได้แก่ ร้านค้าที่มีสถานที่ตั้งชัดเจน (แบบมีศูนย์กลาง) และร้านค้าเกาะตัวตามถนนซึ่งล้วนต้องแข่งขันกับการขยายตัวของร้านขายปลีกสมัยใหม่กลยุทธ์สำคัญของร้านขายของชำคือความสนิทสนมของผู้ซื้อและผู้ขายหรือการแบ่งขายสินค้าบางชนิดแต่อย่างไรก็ตามการซื้อสินค้าเพื่อกักตุนสำหรับการขายให้ผู้บริโภคยังคงต้องพึ่งพิงกลุ่มห้างสรรพสินค้าและร้านค้าชั้นนำเป็นส่วนมาก

การศึกษาเกี่ยวกับเมืองอีกประเภทหนึ่งได้วิเคราะห์การปรับเปลี่ยนชุมชนให้สอดคล้องกับความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของเมือง เช่น งานของบุญศิริสุข พร้อมสรรพ และศรีสุดา วงษ์ชุ่ม (2561) ไพโรจน์ คงทวีศักดิ์ (2550ก) วิทยา ดวงธิดา และปรานอม ต้นสุขานันท์ (2561) มีลักษณะร่วมที่เหมือนกันเป็นการศึกษารูปแบบทางสังคมเพื่อพัฒนาชุมชนให้ดียิ่งขึ้นทั้งในส่วนของ

การอนุรักษ์ชุมชนเมืองเก่าพะเยา การจัดเขตพื้นที่ของการพัฒนาเมืองในจังหวัดเชียงใหม่ให้เหมาะสมกับลักษณะของชุมชน และการปรับตัวของชาวอำเภอที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมทางชาติพันธุ์ หลักการสำคัญของการพัฒนาเมืองให้อยู่ร่วมกับการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจได้นั้น จำเป็นต้องดึงความโดดเด่นทางด้านประวัติศาสตร์ของเมืองในอดีตควบคู่กับการฟื้นฟูแหล่งโบราณสถานและสถานที่สำคัญให้กลับมามีคุณค่าอีกครั้งหนึ่ง มีการจัดพื้นที่การท่องเที่ยวให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและลักษณะเด่นของชุมชนรวมไปถึงการออกแบบกฎระเบียบควบคุมการก่อสร้างอาคารไม่ให้เกิดบังกิวทัศน์ธรรมชาติ (ผังเมือง-ภูมิสถาปัตยกรรม) ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาเมืองที่จำเป็นจะต้องวางแผนการพัฒนาอย่างเป็นระบบไม่ให้เกิดการใช้ประโยชน์เกินขีดความสามารถ (Over Used) ในแต่ละพื้นที่ของเมืองทั้งในส่วนในพื้นที่อนุรักษ์ประวัติศาสตร์ (Historic Conversation Areas) และพื้นที่สนับสนุนการพัฒนา (Development Area) เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาการจราจรติดขัด การระบายน้ำ และความเหลื่อมล้ำการเจริญเติบโตของเมืองอีกแง่มุมหนึ่งความเติบโตด้านเศรษฐกิจได้ดึงดูดให้ประชาชนซึ่งอยู่ภายในพื้นที่ห่างไกลของเมืองต้องเข้ามาอยู่อาศัยและประกอบอาชีพภายในเมืองเช่นเดียวกับชาวอำเภอ (Akha) จังหวัดเชียงใหม่ที่ได้เข้ามาค้าขายสินค้าชาติพันธุ์ (หมวก เข็มขัด-เสื้อผ้า) ในตลาดไนท์บาซาร์ทำให้การแสดงออกทั้งในด้านภาษา วัฒนธรรม และอาหาร ถูกถ่ายทอดลงบนพื้นที่ของความเป็นเมือง แม้การแสดงออกความเป็นชาติพันธุ์อาจจะต้องพิจารณาคู่สนทนาจากสภาพสังคมที่เป็นอยู่ในปัจจุบันแต่สามารถช่วยเติมเต็มความเป็นเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมของเมืองได้ดีเป็นอย่างยิ่ง

ส่วนสุดท้ายเป็นการศึกษาเกี่ยวกับเมืองในลักษณะการดำเนินโครงการสามารถพบได้หลากหลายแตกต่างกันตามเป้าหมายในการทำกิจกรรมของแต่ละกระทรวง เช่น งานของกรมเดชาด้านศักดิ์ชัย (2565) ธนวัฒน์ มานะติกานนท์ และเชี่ยวชาญ อาศุวัฒน์กุล (2556) ศึกษาการจัดสรรงบประมาณของกรุงเทพมหานคร ภายใต้โครงการกายภาพเชิงสร้างสรรค์เพื่อฟื้นฟูย่านชุมชนเมืองและการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการชุมชนไร้ถังขยะของเทศบาลเมืองเขาสามยอต อำเภอมือง จังหวัดลพบุรี พบว่ากรุงเทพมหานครมีเป้าหมายการฟื้นฟูย่านเมืองเก่า โดยเริ่มต้นช่วงปี พ.ศ. 2560 ในเขตพื้นที่ริมแม่น้ำเจ้าพระยา (ย่านเมืองเก่า) ควบคู่กับการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานใจกลางเมืองของกรุงเทพมหานครทั้งในส่วนของการปรับปรุงภูมิทัศน์ การอนุรักษ์โครงสร้างเมืองเก่า และการรื้อถอนเพื่อสร้างใหม่ภายใต้โครงการฟื้นฟูเมืองควบคู่กับโครงการฟื้นฟูเมืองแบบสร้างสรรค์ เริ่มแรกทั้งสองโครงการได้รับการสนับสนุนที่แตกต่างกันระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2562 จนทำให้การดำเนินโครงการแต่ละส่วนขาดความสมดุลซึ่งมีการปรับเปลี่ยนงบประมาณอีกครั้งในปี พ.ศ. 2563

ทำให้การจัดสรรงบประมาณเท่าเทียมกันส่งผลต่อเสถียรภาพของการพัฒนาเมืองในส่วนของกระบวนการมีส่วนร่วม ภายใต้การดำเนินโครงการชุมชนไร้ถังขยะเทศบาลเมืองเขาสามยอต (จังหวัดลพบุรี) พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสนใจต่อการดำเนินโครงการซึ่งเพศชายมีส่วนมากที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มบุคคลที่อยู่อาศัยในชุมชนเป็นระยะเวลายาวนาน สอดคล้องกับความพึงพอใจของประชาชนที่อยู่ในระดับสูงซึ่งช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนตามหลักประชาธิปไตยอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้เขียนการศึกษาลักษณะนี้สามารถพบได้เป็นส่วนใหญ่ เช่น การศึกษาแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ การประเมินผล ประสิทธิภาพของการดำเนินโครงการ และการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนภายใต้การดำเนินโครงการของรัฐ

จากกลุ่มงานวิชาการต่าง ๆ ที่ผู้เขียนได้นำเสนอนั้น Manuel Castells (1977) และ Frank Fischer (1990) ได้แสดงให้เห็นถึงขอบเขตของความเป็นเมือง (Urban) ชุมชนท้องถิ่น (Local Community) และการดำเนินนโยบายสาธารณะ (Public Policy) เป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกัน ซึ่งเป็นส่วนขยายมุมมองการวิเคราะห์เพิ่มเติมในส่วนของรัฐ (State) และรัฐบาล (Government) ที่ผูกติดไว้กับปัญหาที่หลากหลาย เช่น ชนชั้นทางสังคม ความขัดแย้งหรือการต่อสู้ทางการเมือง และพลวัตความเปลี่ยนแปลงทางสังคม ขณะเดียวกันการผลิตสร้างพลังแรงงานในปัจจุบันโดยรัฐสมัยใหม่ (Modern Society) แรงงานในที่นี้ไม่ใช่เพียงแค่งานในภาคอุตสาหกรรมเท่านั้น แต่รวมถึงเจ้าหน้าที่รัฐในระดับปฏิบัติการที่อยู่ภายใต้กฎระเบียบของรัฐบาล ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินโครงการหรือกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อผู้มีอำนาจภายในรัฐที่จำเป็นต้องประนีประนอมกับความต้องการของสังคมส่วนรวมในการจัดสรรสวัสดิการ โดยเฉพาะโครงการด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนโครงสร้างสังคมให้สามารถคงอยู่ต่อไปได้ (ภาคธุรกิจเอกชน-ภาครัฐ-ภาคประชาชน) ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relation) ในปัจจุบันจึงเป็นการผลิตสร้างพลังแรงงานรูปแบบใหม่ (Labour Power) จากเครื่องมือที่ถูกใช้หลายรูปแบบรวมไปถึงนโยบายสาธารณะที่ถูกทำให้กลายเป็นเรื่องทางการเมืองของผู้เชี่ยวชาญเพียงเท่านั้น (Politics of Expertise) แต่ในอีกมุมหนึ่งการออกแบบหรือการดำเนินนโยบายมีความแตกต่างออกไปเพราะเกี่ยวข้องกับมนุษย์ที่มีอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกตรงกันข้ามกับการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์ทางธรรมชาติโดยทั่วไปหรือการมุ่งเน้นจำนวนการผลิตสินค้าในภาคธุรกิจเพื่อตอบสนองต่อผลกำไรนโยบายจึงไม่ได้ถูกตัดสินผลของความสำเร็จที่รัฐบาลใดผลิตสร้างนโยบายสาธารณะได้มากกว่ากัน แต่ควรเป็นรัฐบาลใดตอบสนองความต้องการของประชาชน การรับฟังสภาพปัญหาในสังคม และแก้ไขปัญหที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตผ่านนโยบายสาธารณะได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ นอกเหนือจากการทำประชาพิจารณ์หรือ Public Hearing ควรมีการเดินรับฟังความคิดเห็นของประชาชนที่อาศัยอยู่ตามบ้านเรือนในช่วงเวลาปกติของการใช้ชีวิตเพราะบางครั้งการจัดเวทีเสวนาที่เป็นทางการมักจะถูกปิดบังเสียงของประชาชนที่แท้จริงเอาไว้

การศึกษากลุ่มงานการเมืองนคร (Urban Political Studies) มุ่งเน้นไปที่พื้นที่ของความเป็นเมืองซึ่งมีการศึกษาทั้งในมิติของนโยบาย โครงการ กิจกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และความขัดแย้งทางการเมืองจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงภาครัฐ องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร ภาคเอกชน และภาคประชาชน การศึกษาเกี่ยวกับการเมืองนครยังคงพบอยู่ในพื้นที่ของงานวิชาการต่างประเทศเป็นหลักในเมืองต่าง ๆ เช่น Barcelona, Lleida, Madrid, San Sebastian, Cardiff Leicester, Athens, Baltimore, Dublin, Dandenong, Montreal และ Nantes ขณะเดียวกันรูปแบบงานวิชาการที่มีหัวข้อการศึกษาเกี่ยวกับเมืองในประเทศไทยพบว่ารูปแบบการศึกษามีลักษณะของการวิเคราะห์ไปที่ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของเมือง การปรับปรุงภูมิสถาปัตยกรรมให้สอดคล้องกับอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของเมือง และการศึกษากิจกรรมหรือโครงการภายใต้การดำเนินงานของภาครัฐ แต่สิ่งที่ขาดหายไปส่วนใหญ่คือความเชื่อมโยงในปัจจัยทางด้านการเมืองที่อาจจะส่งผลกระทบต่อหน่วยของการศึกษา ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับเมืองจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้เขียนงานวิชาการส่วนมากยังคงไม่ได้ให้ความสำคัญกับการศึกษาในมิติทางการเมืองภายใต้การวิเคราะห์การดำเนินโครงการด้านสุขภาพซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้เขียนให้ความสำคัญกับการเมืองของระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่น

จากข้อมูลที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงในบททบทวนวรรณกรรมโดยแบ่งออกทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ กลุ่มงานวิชาการที่มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board Studies) กลุ่มที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทางการเมืองของอันโตนิโอ กรัมสกี (Gramscian Studies) และกลุ่มงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเมืองนคร (Urban Political Studies) เป็นประโยชน์ต่อผู้เขียนอย่างมากในการทบทวนสถานะองค์ความรู้ในมุมมองนโยบาย สาธารณะ การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด และการศึกษาภายใต้ขอบเขตความเป็นเมือง

การทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวได้ช่วยให้ผู้เขียนเห็นความแตกต่างของการศึกษาภายใต้ประเด็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งงานศึกษาส่วนมากยังคงให้ความสนใจกับการประเมินประสิทธิภาพ การปรับปรุงโครงการ การสำรวจแรงจูงใจของบุคคลากร การค้นหาปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ และความสำคัญของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ หรือระบบสุขภาพระดับอำเภอ สอดคล้องกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับเมืองในกลุ่มงานวิชาการ

ภายในประเทศที่พบได้เป็นส่วนมากแต่มีความแตกต่างในด้านของโครงการที่ผู้วิจัยเลือกเป็นประเด็นของการศึกษาเพราะหัวข้อมีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับเมือง เช่น การปรับปรุงภูมิทัศน์เมือง การอนุรักษ์เขตเมืองเก่าและการศึกษาความเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ซึ่งยังขาดความเชื่อมโยงในส่วนของปัจจัยทางการเมืองกับหน่วยของการศึกษา ในทางตรงกันข้ามการศึกษาการเมืองนครในกลุ่มงานวิชาการต่างประเทศมีความโดดเด่นจากการใช้กรอบแนวคิดการเมืองนคร (Urban Politics) เป็นรากฐานที่ใช้วิเคราะห์เพื่อดูความสัมพันธ์ทางการเมืองระหว่างตัวแสดงต่าง ๆ เพราะเมืองมีความเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตทางเศรษฐกิจทำให้รัฐต้องดำเนินมาตรการรัดเข็มขัด (Austerity) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชาชนและการดำเนินนโยบายสาธารณะภายในเมือง ขณะเดียวกันการประยุกต์ใช้แนวคิดทางการเมืองของอันโตนิโอ กรัมสกี (Antonio Gramsci) กับมุมมองด้านสุขภาพช่วยเผยให้เห็นแง่มุมที่มีความน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง จากความพยายามครองอำนาจนำในระบบสุขภาพของกลุ่มอุตสาหกรรมการผลิตยาเวชภัณฑ์ที่ขยายไปสู่แวดวงการศึกษา การตีพิมพ์บทความวิชาการ และเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ รวมไปถึงการดำเนินนโยบายทางการทูตระหว่างประเทศจีนและสหรัฐอเมริกาในช่วงของการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งไม่ได้ถูกจำกัดอยู่เพียงแค่ความเปลี่ยนแปลงทางการเมืองภายในรัฐเพียงเท่านั้น

งานวิจัยชิ้นนี้เรื่องการเมืองของระบอบสุขภาพเขตเมือง: กรณีศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตเทศบาลนครจังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ.2561-2565) จึงช่วยเติมเต็มส่วนที่ยังขาดหายไป โดยเฉพาะการศึกษาภายในเมืองกับชุมชนท้องถิ่นผ่านการวิเคราะห์มุมมองทางการเมืองที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินนโยบายสาธารณะ ซึ่งยังมีการศึกษาอยู่อย่างจำกัดจากการใช้แนวคิดการเมืองนคร (Urban Politics) แนวคิดการครองอำนาจนำ (Hegemony) และแนวคิดปัญญาชน (Intellectuals) เพื่อให้เรื่องทางการเมืองกับระบบสุขภาพกลายเป็นเรื่องที่ไม่อยู่ห่างไกลจากการรับรู้ของประชาชนอีกต่อไป และช่วยเผยให้เห็นแง่มุมที่แตกต่างจากกระบวนทัศน์เชิงวิพากษ์และปฏิสัมพันธ์ของเครือข่ายตัวแสดงทุกภาคส่วนในการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาฯ ในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิราม

บทที่ 3

กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

บทนำ

การศึกษาเรื่อง “การเมืองของระบอบสุขภาพเขตเมือง: กรณีศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตเทศบาลนครจังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ.2561-2565)” ในส่วนของกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์ผู้เขียนได้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเมืองนคร (Urban Politics) ที่ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายทั้งในการศึกษาด้านชนชั้น การพิจารณาผลประโยชน์หรืองบประมาณของภาครัฐ และการศึกษากระบวนการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมแต่งงานขึ้นนี้ผู้เขียนเลือกที่จะศึกษาในด้านระบอบนคร (Urban Regime) จากองค์ประกอบหลักที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งในมุมมองที่ไม่เป็นทางการ (Informal) และเป็นทางการ (Formal) ได้แก่ ระบบราชการและการจัดการปกครองความสามารถในการบริหารความร่วมมือ พื้นที่ระดับปฏิบัติการและบทบาทของตัวแสดงรวมไปถึงบรรทัดฐานและผลลัพธ์ของความร่วมมือเพื่อทำความเข้าใจมุมมองทางการเมืองจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงต่าง ๆ ภายใต้ความเป็นเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัต ดังนั้นหากให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เป็นทางการเพียงอย่างเดียว เช่น แบบแผน กฎระเบียบ ข้อบังคับ การแลกเปลี่ยนทรัพยากร และการทำงานร่วมกันจึงไม่สามารถทำความเข้าใจนโยบายสาธารณะได้อย่างครอบคลุมหากขาดส่วนที่ไม่เป็นทางการ เช่น บรรทัดฐาน ค่านิยม และอุดมการณ์ ในอีกมุมหนึ่งการเกิดขึ้นของโครงการอาจเป็นเพียงการตอบสนองต่อข้อบังคับทางกฎหมายที่ถูกกำหนดไว้รัฐจึงมีหน้าที่เสมือนตัวกลางเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมอย่างต่อเนื่องซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นจากความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

ส่วนที่สองแนวคิดทางการเมืองของอันโตนิโอ กรัมสกี (Antonio Gramsci) ได้แก่ แนวคิดการครองอำนาจนำ (Hegemony) และแนวคิดปัญญาชน (Intellectuals) เพื่อค้ำหามิติความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ขาดหายไปหรือหลบซ่อนอยู่ภายใต้พื้นที่สังคมการเมือง (Political Society) ประชาสังคม (Civil Society) จากอำนาจที่เป็นทางการ (Formal Power) และอำนาจที่ไม่เป็นทางการ (Informal Power) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้อำนาจแบบบีบบังคับ (Coercion) รวมถึงการสร้างความยินยอมพร้อมใจ (Consent) ในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากกลุ่มปัญญาชนแบบข้ามชนชั้นได้ (Traditional) และปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้น

(Organic) ที่เกี่ยวข้องกับตัวแสดงภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชนเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาด้านสุขภาพในพื้นที่ของความเป็นเมืองซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การเมืองนคร

หากกล่าวถึงเมือง (Urban) ในนิยามของสำนักราชบัณฑิตยสภา (Office of the Royal Society) หมายถึงสถานที่ของชุมชนมีขนาดใหญ่กว่าหมู่บ้านและเป็นที่ตั้งศาลากลางจังหวัด ซึ่งในอดีตถ้าเป็นเมืองใหญ่จะต้องอยู่ในเขตกำแพงเมือง โดยมีสาธารณูปโภคและสาธารณูปการภายใต้การบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาจเรียกเมืองตามลักษณะกิจกรรมที่สำคัญของเมือง เช่น เมืองการค้า เมืองอุตสาหกรรม เมืองชายทะเล และเมืองท่าทางทะเล (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2554ก) บริบทของความเป็นเมืองจากความเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจและจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้นทั่วโลกกว่า 7,794 พันล้านคนในปัจจุบันทำให้เกิดการก่อตัวของเมืองเกิดขึ้นตามมาเป็นจำนวนมากมีความสัมพันธ์โดยตรงกับประชากรที่อยู่อาศัยภายในเมืองทั้งสิ้นกว่า 1,514 พันล้านคนทั่วโลก (UN, 2563) ประกอบกับสภาพสังคมในปัจจุบันที่มีความหลากหลายของกลุ่มตัวแสดงต่าง ๆ เช่น กลุ่มความหลากหลายทางเพศ (LGBT) กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม (Green World) กลุ่มสภาพแรงงาน (Trade Union) กลุ่มนักเคลื่อนไหวทางการเมือง (Political Activism) และกลุ่มองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร (NGO) ส่งผลทำให้การตัดสินใจทางการเมืองของหน่วยงานภาครัฐในระดับเมือง โดยเฉพาะด้านนโยบายสาธารณะมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นก่อให้เกิดกรอบแนวคิดการเมืองนครเพื่อสร้างความเข้าใจสังคมในยุคปัจจุบันให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นพื้นที่ของความเป็นเมืองจึงเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของมนุษย์ไม่ว่าจะในด้านสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ ระบบนิเวศของเมือง นโยบายสาธารณะ การจัดการผังเมือง การจราจร และโครงสร้างทางเศรษฐกิจของเมืองซึ่งส่งผลต่อรายได้ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชน

การศึกษาเกี่ยวกับการเมืองนครเริ่มถูกพูดถึงอย่างเป็นทางการจากการตีพิมพ์หนังสือ Essays on the Study of Urban Politics ในปี พ.ศ. 2518 โดย Ken Young เป็นบรรณาธิการ (Editor) ซึ่งได้ให้ความสำคัญกับการศึกษาในพื้นที่ของความเป็นเมืองในหลายแง่มุม เช่น การตัดสินใจทางการเมืองของชุมชน ปัจจัยทางการเมืองที่ส่งผลต่อการเลือกตั้งท้องถิ่น การศึกษาการเมืองเปรียบเทียบในเมืองต่าง ๆ และนิเวศวิทยาทางการเมืองต่อมาการศึกษาเกี่ยวกับเมือง (Urban Studies) ถูกเริ่มให้ความสนใจเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2538 จึงมีการตีพิมพ์หนังสือ Theories of urban politics โดย David Judge, Gerry Stoker, และ Harold Wolman กรอบแนวคิดดังกล่าวมีจุดเน้นสำคัญ

2 ประการคือ 1. ขอบเขตของการศึกษาไม่ได้จำกัดเพียงแค่หน่วยงานของรัฐหรือกลุ่มบุคคลใดที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องทางการเมืองเท่านั้น (ส่งผลต่อขอบเขตการศึกษาที่ขยายไปสู่การเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมในเมือง) 2. กระบวนการของการศึกษาต้องมีความสัมพันธ์กับสถาบันของรัฐในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ หรือสถาบันที่เหนือกว่ารัฐ (Stoker, 1998, pp. 191-121) เหตุใดเราต้องศึกษาการเมืองในระดับเมืองเพราะการเมืองไม่ถูกควบคุมเพียงแค่ปัจจัยภายในจากความสัมพันธ์ของรัฐบาลเท่านั้น (Intergovernmental) แต่พื้นที่รอบนอกของเมืองยังคงประกอบไปด้วยตัวแสดงต่าง ๆ ที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะภาคเอกชนและภาคประชาชนซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในแนวระนาบ (Horizontal) ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของรัฐบาล (Local Government) ที่เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจแนวตั้ง (Vertical) เครือข่ายความสัมพันธ์พื้นที่โครงสร้างทางสังคมในปัจจุบันจึงมีความซับซ้อนประกอบไปด้วยพื้นที่ของการต่อสู้ ความร่วมมือ การแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ และความขัดแย้งเพื่อช่วงชิงการขับเคลื่อนเป้าหมายบางอย่างผ่านพื้นที่ของเมือง ซึ่งเปรียบเสมือนภาพสะท้อนของการบริหารจัดการในระดับประเทศจากหน่วยการศึกษาในระดับเมือง

หากพูดถึงการศึกษาเกี่ยวกับพื้นที่ของความเป็นเมือง (Urban Studies) พิชญ์ พงษ์สวัสดิ์ (2560) กล่าวว่าแนวคิดการเมืองนคร (Urban Politics) เป็นแนวคิดที่ถูกตีความว่ามีส่วนคล้ายกับแนวคิดการจัดการปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Governance) แต่ในความเป็นจริงแล้วขอบเขตของการศึกษามีความแตกต่างอย่างชัดเจนเพราะจุดเน้นอยู่ที่การเจริญเติบโตของเมืองและความเสื่อมโทรมของเมืองที่มีปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องทั้งในส่วนที่เป็นทางการ (Formal) และไม่เป็นทางการ (Informal) โดยส่วนที่เป็นทางการ เช่น พฤติกรรมการเมืองในระดับการเลือกตั้งผู้บริหารเมือง โครงสร้างองค์กร สมรรถนะขององค์กร การปกครองในระดับนคร และกรอบกฎหมาย (รัฐธรรมนูญ-พรบ.) ส่วนที่ไม่เป็นทางการ เช่น วัฒนธรรมการเมือง โครงสร้างทางอำนาจรูปแบบพิเศษ การสร้างเครือข่ายพันธมิตรทางอำนาจของเมือง ธรรมเนียมปฏิบัติขององค์กรปกครองส่วนเมือง เครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองในระดับเมืองกับภาคประชาชน และเครือข่ายภาคประชาสังคมในระดับเมืองในทางตรงกันข้ามการศึกษาการเมืองการปกครองท้องถิ่นส่วนใหญ่จะเน้นเพียงแค่หลักธรรมาภิบาล การมีส่วนร่วมของประชาชน ความเป็นประชาธิปไตย และการจัดเก็บภาษีหรืองบประมาณภายในท้องถิ่นเป็นหลัก

ในทัศนะของ Peter John (2009) ได้อธิบายถึงการศึกษาแนวคิดการเมืองนครจำเป็นต้องทำความเข้าใจพื้นที่ 3 ระดับ ได้แก่ เมือง (Urban) ชานเมือง (Sub Urban) ไม่ใช่เมือง (non-urban) การศึกษาในพื้นที่ของเมืองได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในช่วงปี พ.ศ. 2513 จากการศึกษาใน

สหรัฐอเมริกา (United States) และฝั่งยุโรป (Europe) ขยายเข้ามาในพื้นที่ของเอเชีย (Asia) จนเริ่มมีการประยุกต์ใช้กับการศึกษาในบริบทของท้องถิ่น (Local) ดังนั้นการเมืองนครจึงเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทางอำนาจที่อยู่ภายใต้ข้อจำกัดเชิงพื้นที่ (Sub-national level) ซึ่งมีความสำคัญรองลงมาจากการเมืองในระดับประเทศ เช่น การศึกษาทางเลือกต่อการดำเนินนโยบายสาธารณะของนายกเทศมนตรี การศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน และการตัดสินใจของภาคเอกชนในชุมชนต่อการย้ายฐานการผลิตออกจากเมืองเพราะเมืองคือความเชื่อมโยงกับปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่มีความสำคัญ เช่น การเคลื่อนไหวของประชาชน การเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดการจ้างงาน และความขัดแย้งทางการเมืองความสำคัญการศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดการเมืองนครจึงสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เมืองเป็นความโดดเด่น: เอกลักษณ์ของเมืองคือกลุ่มตัวแสดง (Actors) ซึ่งอยู่ในพื้นที่ของความเป็นเมืองลักษณะทางภูมิศาสตร์ดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวแสดงมีขอบเขตที่ชัดเจนหรือมีขนาดเล็กแตกต่างจากการศึกษาระดับประเทศประกอบกับพื้นที่ของเมืองมีความเหมาะสมต่อการศึกษาไม่จำเป็นต้องติดต่อกับกรอบของตัวแสดงทางการเมืองหรือสถาบันทางการเมืองเพียงเท่านั้น แต่ปฏิสัมพันธ์ (Relation) ที่เกิดขึ้นระหว่างตัวแสดงภายในเมืองล้วนสร้างการเปลี่ยนแปลงต่อนโยบายสาธารณะหรือปรากฏการณ์ทางสังคมได้

2. เมืองเป็นความหลากหลาย: การประยุกต์ใช้แนวคิดการเมืองนครเป็นประโยชน์อย่างมากกับงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพราะรูปแบบของการศึกษาไม่ได้เน้นคำอธิบายในเชิงสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาการดำเนินนโยบายสาธารณะในระดับชาติ (National) ที่จำเป็นต้องเน้นจำนวนกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เพื่อวิเคราะห์หุ้มนองเชิงภาพรวมในทางตรงกันข้ามการศึกษาเกี่ยวกับเมืองเป็นเหมือนส่วนขยายที่ช่วยให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของการดำเนินนโยบายสาธารณะ การดำเนินโครงการ การเติบโตภาคเศรษฐกิจ และประเด็นการเรียกร้องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในเมือง

สอดคล้องกับการให้ความหมายของ Jon Pierre (1999) ได้อธิบายถึงความสำคัญของการศึกษาแนวคิดการเมืองนครที่มีอิทธิพลต่อการทำความเข้าใจลักษณะการเมืองการปกครองท้องถิ่นในพื้นที่ยุโรปตะวันตก (Western Europe) กับการเพิ่มขึ้นของเครือข่ายภาคธุรกิจภายในชุมชน แม้จะมีความแตกต่างกันของรูปแบบการบริหารจัดการเมือง การเติบโตของบริษัท การดูแลสวัสดิการและความก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจ แต่สิ่งที่เหมือนกันคือตัวแสดงทางการเมืองในระดับของรัฐ (National-State) จะมีส่วนอย่างมากต่อการบริหารจัดการภายในเมืองขณะเดียวกันก็มีความแตกต่าง

ในพื้นที่โครงสร้างทางสังคมระดับเมืองกับประเทศที่ส่งผลต่อการตัดสินใจทางการเมืองในระดับชุมชน ซึ่งถูกสะท้อนออกมาจากทางเลือกในการดำเนินนโยบายสาธารณะ (Policy Outcome) เช่นเดียวกับ Gordon MacLeod และ Martin Jones (2011) ได้อธิบายถึงอิทธิพลระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม (Capitalism) ที่ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายสาธารณะรวมถึงการบริหารจัดการในเขตพื้นที่ของเมืองซึ่งช่วยขยายมุมมองเพิ่มขึ้นจาก Jon Pierre แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการประยุกต์ใช้แนวคิดการเมืองนครในการวิเคราะห์สถานการณ์ในปัจจุบันที่ผู้มีอำนาจทางการเมืองส่วนหนึ่งเลือกที่จะให้ความสำคัญกับเครือข่ายกลุ่มนักธุรกิจและกลุ่มชนชั้นนำ (Elite) มากกว่าพลเมืองของตนเอง โดยมีเป้าหมายหลักคือการแข่งขันระหว่างเมืองต่าง ๆ เพื่อช่วงชิงการนำในภูมิภาค หากมองอีกมุมหนึ่งการเติบโตของเมืองจึงถูกครอบงำด้วยโครงสร้างทางเศรษฐกิจเป็นหลักสิ่งที่จะขาดหายไปและควรถูกหยิบยกให้ความสำคัญอีกครั้งคือการลดความจำเป็นที่จะต้องรับการสนับสนุนจากรัฐบาลส่วนกลางและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บภาษี การออกแบบผังเมือง การจัดระเบียบภูมิสถาปัตยกรรม และการพัฒนาระบบขนส่งสาธารณะให้กับกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานควบคู่กับการจัดเก็บภาษีในกลุ่มผู้มีสถานะร่ำรวยภายในเมือง (จัดเก็บภาษีอัตราก้าวหน้า) เป้าหมายหลักของเมืองจึงควรหันกลับมาให้ความสนใจกับการยกระดับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนส่วนใหญ่ให้ดียิ่งขึ้น

จากที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงความสำคัญของการศึกษาแนวคิดการเมืองนครดังกล่าวข้างต้นกับพื้นที่ของเมืองในปัจจุบัน ซึ่งเป็นความซับซ้อนของโครงสร้างทางสังคมจากการเกิดขึ้นของตัวแสดงทุกภาคส่วน แต่ในมุมมองของผู้เขียนได้ให้ความสำคัญกับแนวคิดการเมืองนครในฐานะเป็นแนวคิดที่มีคุณลักษณะสำคัญเพื่อใช้ศึกษาพัฒนาการทางการเมือง การเปลี่ยนแปลงของสังคม การเจริญเติบโตและความเสื่อมโทรมของเมืองจากหน่วยการวิเคราะห์ระบอบนคร (Urban Regime) ซึ่งเป็นส่วนที่ผู้เขียนเลือกนำมาใช้ศึกษาในงานวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวคิดระบอบนคร

หน่วยการวิเคราะห์ระบอบนครเป็นมุมมองที่ช่วยเติมเต็มแนวคิดการเมืองนครในพื้นที่ของความเป็นเมืองให้ดียิ่งขึ้นซึ่งเริ่มได้รับความนิยมในช่วงปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา หากกล่าวถึงระบอบ (Regime) ตามความหมายโดยทั่วไปอาจเป็นรูปแบบการปกครอง ธรรมเนียม ประเพณี และการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งจนกลายเป็นแบบอย่างให้ทุกคนในสังคมต้องปฏิบัติตาม (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2554ข) แต่ในความเป็นจริงแล้วระบอบเป็นชุดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดง

(Actors) ภายในเมืองซึ่งขับเคลื่อนเป้าหมายบางอย่างให้สามารถดำรงอยู่ได้ เช่น นโยบายสาธารณะ การแข่งขันความขัดแย้งทางการเมือง การประท้วงหรือการชุมนุมเรียกร้อง และการบริหารจัดการ ภายในเมืองโดยการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นจากตัวแสดงทางการเมือง (Political Actor) และภาคเอกชน (Private Sector) เป็นแกนนำหลักที่สำคัญเพราะครอบครองอำนาจทั้งในมิติของ กฎหมาย ความชอบธรรมในการดำเนินการ และทรัพยากรส่วนมากในพื้นที่ของเมือง (บุคคล-เงิน ข้อมูลข่าวสาร) แต่ในสภาพสังคมปัจจุบันบทบาทของภาคประชาชนและกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ได้เข้ามา เป็นองค์ประกอบหลักต่อการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองด้วยเช่นกันดังนั้นระบอบนครจึงมีความสำคัญ ทั้งในมิติของการเกิดขึ้น การขับเคลื่อน การดำรงรักษา และการพังทลายภายใต้ขอบเขตของเมือง คุณลักษณะสำคัญของระบอบนครสามารถแบ่งได้เป็น 7 ประการ ดังนี้ (Mossberger & Stoker, 2001, pp.813-814)

1. ระบอบเป็นการรวมตัวกันของกลุ่มที่ไม่เป็นทางการแต่สามารถรักษาเสถียรภาพของ เครือข่ายไว้ได้ทำให้มีอำนาจในการเข้าถึงสถาบันทางการเมืองเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านนโยบายสาธารณะหรือการตัดสินใจอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการปกครองภายในเมืองผ่านบทบาทของ สมาชิกในระบอบ

2. ระบอบเป็นความโดดเด่นของการสร้างเครือข่ายภายในเมืองเพื่อสร้างอำนาจในการต่อรอง และทำงานร่วมกันระหว่างภาคประชาชน ภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรอิสระภายในเมือง (กลุ่มสหภาพแรงงาน-กลุ่มสมาชิกเกษตรกร-กลุ่มเพศทางเลือก) ที่เข้ามามีอำนาจในการตัดสินใจ ต่อรอง และควบคุมกับทรัพยากรทางด้านเศรษฐกิจ

3. เอกลักษณะของสิ่งที่เรียกว่าระบอบนั้นไม่สามารถเกิดขึ้นโดยทั่วไปในทุกพื้นที่ และไม่สามารถใช้ระยะเวลาที่รวดเร็วในการสร้างได้ในทางกลับกันต้องเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแสดงต่าง ๆ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งจึงจะสามารถเกิดความร่วมมือขึ้นได้ภายใต้ระบอบ

4. ระบอบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่แล้วมีเสถียรภาพในระดับหนึ่งซึ่งสามารถพัฒนาความร่วมมือต่อ ได้ในหลายระดับแม้ว่าระบอบจะมีการเปลี่ยนแปลงแต่จะไม่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของตัว แสดงภายในเครือข่าย

5. หากเราต้องการทราบถึงลักษณะทางการเมืองหรือรูปแบบการปกครองเบื้องต้นสามารถ พิจารณาได้จากการดำเนินนโยบายสาธารณะหรือประเภทของนโยบาย เพราะถูกสะท้อนออกมา จากผู้มีอำนาจภายในรัฐหรือกลุ่มชนชั้นนำภายในขั้นตอนของการต่อรองทางการเมืองในระบอบ

6. การเกิดขึ้นของข้อตกลงร่วมกันเพื่อหาข้อยุติซึ่งมาจากปัญหาภายในสังคมหรือการดำเนินโครงการ มักจะเกิดขึ้นจากเครือข่ายความสัมพันธ์ของตัวแสดงภายในโครงสร้างของสังคมเพื่อรักษารักษาผลประโยชน์ที่มีร่วมกันจากกลุ่มตัวแสดงเหล่านั้น

7. ประวัติศาสตร์ของความร่วมมือระหว่างตัวแสดงภายในระบอบเป็นปัจจัยสำคัญในการหาทางออกเมื่อต้องการหาข้อยุติจากความขัดแย้งที่มีอยู่ในโครงสร้างความสัมพันธ์ของระบอบ

จากคุณลักษณะสำคัญของความเป็นระบอบหากมองในทัศนะของ Clarence Stone ผู้วางรากฐานการศึกษาแนวทางระบอบนครนั้นเป็นการวิเคราะห์แบบเปิดกว้างที่ไม่ได้จำกัดเพียงแค่ปัจจัยทางการเมืองหรืออำนาจเชิงโครงสร้างเท่านั้น (ระดับเมือง) แต่ให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคมด้วยเช่นกันซึ่งเป็นพื้นที่ของกลุ่มตัวแสดงที่หลากหลาย เป็นกลไกขับเคลื่อนสังคมจากการเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะด้วยการศึกษารูปแบบเศรษฐกิจการเมืองเหตุผลสำคัญเป็นเพราะการช่วงชิงอำนาจภายในเมืองไม่ได้ถูกกำหนดเพียงแต่กลุ่มนักการเมือง กลุ่มชนชั้นนำ และภาคเอกชนอีกต่อไป แต่จำเป็นต้องเชื่อมโยงกับภาคประชาชน องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร และการรวมกลุ่มของประชาชนต่อประเด็นการเรียกร้องทางสังคม ที่เพิ่มมิติการต่อรองเชิงอำนาจมากยิ่งขึ้น (การสนับสนุนแนวทางของนโยบาย-ความร่วมมือระหว่างตัวแสดง-คะแนนเสียงสนับสนุนช่วงเลือกตั้ง) โดยมีเป้าหมายเพื่อร่วมกันจัดการปกครองหรือเพียงแค่ชนะการเลือกตั้ง แม้โครงสร้างทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปแต่ตัวแสดงภาคเอกชนยังคงเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลหลักเสมอมาผ่านการต่อรองผลประโยชน์และการสนับสนุนที่อยู่เบื้องหลัง ปรากฏการณ์เช่นนี้เรียกว่าอำนาจเชิงระบบ (Systemic Power) ซึ่งนำไปสู่ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดขึ้นของนโยบายสาธารณะ 3 ประการ ได้แก่ 1. ความสัมพันธ์ของกลุ่มผู้มีอำนาจปกครอง 2. ลักษณะตามธรรมชาติของความสัมพันธ์ทางสังคมภายในชุมชน 3. ทรัพยากรในเครือข่ายของผู้ปกครอง (วัชรพล พุทธิรักษา, 2561ข, น.5-8)

โดยช่วงเริ่มต้นการศึกษาระบอบนครจึงเกี่ยวข้องกับทิศทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะ รวมไปถึงความเปลี่ยนแปลงทางสังคมซึ่งสัมพันธ์กับประเด็นข้อเรียกร้องหรือสภาพปัญหาทางสังคมที่มีลักษณะร่วมสมัย (Contemporary) David Imbroscio (2003) กล่าวว่าแม้แนวคิดการเมืองนครจะมีความสำคัญที่ช่วยขยายพรมแดนทางการศึกษาให้เพิ่มมากขึ้น แต่สิ่งที่ต้องกลับมาทบทวนอีกครั้งอยู่ที่ระเบียบวิธีของการศึกษาเพราะที่ผ่านกลุ่มนักวิชาการที่ศึกษาระบอบนคร (Regime Scholarship) ได้ละเลยปัจจัยของระบบเศรษฐกิจ ดังนั้นการอธิบายจำเป็นต้องแสดงให้เห็นถึงปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจทั้งในมุมมองเชิงประจักษ์และรากฐานการวิเคราะห์ให้เชื่อมโยงกับประเด็นของการศึกษาซึ่งเป็นแก่นของการศึกษาระบอบนครให้มีความโดดเด่นมากยิ่งขึ้น

สอดคล้องกับ Stephen Elkin ผู้อิทธิพลต่อการศึกษาระบบนครเริ่มแรกนั้นการศึกษาเกี่ยวกับเมืองให้ความสนใจให้ความสนใจไปที่ความหลากหลายทางเศรษฐกิจของเมืองซึ่งช่วยพัฒนาให้เมืองเองนั้นมีความโดดเด่นเหนือเมืองอื่น ๆ จากสิ่งที่เรียกว่าทางเลือกของเศรษฐกิจภายในเมือง (Alternative Economics) ดังนั้น David Imbroscio จึงเสนอว่าเราควรให้ความสำคัญกับองค์ประกอบที่เพิ่มเติมเข้ามา 6 ข้อ ได้แก่ 1. ประสิทธิภาพของมนุษย์ (Human Capacity) 2. เสถียรภาพของชุมชน (Community Stability) 3. งบดุลของรัฐ (Public Balance Sheets) 4. สินทรัพย์ที่มีลักษณะเฉพาะ (Asset Specificities) 5. เศรษฐกิจในท้องถิ่น (Economic Localism) 6. ทางเลือกของสถาบัน (Alternative Institutions)

ปัจจัยที่ทำให้องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจมีความสำคัญเป็นเพราะตัวแสดงทางการเมืองอ่อนแอเกินกว่าจะจัดระเบียบการปกครองได้เพียงลำพัง จึงต้องประสานความร่วมมือกับภาคเอกชนในพื้นที่ของเมืองเพื่อครอบครองทรัพยากรส่วนมากเอาไว้ หากกล่าวอีกนัยหนึ่งผลประโยชน์ส่วนตัวของภาคเอกชนย่อมเป็นปัจจัยสำคัญสูงสุดซึ่งส่งผลต่อแรงจูงใจในความร่วมมือต่อการจัดการปกครองที่สามารถต่อยอดไปสู่เครือข่ายภาคประชาสังคมได้ในอนาคต เพื่อให้การทำความเข้าใจความหมายของระบบนครได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นสามารถพิจารณาได้จากตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ความหมายพื้นฐานของระบบนคร

| ตัวแสดงต่าง ๆ (Actors) | ระบอบ (Regime) |
|--------------------------------------|---|
| ภาครัฐ (Public Sector) | ระบอบเป็นลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดง |
| ภาคเอกชน (Private Sector) | ภายในเมืองซึ่งขับเคลื่อนเป้าหมายบางอย่างร่วมกัน |
| ภาคประชาชน (Citizen Sector) | เช่น นโยบายสาธารณะ การขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจ |
| กลุ่มพลังทางสังคม (Social Forces) | และการบริหารจัดการความขัดแย้งทางการเมือง |
| เช่น กลุ่มความหลากหลายทางเพศ | ดังนั้น ระบอบ จึงมี ทั้ง ส่วน ของ การ เกิด ขึ้น |
| กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กลุ่มองค์กร | การขับเคลื่อน การดำรงรักษา และการพังทลาย |
| วิชาชีพและกลุ่มองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร | ภายใต้การเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัตของเมือง |

ที่มา: แสดงการให้ความหมายเกี่ยวกับระบบนครโดยผู้เขียน

จากตารางดังกล่าว Clarence Stone (2015) ได้ช่วยเสนอแนะการศึกษาระบบนครในอนาคตที่ไม่ถูกจำกัดเพียงแค่ขอบเขตการศึกษาในระดับเมืองของตนเองแต่ต้องสามารถวิเคราะห์เหตุการณ์ที่ต่างกันในแต่ละช่วงเวลาหรือการศึกษาลักษณะเปรียบเทียบเมืองระหว่างรัฐอื่น ๆ ซึ่งประโยชน์ของการศึกษารูปแบบนี้จะช่วยให้มองเห็นภาพการเปลี่ยนผ่านทางประวัติศาสตร์ที่เกิดขึ้น

ทั้งในมิติของการเมือง วัฒนธรรม และเศรษฐกิจที่เป็นส่วนสำคัญภายใต้การจ้ดระเบียบการปกครอง (Governing Arrangement) นอกจากนี้ยังมีส่วนเชื่อมโยงไปสู่เป้าหมายในการกำหนดทิศทางนโยบายสาธารณะภายใต้การบริหารจัดการของเมืองทั้งใน *ด้านประสิทธิภาพ (Efficiency)* เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการที่ช่วยเพิ่มความไว้วางใจและความสามัคคีในชุมชน *พลัง (Power)* มีการกระจายอำนาจการปกครองให้ตัวแสดงภายในเมืองเพื่อหาข้อตกลง (Consensus) ในการดำเนินโครงการต่าง ๆ *บทบาทของรัฐภายในท้องถิ่น (The role of local state)* สภาเมืองมีหน้าที่จัดการความขัดแย้งหรือหาแนวทางประนีประนอมเพื่อส่งเสริมและดูแลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงภายในเมืองควบคู่กับ *เจ้าพนักงานของรัฐ (Urban Bureaucrat)* เป็นกลไกขับเคลื่อนในเชิงพื้นที่ประสานงานร่วมกันระหว่างตัวแสดงภายในเมืองเพื่อให้เกิดความมั่นคงพร้อมรับการแข่งขันอยู่ตลอดเวลา โดยงานวิจัยชิ้นนี้ผู้เขียนได้ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบหลักดังนี้ (Kjaer, 2009, pp.137-152)

ส่วนแรกระบบราชการและการจัดการปกครอง: เป็นการศึกษาการจัดเรียงสถาบันทางการเมืองในพื้นที่ของการดำเนินโครงการภายใต้โครงสร้างการสั่งการในระบบราชการซึ่งส่งผลกระทบต่อทิศทางการดำเนินนโยบายสาธารณะ

ส่วนที่สองความสามารถในการบริหารความร่วมมือ: ให้ความสำคัญกับกระบวนการสื่อสารและความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น (Relation) เพื่อหาข้อตกลง การเจรจา และการถกเถียงในช่วงการจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นภาพสะท้อนของความร่วมมือที่เกิดขึ้นอันนำไปสู่เป้าหมายการจัดกิจกรรมเชิงพื้นที่

ส่วนที่สามพื้นที่ระดับปฏิบัติการและบทบาทของตัวแสดง: บทบาทของตัวแสดงภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่ถูกมอบหมายให้จัดโครงการหรือกิจกรรมภายหลังการประชุมนั้นมีหน้าที่อย่างไรในพื้นที่ของชุมชนโดยประเด็นนี้ผู้เขียนจะพยายามชี้ให้เห็นถึงกลไกของรัฐที่พยายามสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นหากอยู่ในพื้นที่ระดับปฏิบัติการความร่วมมือดังกล่าวจะยังคงอยู่หรือไม่ภายใต้เงื่อนไขเชิงพื้นที่ระหว่างเมือง (Urban) และชุมชนท้องถิ่น (Local Community)

ส่วนสุดท้ายบรรทัดฐานและผลลัพธ์ของความร่วมมือ: ภายหลังการดำเนินโครงการสิ่งที่คุณเขียนให้ความสำคัญคือการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือการสร้างบรรทัดฐานด้านสุขภาพใหม่ (Norm) ในพื้นที่ของชุมชนมีความเปลี่ยนแปลงอย่างไรซึ่งเป็นพลังของความร่วมมือระหว่างตัวแสดงทุกภาคส่วนผ่านการจัดกิจกรรมของคณะกรรมการฯ

การศึกษาระบบนครจึงเกี่ยวกับพลวัตของการก่อรูปและการบริหารจัดการความสัมพันธ์ในโครงสร้างทางสังคมซึ่งถูกประกอบสร้างจากตัวแสดงภายในเมืองโดยเฉพาะความสัมพันธ์ที่เป็นทางการ (Formal) และไม่เป็นทางการ (Informal) ในกลุ่มภาครัฐที่ต้องการแรงสนับสนุนจากภาคเอกชนขณะเดียวกันภาคเอกชนก็ต้องการความเชื่อมั่นในการดำเนินงาน จากภาครัฐซึ่งเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ของตนเองแต่เมืองในปัจจุบันมีกลุ่มตัวแสดงที่เพิ่มมากขึ้นซึ่งจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือกับภาคประชาชนและกลุ่มตัวแสดงอื่น (Actors) เพื่อเข้ามามีอำนาจต่อการจัดการปกครองหรือเรียกว่าตัวแบบการผลิตเพื่อสังคม (Social Production Model) ระบบนครแบบดั้งเดิมจึงเป็นการทำความเข้าใจพื้นที่เศรษฐกิจการเมือง (Political Economy) บทบาทของรัฐ (State) และภาคประชาสังคม (Civil Society) การพัฒนากรอบแนวคิดระบบนครให้ก้าวไปข้างหน้าตามทัศนะของ Clarence Stone ที่ผู้เขียนได้กล่าวในตอนต้น Bob Jessop จึงเสนอว่าแนวทางหนึ่งที่ไม่ควรละเลยเช่นกันคืออำนาจซึ่งถูกผูกติดอยู่กับพื้นที่ของเมืองแต่ถูกมองข้ามไปคือการสร้างยอมยินยอมพร้อมใจ (Consent) และอำนาจการบีบบังคับ (Coercion) ที่ถูกแสดงออกถึงความไม่เท่าเทียมบนโครงสร้างทางสังคมและการเมืองในปัจจุบัน (Davies, 2021, pp.28-31) สอดคล้องกับแนวความคิดทางการเมืองของ อันโตนิโอ กรัมสกี (Antonio Gramsci) ที่ผู้เขียนได้เลือกเป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์ทั้งในส่วนของการครองอำนาจนำ (Hegemony) และปัญญาชน (Intellectual) ที่จะถูกกล่าวถึงในส่วนต่อไป

แนวคิดการครองอำนาจนำ

จากแนวคิดการเมืองนครในส่วนแรกที่ได้กล่าวถึงข้างต้นเพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงซึ่งเกิดขึ้นในพื้นที่ของเมืองสำหรับเนื้อหาส่วนนี้ผู้เขียนได้ให้ความสำคัญกับแนวคิดทางการเมืองของอันโตนิโอ กรัมสกี (Antonio Gramsci) ประกอบไปด้วยแนวคิดเรื่องการครองอำนาจนำ (Hegemony) และแนวคิดปัญญาชน (Intellectuals) โดยทั้งสองแนวคิดนี้มีความเชื่อมโยงกันเพื่อค้ำหมัดอำนาจทางการเมืองที่หลบซ่อนอยู่มีรายละเอียดสำคัญดังนี้

ความหมายของการครองอำนาจนำสามารถมองย้อนกลับไปถึงยุคกรีกโบราณ (Ancient Greece) เป็นลักษณะของความเป็นใหญ่หรืออาจกล่าวได้ว่าอยู่ในจุดสูงสุดของรัฐเหนือกลุ่มชนชั้นอื่นในสังคมจนถึงช่วงปี พ.ศ. 2433 – 2460 นักคิดผู้มีบทบาทต่อการเคลื่อนไหวทางการเมืองชาวรัสเซียที่ต่อต้านระบอบซาร์ (Tsarism) จอร์จีเพลคานอฟ และ ปาเวล อาเซลรอด (Georgi Plekhanov and Pavel Axelrod) ได้นำมาใช้ภายใต้ชื่อภาษารัสเซียว่า “Gegermoniya” ในกลุ่มพรรคแรงงาน

สังคมนิยมประชาธิปไตยเวลาต่อมาลาดีเมียร์ เลนิน (Vladimir Lenin) ได้ตีพิมพ์งานเขียนชิ้นสำคัญชื่อ What is to be done โดยมีการกล่าวถึงแนวคิด Gegermoniya ที่ให้ความสำคัญกับชนชั้นกรรมาชีพนั้นจะสามารถแสวงหาวิธีสร้างการนำให้เกิดขึ้นในสังคมได้อย่างไร ซึ่งไม่ได้ติดอยู่เพียงแค่ปัญหาเรื่องเวลาในการทำงานกับค่าจ้างที่ได้รับในกลุ่มแรงงาน แต่คำถามที่สำคัญคือเราจะทำอย่างไรกับอนาคตและมันควรจะเริ่มต้นที่ไหนเพื่อต่อสู้กับการครอบงำในพื้นที่ทางสังคมจากพระเจ้าซาร์ที่อยู่ภายใต้ระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ (วัชรพล พุทธิรักษา, 2557ค, น.157-158)

กรรมนี้ได้พัฒนากรอบแนวคิดครองอำนาจนำในรูปแบบของตนเองให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ช่วงระหว่างที่เขาถูกพันธนาการในปี พ.ศ. 2471 เป็นระยะเวลายาวนานกว่า 20 ปี และเสียชีวิตในระหว่างที่ถูกจองจำอิสระภาพทางความคิดจากงานเขียนสมุดบันทึกจากคุก (Prison Notebooks) ที่มีจำนวนมากกว่า 33 เล่ม (Buddharaksa, 2014, pp.41) การครองอำนาจนำถือได้ว่าเป็นแนวคิดที่มีความโดดเด่นเพราะเป็นการให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เกิดขึ้นในหลากหลายแง่มุม (Relations of Power) โดยพื้นฐานแล้วการครองอำนาจนำเกี่ยวข้องกับชนชั้นในสังคมโดยมักจะเกิดขึ้นจากชนชั้นผู้ปกครองได้มีข้อตกลงหรือฉันทามติ (Consensus) ในส่วนของบรรทัดฐาน (Norms) และค่านิยม (Values) ภายใต้พื้นที่ของโครงสร้างของสังคม (รวมถึงกลุ่มผู้ท้าทายอำนาจของผู้ปกครอง) ซึ่งจะนำไปสู่การครอบงำทั้งในด้านสถาบันทางการเมือง สถาบันทางสังคม และสถาบันของกฎหมาย (Lamb, 2012, pp.487) การครองอำนาจนำได้แสดงให้เห็นกระบวนการสร้างรัฐและประชาสังคมภายใต้การประนีประนอมเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันในพื้นที่ทางอำนาจของชนชั้นต่าง ๆ ซึ่งสัมพันธ์กับการสร้างเครือข่ายพันธมิตรเพื่อขึ้นมาใช้อำนาจเหนือสุดในรัฐกระบวนการเหล่านี้จึงเกี่ยวข้องกับความรู้ในเชิงอุดมการณ์ซึ่งเป็นพลังความรู้ทางความคิดโดยเฉพาะในช่วงหลังโครงสร้างนิยม (Post-Structuralism) และหลังลัทธิมากซ์ (Post-Marxism) ซึ่งเป็นการก้าวข้ามข้อจำกัดเพียงแค่การต่อสู้บนพื้นฐานของชนชั้น (Class) แต่สิ่งที่มีความสำคัญมากกว่าคืออุดมการณ์ (Ideology) ที่คอยกำกับรูปแบบการใช้ชีวิตของมนุษย์ (Stoddart, 2007, pp.192-202)

ในทัศนะของ Peter Thomas (2013) ได้อธิบายว่าแนวคิดการครองอำนาจนำมีประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจรูปแบบรัฐสมัยใหม่ (Modern State) ซึ่งการครองอำนาจนำในรัฐของตนเองนั้นจำเป็นต้องสร้างข้อตกลงร่วมกันให้เกิดขึ้นระหว่างตัวแสดงทางการเมืองในจำนวนที่มากพอเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่ทางสังคมที่จะนำไปสู่การรวมตัวของพันธมิตรภายใต้ประเด็นทางการเมืองที่มีร่วมกัน (Collective Political Subject) เมื่อกลุ่มตัวแสดงต่าง ๆ ได้พยายามท้าทายผู้มีอำนาจสูงสุดภายในรัฐก็จะเริ่มขยายพรหมแดนเข้าไปสู่พื้นที่ประชาสังคมเพื่อเตรียมความพร้อมในการครองอำนาจนำ

เหนือกลุ่มผู้มีอำนาจในปัจจุบันซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านของอำนาจจากโครงสร้างทางการเมืองที่มีอยู่เดิม เมื่อสามารถครองอำนาจภายในรัฐของตนได้แล้วก็จะเกิดความพยายามขยายอาณาเขตของตนเองเพื่อเข้าไปมีอำนาจเหนือรัฐอื่นที่สามารถสร้างความได้เปรียบทางภูมิรัฐศาสตร์ได้ (Geopolitical) แต่ในขณะเดียวกันก็จะเกิดกลุ่มอำนาจใหม่ที่พยายามท้าทายอำนาจรัฐที่มีอยู่เดิมของตนเองอยู่เสมอ

อีกมุมที่แตกต่างในมิติทางการเมืองแนวคิดการครองอำนาจยังช่วยเผยให้เห็นถึงอิทธิพลของโลกเสรีนิยม (Neoliberal Globalism) ที่ส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงของเมืองในปัจจุบัน Jonathan Davies (2021) นับตั้งแต่การต่อสู้ของชนชั้นระหว่างชนชั้นนำและชนชั้นผู้ถูกกดขี่ ซึ่งครอบครองอำนาจส่วนใหญ่ในระบบตลาดทุนนิยมปัจจุบันเมืองภายใต้โลกของเสรีนิยมได้รับการศึกษาอำนาจในรูปแบบทางการเมืองของตนเองในลักษณะการดำเนินนโยบายเมืองที่ใช้มาตรการรัดเข็มขัด (Austerity) อันเป็นผลมาจากวิกฤติเศรษฐกิจหรือการจืดเคืองรายได้ของรัฐที่ลดลงทำให้รัฐจำเป็นต้องตัดลดงบประมาณส่วนที่ไม่เป็นจำเป็นออกไปซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของประชาชนไม่แตกต่างจากการต่อสู้ของชนชั้นในอดีตแนวคิดการครองอำนาจช่วยเผยให้เห็นมุมมองของพลัง (Power) และการต่อต้าน (Resistance) ภายใต้สภาพแวดล้อมของเมือง (Urban Environment) จากการก่อรูปของอำนาจและความขัดแย้งในกลุ่มชนชั้นทางสังคมผ่านอุดมการณ์ โดยเฉพาะการใช้ อำนาจแบบบีบบังคับดังนั้นพื้นที่ของการต่อสู้ในระดับเมืองจึงเกี่ยวข้องกับการครอบงำ (Domination) ผู้ถูกกดขี่ (Subaltern) และการต่อต้าน (Resistance) สิ่งเหล่านี้คือความสัมพันธ์ (Relation) ซึ่งเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในพื้นที่ของเมืองสอดคล้องกับ Vasilis Maglaras (2013) กรั่มซี ได้ให้ความสำคัญกับการใช้อำนาจด้วยการบังคับ (Coercion) และการสร้างความยินยอมพร้อมใจ (Consent) ภายใต้สภาวะการครองอำนาจดังนั้นผู้มีอำนาจสูงสุดในรัฐจึงมีความสามารถในการบริหารจัดการอำนาจทั้งในมิติของการบังคับและความยินยอมหรือไม่ด้านใดก็ตามหนึ่งเอกลักษณ์ของการครองอำนาจนำคือการทำให้สังคมที่แตกแยกอยู่จากความขัดแย้งระหว่างชนชั้นต่าง ๆ กลับมาเป็น ปึกแผ่นอีกครั้งโดยเฉพาะความเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่มีอยู่ในสังคมปัจจุบันกับการเกิดขึ้นของชนชั้นนายทุน (Bourgeois) ซึ่งช่วยทำให้เห็นภาพของพลวัตทางประวัติศาสตร์ใน รัฐสมัยใหม่ที่ช่วยเพิ่มมุมมองของการวิเคราะห์ต่อจากแนวคิดแบบมาร์กซิสต์ (Marxist)

การทำความเข้าใจแนวคิดการครองอำนาจในรูปแบบของกรั่มซีเป็นการให้ความสำคัญกับ โครงสร้างส่วนบน (สังคมการเมือง/ประชาสังคม) จากเดิมที่กลุ่มนักคิดส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับ **โครงสร้างส่วนล่าง (Base Structure)** คือความพยายามครองอำนาจทางการผลิตในพื้นที่ทาง

เศรษฐกิจ (Productive Force) โดยมีฐานคิดหลักว่าการผลิตนั้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของมนุษย์และสามารถกำหนดทิศทางของโครงสร้างส่วนบนซึ่งเกี่ยวข้องกับการเมือง อุดมการณ์ จิตสำนึก และวัฒนธรรมตามแนวทางของนักเศรษฐกรนิยมส่วนใหญ่ (Economism) หากกลุ่มชนชั้นใดครอบครองปัจจัยทางการผลิต (Means of Production) ก็จะควบคุมจิตพลังในการผลิตความคิดของผู้คนในสังคมได้ (Means of Ideological Production) แต่ในความเป็นจริงแล้วอำนาจทางการผลิตไม่ได้มีบทบาทหลักเสมอไป กรัมนี่จึงได้ให้ความสำคัญกับการศึกษาโครงสร้างส่วนบนซึ่งเป็นพื้นที่ของสังคมการเมืองและประชาสังคมเพื่อสร้างมุมมองการมองโลกแบบใหม่ จากเดิมที่ถูกผูกขาดไว้ด้วยผู้มีอำนาจสูงสุดในรัฐการศึกษาแบบครอบงำอำนาจนำบนพื้นที่ทั้งสองจึงเปรียบเสมือนเป็นการทำความเข้าใจความซับซ้อนของสังคมซึ่งเป็นส่วนที่มีความสำคัญและถูกมองข้ามไป (Merli, 2012, pp.442-443; กาญจนนา แก้วเทพ, 2541, น.82-84)

การครอบงำอำนาจนำแบบกรัมนี่จึงเป็นการวิเคราะห์แบบวิภาษวิธี (Dialectic) เป็นอิทธิพลของโครงสร้างและมนุษย์ผู้กระทำที่สามารถมีอิทธิพลระหว่างกันโดย **โครงสร้างส่วนบน (Superstructure)** ประกอบไปด้วยสังคม 2 รูปแบบ ส่วนแรกส่วนที่ไม่ใช่รัฐหรือกล่าวได้ว่าเป็น **พื้นที่ของประชาสังคม (Civil Society)** เช่น ระบบความคิด ความเชื่อ อุดมการณ์ และวัฒนธรรม (ที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ) แต่ส่งผลต่อสถาบันทางศาสนา สหภาพแรงงาน สถาบันการศึกษา และสถาบันครอบครัว ดังนั้นการครอบงำอำนาจนำในพื้นที่ส่วนนี้จึงเกิดขึ้นโดยปราศจากกำลังบังคับ แต่ใช้รูปแบบของการโน้มน้าวหรือชักจูงเพื่อสร้างความยินยอมพร้อมใจ (Consent) สิ่งเหล่านี้จึงถูกสร้างผ่านวิธีการมองโลกที่ถูกกำหนดด้วยกลุ่มชนชั้นผู้ครอบงำอำนาจอยู่ในขณะนั้นเพื่อกำหนดพฤติกรรมของประชาชนในสังคมจนทำให้จิตสำนึก (Consciousness) ไม่ได้ตั้งคำถามกับสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ในปัจจุบัน เป้าหมายหลักคือการทำให้อำนาจและวัฒนธรรมโดยทั่วไปของสังคมถูกกำหนดตามความต้องการของกลุ่มผู้ครอบงำอำนาจนำซึ่งหากยึดครองพื้นที่ส่วนนี้ได้แล้วนั้นมักจะมีเสถียรภาพมากกว่ามากการใช้กำลังแบบบีบบังคับ การครอบงำอำนาจในพื้นที่ส่วนนี้จึงเป็นการกำหนดทิศทางของประชาชนส่วนใหญ่ในสังคมอย่างเป็นธรรมชาติซึ่งความยินยอมพร้อมใจเปรียบเสมือนเป็นการสร้างประวัติศาสตร์ของความภูมิใจให้กับกลุ่มที่สามารถครองใจประชาชนส่วนใหญ่ได้

ส่วนที่สองสังคมการเมือง (Political Society) เป็นพื้นที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของรัฐ เช่น องค์กรที่เป็นหน่วยงานราชการทั่วไป (การคลัง-ท้องถิ่น-หน่วยงานที่ดูแลการรับเข้าเจ้าพนักงานรัฐ) องค์กรศาล องค์กรตำรวจ และกองทัพ ดังนั้นการใช้อำนาจในพื้นที่ของสังคมการเมืองจึงมีลักษณะเป็นการบังคับ (Coercion) จากเครื่องมือที่มีอยู่ในรูปแบบของข้อกฎหมายหรือ

กฎระเบียบหน่วยงานของรัฐซึ่งเป็นการใช้อำนาจผ่านสถาบันการเมืองเป็นหลัก การควบคุมโครงสร้างทางสังคมให้ประชาชนอยู่ในกรอบที่รัฐต้องการจึงสามารถเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว การใช้กำลังโดยการบีบบังคับหรือการใช้กำลังทางกายภาพจึงเป็นการใช้กำลังด้วยความชอบธรรม (legally) ซึ่งส่วนมากเกิดขึ้นจากกลุ่มชนชั้นที่ไม่สามารถยึดครองพื้นที่ในส่วนของประชาสังคมได้แต่การครองอำนาจในพื้นที่ส่วนนี้มักจะไม่มีความมั่นคงได้ยาวนานแตกต่างกับการครองอำนาจนำในพื้นที่ประชาสังคมก่อนหน้านี้ (Maglaras, 2013, pp.4-7; Buddharaksa, 2014, pp.44-45; วัชรพล พุทธิรักษา, 2557ค, น.160-162)

ภายใต้ความพยายามสร้างการครองอำนาจนำจากทั้งสังคมการเมืองและพื้นที่ประชาสังคม เป้าหมายสำคัญจึงเป็นการครอบงำความคิด อุดมการณ์ และการดำรงชีวิตของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับการสร้างคอมมอนเซนส์ (Common Sense) ซึ่งถูกหล่อหลอมจากวัฒนธรรมทางสังคมที่เป็นวิธีการมองโลกของคนทั่วไปโดยส่วนใหญ่ที่ไม่ได้มีกระบวนการทางความคิดเชิงวิพากษ์เพื่อค้นหาความจริงที่อยู่เบื้องหลังของกฎระเบียบทางสังคมหรือข้อกฎหมายที่เกิดขึ้นภายใต้การใช้ชีวิตอยู่ในสังคมซึ่งถูกสร้างจากชนชั้นผู้มีอำนาจอยู่ในปัจจุบัน ขณะเดียวกันผู้มีสถานะรองหรือชนชั้นผู้ถูกกดขี่จำเป็นต้องมีมุมมองความคิดแบบใหม่หรือกูดเซนส์ (Good Sense) โดยการมองโลกแบบใหม่นี้ต้องถูกสร้างจากชนชั้นผู้ถูกกดขี่เองเพื่อใช้เป็นอาวุธทางความคิด (วัชรพล พุทธิรักษา, น.163-167) และเผยแพร่ให้กับครอบครัว เพื่อน พี่น้อง และประชาชนทั่วไปในสังคมซึ่งจะเปิดโอกาสให้กับการครองอำนาจต่อไปในอนาคต แต่สิ่งสำคัญที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จอีกประการหนึ่งคือความรู้ที่ถูกถ่ายทอดมาจากปัญญาชนผู้ขับเคลื่อนกลไกทางสังคมให้สามารถเดินทางต่อไปได้อย่างไม่หยุดนิ่ง

งานวิจัยชิ้นนี้ผู้เขียนจึงวิเคราะห์ผ่านพื้นที่ 2 ส่วน ได้แก่ **สังคมการเมือง (Political Society):** โดยเกี่ยวข้องกับหน่วยงานของรัฐซึ่งเป็นส่วนของการใช้อำนาจทางกฎหมายหรือกฎระเบียบภายในองค์กรเพื่อส่งเสริมการขับเคลื่อนกิจกรรมของรัฐ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิษณุโลก (สสจ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) จากการศึกษาเอกสารที่มีความเกี่ยวข้อง (Documentary Research) ได้แก่ รัฐธรรมนูญ แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขระยะยาว 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 มติคณะรัฐมนตรี ข้อมูลการแถลงผลงานของรัฐบาลและเอกสารทางราชการที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ประชาสังคม (Civil Society): เป็นการวิเคราะห์ไปที่ลักษณะการสร้างข้อตกลงร่วมกัน (Consensus) หรือการสร้างชุดความคิดที่ช่วยจัดระเบียบทางอุโมงการณ์ให้กับกลุ่มสมาชิกในเครือข่าย ภายใต้ประเด็นการพัฒนาหรือการแก้ไขปัญหาในชุมชนเมืองให้ดียิ่งขึ้นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เช่น การลดอุบัติเหตุบนท้องถนนในเขตเมือง D-RTI (District Road Traffic Injury) การลดโรคกลุ่มเสี่ยง NCDs (โรคเบาหวาน-โรคมะเร็ง-โรคหลอดเลือดในสมอง ฯลฯ) และการดำเนินกิจกรรมอื่นตามเป้าหมายของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความเกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองท้องถิ่น เจ้าหน้าที่รัฐระดับปฏิบัติการของสำนักงานสาธารณสุข ภาคประชาชน และภาคเอกชนที่เป็นสมาชิกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

โดยการยึดครองพื้นที่สังคมการเมืองและพื้นที่ประชาสังคมภายใต้แนวคิดการครองอำนาจนำ นั้นสิ่งที่เป็นกลไกสำคัญเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดขึ้นบนพื้นที่การปฏิบัติการอย่างเป็นรูปธรรมคือกลไกของ ปัญญาชนซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ และอุดมการณ์ที่ยึดโยงกับเป้าหมายของกลุ่มชนชั้นทางสังคมแต่ละกลุ่มซึ่งจะเป็นส่วนต่อไปที่ผู้เขียนจะกล่าวถึงต่อจากนี้

แนวคิดปัญญาชน

การพัฒนาประเทศให้มีความก้าวหน้าได้นั้นสิ่งที่เป็นพื้นฐานคือการพัฒนาทางการศึกษาและ เศรษฐกิจเพื่อก่อให้เกิดปัญญาชนหรือผู้มีความรู้ในด้านต่าง ๆ เช่น ศิลปะ ดนตรี ประวัติศาสตร์ การแพทย์ ฯลฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นผู้มีความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมแต่ปัญญาชนในความหมายของกริมส์แตกต่างจากความหมายทั่วไปซึ่งไม่ติดอยู่กับความรู้ที่เป็นใบปริญญา จากค่านิยมในปัจจุบันเท่านั้นแต่ปัญญาชนเปรียบเสมือนตัวกลางที่มีความสัมพันธ์กับชนชั้นผู้ปกครอง และชนชั้นผู้ถูกกดขี่อยู่เสมอด้วยเหตุนี้จึงมีความยินยูนและกลายเป็นผู้ผลิตสร้างองค์ความรู้ (Explicit Knowledge) เพื่อถ่ายทอดหรือปลูกฝังให้กับกลุ่มคนอื่น ๆ หรือเรียกได้ว่าเป็นหน้าที่ของปัญญาชนในสังคม (Function of Intellectuals) ซึ่งถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมทางการเมือง การปลุกกระดมทางความคิด และการลงมือปฏิบัติบนเส้นทางของการครองอำนาจนำเพราะทุกคนสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลากริมส์เริ่มให้ความสำคัญกับปัญญาชนจากงานเขียนเรื่องในบางแง่มุมเกี่ยวกับคำถามทางตอนใต้ (Some Aspects of the Southern Question) ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างระบบอุตสาหกรรมในดินแดนทางเหนือของอิตาลี (Italy) กับฝั่งตอนใต้ที่เป็นพื้นที่ของเกษตรกรรมจนได้รับการพัฒนาอีกครั้งในสมุดบันทึกจากคุก (Prison

Notebooks) ปัญญาจนถึงมุมมองในฐานะของผู้จัดการแห่งมวลชน (Organizer of the mass of men) ทั้งในพื้นที่ของการผลิตจากโครงสร้างส่วนล่าง (เป็นการตอกย้ำว่ากรัမ်းซีเองไม่ได้ละทิ้งความสำคัญของโครงสร้างส่วนล่าง Base Structure) และโครงสร้างส่วนบน (Superstructure) แต่ถึงอย่างไรก็ตามกรัမ်းซีได้เน้นย้ำว่าทุกคนคือปัญญาชนแต่ไม่ใช่ทุกคนในสังคมที่จะมีหน้าที่ของการเป็นปัญญาชน (Coben, 1995, pp.41-42)

ในมุมมองของ Boone Shear (2008) ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญการศึกษาปัญญาชนในกรณีของการแสดงออกทางการเมืองในมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มิชิแกน (Western Michigan University) เมืองคาลามาซู (Kalamazoo) ประเทศสหรัฐอเมริกา (United State) จากสภาพสังคมในปัจจุบันที่มหาวิทยาลัย บริษัท และห้างร้านต่าง ๆ ได้เริ่มปรับลดอัตราการจ้างงานซึ่งทำให้ความเหลื่อมล้ำเพิ่มมากขึ้นจึงเกิดการรวมกลุ่มจัดกิจกรรมทางการเมืองในหมู่นักวิชาการและนักศึกษาฝ่ายซ้ายนำไปสู่การจุดประเด็นต่อต้านระบบทุนนิยมซึ่งก่อให้เกิดการเรียกร้องเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่ทางสังคม (การเรียกร้องของกลุ่มแรงงาน-กระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม) ความสำคัญการจัดกิจกรรมทางการเมืองในรูปแบบนี้คือการส่งต่อชุดความคิดเปรียบเทียบเสมือนเป็นการเปิดพื้นที่ให้เกิดการพัฒนาของปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้น (Organic Intellectual) การสร้างกระบวนการตอบโต้การครองอำนาจนำ (Counter Hegemony) ในพื้นที่ภาคปฏิบัติ (Intellectual Practice) จากการขยายตัวของอิทธิพลทางด้านเศรษฐกิจและการเมืองที่มีความสัมพันธ์กับพื้นที่ของเมืองและรัฐ

ปัญญาชนแบบกรัမ်းซีนั้นได้ช่วยเปิดพรหมแดนการทำความเข้าใจความซับซ้อนของรัฐ โดยงานของ Charles Kurzman และ Lynn Owens (2002) ได้ให้ความสำคัญกับหน่วยการวิเคราะห์ปัญญาชนทั้งแบบยึดโยงกับชนชั้น (Organic) และสามารถข้ามชนชั้นได้ (Traditional) มีความแตกต่างจากนักทฤษฎี Julien Benda และ Karl Mannheim ซึ่งมักจะตีความให้กลุ่มปัญญาชนแปลกแยกจากสมาชิกในสังคมหรือการที่ปัญญาชนมีเป้าหมายบางอย่างในอุดมคติเพื่อก้าวข้ามปัญหาทางสังคมที่เป็นอยู่แต่งงานของกรัမ်းซีเป็นการวิเคราะห์ไปที่ต้นกำเนิดในกลุ่มของชนชั้น (Class-bound) ซึ่งมองว่าปัญญาชนไม่ได้แตกต่างจากกลุ่มคนทั่วไปในแง่ของสติปัญญา แต่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจากวิชาชีพของตนเองทำให้เป้าหมายส่วนมากจึงสอดคล้องกับการรักษาผลประโยชน์ของชนชั้นที่ตนเองดำรงอยู่ขณะเดียวกันปัญญาชนอีกรูปแบบหนึ่งมีความเป็นอิสระไม่ติดอยู่กับกรอบโครงสร้างของชนชั้น เช่น นักบวชทางศาสนาของนิกายคาทอลิก (Catholic Clerics) แม้จะไม่มีอาวุธที่เป็นเครื่องมือทางกายภาพแต่สามารถส่งต่อชุดความเชื่อและความรู้ให้กลุ่มบุคคลที่ศรัทธาซึ่งอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและการเมืองภายในประเทศได้เช่นเดียวกับ

Diana Coben (1995) เสนอว่าปัญญาชนมีความสัมพันธ์กับการทำงานของชนชั้นที่เป็นการต่อสู้ทางอุดมการณ์ซึ่งส่วนหนึ่งถูกส่งผ่านปัญญาชนแบบข้ามชนชั้นโดยเฉพาะในรูปแบบชุดของความคิดสำหรับกริมซีแล้วการมีอยู่ของปัญญาชนไม่ใช่การแก้ไขปัญญาในเรื่องของชนชั้นโดยตรงแต่เป็นการมองไปที่พื้นที่ความเป็นจริงทางการเมือง (Political Reality) ซึ่งมักจะมีคู่แข่งอยู่เสมอหน่วยวิเคราะห์ดังกล่าวจึงทำให้เราเห็นภาพการแบ่งกลุ่มก่อนทางการเมืองได้ชัดเจนขึ้นนอกจากนี้กลุ่มชนชั้นผู้ถูกกดขี่จำเป็นต้องพัฒนาปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้นให้มีกรอบความคิดทางการเมืองชุดเดียวกันเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการก่อรูป (Creation) กระบวนการครองอำนาจนำในอนาคตโดยเฉพาะความเป็นผู้นำ (Leadership) ในทัศนะของกริมซีไม่ได้หมายถึงเรื่องของอำนาจ (Hierarchy) แต่เป็นลักษณะของกิจกรรมทางการเมืองที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งซึ่งมีความสอดคล้องกับปรากฏการณ์ทางการเมืองขณะนั้น

การศึกษาหน่วยการวิเคราะห์ปัญญาชนแบบกริมซีสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ส่วนแรกปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้น (Organic Intellectual) เป็นลักษณะของปัญญาชนที่ถูกผูกติดอยู่กับชนชั้นมีความเชี่ยวชาญเฉพาะในวิชาชีพของตนเองซึ่งเป็นกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญภายในโครงสร้างองค์กร (Whalebone) เช่น ช่างเทคนิคในบริษัท นักเศรษฐกิจการเมือง สมาคมที่ปรึกษาทางด้านเศรษฐกิจของเอกชน นักวิเคราะห์นโยบายของพรรคการเมือง ฯลฯ ดังนั้นเป้าหมายหลักของปัญญาชนกลุ่มนี้คือการรักษาผลประโยชน์ของชนชั้นรวมไปถึงการเป็นผู้ผลักดันวัฒนธรรมทางความคิด (Culture Leader) ในกลุ่มสังคมของตนเองให้สอดคล้องกับสังคมส่วนใหญ่ ส่วนสุดท้ายปัญญาชนที่ข้ามชนชั้นได้ (Traditional Intellectual) เป็นรูปแบบของตัวแสดงที่มีอิสระของตนเองทำให้การแสวงหาผลประโยชน์ไม่ได้ผูกติดอยู่กับโครงสร้างของชนชั้นในทางสังคม (Independent of The Dominant Social Group) เช่น ครู นักปราชญ์ท้องถิ่น อาจารย์มหาวิทยาลัย นักวิชาการอิสระ ฯลฯ ปัญญาชนประเภทนี้สามารถผลิตสร้างประวัติศาสตร์ของตนเองและส่งต่อให้กับชนชั้นอื่นก่อให้เกิดความสัมพันธ์ในรูปแบบร่วมสมัยทางประวัติศาสตร์ด้วยความเป็นอิสระเหนือชนชั้นอื่นจึงเป็นจุดอ่อนอีกประการหนึ่งที่อาจถูกชักจูงให้เป็นเครื่องมือของชนชั้นปกครองได้กริมซีได้ให้ความสำคัญกับเรื่องปัญญาชนจากผู้เขียนได้นำเสนอทั้งในรูปแบบของปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้นและปัญญาชนที่ข้ามชนชั้นได้ (Organic/Traditional) เพราะเป็นกลไกสำคัญสำหรับกระบวนการครองอำนาจนำทั้งในมิติของผู้ปกครองและผู้ถูกกดขี่ที่สามารถสร้างการแสดงออกทางการเมือง การปลุกฝั่งค่านิยม การสร้างชุดอุดมการณ์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการติดอาวุธทางความคิดที่เป็นส่วนหนึ่งในขั้นตอนการสร้างกลุ่มประวัติศาสตร์ (Historical Bloc) ซึ่งเป็นสถานะที่กลุ่มชนชั้นเชื่อมโยงกัน

ทั้งในด้านจริยธรรม เศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรมล้วนมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการรวมตัวทางสังคม (Social Formation) นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของรัฐหรือการต่อสู้ทางความคิดกับฝ่ายตรงข้ามซึ่งอาจจะทำให้เกิดกลุ่มประวัติศาสตร์ทางเลือกได้เช่นเดียวกัน (Alter-native Historical Bloc) ในอีกมุมหนึ่งอาจทำให้สิ่งที่เป็นเรื่องนามธรรมดังเช่นการล้มล้างผู้ปกครองรัฐนำไปสู่ภาคปฏิบัติที่กลายเป็นการครองอำนาจนำได้ในที่สุด (Coben, 1995, pp.43-44; Buddhakrasa, 2014, pp.63-64; วัชรพล พุทธรักษา, 2557ค, น.168-173; กาญจนา แก้วเทพ, 2541, น.93-95)

งานวิจัยชิ้นนี้ในส่วนของวิเคราะห์ผู้เขียนได้ให้ความสำคัญกับปัญญาชน (Intellectual) ในฐานะเป็นกลไกที่คอยขับเคลื่อนการดำเนินโครงการให้เกิดขึ้นจริงในภาคพื้นของการปฏิบัติ (Practice) ทั้งในส่วนของปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้น (Organic Intellectual) เช่น เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข ตัวแทนภาคประชาชน ตัวแทนภาคเอกชน และเจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขณะเดียวกันปัญญาชนที่ข้ามชนชั้นได้ (Traditional Intellectual) เช่น นักวิชาการสาธารณสุข วิทยากรและผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพ อาจารย์มหาวิทยาลัยที่มีส่วนร่วมในการจัดอบรมหรือผู้ให้ความรู้กับโครงการ และปราชญ์ชาวบ้านในพื้นที่ โดยทำการวิเคราะห์จากเอกสารชั้นต้น (Primary Documents) เอกสารชั้นรอง (Secondary Documents) และการสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Interview) ความสำคัญจึงอยู่ที่บทบาทของปัญญาชน (Function) ในรูปแบบการส่งต่อชุดความรู้ การปลูกฝังค่านิยม การลงมือปฏิบัติรวมไปถึงการเป็นแกนนำสำหรับการจัดการด้านสุขภาพนั้นมีรูปแบบอย่างไร ซึ่งมีความสัมพันธ์กับกลยุทธ์ ระเบียบวิธี และขั้นตอนการปฏิบัติดำเนินงานภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนา

หากมองย้อนกลับมาถึงนโยบายศึกษา (Policy Studies) จากมุมมองทางด้านเศรษฐศาสตร์ (Economics) จะมุ่งเน้นไปที่ระบบตลาดทำงานอย่างไรภายใต้การดำเนินนโยบายเพื่อให้เกิดการจ้างงานหรือระดับการจัดเก็บภาษีจะเพิ่มมากขึ้นเพียงใดหากดำเนินนโยบายดังกล่าวทั้งในระดับเศรษฐศาสตร์จุลภาค (Micro Economics) เศรษฐศาสตร์มหภาค (Macro Economics) ซึ่งให้ความสำคัญกับการศึกษาในมิติของภาครัฐ (Public Sector) และทางเลือกของการกำหนดนโยบายสาธารณะ (Public Choice) ที่เป็นแนวทางการศึกษาในรูปแบบชิคาโกสคูล (Chicago School) ความสำคัญส่วนใหญ่จึงอยู่ที่การวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อรัฐ (Cost-Benefit Analysis) ในทางตรงกันข้ามการศึกษาด้านรัฐศาสตร์ (Political Science) จะให้ความสำคัญกับปัจจัยทางด้านการเมืองที่ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะใน

กลุ่มตัวแสดงและกลุ่มของสถาบันนำไปสู่การศึกษาของตัวแบบเหตุผล (Rational Model) พฤติกรรมทางการเมือง (Political Behavior) กระบวนการตัดสินใจ (Decision Making) ฯลฯ เป้าหมายการศึกษาส่วนใหญ่จึงอยู่ที่การทำความเข้าใจนโยบายสาธารณะมีรูปแบบอย่างไร ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ของสมาชิกในรัฐบาล ขณะเดียวกันการศึกษาในปัจจุบันได้ขยายไปสู่ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายภายในรัฐซึ่งแสดงให้เห็นถึงอำนาจทางการเมืองที่ลดลงจากบทบาททางการเมืองระหว่างประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นการเมืองและนโยบายสาธารณะจึงเป็นภาพสะท้อนโครงสร้างทางสังคมของรัฐว่าใครนั้นได้รับอะไร เมื่อไหร่ และอย่างไร

ขณะเดียวกันรูปแบบและขั้นตอนของการวิเคราะห์จึงไม่ได้พยายามสร้างกฎหรือทฤษฎีที่ตายตัว (Iron Law) แต่สิ่งที่นำมาศึกษาต้องแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงกับปรากฏการณ์ทางการเมือง การศึกษานโยบายสาธารณะจึงไม่ได้ถูกจำกัดอยู่แค่การหาผลลัพธ์เชิงประจักษ์จากการตรวจสอบโครงการหรือกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อรัฐบาลส่วนกลางเพียงอย่างเดียว เพราะการเมืองเป็นความหลากหลายในสังคมของมนุษย์ ปัญหาหลักของนโยบายศึกษาในพื้นที่ของความเป็นรัฐศาสตร์คือวิธีการอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างโครงสร้าง (Structure) และผู้กุมอำนาจ (Agency) นั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างไร หรือมีความเป็นเหตุเป็นผลกันอย่างไร ภายใต้การปฏิบัติการปรับปรุง และสถานะที่เป็นอยู่ในการดำเนินโครงการนำไปสู่สิ่งซึ่งขาดหายไปคือความเป็น “รัฐศาสตร์” ที่เกี่ยวข้องกับความคิดทางการเมือง อุดมการณ์ทางการเมือง และทัศนคติทางการเมือง ฯลฯ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลโดยตรงต่ออำนาจ ผลประโยชน์ ความสำเร็จของการดำเนินนโยบายและการเลือกตั้งใหม่ในอนาคตซึ่งสัมพันธ์กับทิศทางการนโยบาย (Pierre, 2006, pp. 481-485; Stoker, Peters, and Pierre, 2015, pp.481-486)

จากที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงข้างต้นกรอบแนวคิดของงานวิจัยชิ้นนี้จึงไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การประเมินประสิทธิภาพหรือการสำรวจผลสำเร็จของโครงการเพียงอย่างเดียว แต่ต้องการศึกษาพลวัตความเปลี่ยนแปลงในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ภายใต้เครือข่ายความร่วมมือของภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชนเพื่อดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิราม **ความสัมพันธ์ (Relation)** ดังกล่าวจึงนำไปสู่เป้าหมายการดำเนินกิจกรรมของชุมชนผู้เขียนจึงได้ใช้แนวคิดระบอบนคร (Urban Regime) เพื่อวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีลักษณะอย่างไรภายใต้เป้าหมายการออกแบบโครงการจากรัฐบาลส่วนกลางที่ต้องการให้เป็นเครือข่ายของความร่วมมือจากทุกภาคส่วน (Horizontal) ขณะเดียวกันด้านการดำเนินงานยังคงต้องประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย

ซึ่งเป็นระบบโครงสร้างทางราชการ (Structure) ส่วนนี้ผู้เขียนต้องการศึกษา *การใช้อำนาจ (Power)* ที่เกิดขึ้นเพื่อสั่งการหรือขับเคลื่อนการดำเนินงานของโครงการนั้นมีลักษณะเช่นใดทั้งในมิติที่เป็นทางการ (Formal) และไม่เป็นทางการ (Informal) ภายใต้การประยุกต์ใช้แนวคิดการครองอำนาจนำ (Hegemony) และแนวคิดปัญญาชน (Intellectual) เพื่อวิพากษ์นโยบายการส่งเสริมสุขภาพของรัฐไทยโดยมองผ่านกรอบการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

สรุป

งานวิจัยเรื่อง “**การเมืองของระบอบสุขภาพเขตเมือง: กรณีศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตเทศบาลนครจังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ.2561-2565)**” ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการเลือกกรอบแนวคิดเพื่อศึกษาลักษณะของเมืองซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัต โดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมของกลุ่มตัวแสดงซึ่งส่งผลต่อการกำหนดทิศทางนโยบายสาธารณะของเมืองและชุมชนท้องถิ่นสามารถพิจารณาเพิ่มเติมได้ในแผนภาพที่ 1 กรอบความคิดรวบยอด (Conceptual Framework) หน้าที่ 63 ด้านล่างนี้

จากแผนภาพกรอบความคิดรวบยอดจะเห็นได้ว่าผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดและทฤษฎีที่ได้นำมาเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ ได้แก่ **แนวคิดระบอบนคร (Urban Regime)** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงต่าง ๆ (Relation) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมร่วมกันภายใต้บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยพื้นที่ของความสัมพันธ์มีทั้งส่วนที่เป็นทางการ (Formal) เช่น กฎระเบียบ แผนงาน ลำดับการสั่งการ ขั้นตอน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ฯลฯ ในทางตรงกันข้ามการดำเนินนโยบายสาธารณะหรือโครงการของรัฐไม่ได้จำกัดเฉพาะส่วนที่เป็นทางการเท่านั้นเพราะโครงสร้างทางสังคมปัจจุบันมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น (Complex) เบื้องหลังการขับเคลื่อนกิจกรรมจึงมีส่วนที่ไม่เป็นทางการ (Informal) เช่น วัฒนธรรม ค่านิยม กระบวนการสื่อสาร ผลประโยชน์ของกลุ่มตัวแสดง และเครือข่ายทางการเมือง ดังนั้นแนวคิดระบอบนครจึงไม่ได้ปฏิเสธความสำคัญของส่วนที่เป็นทางการแต่ได้ชี้ให้เห็นถึงความโดดเด่นของส่วนที่ไม่เป็นทางการโดยเฉพาะพื้นที่ของความเป็นเมืองที่สภาพแวดล้อมในปัจจุบันประกอบไปด้วยตัวแสดงที่หลากหลายและส่งผลต่อการดำเนินนโยบายสาธารณะภายใต้องค์ประกอบที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ระบบราชการและการจัดการปกครอง ความสามารถ

ในการบริหารความร่วมมือ พื้นที่ระดับปฏิบัติการและบทบาทของตัวแสดง และบรรทัดฐานและผลลัพธ์ของความร่วมมือ

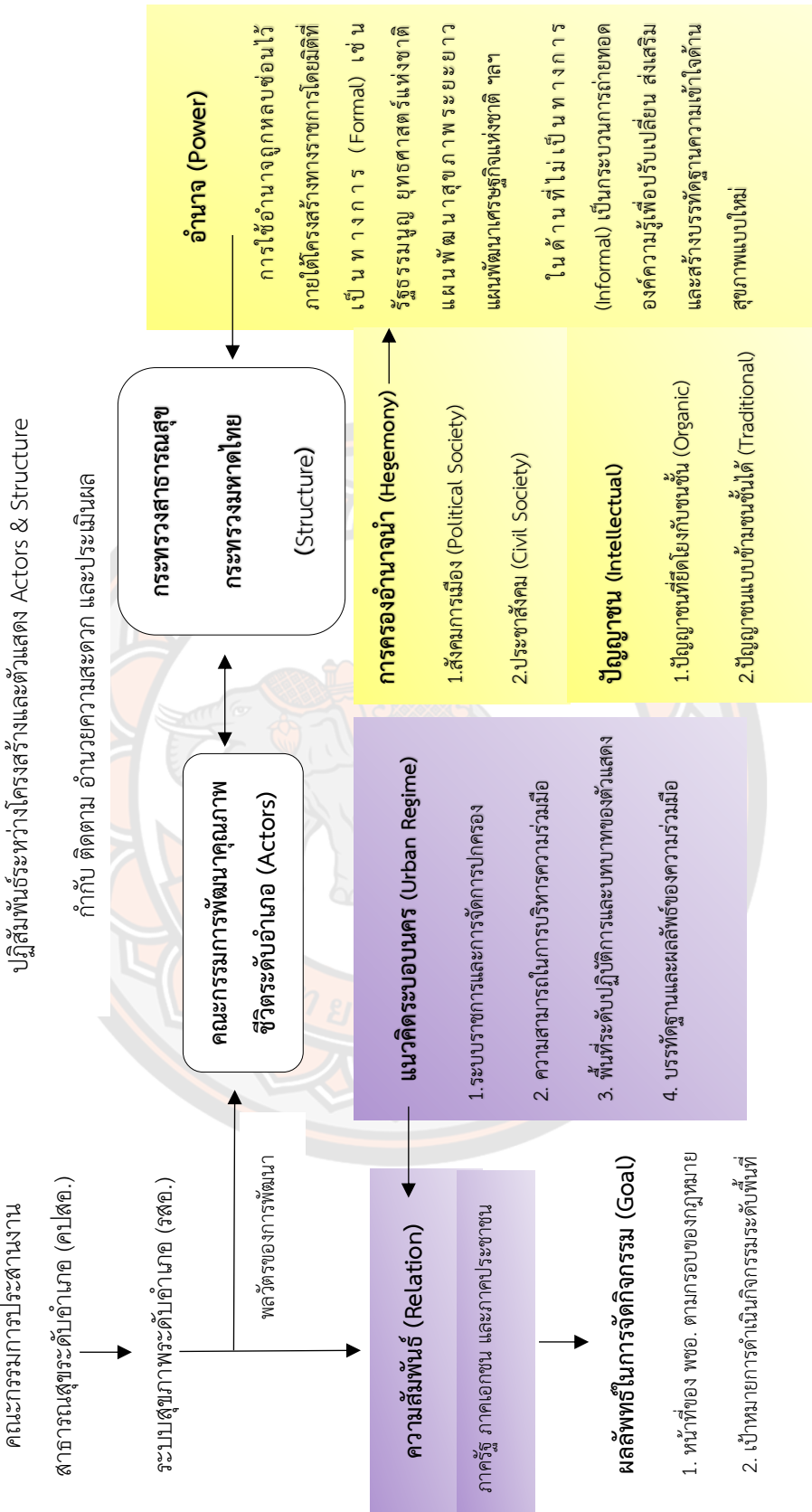
ส่วนต่อมาเพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์เชิงอำนาจในมิติทางการเมืองเพราะทุกความสัมพันธ์ย่อมมีการใช้อำนาจหลบซ่อนอยู่ผู้วิจัยเลือกใช้**แนวคิดการครองอำนาจ (Hegemony)** เข้ามาศึกษาจากพื้นที่สังคมการเมือง (Political Society) ซึ่งเกี่ยวข้องกับโครงสร้างของรัฐที่ใช้อำนาจอย่างเป็นทางการ (Formal Power) หรือเป็นการใช้อำนาจด้วยการบังคับ (Coercion) ผ่านกรอบของกฎหมาย เช่น แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ 20 ปี แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระยะยาว 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 ที่ส่งผลต่อเป้าหมายของการดำเนินโครงการให้สอดคล้องกับความต้องการของรัฐ ทั้งในระดับของรัฐบาลส่วนกลาง กระทรวง และท้องถิ่นควบคู่กับพื้นที่ประชาสังคม (Civil Society) เป็นความพยายามสร้างความยินยอมพร้อมใจ (Consent) การใช้อำนาจส่วนนี้จึงมีลักษณะที่ไม่เป็นทางการ (Informal Power) เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ปรับเปลี่ยน ส่งเสริม และสร้างบรรทัดฐานความเข้าใจด้านสุขภาพแบบใหม่เพื่อลดปัญหาจำนวนคนป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในสถานพยาบาลของรัฐจึงมีความพยายามปลูกฝังค่านิยมใหม่ให้กับประชาชน โดยมองว่าการจัดการเรื่องสุขภาพไม่ใช่หน้าที่ของบุคลากรทางแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่การแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องควรเริ่มต้นจากคนป่วยหรือประชาชนต้องดูแลสุขภาพของตนเองเป็นหลักสอดคล้องกับกลยุทธ์ ระเบียบวิธี และขั้นตอนการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ขณะเดียวกันการดำเนินโครงการของรัฐจะไม่ประสบความสำเร็จหากขาดปัญญาชนที่เป็นผู้ขับเคลื่อนกิจกรรม ดังนั้นผู้วิจัยได้เลือกใช้**แนวคิดเรื่องปัญญาชน (Intellectual)** ประกอบไปด้วยปัญญาชนแบบยึดโยงกับชนชั้น (Original) และปัญญาชนที่สามารถข้ามชนชั้นได้ (Traditional) เป็นอีกกลไกหนึ่ง ภายใต้กระบวนการครองอำนาจนำที่ช่วยส่งเสริมให้เป้าหมายของผู้ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น โดยการส่งผ่านชุดความคิดที่ยึดโยงกับชนชั้นในสังคมเพื่อนำไปสู่ภาคการปฏิบัติ (Practice) บนพื้นที่ของความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างทางสังคมและการเมือง จากการใช้อำนาจที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการภายใต้ความสัมพันธ์ของเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การเลือกใช้กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระเบียบนคร การครองอำนาจนำ และปัญญาชนภายใต้การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางสังคมของผู้วิจัย จึงเป็นความพยายามตอบคำถามงานวิจัยหลัก 3 ข้อ ได้แก่ 1. ระเบียบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่นมีรูปแบบการก่อตัวในพื้นที่ระดับปฏิบัติการที่เหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร 2. ภายหลังจากเกิดขึ้นของคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอนั้นส่งผลต่อมุมมองทางด้านสุขภาพของชุมชนอย่างไร 3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมียุทธศาสตร์อย่างไรในระบอบสุขภาพเมืองดังกล่าวระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง 2565 เพื่อสร้างความเข้าใจการดำเนินนโยบายสาธารณะของรัฐให้เพิ่มมากขึ้น ในปัจจุบันที่จะถูกกล่าวถึงในส่วนต่อไป



ภาพที่ 1 กรอบความคิดรวบยอด (Conceptual Framework)



บทที่ 4

พัฒนาการประวัติศาสตร์ระบบสาธารณสุข: การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง

หากมองย้อนกลับไปยังการก่อรูปของระบบสาธารณสุขก่อนการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2545 และการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 บทบาทของรัฐเน้นไปที่การรวมศูนย์กลางอำนาจทางสุขภาพไว้ที่ส่วนกลางเป็นหลัก โดยเริ่มมีการจัดตั้งโรงพยาบาลศิริราชพยาบาลในปี พ.ศ. 2429 การจัดระบบสุขภาพภิบาล การก่อตั้งกรมพยาบาลในปี พ.ศ. 2431 และการจัดตั้งโรงเรียนสอนวิชาแพทย์แบบตะวันตกที่ได้รับการสนับสนุนให้มีความทันสมัยจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ในช่วงสมัยรัชกาลที่ 6 (Rockefeller Foundation) และได้รับอิทธิพลจากกลุ่มมิชชันนารี (Missionary) ซึ่งเข้ามาเผยแพร่ศาสนาและได้นำเอาวิธีการรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน (Conventional Medicine) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนในเขตพื้นที่ห่างไกลเพื่อดึงดูดให้ผู้คนหันมานับถือศาสนาตามความเชื่อของตน จนนำไปสู่การก่อตั้งสถานพยาบาลในหลายจังหวัด เพื่อให้บริการทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552ก, น.1-3)

ความมั่นคงของรัฐนอกเหนือจากการส่งเสริมโครงสร้างทางเศรษฐกิจ ขนาดของกองทัพ นวัตกรรมทางเทคโนโลยี ระบบสาธารณสุขบิโภาค ฯลฯ ยังมีสิ่งที่จำเป็นสูงสุดขั้นพื้นฐานคือการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ ดังนั้นเนื้อหาของบทนี้ผู้เขียนจึงให้ความสำคัญกับการวางรากฐานและการพัฒนาเฉพาะส่วนกลไกที่มีความสำคัญเพื่อพัฒนาโครงสร้างระบบสาธารณสุขมูลฐานของรัฐไทย โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพและสร้างจิตสำนึกทางสุขภาพให้กับประชาชน จนเกิดโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นประเด็นหลักของการศึกษาในงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ **ส่วนแรก** ช่วงการก่อตัวระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2475 ถึง 2539: ภายหลังการสถาปนากระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นทางการรูปแบบการพัฒนาโครงสร้างระบบสาธารณสุขช่วงนี้เน้นไปที่การขยายสถานพยาบาล (โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลระดับอำเภอ สถานีอนามัย) และการผลิตบุคลากรทางแพทย์เพื่อรองรับการขยายตัวในอนาคตซึ่งถูกระบุไว้เป็นเป้าหมายการพัฒนาเร่งด่วนนับตั้งแต่การเกิดขึ้นของแผนพัฒนาการสาธารณสุข (Action Plan) จนครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศในปี พ.ศ. 2530 โดยภาครัฐได้ส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมจิตอาสา (Volunteer) ในพื้นที่ของชุมชนท้องถิ่นเพื่อช่วยพัฒนาระบบสุขภาพมูลฐานอีกทางหนึ่ง

ส่วนที่สอง ระบบสาธารณสุขกับสังคมไทยในยุคปัจจุบัน พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2565: เมื่อสถานพยาบาลเริ่มมีความพร้อมในการให้บริการจึงนำไปสู่การพัฒนาเชิงนโยบาย หน่วยงาน และพระราชบัญญัติทางด้านสุขภาพ เช่น การเกิดขึ้นของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สมัชชาสุขภาพพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติตั้งนั้นรูปแบบการดำเนินการโครงการหรือกิจกรรมในขอบเขตพื้นที่สาธารณสุขมูลฐานจึงปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การรวมศูนย์อำนาจในการสั่งการจากกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลส่วนกลางเป็นการดึงศักยภาพเชิงพื้นที่ซึ่งถูกสะท้อนจากแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ (เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์) และการออกแบบโครงการทางสุขภาพในปัจจุบันซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ช่วงก่อตั้งระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2475 - พ.ศ. 2539

การเปลี่ยนแปลงการปกครองภายใต้การนำของคณะราษฎรในปี พ.ศ. 2475 (People's Party) ได้มีส่วนในการกำหนดทิศทางการพัฒนาโครงสร้างระบบสุขภาพให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นจากการดำเนินงานส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับกรมพยาบาลสังกัดกระทรวงธรรมการที่ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2431 โดยมีบทบาทหน้าที่ เช่น การดูแลภาระงานของศิริราชพยาบาล ให้ความรู้การศึกษาวิชาแพทย์กับโรงเรียนแพทยากร กำกับ ดูแล และส่งเสริมโรงพยาบาลในหน่วยงานของรัฐ ก่อตั้งโรงเรียนนางผดุงครรภ์ปี พ.ศ. 2439 ก่อตั้งโอสถศาลารัฐบาล (คลังสะสมยา) และกองแพทย์เพื่อทำหน้าที่ป้องกันโรคระบาดเวลาต่อมาจึงถูกพัฒนากลายเป็นกรมสาธารณสุขสังกัดกระทรวงมหาดไทยในปี พ.ศ. 2461 เพื่อให้การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่กระจายอยู่ตามเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีความคล่องตัวในการจัดการอย่างเป็นระบบ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2545, น.62-63) ดังนั้นช่วงการก่อตั้งของกระทรวงสาธารณสุขจึงสามารถแบ่งแยกได้เป็น 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1. ด้านโครงสร้าง (Structure) 2. การจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขภาพ (Action Plan) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง

ภายหลังการขึ้นดำรงตำแหน่งของนายกรัฐมนตรีคนแรกของประเทศพระยามโนปกรณนิติธาดาได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับชั่วคราว พ.ศ. 2475 ซึ่งทำให้เกิดพระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ. 2476 ที่มีแกนนำหลักในการออกแบบคือปรีดี พนมยงค์ และหม่อมเจ้าวรรณกร วรธรรม โดยมีความสำคัญในมิติทางด้านสุขภาพให้เทศบาลนั้นทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข

และความปลอดภัยของประชาชนรวมไปถึงการทำหน้าที่เป็นสื่อกลางสำหรับการถ่ายทอดรูปแบบทาง การเมืองที่กำลังจะมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต โดยมีความพยายามกระจายหน่วยบริการทางสุขภาพที่ ถูกสะท้อนจากการจัดตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขและการแพทย์ในปี พ.ศ. 2477 นำไปสู่การเกิดขึ้น ของ*โครงการอนามัยหัวเมือง* เป้าหมายหลักคือการสนับสนุนความรู้การแพทย์สมัยใหม่ให้ครอบคลุม ทุกพื้นที่ทั่วประเทศแม้ในด้านงบประมาณการจัดสร้างโรงพยาบาลหลักขนาดใหญ่ของแต่ละจังหวัด ยังคงเป็นเรื่องที่ทำให้เกิดขึ้นได้ยากแต่ได้กำหนดให้มีหน่วยสถานพยาบาลขั้นพื้นฐาน 6 รูปแบบในทุก จังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลชั้นที่ 1 โรงพยาบาลชั้นที่ 2 โรงพยาบาลชั้นที่ 3 สุขศาลาชั้นที่ 1 สุขศาลาชั้นที่ 2 และหน่วยอนามัยเคลื่อนที่เพื่อให้บริการทางสุขภาพขั้นพื้นฐานกับประชาชนที่อยู่ ห่างไกล (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2561, น. 217-226; ชาติชาย มุกสง, 2563, น. 193-197)

ความพยายามขยายระบบสาธารณสุขมูลฐานถูกพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองต่อ นโยบายการสร้าง*รัฐเวชกรรม*โดยให้รัฐเป็นผู้ดูแลสุขภาพของประชาชนเพื่อกลายเป็นพลเมืองที่เข้ม แข็งของรัฐต่อมาจึงเร่งขยายโรงพยาบาลให้ครบทุกพื้นที่ทั่วประเทศตาม “นโยบายอวดธง” เป้าหมาย หลักคือต้องการแสดงให้เห็นถึงเกียรติภูมิของชาติให้กับประเทศเพื่อนบ้านที่กลายเป็นอาณานิคม ตะวันตกโรงพยาบาลที่สร้างขึ้นช่วงเริ่มต้น ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดหนองคาย และจังหวัด นครพนมซึ่งเป็นพื้นที่อยู่ติดกับเขตอาณานิคมของฝรั่งเศส ในช่วงเวลานั้น การขึ้นดำรงตำแหน่ง นายกรัฐมนตรีของจอมพล ป. พิบูลสงครามกับภาพลักษณ์ผู้นำทางทหารที่กำลังขับเคลื่อนระบอบเก่า ไปสู่ความเป็นประชาธิปไตยตามความตั้งใจของกลุ่มคณะราษฎร (People's Party) ได้เริ่มก่อรูปความ มั่นคงให้กับระบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมภายหลังการออกประกาศราชกิจจานุเบกษาตอนที่ 16 เล่ม 59 วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2485 มีผลให้ยกสถานะจากกรมสาธารณสุขที่อยู่ในสังกัด กระทรวงมหาดไทยเป็น “กระทรวงสาธารณสุข” (Ministry of Public Health) เพื่อต้องการ จัดระบบการบริการทางด้านสุขภาพที่กระจายอยู่ตามหน่วยงานต่าง ๆ ให้มีศูนย์กลางจุดเดียวกัน เช่น กรมประชาสงเคราะห์ กองสุขาภิบาล กรมพลศึกษาการสาธารณสุขและการแพทย์ของเทศบาล กองเภสัชกรรมและโรงงานเภสัชกรรมไทยของกรมวิทยาศาสตร์ ฯลฯ โดยบริบททางการเมืองระหว่าง ประเทศในช่วงเวลานั้น เป็นการแข่งขันกันทางเทคโนโลยีทั้งทางทหารและการสื่อสารเพื่อเป้าหมายใน การชนะสงครามระหว่างฝ่ายสัมพันธมิตร (Allies) และฝ่ายอักษะ (Axis) การให้ความสำคัญกับปัจจัย ทางด้านสุขภาพจึงถูกตั้งคำถามว่าจะช่วยให้รัฐมีความเข้มแข็งได้อย่างไรส่งผลทำให้ตำแหน่งรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุขมีความไม่มั่นคงการดำเนินงานส่วนใหญ่ยังคงติดปัญหาในด้านการสั่งการและ

ความสับสนในบทบาทหน้าที่ของตนเอง (ชาติชาย มุกสง, น.8; สำนักงานคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ, ม.ป.ป.)

จากปัญหาดังกล่าวในช่วงยุคของจอมพล ถนอม กิตติขจร และเกิดเหตุการณ์ทำรัฐประหารตนเอง จึงได้เริ่มปรับปรุงโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขอีกครั้งในช่วงปี พ.ศ. 2514 และ 2517 (การปรับปรุงส่วนราชการครั้งที่ 1 - 2) โดยกระจายภาระงานที่ไม่เกี่ยวข้องของกรมการแพทย์และอนามัยให้อยู่กับกรมอื่น ๆ ในกระทรวงนอกจากนี้ได้เกิดกองวิชาการ กองแผนงานสาธารณสุข และ กองระบาดวิทยา (กองที่มีภารกิจเฉพาะเจาะจง) เพื่อให้สอดคล้องกับการรักษาพยาบาลควบคู่กับการป้องกันโรคจึงได้มีการพัฒนาแผนงานสาธารณสุขที่ประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพจากสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (เกิดการควมรวมพันธกิจของกองแผนงานและกองสถิติสาธารณสุข) เป็นพื้นฐานสำคัญให้กับกรรับมือปัญหาทางสุขภาพในปัจจุบัน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547ก, น.351-358) ความขัดแย้งทางการเมืองภายในประเทศ ได้ยกระดับความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจากเฮลิคอปเตอร์เบลล์ของกองทัพตกที่อำเภอบางเลนจังหวัดนครปฐมซึ่งถูกเรียกว่าเหตุการณ์บันทึกลับจากทุ่งใหญ่เพราะมีการตรวจพบซากสัตว์จำนวนมากจึงถูกเชื่อมโยงกับความน่าเชื่อถือของรัฐบาลจนเป็นชนวนเหตุสำคัญให้เกิดการประท้วงครั้งใหญ่ของกลุ่มนักศึกษาและประชาชนจำนวนมากในวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ.2516 ภายใต้โครงสร้างทางสังคมที่ถูกครอบงำจากเผด็จการทางทหารในช่วงยุค 3 จอมพล ได้แก่ ถนอม กิตติขจร สฤษดิ์ ธนะรัชต์ และ ประภาส จารุเสถียรเป็นระยะเวลายาวนานมากกว่า 16 ปี ภายหลังจากเหตุการณ์สงบลงพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 9) ได้แต่งตั้ง นายสัญญา ธรรมศักดิ์ อธิการบดีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีจนนำไปสู่การเกิดขึ้นของรัฐธรรมนูญฉบับที่ 10 แห่งราชอาณาจักรไทย ในปี พ.ศ. 2517 ซึ่งมีความสำคัญในมาตราที่ 92 กำหนดให้รัฐต้องสนับสนุนการรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า (เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลในมิติของการสงเคราะห์) เป็นการทำให้ “รัฐ” ตระหนักถึงหน้าที่ของตนเองในการดูแลประชาชนในอีกมุมหนึ่งเป็นการจำกัดอำนาจของรัฐไม่ให้อำนาจล้นมือหรือเสรีภาพของพลเมืองรัฐเองจึงมี “หน้าที่” ให้บริการแก่ประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น (ฐิติรัตน์ เกียรติบำรุง และคณะ, 2564, น. 56)

การพัฒนาโครงสร้างระบบสุขภาพมูลฐาน (Primary Health Care) ในประเทศไทยเริ่มพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมนอกเหนือจากการมีหน่วยบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล สถานีอนามัย สุขศาลา) ในช่วงปี พ.ศ. 2520 ได้เกิดตำแหน่งที่สำคัญในฐานะเป็นกลไกขับเคลื่อนเชิงพื้นที่คือผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเป็นบุคคลที่ได้รับการ

คัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละชุมชนและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) สอดคล้องกับการขยายตัวของโรงพยาบาลที่ครบทุกจังหวัด (77 แห่ง จาก 72 จังหวัด) ภายใต้การให้ความช่วยเหลือจากรัฐบาลสหรัฐฯ เวลาต่อมาผลจากการประชุมสมาชิกองค์กรอนามัยโลกสมัยที่ 32 ณ เมืองอัลมาต่า (Alma-Ata) สหภาพโซเวียต พ.ศ. 2521 ได้มีมติร่วมกันในการให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพชุมชนส่งผลทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าที่ยึดหลักปฏิบัติ 5 ข้อ ดังนี้

1. เพื่อขยายความครอบคลุมบริการสุขภาพต่าง ๆ ให้ประชาชนในชนบทที่ขาดแคลนบริการ
2. มุ่งใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชนและปลูกเร้าให้มีความร่วมมือจากชุมชนในงานพัฒนาสุขภาพ
3. ส่งเสริมให้มีขั้นตอนการกระจายข่าวสารทางด้านสาธารณสุขเข้าสู่ท้องถิ่นพร้อมทั้งรวบรวมความต้องการส่วนบุคคลหรือชุมชนเพื่อส่งต่อมาถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
4. เพื่อให้มีการสาธารณสุขพื้นฐานทุกประเภทบริการประชาชนได้อย่างทั่วถึงในลักษณะที่ยอมรับ เข้าใจ และเหมาะสมกับสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม
5. เพื่อแก้ไขปัญหาการรับประทานยาไม่เหมาะสมและการบริโภคยาเกินความจำเป็นในกลุ่มประชาชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2521 อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2561, น.299-300)

หลักการดังกล่าวทำให้กระแสการพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐานเด่นชัดมากยิ่งขึ้นทั้งในส่วนของ การเร่งขยายโรงพยาบาลประจำอำเภอและสถานีอนามัยซึ่งถูกให้ความสำคัญในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4-5 (พ.ศ. 2521 - พ.ศ. 2529) จนมีสถานพยาบาลเกิดขึ้นมากกว่า 616 แห่ง แต่ยังคงพบกับปัญหาการขาดแคลนงบประมาณ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ และการประสานความร่วมมือกับชุมชน (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2532, น.17-22 อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ เผือกสม, น.295) ต่อมาตามระเบียบของราชกิจจานุเบกษา 100 ร.จ.45 ตอนที่ 23 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2526 บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ขยายเพิ่มมากขึ้น สามารถประกอบโรคศิลปะและใช้ยาทางการแพทย์ได้ ภายใต้ความควบคุมของเจ้าหน้าที่รัฐพร้อมทั้งมีการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านขึ้นทั่วประเทศทำให้ลักษณะการบริหารโครงสร้างของระบบสุขภาพเน้นไปที่การรักษาควบคู่กับการป้องกันโรคโดยให้โรงพยาบาลประจำจังหวัดอยู่ในขอบเขตขององค์การบริหารส่วนจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนอยู่กับเทศบาล และสถานีอนามัยดูแลขอบเขตขององค์การบริหารส่วนตำบล (วิชัย โชควิวัฒน์, 2545, น.72-73)

ภายในปี พ.ศ. 2530 ประเทศไทยจึงสามารถขยายโรงพยาบาลประจำอำเภอและสถานีอนามัยได้ครบทุกพื้นที่ทั่วประเทศทั้งในระดับของอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ในปี พ.ศ. 2535 บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง (ปรับปรุงส่วนราชการครั้งที่ 3) ด้วยโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่เติบโตอย่างรวดเร็วทำให้มีโรงพยาบาลเอกชนขยายตัวเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากเป็นทางเลือกเพิ่มเติมให้กับประชาชนกระทรวงสาธารณสุขจึงเปลี่ยนสถานะกลายเป็นผู้ควบคุมคุณภาพการบริการให้มีมาตรฐาน (กำกับและติดตาม) ขณะเดียวกันได้เกิดสถาบันสุขภาพจิตและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นรูปแบบองค์กรมหาชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้บริการมีความคล่องตัวเพิ่มมากขึ้นและเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพของมนุษย์ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547ก, น.351-353) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในมิติทางด้านสุขภาพของประเทศไทยจากเดิมในอดีตที่มีการรวมศูนย์อยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑลปัจจุบันได้เริ่มกระจายออกมาสู่รอบนอกในพื้นที่ของท้องถิ่น ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากปัจจัยทางด้านการเมืองควบคู่กับการเกิดขึ้นของแผนพัฒนาทั้งประเทศที่สำคัญคือแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติรวมถึงแผนพัฒนาการสาธารณสุขภาพแห่งชาติ (เริ่มต้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504) เป็นแรงผลักดันสำคัญจนก่อกำเนิดระบบสาธารณสุขมูลฐานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงในปัจจุบัน

2. แผนพัฒนาการสาธารณสุข

สิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมประสบความสำเร็จทั้งในระดับของภาครัฐและภาคเอกชนคือการมีแผนปฏิบัติงานที่ดี (Action Plan) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนสุขภาพทั้งหมด 7 แผน ตามกรอบระยะเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 - 2539 ซึ่งถูกระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเพื่อให้ระบบโครงสร้างสาธารณสุขของรัฐมีเป้าหมายการพัฒนาที่ชัดเจนสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ทางด้านระบบสุขภาพทั้งในมิติของการพัฒนา สิ่งที่เป็นปัญหา และโรคภัยสุขภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

โดยภายหลังจากสถาปนากระทรวงสาธารณสุขเป็นระยะเวลายาวนานกว่า 19 ปี ได้เกิดแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 1 ในปี พ.ศ. 2504 - พ.ศ. 2509 เน้นการขยายสถานบริการสุขภาพเป็นลำดับแรก (สถานีอนามัยชั้นที่-สถานอนามัยชั้นที่สอง-สำนักงานผดุงครรภ์-จำนวนเตียง) ในทางตรงกันข้ามการพัฒนาส่วนภูมิภาคยังคงประสบกับปัญหาความล่าช้าในการพัฒนาทำให้งานด้านอนามัยช่วงแรกเน้นไปที่การควบคุมควบคุมโรคติดต่อ เช่น โรคเท้าช้าง โรคอุจจาระร่วง โรคโปลิโอ โรคฉี่หนู และโรคอหิวาตกโรค ฯลฯ นอกจากนี้ยังคงพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่

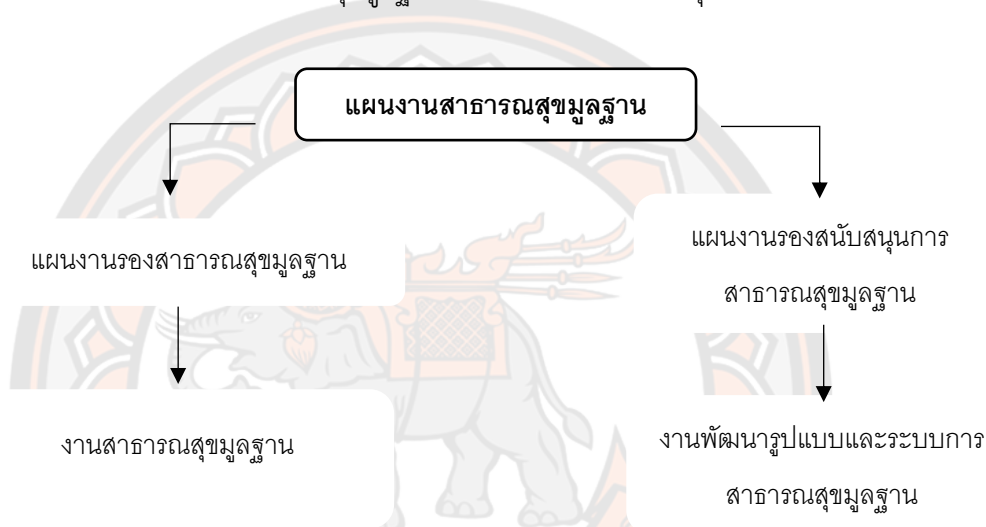
ชนบทด้วยเหตุนี้แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 2 พ.ศ. 2510 – พ.ศ. 2514 และแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 3 พ.ศ. 2515 - พ.ศ. 2519 จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้านกำลังคนเพื่อขยายขอบเขตการให้บริการประชาชนครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศรวมถึงการอนามัยแม่และเด็กเพื่อวางแผนครอบครัวในการควบคุมโรคติดต่อที่อาจเกิดขึ้นได้โดยมีการทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนเป็นครั้งแรกในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ช่วงปี พ.ศ. 2508 และเริ่มปฏิบัติงานในปี พ.ศ. 2515 นำไปสู่การขยายรูปแบบบริการทางสาธารณสุข (ชนิดและจำนวนยาเวชภัณฑ์) เพราะเริ่มเกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการบริการระหว่างเขตกรุงเทพมหานครและชนบท (ปัญหาสมองไหล-การขาดแคลนเทคโนโลยี-บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเลือกอยู่ในเขตเมือง) ภายหลังจากการพัฒนามีจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่า 5,344 คน พยาบาล 15,710 คน สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง 290 แห่ง สถานีอนามัยชั้นสอง 2,818 แห่ง และสำนักงานผดุงครรภ์ 3,406 แห่ง เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือกลุ่มโรคที่พบได้เป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคที่เกิดจากความยากจนและการขาดความรู้ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงส่วนบุคคล และ โรคที่เกิดจากแหล่งที่อยู่อาศัยแต่ประเด็นเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ยังคงไม่ถูกแบ่งแยกหน่วยของการพัฒนาให้มีความชัดเจน (สำนักงานสภาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2504ค, น.162-175; สำนักงานสภาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2510ข, น. 226-237; สำนักงานสภาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2515ง, น. 365-393)

จุดเปลี่ยนที่สำคัญถูกระบุไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520 – พ.ศ.2524 ได้กำหนดให้มีเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าหรือเรียกว่า Health of All ซึ่งเป็นผลจากการประชุมร่วมกันของสมาชิกองค์การอนามัยโลกกำหนดให้ทุกประเทศต้องมุ่งเน้นการพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้ประชาชนที่อยู่อาศัยในท้องถิ่นหรือชุมชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงประเทศไทยในฐานะที่เป็นสมาชิกองค์การอนามัยโลกได้ยอมรับกฎบัตรดังกล่าวเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นโดยมีการคัดเลือกบุคคลตัวแทนของชุมชนเป็นจุดศูนย์กลางในการติดต่อข่าวสารทางสุขภาพพร้อมทั้งจัดกระบวนการฝึกอบรมและถ่ายทอดแนวคิดทางสุขภาพให้กับประชาชนที่กลายเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยในระดับของจังหวัด อำเภอ และตำบลเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์หลักการแผนปฏิบัติงานหรือนโยบายของภาครัฐควบคู่กับการประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรม (สำนักงานสภาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2520จ, น.263-319; เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, 2542, น.25-55)

แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 พ.ศ. 2525 – พ.ศ. 2529 และแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530 – พ.ศ. 2534 จึงมุ่งเน้นไปที่การขยายโรงพยาบาลระดับอำเภอและสถานีอนามัย

ในเขตพื้นที่ของชนบทและสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนภายใต้การทำงานของคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนยาประจำหมู่บ้าน (สนับสนุนจากบริษัทแหลมทองสหการและกระทรวงสาธารณสุข) และการตั้งเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุขภายในปี พ.ศ. 2543 (เป้าหมายระยะยาวทางสังคม 20 ปี) ภายใต้หลักการพัฒนาคุณภาพชีวิต (Quality of life) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวจึงมีการปรับเปลี่ยนแผนงานสาธารณสุขมูลฐานดังแผนภาพต่อไปนี้

ภาพที่ 2 โครงสร้างแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6

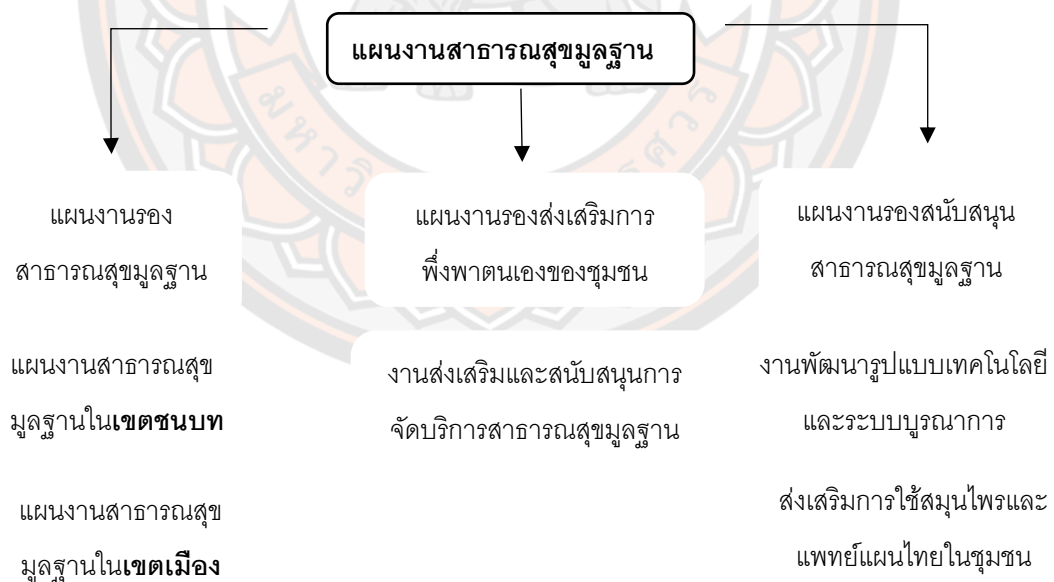


ที่มา: สำนักงานสภาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2530ข

การออกแบบโครงสร้างการปฏิบัติงานดังกล่าวเป็นความต้องการขยายรูปแบบบริการให้ครอบคลุมทุกอำเภอทั่วประเทศโดยเชื่อมโยงกับกิจกรรมอาสาสมัคร (Volunteer) ซึ่งในขณะนั้นมีจำนวนสมาชิกมากกว่า 627,500 คน (ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข-อาสาสมัครสาธารณสุข-อาสาสมัครมาลาเรีย-ช่างสุขภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน-แม่บ้านอาสาสมัครสุขภาพ-อาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภค-อาสาสมัครควบคุมน้ำบริโภค ฯลฯ) ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพจึงยึดหลักให้สอดคล้องกับประชาชนในพื้นที่ของชุมชน เช่น 1. โครงการวิจัยการดำเนินงานการควบคุม (เฝ้าระวังโรคเอดส์ อาหารและยาปลอดภัย การลดอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อในชุมชน) 2. โครงการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self-care) 3. โครงการพัฒนารูปแบบและระบบสาธารณสุขมูลฐานระดับจังหวัดและอำเภอ 4. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่ปฏิรูปที่ดินเพื่อการเกษตรกรรม (เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, น.63-65; สำนักงานสภาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2525ฉ, น. 253-264; สำนักงานสภาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2530ข, น.86-105)

การตั้งเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าของประเทศไทยภายในปี พ.ศ. 2540 เป็นปัจจัยเร่งสำคัญในการออกแบบแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 ปี พ.ศ. 2535 – พ.ศ. 2539 ยึดหลักการกระจายอำนาจทางความรู้สู่ประชาชนจึงมีการแบ่งแยกเขตรูปแบบการบริหารทางสุขภาพระหว่างพื้นที่ “ชนบท” (พื้นที่ส่วนใหญ่ของรัฐ) เป้าหมายคือการพัฒนาประสิทธิภาพของกลุ่มอาสาสมัครในสาขาต่าง ๆ ภายใต้ความร่วมมือของภาคประชาชนและภาครัฐเพื่อแบ่งปันทรัพยากรที่มีร่วมกันในการจัดกิจกรรมทางด้านสุขภาพที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขเหมือนกัน “เขตเมือง” (กรุงเทพมหานคร-เทศบาล-เมืองพัทยา) เน้นการพัฒนาความรู้และขั้นตอนการบริหารจัดการ โดยเฉพาะในเขตชุมชนเมืองของทุกจังหวัดมีการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานเพื่อเป็นจุดพบปะประชาสัมพันธ์ และจัดอบรมให้ความรู้ในกลุ่มอาสาสมัครที่ช่วงเวลานั้นมีจำนวนมากกว่า 700,000 คน เช่น การใช้เครื่องวัดความดันโลหิต วิธีการตรวจเบาหวาน การเฝ้าระวังโรค ส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้าน การตรวจคุณภาพน้ำ ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีการนำเครื่องคอมพิวเตอร์เข้ามาใช้เป็นครั้งแรกในงานด้านเอกสารเพื่อการเก็บข้อมูลและการประมวลผลควบคู่กับการเกิดขึ้นของแผนงานสาธารณสุขมูลฐานรูปแบบใหม่ดังนี้

ภาพที่ 3 โครงสร้างแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7



ที่มา: สำนักงานสภาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2535ช

สาธารณสุขมูลฐานหรือต่อมาถูกเรียกว่าบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Health Care) มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนที่อยู่อาศัยในเขตชุมชนท้องถิ่น (Local Community) และเมือง (Urban) สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างทั่วถึงมีขั้นตอนการรักษาที่มีคุณภาพและถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ซึ่งเป็นพื้นที่รองรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดรูปแบบภาระงานมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริม ป้องกัน และเฝ้าระวังโรคในเขตพื้นที่ของชุมชนและครอบครัว (มโน มณีฉาย, 2557, น.16) หากกล่าวอีกนัยหนึ่ง การสาธารณสุขมูลฐานคือส่วนที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากบริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งจัดบริการในระดับตำบลและหมู่บ้านโดยความร่วมมือของประชาชนและชุมชนทำให้รัฐกลายเป็นผู้เชื่อมโยงให้กับ สังคมต่าง ๆ เพื่อวางแผนในการจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ในพื้นที่ชุมชนของตนเอง หลักการดำเนินสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนให้มีประสิทธิภาพจึงประกอบไปด้วยหลักการพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) 2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) 3. การปรับบริการสาธารณสุขพื้นฐานให้รองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service) 4. การผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานพัฒนาสังคม (Inter-sectoral Collaboration) เพราะปัญหาทางด้านสุขภาพเปรียบเสมือนเป็นจุดกึ่งกลางของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันทั้งในมิติของเศรษฐกิจ การเมือง และการศึกษา เช่น ค่าครองชีพไม่เพียงพอ วุฒิกการศึกษาไม่ตรงตามความต้องการของการตลาดแรงงาน ความขัดแย้งทางการเมืองที่นำไปสู่วิกฤติทางเศรษฐกิจ ฯลฯ ดังนั้นการแก้ไขปัญหาในระบบสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องใช้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนโดยเฉพาะในพื้นที่ของสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป็นความหลากหลายของตัวแสดงทางสังคม (ธีระ วรรณารัตน์, 2557, น.13-15)

ระบบสาธารณสุขกับสังคมไทยในยุคปัจจุบัน พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2565

การพัฒนาาระบบสาธารณสุขในช่วงนี้บางครั้งถูกเรียกว่ายุคปฏิรูประบบสุขภาพหรือยุคโลกาภิวัตน์เพราะเป็นช่วงที่มีความมั่งคั่งในเชิงโครงสร้างพื้นฐาน เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลระดับอำเภอ สถานีอนามัย ฯลฯ จนกระทั่งการเกิดวิกฤติทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในช่วงการดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ ที่ถูกเรียกว่าเหตุการณ์ต้มยำกุ้งซึ่งเป็นผลกระทบจากการประกาศลอยตัวค่าเงินบาทในวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 ทำให้สภาพเศรษฐกิจและสังคมได้รับผลกระทบอย่างหนักนำไปสู่การกู้เงินจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) จำนวนกว่า 17,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐเพื่อช่วยเหลือให้ระบบการคลังของประเทศยังคงสามารถดำรง

อยู่ได้ (สถาบันการเงินถูกปิดจำนวน 56 แห่ง) ยุคปฏิรูประบบสุขภาพจึงมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ หลักการปฏิบัติตามกรอบของกฎหมาย และการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ระดับปฏิบัติการ เพื่อสร้างความเข้าใจโดยง่ายผู้เขียนจึงแบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) และ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (Action Plan) ซึ่งมีรายละเอียดสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ด้านโครงสร้าง

บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้สภาพปัญหาทางเศรษฐกิจได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดซื้อยาในระดับจังหวัดหรือการทดลองให้โรงพยาบาลบางแห่งจังหวัดสมุทรสาครบริหารงานในรูปแบบองค์การมหาชนเพื่อตัดลดงบประมาณที่ไม่มีความจำเป็นหลังจากสถานการณ์ต่าง ๆ เริ่มคลี่คลาย นาย ชวน หลีกภัย สังกัดพรรคประชาธิปัตย์ได้ขึ้นดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี (สมัยที่สอง) ควบคู่กับตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหมอีกตำแหน่งหนึ่ง การจัดตั้งรัฐบาลครั้งนี้ถูกเรียกว่า “กลุ่มงูเห่า” เพราะพรรคการเมืองพรรคเดียวเป็นทั้งฝ่ายค้านและรัฐบาลอันเป็นผลจากการลาออกของ พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ ต่อมาจึงมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ 16 วันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2540 ประเด็นทางด้านสุขภาพยังคงถูกให้ความสำคัญในสองมาตรา ดังนี้

มาตรา 52: บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

มาตรา 82: รัฐจะต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพ โดยส่วนงานบริการสาธารณสุขมูลฐานมีการยกระดับขึ้นอีกครั้งในวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2543 จากการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี “ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” ส่งผลทำให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติโดยนายกรัฐมนตรีเป็นประธานหลักและรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานมีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมีการวางแผนออกพระราชบัญญัติสุขภาพภายในอนาคตควบคู่กับการทดลองจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพเชิงพื้นที่ที่กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการบริการภายใต้มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขนอกจากนี้ยังมีอำนาจหน้าที่ในการพิจารณาถ่ายโอนภารกิจที่เห็นว่าสามารถโยกย้ายให้

ท้องถิ่นปฏิบัติเองได้ (องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล) เช่น งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค (บางชนิด) งานรักษาพยาบาล (เบื้องต้น) และงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน (สถาบันพระปกเกล้า, ม.ป.ป.; ฐิติรัตน์ เกียรติบำรุง และคณะ, 2564, น.56-57)

การประกาศยุบสภาผู้แทนราษฎรของนายชวน หลีกภัย (นายกรัฐมนตรี) วันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2543 เป็นผลจากความขัดแย้งภายในพรรคร่วมรัฐบาลและพรรคฝ่ายค้านนำไปสู่การเลือกตั้งทั่วไปครั้งที่ 20 วันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2544 โดยพรรคไทยรักไทยได้รับชัยชนะจากการเลือกตั้ง พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ในฐานะหัวหน้าพรรคและผู้สมัครบัญชีรายชื่อลำดับแรกได้รับการสนับสนุนให้ขึ้นดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีคนที่ 23 ของประเทศ โดยมีนโยบายสำคัญที่ถูกใช้ในระหว่างการหาเสียงเลือกตั้งคือสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อลดรายจ่ายในภาพรวมของประเทศและสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันแต่ด้วยโครงสร้างเชิงระบบการคลัง ความพร้อมของบุคลากร และภาระงานที่ยังไม่มีความชัดเจนจึงได้มีการก่อตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้รับงบประมาณสนับสนุนร้อยละ 2 ของภาษีสรรพสามิตที่เก็บจากสุราและยาสูบอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 เป้าหมายหลักคือการกระตุ้น ผลักดัน สนับสนุน สร้างความร่วมมือ และการให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยหรือกิจกรรมเพื่อก่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556, น.87-88)

จุดเปลี่ยนสำคัญในโครงสร้างระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้เกิดขึ้นอีกครั้งภายหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (การพัฒนาสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน) ที่มุ่งเน้นประสิทธิภาพ คุณภาพ และความเสมอภาคนำไปสู่การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือเป็นที่รู้จักกันในชื่อ 30 บาทรักษาทุกโรคในระยะแรกมีการทดลองใช้บางจังหวัดต่อมาจึงขยายครอบคลุมทั่วประเทศและยังคงได้รับความนิยมจนถึงปัจจุบันขณะเดียวกันในพื้นที่ปฏิบัติการระดับชุมชนมุ่งเน้นไปที่หลัก “สร้างนำซ่อม” หรือ “นโยบายสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ” ทำให้บทบาทของสาธารณสุขชุมชนมีความเด่นชัดมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ภาครัฐสนับสนุนให้มีการออกกำลังกายเป็นประจำจากกิจกรรมการเดินแอโรบิคในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ขยายไปสู่หน่วยงานราชการและองค์กรเอกชนทั่วประเทศกลุ่มเป้าหมายคือประชาชนในชุมชน วัยรุ่น และบุคคลที่มีความเสี่ยงน้ำหนักเกินมาตรฐานเพื่อลดปัญหาด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554, น.3-15)

หากมองย้อนกลับมายังโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขนอกเหนือจากการปรับปรุงส่วนราชการครั้งที่ 1 – 3 ซึ่งเน้นไปที่การเพิ่มกรมที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการแก้ไขปัญหาแต่ละประเด็นหรือยุบรวมหน่วยงานที่มีพันธกิจลักษณะเดียวกัน เช่น กรมควบคุมโรคติดต่อ สถาบันสุขภาพจิต สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และกรมอนามัย ฯลฯ ในยุคการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับปรุงส่วนราชการสาธารณสุขครั้งที่ 4 ตามพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 มีการจัดตั้งกรมใหม่เพิ่ม 2 กรม ประกอบไปด้วย 1. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการปรับเปลี่ยนชื่อ กรมควบคุมโรคติดต่อเป็นกรมควบคุมโรคเพื่อขยายเป้าหมายให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นจากการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรคภัยที่คุกคามสุขภาพ (โรคติดต่อ-โรคไม่ติดต่อ-โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม) ควบคู่กับการจัดโครงสร้างองค์กรเพิ่มเป็น 3 กลุ่มภารกิจ ซึ่งมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขดูแลในแต่ละกลุ่มภารกิจ ได้แก่ 1. กลุ่มภารกิจด้านการแพทย์ (กรมการแพทย์-กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก-กรมสุขภาพจิต) 2. กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค-กรมอนามัย) 3. กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ-กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) ดังนั้นการปรับเพิ่มกรมและกลุ่มงานในกระทรวงสาธารณสุขช่วงสถานการณ์ปัจจุบันช่วยสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาทางสุขภาพที่มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้นแม้จะมีการพัฒนาในด้านวิธีการรักษาหรือยาและเวชภัณฑ์ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547ก, น.353)

การเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 ได้ช่วยกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนด้านกำลังคนระยะยาว 10 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2559 เพื่อส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาครัฐในทุกระดับนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านระบบสุขภาพ (สมัชชาสุขภาพ) ในพื้นที่ปฏิบัติการระดับชุมชนโดยกองทุนประกันสุขภาพตำบลซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงมีเป้าหมายใหม่ที่ต้องการให้ ประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมบทบาทภาคประชาชนให้มีความเด่นชัดมากยิ่งขึ้นกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับกลยุทธ์เป็นการดำเนินงาน “เชิงรุก” เน้นการเข้าถึงประชาชนอาศัยอยู่ในชุมชนมีการจัดรูปแบบอบรมอาสาสมัครสุขภาพใหม่ (อบรมจำนวน 37 ชั่วโมง วิชาสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพประชาชน-วิชาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน-วิชาการจัดทำแผนและโครงการของชุมชน) โดยให้ความสำคัญกับการดำเนินงานด้านสุขภาพและอนามัย เช่น 1. โครงการดูแล

อนามัยเชิงรุกในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนของตนเอง

2. กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพของชุมชนผ่านแผนสุขภาพตำบลพร้อมทั้งร่วมมือกับภาคีเครือข่าย และ
3. ตัวแทนทูตไอโอดีนเพื่อให้ความรู้กับคนในชุมชนสอดคล้องกับการกำหนดให้มี**ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552** เพื่อเป็นหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศซึ่งมีกำหนดให้หน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ของตนโดยยึดหลัก 12 หมวด ในสาระสำคัญที่กฎหมายกำหนดจากมาตรา 47 เช่น ปรัชญาและแนวคิดของระบบสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค การเงินการคลังด้านสุขภาพ การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ฯลฯ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554, น.18-23; กองสนับสนุนภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554, น.18-21)

พัฒนาการรูปแบบการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมทางสุขภาพในขอบเขตพื้นที่สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) จึงปรับเปลี่ยนกลยุทธ์จากการ**รวมศูนย์อำนาจ**ในการสั่งการจากกระทรวงสาธารณสุขเป็น**การดึงศักยภาพเชิงพื้นที่** เช่น โครงการคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health Coordinating Committee) เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2530 (เกิดขึ้นภายใต้แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มระดับของความร่วมมือในพื้นที่ของชุมชนมุ่งเน้นไปที่การวางแผนการพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่และสนับสนุนทรัพยากรที่มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงานควบคู่กับการค้นหาหรือวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการทำงานของคณะกรรมการฯ พร้อมทั้งติดตามและประเมินผลการทำงานของศูนย์บริการสุขภาพและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แต่พบกับปัญหาความร่วมมือจากหน่วยภาครัฐอื่น ๆ ในพื้นที่ของชุมชนขณะเดียวกันความเป็นโลกาภิวัตน์ในสังคมปัจจุบัน (Globalization) ทำให้วิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนไปซึ่งส่งผลต่อปัญหาโรคสายพันธุ์ใหม่ โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และโรคชนิดเดิมที่เกิดการแพร่ระบาดซ้ำ (Hengboonyaphan, 1996, p.1-7) เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวภายหลังการปฏิรูประบบสุขภาพช่วงปี พ.ศ. 2544 จึงพัฒนากลายเป็นระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ที่เน้นสร้างเครือข่ายสุขภาพเชิงพื้นที่สมาชิกประกอบไปด้วยโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีหลักการสำคัญเรียกว่า UCARE ประกอบไปด้วย การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity of Team) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community Participation and Network) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality) การแบ่งปันทรัพยากร (Resource Sharing) และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น

(Essential Care) โดยดึงศักยภาพของชุมชนเชิงพื้นที่ร่วมกันแก้ไขปัญหาทางสุขภาพแต่ในทางตรงกันข้ามส่วนของภาคปฏิบัติการดำเนินงานส่วนใหญ่ยังคงเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลในชุมชนเป็นหลักจึงไม่สามารถดึงพลังความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายได้อย่างเต็มที่ (กานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์ และ ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2564, น.275-277)

การดำเนินโครงการที่มีความโดดเด่นอีกกิจกรรมหนึ่งคือสมัชชาสุขภาพ (Health Assembly) เป็นกระบวนการที่ให้ภาคประชาชนและภาครัฐได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ร่วมกันเพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพหรือความมีสุขภาพดีของประชาชน (การมีส่วนร่วมของกลุ่มภาคีเครือข่ายและใช้ข้อมูลเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจร่วมกัน) อันเป็นผลจากการประชุมชาติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติถูกจัดขึ้นโดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพทั่วประเทศในงานตลาดนัดสุขภาพเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2544 ส่งผลทำให้เริ่มมีการก่อรูปการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ภายหลังการเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 จึงมีการดำเนินงานอย่างเป็นทางการซึ่งสามารถแบ่งรูปแบบสมัชชาได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 1. สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่เป็นสมัชชาสุขภาพที่ใช้ขอบเขตเชิงพื้นที่ภูมิวัฒนธรรมและชุมชนในรูปแบบต่าง ๆ เป็นขอบเขตในการดำเนินกิจกรรม 2. สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นใช้ประเด็นสาธารณะเป็นขอบเขตในการดำเนินงาน และ 3. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นสมัชชาสุขภาพระดับชาติที่มีการจัดปีละครั้ง ดังนั้นการทำงานของสมัชชาสุขภาพจึงมีทั้งการทำงานเชิงวิชาการเพื่อทำกำหนดปัญหาและแนวทางแก้ไขให้มีความชัดเจนการทำงานเชิงนโยบายการสังเคราะห์ทางเลือกที่มีความเป็นไปได้สูงสุดเสนอเป็นนโยบายและการทำงานเชิงสังคมนำเสนอแนวทางการแก้ไขกับประชาชนในพื้นที่ซึ่งต้องได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2553, น.56-62; ธีรพัฒน์ อังศุवाल และสุภาภรณ์ สงค์ประชา, 2565, น. 203-204) แต่การดำเนินกิจกรรมยังขาดความเชื่อมโยงเชิงขอบเขตพื้นที่ในระดับเมืองและชุมชนท้องถิ่นจึงเกิดการพัฒนาคอร์ปการอีกรูปแบบหนึ่งที่ได้รับอิทธิพลจากแผนพัฒนายุทธศาสตร์แห่งชาติ 20 ปีซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนและสร้างการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม

การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพนับตั้งแต่การปฏิรูประบบสุขภาพช่วงปี พ.ศ. 2540 (สามารถพิจารณาเพิ่มเติมได้จากตารางที่ 3 หน้าที่ 84) และโครงการที่มีความโดดเด่นซึ่งผู้เขียนได้กล่าวถึงก่อนหน้านี้ล้วนมีเป้าหมายส่วนหนึ่งเพื่อยกระดับความร่วมมือในชุมชนพร้อมทั้งเป็นการดึงศักยภาพเชิงพื้นที่จากทรัพยากรที่มีอยู่ แต่ยังคงพบกับปัญหาการประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐและเครือข่ายสมาชิกในพื้นที่ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแสดงที่หลากหลาย (Actors) เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหา

ดังกล่าวในวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2561 จากระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ใช้กลยุทธ์ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ สมาชิกภายในเครือข่ายจึงประกอบไปด้วยภาครัฐ (Public Sector) ภาคเอกชน (Private Sector) และภาคประชาชน (Citizen Sector) เพื่อช่วยส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ของตนเองมีการกำหนดแผนการพัฒนาสุขภาพ แนวทางการแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ในชุมชน และแบ่งปันทรัพยากรที่มีร่วมกัน (บุคลากร-งบประมาณ-กำหนดเป้าหมายของกิจกรรมให้สอดคล้องกัน) ซึ่งกลายเป็นโครงการทางสุขภาพในระบบสาธารณสุขมูลฐานที่มีความสำคัญในปัจจุบัน (ราชกิจจานุเบกษา, 2561ก)

2. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

การวางกรอบพัฒนาระบบสุขภาพในช่วง พ.ศ. 2475 ถึง พ.ศ.2539 ภายใต้อิทธิพลของแผนพัฒนาการสาธารณสุขซึ่งเริ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 ช่วยสะท้อนให้เห็นถึงทิศทางการพัฒนาโครงสร้างทางระบบสุขภาพระหว่างแผนพัฒนาฉบับที่ 1 - 7 ซึ่งให้ความสำคัญกับสภาพปัญหาในช่วงเวลานั้น เช่น การขาดแคลนด้านกำลังคน โครงสร้างสถานพยาบาลพื้นฐาน งบประมาณสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ และการบริหารราชการในกระทรวงที่ยังขาดความชัดเจน ฯลฯ ท้ายที่สุดจึงมีการขยายโรงพยาบาลระดับอำเภอ สถานีอนามัย การปรับปรุงส่วนราชการ และการเปิดโครงการใช้ทุนของกลุ่มนักเรียนแพทย์เพื่อช่วยแก้ไขสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ให้ลดน้อยลงเนื้อหาส่วนนี้จะเป็นการให้ความสำคัญกับแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 - 12 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2564 ในช่วงสถานการณ์ปัจจุบัน โดยเฉพาะภายหลังการเกิดวิกฤตเศรษฐกิจกระทรวงสาธารณสุขมีความจำเป็นต้องปรับรูปแบบการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพเป็นหลักภายหลังโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมที่เริ่มฟื้นตัวขึ้นอีกครั้งจึงได้มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาโครงการหรือกิจกรรมเพื่อสร้างความร่วมมือจากกลุ่มตัวแสดงในระดับชุมชนท้องถิ่นให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสมัยสามัญครั้งที่ 70 เมื่อวันที่ 25 กันยายน พ.ศ.2558 (Sustainable Development Goals) ในเป้าหมายที่ 3 ด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี รวมไปถึงกรอบการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อให้บริการทางสุขภาพกับประชาชนทั่วประเทศ

แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 - 9 พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2549 มีการปรับแนวคิดการพัฒนาจากเดิมที่เน้นเศรษฐกิจมาเป็นการเน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา (ผลพวงจากพิษทางเศรษฐกิจต้มยำกุ้ง) ดังนั้นโครงการที่เกิดขึ้นต้องยึดหลักพื้นที่ ภารกิจ และการมีส่วนร่วม (Area-Function-

Participation) เป็นการวางแผนจากล่างสู่บน (Bottom Up) ซึ่งแผนการพัฒนาดังกล่าวได้มุ่งเน้นสิ่งเดียวกันคือการระดมพลังทางสังคมเพื่อร่วมสร้างสุขภาพหรือ All of Health เพิ่มโอกาสให้ประชาชนทุกสาขาอาชีพเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นและกำหนดทิศทางการพัฒนาร่วมกันเพื่อนำไปสู่สังคมแห่งสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์หลัก 7 ข้อ ได้แก่ 1. การพัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพ 2. การพัฒนาด้านหลักประกันสุขภาพและคุณภาพบริการ 3. การพัฒนาปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดีและการสร้างเสริมสุขภาพ 4. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประชาชนและศักยภาพ ความเข้มแข็งกลุ่มประชาคมด้านสุขภาพ 5. การพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ 6. การบริหารจัดการด้านกำลังคนแผนกสุขภาพ และ 7. การพัฒนาขีดความสามารถด้านการแข่งขันในระดับประเทศด้านสุขภาพผลลัพธ์จากเป้าหมายดังกล่าวเกิดการพัฒนาระบบสถานีนโยบายทำหน้าที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) จำนวนกว่า 5,946 แห่ง ที่ช่วยลดปัญหาการขาดสารอาหารในเด็กรวมไปถึงการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของสถาบันครอบครัวและการขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 94.3 ในช่วงปี พ.ศ. 2547) ควบคู่กับเครือข่ายแพทย์พื้นบ้านพร้อมทั้งมีการพัฒนาสมุนไพรที่มีคุณภาพมาตรฐาน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2551ข, น.21-38; สำนักงานสภาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2540ณ, น.24-28; สำนักงานสภาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2545ญ)

โดยสิ่งที่เป็นปัจจัยขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพทั้ง 2 ฉบับรัฐไทยได้พยายามสร้างหลักเกณฑ์ที่เรียกว่า “สังคมไทยที่พึงประสงค์” ผ่านความเข้มแข็ง 3 ด้าน (สังคมคุณภาพ-สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้-สังคมสมานฉันท์และเอื้ออาทรต่อกัน) สามารถตรวจสอบเพิ่มเติมได้จากแผนภาพที่ 4 หน้าที่ 86 ซึ่งพิจารณาได้ว่าเป็นความต้องการของรัฐในการกำหนดทิศทางของสังคม เช่น การมีธรรมาภิบาล การพึ่งพาตนเอง การสร้างระบบที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพ และการมีหลักประกันทางสุขภาพให้กับประชาชน ฯลฯ แต่หากมองอีกมุมหนึ่งเป็นภาพสะท้อนของสิ่งที่ยังขาดหายไปหรือเป็นข้อจำกัดในสังคมช่วงเวลานั้นและปรากฏอยู่ในปัจจุบัน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, น.22)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 – 11 ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2559 ลักษณะที่มีจุดร่วมกันของแผนการพัฒนาดังกล่าว 2 ฉบับคือการยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของในหลวงรัชกาลที่ 9 ซึ่งถูกกระบุไว้เด่นชัดในรายละเอียดของหลักการปฏิบัติเพื่อเป็นการสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน โดยการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้ให้บริการมีความสุขควบคู่กับการสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากภัยคุกคาม

ทางสุขภาพประเด็นที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญจากวิสัยทัศน์การพัฒนาช่วงนี้จึงอยู่ที่เรื่อง
ของ “ความพอเพียง” ยกตัวอย่างเช่น มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างสุขภาพดี บริการดี
สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง (แผนพัฒนาฉบับที่ 10) หรือ ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี
ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ (แผนพัฒนาฉบับที่ 11) นอกจากนี้ยังได้
ให้ความสำคัญกับเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ (SDGs) ส่งผลทำให้การ
ดำเนินงานภายใต้เป้าหมายทางยุทธศาสตร์มีประเด็นหลักร่วมกัน เช่น การสร้างระบบสุขภาพชุมชน
เข้มแข็ง ส่งเสริมให้ประชาชนมีจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ บริการสุขภาพเชิงรุกที่ช่วยสร้าง
ปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี การศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ การสร้างความ
เข้มแข็งให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พันธมิตร และภาคีเครือข่ายเพื่อการมีส่วนร่วมนำไปสู่การ
พัฒนาโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ โครงการทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)
และโครงการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (Prevention for Iodine Deficiency) ซึ่งเป็นกิจกรรม
การดูแลสุขภาพเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมบุคลากรสาธารณสุขในทุกระดับของการจัดบริการ
ทางสุขภาพรวมทั้งเป็นการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ ตำบล และ
ชุมชนเพื่อสุขภาพของคนในครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางในการดูแลรักษาควบคู่กับการให้ความรู้ด้าน
สุขภาพ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554ค, น.22-26;
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559, น.37-40)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2564 นอกจากการตั้งเป้าหมายให้
สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนได้มี
การปรับประเด็นกลยุทธ์การดำเนินงานให้มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
ดังนั้นการพัฒนาในสถานการณ์ปัจจุบันจึงมุ่งเน้นไปที่หลักการยึดคนเป็นศูนย์กลางในการสร้างสุข
ภาวะที่ดี หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ปรับโครงสร้างการดำเนินงานและโครงสร้างพื้นฐานรองรับ
ประเทศไทย 4.0 และการวางแผนพัฒนาระยะยาวเพื่อส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพแข็งแรงเป็นกำลัง
ขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อมมียุทธศาสตร์การพัฒนา 4 ด้าน ดังนี้

1. ส่งเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก: เน้นการสนับสนุนสุขภาพในเขตพื้นที่ของชุมชน (บุคคล องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายประชาสังคมด้านสุขภาพ) เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมทางสุขภาพที่ดี
ควบคู่กับการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของสถาบันครอบครัว

2. สร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในบริการทางสุขภาพ: พัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน
(Primary Health Care) ต้องจัดโครงสร้างระบบให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำทุกหน่วย

บริการทั่วประเทศเพื่อลดอัตราการกระจุกตัวของจำนวนแพทย์สร้างความเท่าเทียมในด้านการบริการกับผู้ป่วยและเพิ่มขีดความสามารถหน่วยบริการสุขภาพ (จำนวนเตียง-ความล่าช้าในการบริการ-อัตราการเสียชีวิตจากโรคกลุ่มเสี่ยง)

3. พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านกำลังคน: บูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน (สถานบริการสุขภาพ) สถานศึกษาเพื่อวางแผนความต้องการด้านกำลังคนให้สอดคล้องกับบริบทสังคมและสร้างกลไกการติดตามหรือประเมินผลการบริหารจัดการกำลังคนในทุกระดับ

4. พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ: ขั้นตอนการพัฒนาภาครัฐให้ความสำคัญกับการกระจายข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ระบบการคลัง นวัตกรรมทางสุขภาพ ยาและเวชภัณฑ์เพื่อทำให้โครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพมีความมั่นคง

นอกจากนี้ส่วนการพัฒนาอื่นยังคงยึดหลักปฏิบัติทิศทางเดียวกับแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 และ 11 โดยเฉพาะมุมมองการพัฒนาาระบบสาธารณสุขมูลฐานที่ให้ความสำคัญกับการสร้างความร่วมมือระหว่างตัวแสดงทุกภาคส่วนในระดับชุมชนซึ่งเน้นย้ำถึงการทำงานแบบบูรณาการและส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองเพราะการดำเนินโครงการที่ผ่านมานั้นขาดการสนับสนุนจากองค์กรหรือหน่วยงานรัฐภายนอกระหว่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติและแผนปฏิบัติงานเชิงพื้นที่ของชุมชน (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

สรุป

การเปลี่ยนแปลงการปกครองภายใต้การนำของคณะราษฎรในปี พ.ศ. 2475 (People's Party) ได้ช่วยกำหนดทิศทางโครงสร้างระบบสาธารณสุขไทยให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้นผ่านการยกสถานะจากกรมสาธารณสุขที่อยู่ในสังกัดกระทรวงมหาดไทยเป็นกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health) ในปี พ.ศ. 2485 โดยเริ่มเร่งขยายสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ช่วงเวลาที่มีความสำคัญ ดังนี้

ลำดับแรก การก่อตัวระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2475 - พ.ศ. 2539: โครงสร้างทางระบบสาธารณสุขโดยเฉพาะสถานพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงจำกัดอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑลแม้จะมีการดำเนินนโยบายอุดหนุนที่เร่งสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัด เช่น จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดหนองคาย จังหวัดนครพนม ฯลฯ แต่ยังคงไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนสอดคล้องกับ

การขาดแคลนบุคคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) จากปัญหาดังกล่าว นำไปสู่การเร่งขยายโรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลระดับอำเภอ และสถานอนามัยซึ่งถูกระบุไว้เป็นเป้าหมายเร่งด่วนในแผนการสาธารณสุขฉบับที่ 1 พ.ศ. 2504 จนครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศในปี พ.ศ. 2530 **ลำดับที่สอง** ระบบสาธารณสุขกับสังคมไทยในยุคปัจจุบัน พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2565: การพัฒนาระบบสุขภาพในช่วงนี้เน้นไปที่การปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานเชิงนโยบายโดยเฉพาะการยกระดับศักยภาพด้านกำลังคนและการออกพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันทางสุขภาพให้กับประชาชน เช่น โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สมัชชาสุขภาพ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุกที่ต้องบูรณาการรูปแบบการทำงานร่วมกับตัวแสดงทุกภาคส่วนในชุมชนซึ่งถูกสะท้อนผ่านแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติทุกฉบับที่ต้องการสร้างบรรทัดฐานสุขภาพแบบใหม่ให้ประชาชนตระหนักถึงการเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเอง (การสร้างจิตสำนึกทางสุขภาพ)

หากมองย้อนกลับมายังระบบสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) มีความพยายามขยายการบริการภายใต้เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นผลจากการประชุมองค์การอนามัยโลกในหลักการ Healthy of All by the Year 2000 เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น นำไปสู่การเกิดกิจกรรมจิตอาสา เช่น ผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครมาลาเรีย แม่บ้านสุขภาพดี และอาสาสมัครควบคุมน้ำบริโภค แต่การดำเนินนโยบายภายหลังปี พ.ศ. 2544 ยังคงไม่สามารถสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มภาคประชาชนได้อย่างสมบูรณ์ (พิจารณาเพิ่มเติมได้จากตารางที่ 3 หน้าที่ 84) ซึ่งเป็นเป้าหมายการพัฒนาหลักของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในด้านการสร้างความร่วมมือในชุมชน (Collaboration) และการสร้างจิตสำนึกทางสุขภาพ (Health Consciousness) เพื่อนำพาสังคมไปสู่การเป็นรัฐที่มีสุขภาพดี (Healthy Nation) ดังนั้นการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จึงเป็นโครงการที่สร้างขึ้นส่วนหนึ่งเพื่อตอบสนองต่อทิศทางการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพในปัจจุบันตามนิยามความหมายของสุขภาพคือภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (สายรัตน์ นกน้อย, 2565, น.149-150) นำไปสู่ข้อสังเกตที่มีความสำคัญเกี่ยวกับการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจะสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริงหรือไม่ทั้งในเขตเมือง (Urban) และชุมชนท้องถิ่น (Local Community) ซึ่งเป็นส่วนของการวิเคราะห์ที่ผู้เขียนจะกล่าวถึงในส่วนต่อไป

ตารางที่ 4 การดำเนินงานโครงการสาธารณสุขมูลฐานตามกรอบของกระทรวงสาธารณสุข

| ระยะเวลา | กิจกรรม | แนวคิดและเป้าหมายการพัฒนา |
|------------------|---|--|
| พ.ศ. 2544 | นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า | จัดบริการทางสุขภาพเพื่อเป็นหลักประกันทางชีวิตให้ประชาชนส่วนใหญ่ |
| พ.ศ. 2546 | โครงการกำกับและประเมินคุณภาพตามมาตรฐานระบบบริการปฐมภูมิ | พัฒนารูปแบบการตรวจสอบทั้งในเชิงการบริหารและพื้นที่ระดับปฏิบัติการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น |
| พ.ศ. 2548 – 2558 | โครงการหนึ่งแพทย์หนึ่งอำเภอ | เน้นแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบท |
| พ.ศ. 2549 | กองทุนสุขภาพตำบล | การบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค |
| พ.ศ. 2555 – 2557 | นโยบายระบบบริการสุขภาพอำเภอ / นโยบายหมอครอบครัว | การพัฒนาใกล้ความร่วมมือในโครงสร้างทางสุขภาพระดับปฐมภูมิจากการสร้างภาคีเครือข่ายทางสุขภาพ |

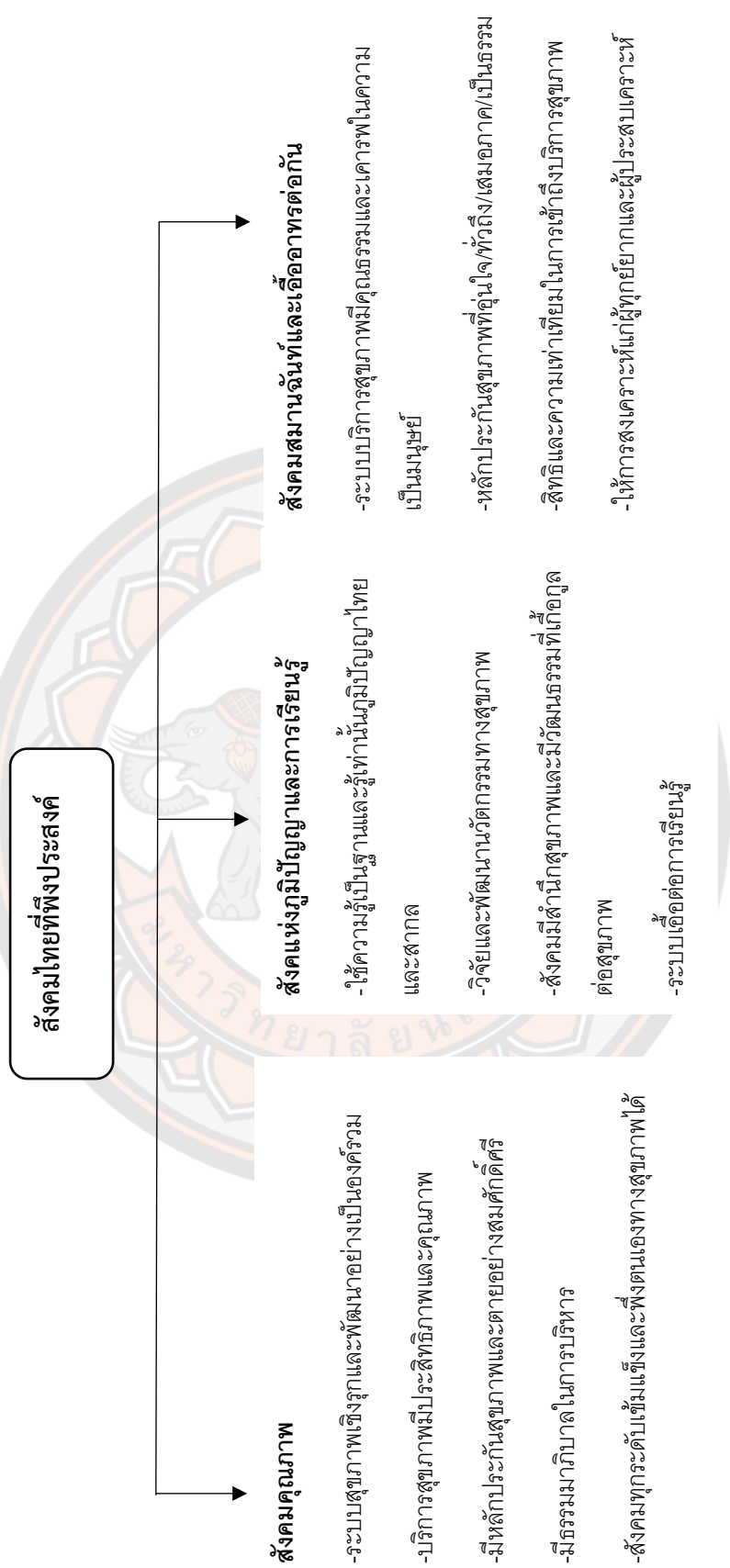
ที่มา: ปรับปรุงเพิ่มเติมจากนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, อาทิตยา วัฒนสินธุ์, และบัวพลอย พรหมแจ้ง (2562)

ตารางที่ 3 การดำเนินงานโครงการสาธารณสุขตามกรอบของกระทรวงสาธารณสุข (ต่อ)

| ระยะเวลา | กิจกรรม | แนวคิดและเป้าหมายการพัฒนา |
|------------------|---|---|
| พ.ศ. 2559 - 2560 | กองทุนดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว | จากสถานการณ์ปัจจุบันที่ประเทศไทยเข้าสู่ช่วงสังคมสูงวัยกระทรวงสาธารณสุข จึงตั้งเป้าหมาย ที่นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ให้กับผู้สูงอายุที่บ้านหรือ ติดเตียง (กระทรวงสาธารณสุข/สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) |
| พ.ศ. 2559 | คณะกรรมการระบบ สุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board) | การตั้งศักยภาพเชิงพื้นที่จากความร่วมมือของภาคประชาชน ภาคเอกชน และ ภาครัฐ (Actors) การดำเนินกิจกรรมจึงเน้นไปที่ให้บริการสุขภาพส่วนบุคคล บริการด้านสังคม และบริการสาธารณสุข (เป้าหมายขยายครอบคลุมให้ครบทุก พื้นที่ทั่วประเทศทั้งหมด 12 เขต สุขภาพ) |

ที่มา : ปรับปรุงเพิ่มเติมจากนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, อาทิตยา วัฒนสินธุ์, และบัวพลอย พรมแจ้ง (2562)

ภาพที่ 4 สังคมที่พึงประสงค์ เข้มแข็งและมีคุณภาพ 3 ด้าน



ที่มา: ปรับปรุงเพิ่มเติมจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)

บทที่ 5

ระบอบนคร: เมืองและชุมชนท้องถิ่นกับความสัมพันธ์ของระบบสุขภาพชุมชน

จากการขยายโครงสร้างทางระบบสุขภาพของประเทศไทย ที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงในบทก่อนหน้า เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน โดยเฉพาะการพัฒนาาระบบสาธารณสุขมูลฐานหรือสาธารณสุขชุมชน (Primary Health Care) ส่วนต่อมาที่มีความสำคัญเช่นเดียวกันคือการขยายตัวของจำนวนประชากรที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่น (Local Community) จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยเริ่มพบกับปัญหาอัตราเด็กเกิดใหม่ต่ำลงอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากขึ้นในปี พ.ศ. 2564 ขณะเดียวกันจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นกว่าร้อยละ 19.21 หรือ 12,698,362 คน ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) รัฐบาลจึงได้พยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าว ด้วยการทำให้ประชาชน นั้นตระหนักถึงการเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเองหรือเรียกว่าการมีจิตสำนึกทางสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกันปัญหาทางสุขภาพของประชาชนและบรรเทาปัญหาคนไข้ล้นโรงพยาบาล นำไปสู่การเกิดขึ้นของโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่กลายเป็นระบอบสุขภาพเมืองและชุมชนท้องถิ่น ซึ่งผู้เขียนได้ให้ความสำคัญในการศึกษาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ โดยแบ่งเนื้อหาในการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนแรก เป็นการให้ความสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรกับภาพสะท้อนความเข้มแข็งของรัฐ: โดยกลยุทธ์การสะสมกำลังคนในอดีตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2325 - พ.ศ. 2398 ถูกใช้ในรูปแบบของการกวาดต้อนผู้คน การออกกฎหมายห้ามทำแท้ง และการออกกฎหมายฝั้วเดียวหลายเมีย ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2400 - พ.ศ. 2475 มุ่งเน้นไปที่การลดอัตราการตายด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน การสนับสนุนแรงงานจีน และการเข้มงวดในการทำแท้ง ภายหลังจากเปลี่ยนแปลงการปกครองจอมพล ป. พิบูล สงคราม มีทัศนคติส่วนตัวที่ต้องการเพิ่มจำนวนประชากรและความเข้มแข็งทางร่างกายของพลเมือง โดยตั้งเป้าหมายการเพิ่มจำนวนประชากรไว้สูงถึง 40 ล้านคน (ความต้องการของผู้ปกครอง) และจัดให้มีการสนับสนุนพิธีการแต่งงาน เช่น การจัดตั้งองค์การส่งเสริมการสมรส การจัดพิมพ์หนังสือคู่มือสมรส และการเก็บภาษีชายโสด ซึ่งกลยุทธ์การเพิ่มจำนวนประชากรที่ถูกใช้ในแต่ละช่วงเวลา ล้วนเป็นวิธีการสร้างความเข้มแข็งให้กับรัฐทั้งในด้านการทหาร กำลังแรงงานทางเศรษฐกิจ และการขยายตัวของสังคมที่เป็นกลไกการพัฒนาประเทศจนถึงปัจจุบัน

ส่วนที่สอง วิเคราะห์โครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้กรอบแนวคิดระบอบนคร: จากการประยุกต์ใช้แนวคิดระบอบนคร (Urban Regime) พบว่าเขตเทศบาลนครพิษณุโลก (เขตเมือง) มีลักษณะควมรวมการสั่งการแบบเบ็ดเสร็จไว้ที่สำนักสาธารณสุขอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้การออกแบบและการดำเนินกิจกรรมถูกควบคุมในกรอบเป้าหมายจากหน่วยงานส่วนกลางและไม่สามารถประสานความร่วมมือระหว่างภาคประชาชนและภาคเอกชนให้เกิดขึ้นได้ การดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่จึงเกิดขึ้นเพียงระยะสั้น ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบรรทัดฐานทางสุขภาพของประชาชน แม้จะมีความเป็นเมือง การเจริญเติบโตพื้นที่ทางเศรษฐกิจ และการเป็นศูนย์รวมหน่วยงานราชการในระดับจังหวัด ในทางตรงกันข้ามเขตเทศบาลตำบลพรหมพิราม (ชุมชนท้องถิ่น) สามารถประสานความร่วมมือในพื้นที่ปฏิบัติการได้ จากการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการสาธารณสุขที่เข้าถึงพื้นที่ของชุมชน และบูรณาการความร่วมมือกับตัวแทนฝ่ายสงฆ์ สำนักงานตำรวจภูธร และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขณะเดียวกันยังพัฒนาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาฯ ให้กลายเป็นเป้าหมายการพัฒนาชุมชนเรียกว่า Phromphiram House Model 5 ด้าน ได้แก่ สังคมดี อาหารดี รายได้ดี สิ่งแวดล้อมดี และสวัสดิการดี ซึ่งถือได้ว่าเป็นการช่วยสร้างบรรทัดฐานทางสุขภาพใหม่ขั้นแรกเริ่มต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติให้กับประชาชน

ส่วนสุดท้าย ความหมายของระบอบสุขภาพกับความแตกต่างเชิงพื้นที่ปฏิบัติการ: บริบทการทำงานเชิงพื้นที่และบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้ส่งผลต่อความสัมพันธ์ (Relation) ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งมีจุดร่วมที่เหมือนกันคือส่วนที่เป็นทางการ (Formal) จะเกิดขึ้น จากการประชุมเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ประกอบไปด้วยภาคประชาชน ภาคเอกชน และภาครัฐ ซึ่งทั้งสองพื้นที่ต้องเผชิญกับการถูกควบคุมการออกแบบกิจกรรม จากหน่วยงานส่วนกลาง (กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข) ทำให้การบูรณาการความร่วมมือในพื้นที่ปฏิบัติการ นั้นต้องประสบกับความยากลำบาก การดำเนินงานส่วนใหญ่ถูกผลกระทบให้เป็นหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และตัวแสดงในเครือข่ายคณะกรรมการไม่ได้ให้ความสำคัญกับโครงการจึงมีสถานะเป็นเพียงผู้เข้าร่วมเท่านั้นในบางพื้นที่

ส่วนที่ไม่เป็นทางการ (Informal) พบเพียงในเขตเทศบาลตำบลพรหมพิราม จากความสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ผู้แทนคณะสงฆ์ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และประชาชนในชุมชน อันเนื่องมาจากการทำงานของสาธารณสุข

ชุมชน นั้นต้องมีการลงพื้นที่อยู่ตลอดเวลาส่งผลทำให้เอื้ออำนวยต่อการจัดกิจกรรมของคณะกรรมการพัฒนาฯ รวมไปถึงการบูรณาการทำงานระหว่างสำนักงานตำรวจภูธรพรมพิรามและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสะท้อนให้เห็นถึงความร่วมมือจากภาครัฐอื่น ๆ ในชุมชน แม้จะมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ การประชุมเครือข่ายคณะกรรมการ และการเป็นพื้นที่ชุมชนท้องถิ่นซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญดังต่อไปนี้

การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรกับภาพสะท้อนความเข้มแข็งของรัฐ

การเพิ่มจำนวนประชากรภายในรัฐถูกใช้เป็นกลยุทธ์ในการสร้างความเข้มแข็งทั้งในด้านกองกำลังทางทหารและกำลังแรงงาน โดยผู้เขียนเลือกเฉพาะส่วนกลไกที่มีความสำคัญในอดีตสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้นปี พ.ศ. 2325 - พ.ศ. 2398 มีวิธีการเพิ่มจำนวนประชากรที่ถูกใช้ในลักษณะของ *การกวาดต้อนผู้คน* จากกลุ่มชนลี้ภัยจากอาณาจักรข้างเคียง การเปิดรับแรงงานจีน การให้ความช่วยเหลือผู้ลี้ภัยต่างแดน (เขมร-ญวน-มอญ) *การห้ามทำแท้ง* ถูกบัญญัติไว้ในประเด็นที่ 145 บทที่ 2 แห่งลักษณะเบ็ดเสร็จซึ่งกำหนดให้ผู้หญิงที่ดำเนินการทำแท้งจะต้องโดนประจานและจำคุกรวมถึงผู้ให้ความช่วยเหลือในกรณีหากลูกในท้องตายให้แม่ตายตกไปตามกัน *การออกกฎหมายฝัวเดียวหลายเมีย* ที่ได้รับวัฒนธรรมมาจากกฎหมายตราสามดวงซึ่งมีการประกาศใช้อีกครั้งในปี พ.ศ. 2347 (ภรรยา หลวง-อนุภรรยา-ทาสภรรยา) ต่อมาช่วงปี พ.ศ. 2400 ถึง พ.ศ. 2475 ความต้องการเพิ่มประชากรภายในรัฐได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการขยายตัวของระบบการค้า การเดินเรือทางทะเล และแรงกดดันจากลัทธิอาณานิคม (อังกฤษและฝรั่งเศส) ขณะเดียวกันวัฒนธรรมความเชื่อแบบเก่า (ฝัวเดียวหลายเมีย ระบบไพร่ การสมรสตั้งแต่วัยเยาว์) เริ่มถูกท้าทายจากสภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การส่งเสริมการศึกษาในสตรี การยกเลิกระบบไพร่ทาส และค่านิยมฝัวเดียวเมียเดียว ดังนั้นรูปแบบวิธีการเพิ่มจำนวนประชากรในช่วงนี้จึงเน้นไปที่ 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

การลดอัตราการตายด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นผลจากการแพร่ระบาดของเชื้อโรคในช่วงเวลานั้น ได้แก่ โรคฝีดาษ อหิวาตกโรค โรคไข้จับสั่น (โรคมาลาเรีย) และโรคกาฬโรค จึงมีการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2431 ให้บริการร่วมกับโรงพยาบาลของกลุ่มมิดชันนารีที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงในบทก่อนหน้านี้นี้ควบคู่กับการส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กภายใต้คำขวัญพลเมืองจะตื่นตกเพราะการทารุณกรรม (ผลจากโรคระบาดทำให้เด็กเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก)

การสนับสนุนการอพยพของแรงงานจีน สาเหตุเพราะแรงงานไทยส่วนใหญ่ล้วนอยู่ในภาคการเกษตรที่มุ่งเน้นการผลิตข้าวเป็นหลักทำให้แรงงานในภาคอื่น ๆ เช่น การค้า อุตสาหกรรม การบริการ และกิจการสาธารณะภายในรัฐเกิดปัญหาการขาดแคลนแรงงานอย่างหนักประกอบกับสถานการณ์ความขัดแย้งทางการเมืองในประเทศจีนทำให้มีการหลั่งไหลของแรงงานชาวจีน (แรงงานส่วนเกิน) เข้ามาในประเทศต่อเนื่อง จากช่วงรัตนโกสินทร์ตอนต้นซึ่งกลายเป็นกำลังแรงงานสำคัญในรัฐ โดยกลยุทธ์ที่ถูกใช้เพื่อเป็นแรงจูงใจของรัฐบาล คือการคงอัตราเงินผูกปี้ที่เป็นการจัดเก็บภาษีทางตรงประเภทหนึ่ง จากคนจีนในช่วงรัชกาลที่ 4 ต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 5 มีการก่อตั้งโรงพยาบาลเทียนฮั่วในปี พ.ศ. 2448 เพื่อรองรับจำนวนแรงงานชาวจีนพร้อมกับทรงดำรัสว่า

การเข้มงวดในการทำแท้ง หากมีการทำแท้งจะมีความผิดตามประมวลกฎหมายลักษณะอาญา ร.ศ. 127 ระบุว่า การทำแท้งเป็นสิ่งผิดกฎหมายไม่ว่าด้วยวิธีการใด ๆ ทั้งสิ้น หากผู้ใดพบเห็นให้แจ้งแพทย์ตมุดุรงค์ หรือ คนที่เห็นแก่สินจ้างรางวัลแล้วจะได้รับโทษเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งในสาม (ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, 2535, น.1-12; วัลลี นวลหอม และคณะ, 2563, น.2677-2678)

ภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองในปี พ.ศ. 2475 – 2540 นโยบายการเพิ่มจำนวนประชากรได้เริ่มปรับเปลี่ยน จากการเปิดรับแรงงานชาวจีนเป็นการมุ่งเพิ่มประชากรภายในประเทศ โดยเฉพาะในด้าน ความต้องการของผู้ปกครอง ภายใต้การครองอำนาจของ จอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้กลายเป็นภาพสะท้อนความต้องการเพิ่มจำนวนประชากรภายในรัฐอย่างชัดเจน ยกตัวอย่างเช่น “กำลังคนเป็นรากแก้วที่สำคัญยิ่งอีกด้วยที่จะบันดาลให้กิจการน้อยใหญ่เกิดเป็นผลให้อยู่ดีกินดี” หรือ “ชาติไทยจะเป็นมหาอำนาจตามที่เรที่ตั้งความมุ่งหมายไว้ทุกคนนั้น ก็อยู่ที่มีกำลังคนมาก” และ “เราจึงจำเป็นที่จะต้องเร่งรัดชาติของเราให้มีพลเมืองเพิ่มขึ้นกว่านี้ อย่างน้อยจะต้องมี 40 ล้านคน และยิ่งมากกว่านั้นก็ยิ่งดี” เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการสร้างชาติให้มีความเข้มแข็ง

การสนับสนุนการแต่งงาน ความพยายามดังกล่าวเกิดขึ้นในวันที่ 29 มีนาคม ปี พ.ศ. 2484 กระทรวงการสาธารณสุขมีการจัดตั้งองค์การส่งเสริมการสมรสตามนโยบายเร่งเพิ่มประชากร โดยมีการจัดพิธีสมรสของชาติเป็นครั้งแรก ณ ทำเนียบสามัคคีชัย จอมพล ป. พิบูลสงคราม มอบทุนของขวัญแก่คู่สมรสคู่ละ 80 บาท และตั้งสำนักงานสื่อสมรสเป็นสื่อกลางในการหาคู่ครองจับคู่ที่เหมาะสมนัดพบเพื่อทำความรู้จักโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ในปี พ.ศ. 2486 มีการจัดพิมพ์คู่มือสมรสเพื่อส่งเสริมการสมรสและการมีบุตร โดยมีสาระสำคัญเกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวก่อนเข้าพิธีแต่งงานรวมถึงการป้องกันโรคจากคู่สมรสและบุตรในอนาคต (พิจารณาเพิ่มเติมจากรูปภาพที่ 5 หน้าที่ 91) ซึ่งสอดคล้องกับการสร้างค่านิยมผิวเดียวเมียวเดียวที่ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มประเทศตะวันตก ทำให้ต้อง

มีการจดทะเบียนสมรสควบคู่กับการจดทะเบียนรับรองบุตรอย่างถูกต้องตามกฎหมายและหากต้องการยุติความสัมพันธ์จะต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษรคือการจดทะเบียนหย่า พลเมืองของรัฐจึงกลายเป็น “ร่างกายของชาติ” โดยที่ผู้หญิงเปรียบเสมือนแม่พันธุ์ (ดอกไม้มือของชาติ) และผู้ชายเปรียบเสมือนพ่อพันธุ์ (พ่อบ้าน) นอกจากนี้ยังมีโครงการอื่น ๆ เช่น การประกวดแม่ลูกตกพระราชบัญญัติสงเคราะห์ผู้มีบุตรมาก พ.ศ. 2486 - พ.ศ. 2500 การเข้มงวดกับกฎหมายห้ามทำแท้ง (ยกเว้นกรณีถูกข่มขืน) การเก็บภาษีชายโสด การจัดงานสมรสเป็นกลุ่ม (ระดับจังหวัดและระดับชาติ) และการกู้เงินจากองค์การสมรสผ่านธนาคารออมสินเพื่อจุดประสงค์ในการแต่งงาน เป็นต้น (นฤพนธ์ ด้วงวิเศษ, 2563, 116-119; ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, 2535, น.12-17)



ภาพที่ 5 หนังสือคู่มือสมรส หนังสือที่ระลึกวันของแม่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2486
คำอธิบายรูปภาพหน้าปกหนังสือ: จอมพล ป.พิบูลสงคราม กำลังหันหน้าไปทาง พันโทละเอียด
พิบูลสงคราม (ภรรยา) ที่กำลังอุ้มบุตรชายคนสุดท้อง ด.ช.นิത്യ พิบูลสงคราม

ที่มา: www.the101.world/plaek-phibulsongkharm-mothers-day

ความต้องการเพิ่มจำนวนประชากรภายในรัฐจากที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงในตอนต้น จึงเป็นภาพสะท้อนของการสะสมความมั่งคั่งทางทรัพยากรมนุษย์เป็นหลัก ดังนั้นพลเมืองภายในรัฐจึงเปรียบเสมือนกับความเข้มแข็งของประเทศ ผลประโยชน์จากการมีประชากรที่เพิ่มมากขึ้นถูกประยุกต์ใช้หลากหลายรูปแบบ โดยเฉพาะในช่วงรัตนโกสินทร์ตอนต้นผลผลิตส่วนเกินที่เกิดขึ้นจากแรงงานภาคเกษตรกรรมในการผลิตข้าวเป็นประโยชน์ต่อการทำการค้ากับต่างประเทศและ

ในกรณีฉุกเฉินเมื่อเกิดศึกสงครามหรือการใช้แรงงานเพื่อเก็บของป่า นำส่งสินค้าที่มีลักษณะเป็นของป่า เจริญพาณิชย์และอีกประเภทจะถูกใช้ในทางทหาร (ดินประสิว-มูลค่างควา-ไม้ใช้ในการต่อเรือ) รูปแบบสุดท้ายเป็นผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการเก็บภาษีอากร จังกอบ ฤชาและส่วยเงิน แต่การใช้ประโยชน์จากจำนวนประชากรในช่วงเวลาต่อมาจะถูกใช้ในรูปของแรงงานภายใต้โครงสร้างทางเศรษฐกิจและเป็นการส่งเสริมบารมีของกลุ่มชนชั้นนำ (การสะสมทาส) ภายหลังจากเลิกทาสในปี พ.ศ. 2448 และการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 ความเข้มแข็งของรัฐจึงขึ้นอยู่กับพลเมือง ซึ่งกลายเป็นกำลังแรงงานที่สำคัญเพื่อการพัฒนาโครงสร้างทางเศรษฐกิจและการขยายขนาดของ กองทัพสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางการเมืองในช่วงเวลานั้น ที่อยู่ในช่วงใกล้สิ้นสุดสงครามโลก ครั้งที่ 2 ภายหลังจากสงครามยุติลงการเร่งพัฒนาประเทศ จึงกลายเป็นสิ่งสำคัญควบคู่กับอุดมการณ์สร้างชาติ โดยการส่งเสริมการสร้างครอบครัวเพื่อเป้าหมายในการให้กำเนิดบุตร ซึ่งเปรียบเสมือนเป็น พลเมืองของรัฐในอนาคตในการสร้างชาติที่เข้มแข็งต่อไป

1. สถานะจำนวนประชากรไทยในปัจจุบัน

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม และความขัดแย้งทางการเมืองในอดีตที่ผ่านมา เช่น การทำรัฐประหารในปี พ.ศ. 2500 – 2501 (สฤษดิ์ ธนะรัชต์) พ.ศ. 2514 (ถนอม กิตติขจร) พ.ศ. 2519 - พ.ศ. 2520 (สฤษดิ์ ชลออยู่) พ.ศ. 2534 (สุนทร คงสมพงษ์) พ.ศ. 2549 (สนธิ บุญยรัตกลิน) พ.ศ. 2557 (ประยุทธ์ จันทร์โอชา) และวิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 แม้จะทำให้เกิดการหยุดชะงักของประชาธิปไตยและภาวะเศรษฐกิจถดถอย แต่ในด้านของจำนวนประชากรยังคงขยายตัวเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่มีการเก็บข้อมูลสำมะโนประชากรครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2452 จนถึงปัจจุบัน สามารถพิจารณาเพิ่มเติมได้จากตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5 ข้อมูลสำมะโนประชากรในประเทศไทย

| ครั้งที่ทำการสำรวจ | ปีที่ทำการสำรวจ | จำนวนประชากร |
|--------------------|----------------------|-------------------|
| 1 | 1 กันยายน พ.ศ. 2452 | 8,131,247 ล้านคน |
| 2 | 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2462 | 9,207,355 ล้านคน |
| 3 | 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2472 | 11,506,207 ล้านคน |
| 4 | 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2480 | 14,464,105 ล้านคน |
| 5 | 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2490 | 17,442,689 ล้านคน |
| 6 | 25 เมษายน พ.ศ. 2503 | 26,257,916 ล้านคน |

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553ข

ตารางที่ 4 ข้อมูลสำมะโนประชากรในประเทศไทย (ต่อ)

| ครั้งที่ทำการสำรวจ | ปีที่ทำการสำรวจ | จำนวนประชากร |
|--------------------|---------------------|-------------------|
| 7 | 1 เมษายน พ.ศ. 2513 | 34,397,371 ล้านคน |
| 8 | 1 เมษายน พ.ศ. 2523 | 44,824,540 ล้านคน |
| 9 | 1 เมษายน พ.ศ. 2533 | 54,548,530 ล้านคน |
| 10 | 1 เมษายน พ.ศ. 2543 | 60,916,441 ล้านคน |
| 11 | 1 กันยายน พ.ศ. 2553 | 65,479,453 ล้านคน |

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553ข

การเก็บข้อมูลสำมะโนประชากรถูกจัดทำครั้งแรก โดยกระทรวงมหาดไทยในปี พ.ศ. 2452 ต่อมาจึงโยกย้ายให้อยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานสถิติแห่งชาติตามข้อกำหนดพระราชบัญญัติสถิติ พ.ศ. 2550 ต้องมีการจัดเก็บข้อมูลสำมะโนประชากรระยะยาวตามกรอบระยะเวลา 10 ปี (การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การเก็บข้อมูลสำมะโนประชากรครั้งที่ 12 ในปี พ.ศ. 2563 ยังไม่ถูกเก็บข้อมูลจนถึงปัจจุบัน) หากพิจารณาจากจำนวนประชากรทั่วประเทศ ในทางสถิติจะพบว่าการเติบโตเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากปี พ.ศ. 2500 ส่วนหนึ่งที่ทำให้ประเทศไทยมีสัดส่วนจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้นคือการส่งเสริมโครงสร้างระบบสาธารณสุขของรัฐ ดังที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงใน **บทที่ 4 พัฒนาการประวัติศาสตร์ระบบสาธารณสุข: การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง** มีจุดเริ่มต้นจากการเข้ามาเผยแผ่ศาสนาของกลุ่มมิชชันนารี (Missionary) ที่นำเอาวิธีการรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน (Conventional Medicine) เข้ามาให้ความช่วยเหลือประชาชนต่อมารัฐจึงได้เริ่มเร่งขยายโรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลระดับอำเภอ สถานีอนามัย และบุคลากรทางการแพทย์จนครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ในปี พ.ศ. 2530 การพัฒนาในด้านนโยบายสาธารณสุขหรือกิจกรรมส่วนหนึ่งจึงเริ่มเกิดขึ้นหลังปี พ.ศ. 2540 ภายหลังจากรัฐมีความพร้อมทางด้านสถานพยาบาล เช่น โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการหนึ่งแพทย์หนึ่งตำบล กองทุนสุขภาพตำบล ศูนย์แพทย์ชุมชน โครงการสมัชชาสุขภาพ หมอครอบครัว และนโยบายระบบบริการสุขภาพอำเภอ

การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการเพิ่มจำนวนประชากรภายในรัฐ โดยการป้องกันโรคและภัยทางสุขภาพทำให้อายุเฉลี่ยในปัจจุบัน (Period Life Expectancy) ของคนไทยปรับตัวเพิ่มสูงขึ้นเป็น 75 ปี และคาดการณ์แนวโน้มในระยะยาวประชาชนที่เกิดหลังปี พ.ศ. 2559 จะมีอายุเฉลี่ยมากกว่า 80 - 93 ปี

หากเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศอาเซียน จากจำนวนประชากรปี พ.ศ. 2562 จะพบว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aging Society) โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 12.4 เทียบเท่ากับประเทศสิงคโปร์ (เวียดนาม-มาเลเซีย-อินโดนีเซีย-เมียนมา-ฟิลิปปินส์-บรูไน-กัมพูชา-กัมพูชามีอัตราผู้สูงอายุต่ำกว่าร้อยละ 7.6) โดยในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.21 หรือ 12,698,362 คน จากจำนวนประชากรทั้งสิ้น 65.4 ล้านคน ขณะเดียวกันประเทศไทยต้องเผชิญกับอัตราเด็กเกิดใหม่ต่ำสุดเพียง 544,570 คน ซึ่งตรงกันข้ามกับจำนวนประชากรที่เสียชีวิตในปีเดียวกัน 563,650 คน เป็นครั้งแรกของประเทศที่มีอัตราการเกิดของเด็กทารกน้อยกว่าการเสียชีวิตของประชากรทั่วประเทศและต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. 2565 ในสถานการณ์ปัจจุบัน (ทีดีอาร์ไอ, 2562, น.3-5; อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์, 2563, น.46-48; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565ก; กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565)

การเพิ่มจำนวนประชากรในบริบทสังคมไทยปัจจุบันจึงเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีตซึ่งให้ความสำคัญกับโครงสร้างระบบสาธารณสุขและการดำเนินนโยบายทางสุขภาพเป็นหลัก ขณะเดียวกันในด้านสัดส่วนของอัตราการเกิดที่ลดลงสวนทางกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาสังคมสูงวัย แม้จะมีนโยบายสนับสนุนการสร้างครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่ายเพื่อการฝากครรภ์และคลอดบุตร สิทธิลาคลอด จำนวนวันลาคลอด สิทธิลดหย่อนภาษี ค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนการศึกษาของบุตร ค่ารักษาพยาบาลและการป้องกันโรคของบุตร และเงินสงเคราะห์บุตร 800 บาท ถึง 600 บาท แยกตามประเภทของสิทธิระหว่างเงินอุดหนุนบุตรผู้มีรายได้น้อยและผู้ประกันสังคม แต่ก็ยังไม่สามารถสร้างเพิ่มจำนวนประชากรภายในรัฐได้เท่าที่ควรซึ่งเป็นสิ่งที่รัฐบาลต้องให้ความสำคัญในอนาคต ผลกระทบจากการเพิ่มขึ้นจำนวนประชากรที่ผู้เขียนได้นำเสนอในตารางที่ 4 ข้อมูลสำมะโนประชากรในประเทศไทย นำไปสู่การเกิดขึ้นของเมือง (Urban) และชุมชนท้องถิ่น (Local Community) ทำให้เกิดเป็นความหลากหลายหลายของตัวแสดง (Actors) ในพื้นที่ของชุมชนที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อดำเนินโครงการและกิจกรรมของรัฐ

2. การขยายตัวของเมืองและชุมชนท้องถิ่นกับปัญหาสังคมสูงวัยในปัจจุบัน

กระบวนการกลายเป็นเมืองได้เริ่มพัฒนาภายหลังสิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่ 2 ซึ่งมองว่าการพัฒนาสู่ความเป็นเมืองจะทำให้มีความเจริญก้าวหน้าทั้งในด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม เทคนิค วิทยาการ และศิลปวัฒนธรรมให้เหมือนกับกลุ่มประเทศโลกตะวันตก ยุโรป และสหรัฐอเมริกา โดยเมืองในทัศนะของแมกซ์ เวเบอร์ (Max Weber) จากงาน The City ให้ความสำคัญไปที่ปัจจัยด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านการเมือง โดยมองว่าทั้ง 3 ปัจจัยเป็นตัวขับเคลื่อนทำให้เกิดการ

รวมตัวของประชากรเพราะธรรมชาติของมนุษย์เมื่อมีการรวมกลุ่มจะทำให้รู้สึกคุ้นชินหรือสนิทสนมซึ่งจะนำไปสู่การแลกเปลี่ยนสินค้าหรือการค้าขายเชิงพาณิชย์ ในท้ายที่สุดจึงมีกฎเกณฑ์ที่บังคับใช้ในอาณาบริเวณของตนเองหรือเรียกว่าการเป็นอาณาบริเวณที่มีอธิปไตยในรูปแบบของเมืองในยุโรปตอนเหนือช่วงยุคกลางที่เป็นช่วงก่อนยุคอุตสาหกรรม เมืองในทัศนะของคาร์ล มาร์กซ์ (Karl Marx) ได้ให้ความสำคัญกับระบบทุนนิยม (Capitalism) ซึ่งเป็นกลไกในการขับเคลื่อนโครงสร้างทางเศรษฐกิจทั้งในระดับของรัฐและเมืองซึ่งได้อธิบายต้นกำเนิดของทุน จากกระบวนการที่ผู้ผลิตหรือชาวนาถูกขับผลักดันออกจากที่ดินของตนเองจนกระทั่งกลายเป็นผู้ไร้ปัจจัยการผลิต (Dispossession) จึงเหลือแต่พลังแรงงาน (Labor Power) ที่สามารถขายได้ในตลาดแรงงานเพื่อการดำรงชีพ ดังนั้นอีกสถานะหนึ่งของเมืองจึงกลายเป็นแหล่งดูดซับความอุดมสมบูรณ์และความมั่งคั่งจากชนบทเข้าสู่เมือง ขณะเดียวกันเอมิล เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim) ในผลงาน The Division of Labor in Society ได้อธิบายถึงความแตกต่างในมิติทางสังคมระหว่างสังคมเมืองและสังคมชนบท โดยสังคมชนบทจะมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันทางความคิด ค่านิยม และสำนึกที่มีร่วมกันทำให้ไม่คิดออกนอกกลุ่มนอกจากทั้งในด้านกิจกรรมในสังคมหรือวิธีการทางความคิด (Mechanical Solidarity) ในทางตรงกันข้ามสังคมเมืองจะมีการแบ่งงานกันทำตามความเชี่ยวชาญเฉพาะของแต่ละบุคคลเพราะมีความหนาแน่นของประชากรที่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีความซับซ้อนทั้งในด้านบุคลิกภาพ ความรู้สึก หน้าที่ และความสำเร็จในแต่ละบุคคล ซึ่งได้เปลี่ยนแปลงความเป็นเอกภาพในแบบสังคมชนบท (Organic Solidarity) (ธนศักดิ์ สายจำปา, ม.ป.ป., น.3-9; ไพโรจน์ คงทวีศักดิ์, 2552ข, น.18-19)

เมืองจึงได้กลายเป็นพื้นที่ของการศึกษาในหลายมิติขึ้นอยู่กับสิ่งที่ต้องการจะศึกษา โดยการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรไทยอย่างรวดเร็วในอดีตทำให้เกิดการโยกย้ายถิ่นฐานที่มีด้วยกันหลายรูปแบบ เช่น การประกอบอาชีพ การเจริญเติบโตของพื้นที่ทางเศรษฐกิจ ระบบสาธารณสุขโรค และการย้ายเพื่อจุดประสงค์ในการเข้าเรียนตามสถานศึกษา (สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย-โรงเรียน-ศูนย์การเรียน-วิทยาลัย-มหาวิทยาลัย) จึงนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของเขตเมือง (Urban) และชุมชนท้องถิ่น (Local Community) ซึ่งรัฐไทยมีการจัดระเบียบการจัดตั้งการปกครองส่วนท้องถิ่นลักษณะทั่วไปไว้ 3 รูปแบบ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล (เทศบาลตำบล-เทศบาลเมือง-เทศบาลนคร) และองค์การบริหารส่วนตำบล โดยใช้เกณฑ์ด้านจำนวนประชากร ที่ตั้งหน่วยงานราชการ การดูแลประชาชน และการจัดเก็บรายได้ของพื้นที่เป็นหลักสำคัญในการแบ่งประเภทซึ่งสามารถพิจารณาข้อมูลจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันได้จากตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 6 จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

| เทศบาล | จำนวน |
|--------------------------|------------|
| องค์การบริหารส่วนจังหวัด | 76 แห่ง |
| เทศบาลนคร | 30 แห่ง |
| เทศบาลเมือง | 195 แห่ง |
| เทศบาลตำบล | 2,247 แห่ง |
| องค์การบริหารส่วนตำบล | 5,300 แห่ง |

ที่มา: กองกฎหมายและระเบียบท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2563

หากมองย้อนกลับไปในอดีตจะพบว่าชุมชนตั้งขึ้นก่อนจังหวัด จังหวัดก่อตั้งขึ้นก่อนรัฐ และรวมกันกลายเป็นประเทศ ภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 ได้มีพระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ. 2476 ทำให้เกิดหน่วยการปกครองท้องถิ่นรูปแบบใหม่ คือ “เทศบาล” จากเดิมที่มีสุขาภิบาลเป็นหลักกระจายอยู่มากกว่า 4,800 แห่ง โดยในระยะเริ่มต้นมีจำนวนเทศบาลเพียง 35 แห่ง ต่อมาได้มีการจัดตั้งเทศบาลเพิ่มเติมอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 (มีการปรับใช้จนถึงปัจจุบัน) ควบคู่กับพระราชบัญญัติเปลี่ยนแปลงฐานะของสุขาภิบาลเป็นเทศบาล พ.ศ. 2542 ทำให้ทุกพื้นที่ยกสถานะกลายเป็นเทศบาล ในส่วนของ อบจ. และ อบต. มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการส่วนจังหวัด พ.ศ. 2498 เป็นผลให้เกิดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการส่วนตำบล พ.ศ. 2499 ก่อให้เกิดองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) แม้จะมีปัญหาเรื่องการทับซ้อนเชิงอำนาจหน้าที่ในการดูแลประชาชนระหว่าง อบจ. อบต. และเทศบาล เช่น การบริหารงานของ อบจ. ที่ผู้บริหารมีอำนาจจำกัด การกระจายงบประมาณไม่สมดุลกับภารกิจ และตัวแทนสมาชิกสภาทับทบาทที่มีลักษณะซ้ำซ้อนกัน แต่ถือได้ว่าในปัจจุบันมีเขตการปกครองส่วนท้องถิ่นลักษณะทั่วไปเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก เพื่อตอบสนองต่อหลักการกระจายอำนาจในการปกครอง และการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรอย่างต่อเนื่องภายในรัฐ (พงศสวัสดิ์ ราชจันทร์, 2563, น.17; ไททัศน์ มาลา, 2560, น.347-348; นเรศ จิตสุจริตวงศ์ และสมาน งามสนิท, 2559, น. 120)

การขยายเขตการปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนหนึ่งจึงเป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรอย่างรวดเร็วในอดีต ซึ่งตรงกันข้ามกับสถานการณ์ปัจจุบันที่กำลังประสบกับปัญหาสังคมสูงวัย (Aging Society) มากกว่าร้อยละ 19.21 ของประชากรทั่วประเทศ (12,698,362 คน)

ทำให้การส่งเสริมกิจกรรมทางด้านสุขภาพกลายเป็นเรื่องเร่งด่วนที่รัฐและกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ของเมือง (Urban) และชุมชนท้องถิ่น (Local Community) ซึ่งคำนิยามพื้นฐานของ **ชุมชนท้องถิ่น**: เป็นการรวมกันของกลุ่มคนในอดีตจนพัฒนากลายเป็นชุมชนหมู่บ้านตำบล และกลายเป็นส่วนหนึ่งของจังหวัดตามการแบ่งเขตของรัฐในปัจจุบันมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันทั้งความสัมพันธ์ในเชิงพื้นที่และความสัมพันธ์ทางสังคมทำให้มีการพึ่งพา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนชุมชน และสร้างวัฒนธรรมอันเป็นคุณค่าที่บ่งบอกถึงความเป็นตัวตน ขณะเดียวกัน **เมือง**: การศึกษาเรื่องการขยายเขตเมือง (Urbanization) ได้ให้คำอธิบายเขตเมืองในบริบทของประเทศไทยจากพื้นที่ซึ่งเป็น “เขตเทศบาล” ตามการให้ความหมายของรัฐมีขอบเขตทางภูมิศาสตร์ที่ชัดเจน โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองและเทศบาลนครจะมีความหนาแน่นของจำนวนประชากรอยู่ในระดับสูงจึงทำให้มีความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่มากกว่าเขตอื่น ๆ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565; วรโรจน์ บล ครอบอาจ และผกา มาศ ถิ่น พังงา, ม.ป.ป., น.13-16)

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จึงให้ความสำคัญกับการศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นการดำเนินโครงการทางสุขภาพ ที่ให้ความสำคัญกับการตั้งศักยภาพในชุมชนเพื่อสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชน โดยมีขอบเขตพื้นที่ของการศึกษาระหว่างเขตเทศบาลนครพิษณุโลก (เมือง) ที่มีจำนวนประชากรมากกว่า 65,584 คน เป็นจุดรวมของศูนย์ราชการในระดับจังหวัดและมีความเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจควบคู่กับเขตเทศบาลตำบลพรหมพิราม (ชุมชนท้องถิ่น) ที่มีจำนวนประชากร 1,107 คน และมีศูนย์ราชการกระจายตัวตามมาตรฐานของรัฐ (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2565) โดยทั้งสองพื้นที่แม้จะมีความแตกต่างกันในด้านความหนาแน่นของจำนวนประชากร ขนาดของพื้นที่ทางเศรษฐกิจ และการกระจุกตัวของศูนย์บริการด้านสุขภาพในพื้นที่ของเมือง แต่ในด้านการดำเนินโครงการคณะกรรมการฯ เขตเทศบาลตำบลพรหมพิรามประสบความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมที่มากกว่า โดยได้รับรางวัลการสร้างเครือข่ายพลังชีวิตของชุมชนและรางวัลคณะกรรมการฯ ระดับดีเด่นในปี พ.ศ. 2562 เพียงแห่งเดียวในระดับจังหวัด ซึ่งทำให้ผู้เขียนมีความสนใจที่จะศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่น นั้นมีรูปแบบการก่อตัวหรือมีบทบาทอย่างไรในพื้นที่ระดับปฏิบัติการ นอกจากนี้การออกแบบโครงการมิติเชิงโครงสร้างทั้งในส่วนของการร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย (Structure) ที่ต้องสัมพันธ์กับตัวแสดงภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน (Actors) ในพื้นที่ของชุมชนเพื่อก่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วม

จากทุกภาคส่วนในแนวระนาบ (Horizontal) นั้นสามารถทำให้เกิดขึ้นจริงได้หรือไม่ที่เป็นส่วนของการวิเคราะห์ที่ผู้เขียนจะกล่าวถึงในต่อไป

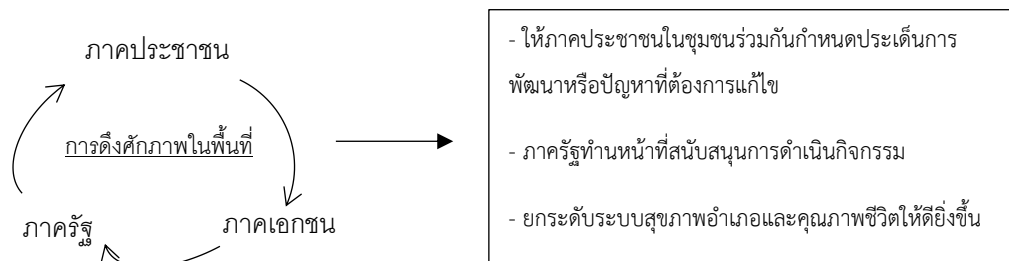
การดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้แนวคิดระบอบนคร

จากการประยุกต์ใช้แนวคิดระบอบนคร (Urban Regime) ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ระหว่างพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก (เขตเมือง) และเทศบาลตำบลพรหมพิราม (เขตชุมชนท้องถิ่น) เพื่อศึกษาบทบาทของคณะกรรมการฯ ในพื้นที่ระดับปฏิบัติการที่ส่งผลให้เกิดความเป็นระบอบสุขภาพ (Health Regime) นั้นสามารถแบ่งส่วนของการวิเคราะห์ได้เป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบราชการและการจัดการปกครอง ความสามารถในการบริหารความร่วมมือ พื้นที่ระดับปฏิบัติการและบทบาทของตัวแสดง และบรรทัดฐานและผลลัพธ์ของความร่วมมือซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ระบบราชการและการจัดการปกครอง

รูปแบบการจัดการปกครองภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาฯ ที่ส่งผลการกำหนดทิศทางการดำเนินกิจกรรม หากพิจารณาระเบียบการจัดตั้งว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 จะมุ่งเน้นไปที่การประสานความร่วมมือ โดยใช้พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง จากตัวแสดงในพื้นที่ของชุมชนทั้งในส่วนของภาคประชาชนและภาคเอกชนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพอำเภอ ทำให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้โดยไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง ประชาชนจึงกลายเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของตนเองจากการสนับสนุนของภาครัฐในเขตของชุมชนพิจารณาเพิ่มเติมได้จากแผนภาพต่อไปนี้

ภาพที่ 6 การออกแบบโครงการตามระเบียบการจัดตั้ง



ที่มา: พัฒนาโดยผู้เขียน

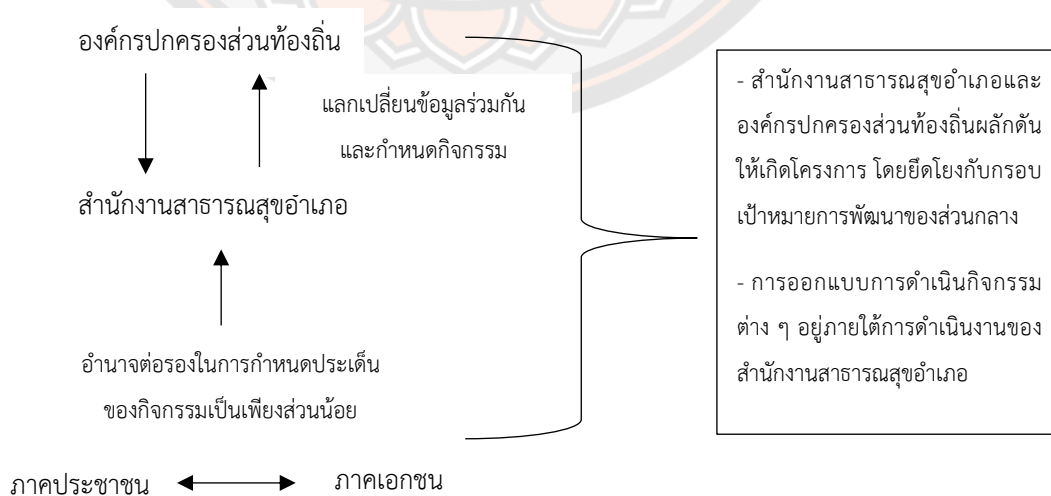
แต่ในพื้นที่ระดับปฏิบัติการทั้งในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิราม มีลักษณะที่เหมือนกัน กล่าวคือ ด้วยโครงสร้างของระบบราชการทำให้ตัวแสดงภาครัฐที่ประกอบไปด้วยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) (เขตเมือง/ชุมชนท้องถิ่น) ยังคงเป็นตัวแสดงที่มีอำนาจหลักในการตัดสินใจและการสั่งการเป็นหลัก โดยเป้าหมายการดำเนินโครงการยังคงต้องรอแนวทางการดำเนินกิจกรรมที่ยึดโยงกับการกำหนดประเด็นจากส่วนกลางระหว่างกระทรวงมหาดไทย (มท.) และกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ซึ่งเป็นลักษณะของการกำหนดกรอบเป้าหมายการพัฒนาในรายปี เช่น การดูแล เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และผู้เปราะบาง การดูแลประชาชนในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน และการแก้ไขปัญหาตามบริบทเชิงพื้นที่ ภายใต้การดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐในชุมชนสอดคล้องกับการสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มเป้าหมายภาครัฐ

นางสาว ก ได้แสดงความเห็นว่า “การเลือกกิจกรรมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ ขึ้นอยู่กับหัวหน้าเค้ายากได้อย่างไร ในแต่ละปี”

สัมภาษณ์ วันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2565

โดยหัวหน้าในที่นี้ไม่ใช่เพียงหัวหน้าในส่วนราชการ แต่เป็นผู้มีอำนาจการบริหารในระดับจังหวัด ในทางตรงกันข้ามตัวแสดงภาคประชาชนและภาคเอกชนถึงแม้จะเป็นหนึ่งในคณะกรรมการพัฒนา แต่กลับไม่มีอำนาจในการต่อรองเพื่อกำหนดการดำเนินกิจกรรม

ภาพที่ 7 การจัดการปกครองในพื้นที่ปฏิบัติการ



ที่มา: พัฒนาโดยผู้เขียน

จากแผนภาพดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการออกแบบโครงการจะกำหนดให้ประชาชนเป็น “ศูนย์กลางของความร่วมมือ” แต่ในทางปฏิบัติในมิติของระบบราชการและการจัดการปกครองตัวแสดงภาครัฐในส่วนของสาธารณสุขอำเภอและองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น ยังคงเป็นผู้ขับเคลื่อนโครงการและกำหนดประเด็นการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับกรอบเป้าหมายการพัฒนาของส่วนกลาง ขณะเดียวกันการดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่จะอยู่ภายใต้การกำกับดูแล การออกแบบโครงการ และการลงพื้นที่ปฏิบัติงานจากสาธารณสุขอำเภอเพียงหน่วยงานเดียว ดังนั้นตัวแสดงภาคประชาชนและภาคเอกชนจึงมีหน้าที่เป็นฝ่ายสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ครบตามองค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาฯ ที่ถูกกำหนดไว้ในระเบียบของการจัดตั้งเพียงเท่านั้น

2. ความสามารถในการบริหารความร่วมมือ

การบริหารความร่วมมือภายใต้ความสัมพันธ์ในเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ แม้รูปแบบระบบราชการและการจัดการปกครองจะมีลักษณะที่เหมือนกัน แต่ในด้านความสามารถในการบริหารความร่วมมือในระหว่างการประชุมเพื่อปรึกษาหารือการดำเนินกิจกรรม นั้นมีความแตกต่างกันทั้งในเขตพื้นที่ของเมืองและชุมชนท้องถิ่น ซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญดังต่อไปนี้

เทศบาลนครพิษณุโลก: มีลักษณะเป็นรูปแบบการสั่งการโดยตรง (Command) จากการบริหารในระดับจังหวัดทำให้การจัดตั้งเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ สมาชิกที่ถูกแต่งตั้งขึ้นมา มีลักษณะเป็นการ “ลากตั้ง” โดยยึดโยงกับตำแหน่งของแต่ละภาคส่วน (ผู้อำนวยการ-ประธานชมรม-นายกสมาคม) ดังนั้นเมื่อมีการประชุมตัวแสดงภาครัฐในระดับผู้บริหารฝ่ายท้องถิ่นจะเป็นผู้มอบหมายประเด็นการดำเนินกิจกรรมที่ได้รับส่งต่อมาจากผู้บริหารในระดับจังหวัด และถูกส่งต่อให้กับผู้บริหารของสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการของหน่วยงานสาธารณสุขจะเป็นผู้ออกแบบกิจกรรมในพื้นที่ของชุมชนสอดคล้องกับการสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มเป้าหมายภาครัฐ

นางสาว ข ได้อธิบายว่า “กิจกรรมส่วนมากที่ลงมือปฏิบัติ สาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ดูแลทั้งหมด” ขณะเดียวกันผู้บริหารระดับสูงได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความคืบหน้าของการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ และกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ นาย ค “เดี๋ยวผมให้คุณคุยกับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลโครงการนี้อยู่ นะ ผมไม่ได้ดูแลโครงการนี้” หรือ “เวลาคุณจะดูโครงการนี้ คุณต้องศึกษาเขตพื้นที่ อื่น ๆ ด้วย ไม่ใช่เฉพาะเทศบาลอย่างเดียว”

สัมภาษณ์ วันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2565

โดยข้อความดังกล่าวในระหว่างการสัมภาษณ์ทำให้ผู้เขียนตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับความเข้มแข็งของโครงการ ชัดแย้งกับระเบียบการจัดตั้งที่ควรจะมีความเป็นหนึ่งเดียวในด้านการจัดการความร่วมมือ โดยกิจกรรมของคณะกรรมการพัฒนาฯ ที่มีการดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2565 ได้แก่ โครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย (ปั่นจักรยาน-โยคะ) การส่งเสริมอาหารปลอดภัย (ปลูกผักในครัวเรือน-การลดขยะกล่องโฟมในร้านค้า) และครอบครัวอบอุ่น ดังนั้นในขั้นตอนของการประชุมทำให้ ตัวแสดงภาคประชาชนและภาคเอกชน เป็นเพียงฝ่ายสนับสนุนเพื่อให้กิจกรรมที่ถูกกำหนดนั้นเกิดขึ้นและยังไม่มี ความต่อเนื่องในการเข้าร่วมการประชุมเหตุผลส่วนใหญ่เป็นเพราะไม่มีค่าตอบแทนในการประชุม การดำเนินงานตามตำแหน่งจึงเป็นไปในรูปแบบของการยินยอมตามความสมัครใจเพื่อพัฒนาชุมชน และเป็นโครงการที่ถูกจัดขึ้นตามวาระสำคัญไม่มีความต่อเนื่องในระยะยาว

ภาพที่ 8 กิจกรรมรวมพลคนรักสุขภาพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019



ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

เทศบาลตำบลพรหมพิราม: มีความแตกต่างจากเขตเทศบาลนครพิษณุโลกในลักษณะของการบริหารความร่วมมือ แม้รูปแบบการกำหนดประเด็นปัญหาจะมีเป็นแบบเดียวกันคือ การกำหนดประเด็นให้อยู่ภายใต้ขอบเขตการดำเนินกิจกรรมของส่วนกลาง แต่มีการเปิดพื้นที่รับฟังความคิดเห็น ตัวแสดงภาคประชาชน ภาคเอกชน และผู้แทนพระภิกษุสงฆ์ ในระหว่างการประชุม โดยภาครัฐจะเป็นผู้เริ่มทำการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ สถานีตำรวจภูธรพรหมพิราม (ภาครัฐ) เพื่อแสดงสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดัน จำนวนคดียาเสพติด และปัญหาความยากจน จากนั้นภาคประชาชนจะเป็นฝ่ายสนับสนุนสิ่งที่ปัญหาในชุมชน เช่น ผู้แทนพระภิกษุสงฆ์ (พระศิลาบุญฐานุก) ให้การสนับสนุนการแก้ไขปัญหารอคอ้วนเพราะพระลูกวัดในการดูแลของตนเองนั้น พบเจอกับปัญหาดังกล่าวจากการรับประทานอาหารของญาติโยมหรือตัวแทนภาคประชาชนสนับสนุนการแก้ไขปัญหารื่องยาเสพติด โดยเฉพาะปัญหาการติดสุราเนื่องจากทำให้เกิดปัญหาหนี้สินและความรุนแรงในสังคม จนนำไปสู่การดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2565 ได้แก่ โครงการคนหัวใจเพชร (เลิกสุรา-บุหรื-สารเสพติด) โครงการส่งเสริมการออม โครงการลดอุบัติเหตุเสี่ยงจากอุบัติเหตุซ้ำซ้อน โครงการอาหารปลอดภัย และโครงการส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุรวมไปถึงดูแลผู้ด้อยโอกาสทางสังคม

ภาพที่ 9 การจัดประชุมเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประจำปี พ.ศ. 2564 เพื่อเลือกประเด็นการดำเนินโครงการทางสุขภาพ



ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม

ภาพที่ 10 การจัดกิจกรรมลด ละ เลิก สุราและการพนัน ควบคู่กับการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยนักวิชาการสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



ที่มา: โดยผู้เขียน

ดังนั้นความสามารถในการบริหารความร่วมมือที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของเมืองและชุมชนท้องถิ่น จึงขึ้นอยู่กับจัดการของสาธารณสุขอำเภอเป็นหลักที่บูรณาการความร่วมมือกับภาคประชาชนและหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ในชุมชน แม้ข้อกำหนดในระเบียบการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาฯ จะกำหนดให้สาธารณสุขอำเภอมีหน้าที่เป็นฝ่าย “เลขานุการ” แต่ในระหว่าง “การประชุม” เพื่อหาข้อยุติในประเด็นการดำเนินกิจกรรมล้วนเป็นหน้าที่ของฝ่ายสาธารณสุขอำเภอ นอกจากนี้ยัง

เป็นผู้รับผิดชอบการเบิกค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม และ ค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง แต่จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลพบว่าสาธารณสุขอำเภอได้งบประมาณการ ดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ (พชอ.) จากกระทรวงสาธารณสุขเพียง 10,000 บาท ต่อปี ซึ่งกำหนดให้จัดประชุมปีละ 2 ครั้ง เพื่อติดตามความก้าวหน้าของโครงการ โดยตัวแทนฝ่ายเจ้าหน้าที่ รัฐยืนยันว่างบประมาณดังกล่าวไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานทำให้การกำหนดวาระการประชุมแต่ละ ครั้งเป็นไปด้วยความยากลำบากและไม่สามารถโน้มน้าวให้ตัวแทนภาคประชาชนและภาคเอกชนเข้า ร่วมการประชุมได้อย่างสม่ำเสมอ

3. พื้นที่ระดับปฏิบัติการและบทบาทของตัวแสดง

จากที่ผู้เขียนได้นำเสนอในเนื้อหาก่อนหน้านี้จะเห็นได้ว่าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ได้กลายเป็นผู้ขับเคลื่อนหลักของโครงการแม้ว่ารูปแบบการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาฯ จะกำหนดให้ หัวหน้าส่วนการบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำรงตำแหน่งเป็นประธานจึงจำเป็นต้อง กำหนดประเด็นกิจกรรมให้สอดคล้องกับหน่วยงานส่วนกลาง (กระทรวงมหาดไทย-กระทรวง สาธารณสุข) แต่ในพื้นที่ระดับปฏิบัติการตามเงื่อนไขการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาฯ ได้กำหนดให้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ประสานความร่วมมือ (ภาคประชาชน-ภาคเอกชน) และเป็นผู้ควบคุมงบประมาณในการดำเนินโครงการทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองมีบทบาทอยู่ อย่างจำกัดในบางพื้นที่ ดังนั้นในพื้นที่ระดับปฏิบัติการและบทบาทของตัวแสดงต่าง ๆ ระหว่าง เขตเทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิรามจึงขึ้นอยู่กับความสามารถของสาธารณสุข อำเภอในการบริหารความร่วมมือ ซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้

เทศบาลนครพิษณุโลก: หากวิเคราะห์จากรูปแบบการดำเนินกิจกรรมนับตั้งแต่มีการจัดตั้ง เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ เช่น โครงการส่งเสริมการปั่นจักรยาน โครงการลดการใช้ถุงพลาสติก และกล่องโฟม โครงการส่งเสริมการปลูกผักในครัวเรือน และโครงการครอบครัวอบอุ่น จะพบว่าเป็น การดำเนินโครงการที่ถูกพบได้ทั่วไปหรือเป็นโครงการที่มีลักษณะซ้ำซ้อนกับกิจกรรมอื่น ๆ ที่ได้รับการ สนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐในอดีต ส่วนหนึ่งเป็นเพราะพื้นที่ปฏิบัติการในเขตเมือง (Urban) นั้นมีความซับซ้อนในด้านการจัดการและการสร้างความร่วมมือในชุมชน แม้จะมีความเจริญเติบโต ทางด้านเศรษฐกิจของภาคเอกชน การเป็นศูนย์รวมของหน่วยงานราชการในระดับจังหวัด และความ พร้อมในด้านโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต

จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลพบว่า สาธารณสุขอำเภอดอง เผชิญกับความยากลำบากในการเข้าถึงเครือข่ายภาคประชาชนและภาคเอกชน เพราะทุกคนล้วนมีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง ประกอบกับไม่มีเงินประจำตำแหน่งในฐานะดำรงตำแหน่งคณะกรรมการพัฒนาฯ สอดคล้องกับข้อจำกัดเรื่องงบประมาณทั้งในด้านการจัดประชุมและการดำเนินกิจกรรม ด้วยเหตุนี้รูปแบบการจัดกิจกรรมจึงเป็น “วิธีการขอความร่วมมือ” มากกว่าการสร้างกิจกรรมที่เป็นพลังขับเคลื่อนจากชุมชนหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือเป็นการกำหนดโครงการให้ประชาชนเป็นเพียงผู้ปฏิบัติ

โดยเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ นางสาว ก ได้แสดงความเห็นว่า “การจัดกิจกรรมในเขตเทศบาลมันไม่เหมือนพื้นที่อื่นนะคะ” กับประเด็นการดำเนินงานในพื้นที่เขตเทศบาลนครพิษณุโลก

สัมภาษณ์ วันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2565

ตัวแทนภาคประชาชนและตัวแทนภาคเอกชน ซึ่งสมาชิกส่วนหนึ่งเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประธานกลุ่มเครือข่ายธุรกิจเอกชน จึงมีหน้าที่เป็นผู้รับแนวทางการดำเนินนโยบาย จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้กับกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการที่เป็นสมาชิกพื้นที่ใกล้เคียงชุมชนของตนเองได้รับทราบการดำเนินโครงการ แต่เมื่อมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ จะเกิดขึ้นเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งไม่มีความต่อเนื่องในการดำเนินงานเพราะไม่สามารถสร้างความไว้วางใจ (Building Trust) ให้เกิดขึ้นได้ตั้งแต่ขั้นตอนของการจัดตั้งคณะกรรมการ การประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดประเด็น และการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินโครงการของส่วนกลาง ในทางตรงกันข้ามหากมีการประเมินผลโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ประจำปีจะใช้วิธีการดึงผลงานการจัดกิจกรรมจากตำบลอื่น ๆ ข้างเคียง (เนื่องจากประเมินในรูปแบบอำเภอ) เพื่อยกระดับคะแนนการสร้างประสิทธิภาพความร่วมมือในชุมชน เช่น โครงการปั่นจักรยานเพื่อสุขภาพ โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยการวิ่งมาตรฐานและบาสโลบ โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายผู้สูงอายุด้วยวิธีการรำไม้พลอง โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการตีและรำกลองยาว และโครงการส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยการเล่นวู๊ดบอล เป็นต้น

ภาพที่ 11 กิจกรรมส่งเสริมการปั่นจักรยานในสมาชิกเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและตำบลหัวรอ





ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

ภาพที่ 12 การส่งเสริมการบริโภคและปลูกผักปลอดสารพิษ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



ที่มา: โดยผู้เขียน

เทศบาลตำบลพรหมพิราม: กระบวนการสร้างความร่วมมือในพื้นที่ปฏิบัติการและบทบาทของตัวแสดงในเขตชุมชนท้องถิ่นมีความแตกต่างจากเขตเมือง แม้จะมีขอบเขตเชิงภูมิศาสตร์ที่กว้างกว่าเขตเทศบาลนครและพื้นที่ทางเศรษฐกิจที่ส่วนมากถูกใช้เป็นพื้นที่เกษตรกรรม แต่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามารถขับเคลื่อนการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ได้ด้วยการเชื่อมโยงเครือข่ายผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และตำรวจในท้องที่บูรณาการทำงานร่วมกันในพื้นที่ของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานเชิงรุกของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในส่วนของนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่จำเป็นต้องลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมชุมชนและสร้างความใกล้ชิดกับกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อประชาสัมพันธ์ข่าวสารทางด้านสุขภาพอยู่เสมอ (การรับวัคซีนฟรี-ขั้นตอนการป้องกันการติดเชื้อในสถานการณ์เชื้อไวรัสโคโรนา-การตรวจวัดระดับ

ความดัน) การดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่จึงถูกออกแบบให้เหมาะสมกับชุมชนและปัญหาทางสุขภาพที่สมาชิกกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน เช่น โครงการคนหัวใจเพชร โครงการส่งเสริมพื้นที่อาหารปลอดภัย โครงการลดอุบัติเหตุจราจรในพื้นที่เสี่ยง และโครงการลดความเสี่ยงการเกิดโรค NCDs (โรคอ้วน/โรคความดันโลหิตสูง/โรคเบาหวาน) ดังนั้นกิจกรรมในพื้นที่เทศบาลตำบลพรหมพิรามจึงขับเคลื่อนได้ด้วยความร่วมมือของสมาชิกในชุมชนและการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติการร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกการทำงานที่สำคัญเชิงพื้นที่ แต่ยังคงพบปัญหาหลักเดียวกับเขตเทศบาลนครพิษณุโลกในด้านการออกแบบประเด็นกิจกรรมที่ต้องสอดคล้องกับหน่วยงานส่วนกลางดังที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงในตอนต้น

ภาพที่ 13 โครงการอาหารปลอดภัยในชุมชนเทศบาลตำบลพรหมพิราม จากการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิชาการสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



ที่มา: โดยผู้เขียน

โดยผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผู้ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการพัฒนาฯ จะทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลการจัดกิจกรรมและค้นหากลุ่มผู้รับบริการที่มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมในบางโครงการที่ต้องการอาสาสมัคร ขณะเดียวกันกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและภาคเอกชนจะทำหน้าที่เป็นฝ่ายสนับสนุนภายในกิจกรรมเหล่านั้น เช่น โครงการคนหัวใจเพชรที่ต้องการกลุ่มคนต้นแบบในการลดพฤติกรรมติดเหล้าและการพนัน เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับชุมชนหรือโครงการลดอุบัติเหตุในพื้นที่เสี่ยงจะใช้วิธีการทำงานร่วมกันเพื่อค้นหาสถิติการเกิดอุบัติเหตุจากสำนักงานตำรวจภูธรพรมพิราม (สภ.) จุดใดเกิดบ้างที่เกิดเหตุบ่อยครั้งและร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอพรมพิราม (ศปถ.พรมพิราม) นำไปสู่การติดตั้งกรวยจราจร แบรีเออร์ เสาลักจราจร ไฟฉุกเฉิน และป้ายประชาสัมพันธ์จุดเสี่ยงทำงานควบคู่กับทางหลวงชนบทเพื่อตีเส้นจราจรให้มีความชัดเจนขึ้นช่วยเตือนสติผู้ใช้รถในชุมชน รวมไปถึงโครงการส่งเสริมอาหารปลอดภัยซึ่งปกติแล้วประชาชนในชุมชนมีการปลูกผักในครัวเรือนแต่ทางเจ้าอาวาสวัดกรับพวงเหนือ (วัดในชุมชน) ได้เปิดพื้นที่ว่างเปล่าภายในวัดให้ประชาชนที่ไม่มีที่ดินเป็นของตนเองสามารถปลูกผักเพื่อใช้ในการบริโภคในครัวเรือนได้ซึ่งเป็นการสนับสนุนกิจกรรมของสาธารณสุขอำเภอ เพิ่มเติมจากการให้ความรู้แก่พระลูกวัดและประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับปัญหาโรคอ้วนและโรคเบาหวานที่เกิดจากการบริโภคอาหารเค็มจัด หวานจัด และมันจัดจนทำให้พระสงฆ์จำนวนหนึ่งประสบกับปัญหาน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน (โรคอ้วน)

ภาพที่ 14 การประชุมศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอพรมพิราม เพื่อกำหนดพื้นที่จุดเสี่ยงที่ต้องปรับปรุงและแก้ไข



ที่มา: โดยผู้เขียน

ภาพที่ 15 การจัดการพื้นที่จุดเสี่ยง บริเวณสี่แยกบ้านเตาถ่าน อำเภอพรหมพิราม



ที่มา: โดยผู้เขียน

4. บรรทัดฐานและผลลัพธ์ของความร่วมมือ

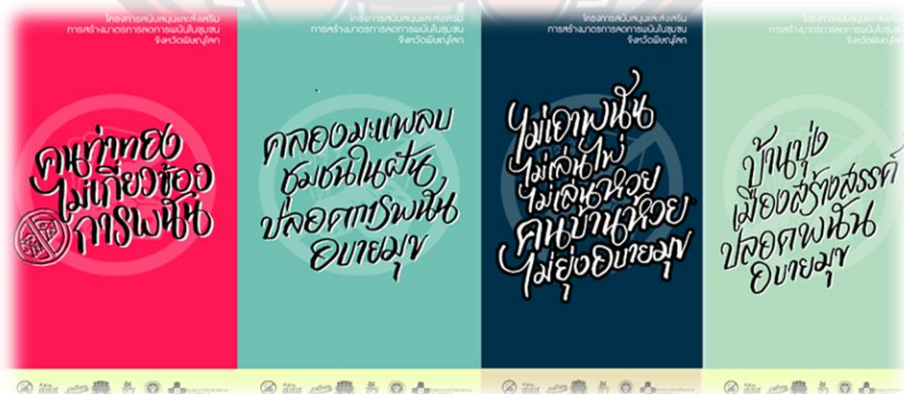
บทบาทคณะกรรมการพัฒนาฯ ในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก (เมือง) และเทศบาลตำบลพรหมพิราม (ชุมชนท้องถิ่น) ทั้งในด้านระบบราชการและการจัดการปกครอง การบริหารความร่วมมือและพื้นที่ระดับปฏิบัติการและบทบาทของตัวแสดงที่ได้นำไปสู่การจัดการจัดกิจกรรมต่าง ๆ นั้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือการสร้างบรรทัดฐานด้านสุขภาพใหม่ (Norm) ในพื้นที่ของชุมชนมีความเปลี่ยนแปลงอย่างไร จากการศึกษาผู้เขียนพบว่ามีความแตกต่างในเชิงพื้นที่ของการศึกษาที่ขึ้นอยู่กับความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลักมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้

เทศบาลนครพิษณุโลก: การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาฯ ในพื้นที่เขตเมืองนั้นไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติหรือบรรทัดฐานทางสุขภาพแบบใหม่ได้ เป็นเพราะไม่เกิดการทำงานในเชิงพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม โครงการส่วนใหญ่เกิดขึ้นเป็นเพียงระยะสั้นและไม่มีความต่อเนื่อง แม้หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอจะพยายามสร้างความร่วมมือกับทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคเอกชน แต่ด้วยสังคมของความเป็นเมือง (Urban) ประกอบกับการดำเนินโครงการที่ไม่มีค่าตอบแทนประจำตำแหน่งและงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดเพียง 10,000 บาท ต่อการประชุมและงบประมาณการดำเนินกิจกรรมประจำปี จึงทำให้ตัวแสดงต่าง ๆ ไม่ให้ความสำคัญกับโครงการมีสถานะเป็นเพียงผู้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาฯ เท่านั้น นอกจากนี้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับวาระเร่งด่วนเกี่ยวกับ “นโยบายเสรีกัญชา” ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขนาย อนุทิน ชาญวีรกูลได้ให้ความสำคัญ

กับเรื่องกัญชาเป็นนโยบายสำคัญ จึงทำให้โครงการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกัญชาจะไม่ได้ได้รับความสนใจจากผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเท่าที่ควร มองเห็นได้จากการจัดกิจกรรมของสาธารณสุข เช่น การจัดเวทีให้ความรู้เรื่องการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ ส่งเสริมการให้บริการด้วยกัญชงหรือกัญชาในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และการเป็นตัวแทนจัดประชุมวิชาการกัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มเขตสุขภาพที่สอง ดังนั้นการจัดกิจกรรมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพฯ ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จึงไม่ก่อให้เกิดการสร้างบรรทัดฐานทางสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อชุมชนจากความล้มเหลวด้านความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชน ในทางตรงกันข้ามรูปแบบการประเมินผลการดำเนินโครงการรายอำเภอแต่ละปียังเป็นช่องว่างที่สำคัญในการหลบซ่อนความล้มเหลวในพื้นที่ระดับปฏิบัติการ ด้วยวิธีการดึงผลงานจากตำบลภายนอกมาช่วยสนับสนุนการประเมินผลการจัดกิจกรรมในพื้นที่ของตนเอง เพื่อตอบโจทย์กระบวนการสร้างความร่วมมือที่ให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริงของหน่วยงานส่วนกลาง

เทศบาลตำบลพรหมพิราม: การปรับเปลี่ยนมุมมองทางด้านสุขภาพในพื้นที่ปฏิบัติการนั้นพบว่า ตัวแทนภาคประชาชน ภาคเอกชน และพระภิกษุสงฆ์ ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพ เช่น การลดเลิกสุราและพนัน การส่งเสริมพื้นที่อาหารปลอดภัย การป้องกันโรคอ้วน และการลดอาหารที่มีความเสี่ยงให้เกิดโรคเบาหวาน ได้ส่งเสริมให้เกิดการตระหนักถึงปัญหาทางด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต จากเดิมที่มีประเด็นรณรงค์โดยสาธารณสุขอำเภอแต่เมื่อมีการจัดกิจกรรมเพิ่มเติมจึงทำให้มีการตื่นตัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลสุขภาพและเป็นต้นแบบให้กับสมาชิกในชุมชน จากในอดีตที่ไม่ได้ตระหนักถึง “ภัยทางสุขภาพ” ในสภาพแวดล้อมของชุมชน นอกจากนี้ในส่วนของผู้บริหารที่ระดับปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) แม้การออกแบบกิจกรรมจะถูกควบคุม โดยหลักเกณฑ์ข้อกำหนดจากกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข แต่การดำเนินกิจกรรมในพื้นที่นั้นมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพในชุมชน ขณะเดียวกันยังมีการดำเนินกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางด้านสุขภาพโดยตรง ที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เช่น การลดอุบัติเหตุพื้นที่เสี่ยง การเลิกสุรา และการส่งเสริมการออมเพื่อแก้ไขปัญหาความยากจน ภายใต้โครงการย่อยคนหัวใจเพชรจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการพบว่าได้ตระหนักถึงการเชื่อมโยงผลลัพธ์ทั้งในด้านอุบัติเหตุและความยากจนนั้น จะนำมาสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม เพราะหากมุ่งแก้ไขปัญหาทางสุขภาพเพียงอย่างเดียวแต่ไม่ได้คำนึงถึงปัญหาภายนอกอื่น ๆ ก็อาจทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพได้ในระยะยาวเช่นเดียวกัน

ภาพที่ 16 การจัดโครงการคนหัวใจเพชรในการมอบรางวัลชุมชนคนต้นแบบ



ที่มา: โดยผู้เขียน

การดำเนินกิจกรรมของคณะกรรมการพัฒนาฯ ในเขตเทศบาลตำบลพรหมพิรามจึงช่วยสร้างบรรทัดฐานทางสุขภาพใหม่ในขั้นแรกเริ่ม ที่ช่วยกำหนดทิศทางการเปลี่ยนแปลงทัศนคติจนนำไปสู่การออกแบบเป้าหมายการพัฒนาชุมชนและต่อยอดสู่ระบบสุขภาพระดับอำเภอที่พึงประสงค์ เรียกว่า Phromphiram House Model ภายใต้อุดมคติ 5 ด้าน ได้แก่ สังคมดี อาหารดี รายได้ดี สิ่งแวดล้อมดี และสวัสดิการดี เป็นเป้าหมายการพัฒนาเพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางสังคม โดยการทำงานร่วมกันระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการวางกรอบเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพของประชาชนในชุมชนสามารถพิจารณาเพิ่มเติมได้จากตาราง ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 7 ตัวแบบการพัฒนาชุมชนพรหมพิราม (Phromphiram House Model)

| สังคมดี | อาหารดี | รายได้ดี | สิ่งแวดล้อมดี | สวัสดิการดี |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|---|
| วัฒนธรรมปลอด สิ่งเสพติด สุรา บุหรี่ | มีพฤติกรรม บริโภคที่ดี | ทำบัญชีครัวเรือน | แยกประเภทขยะ ก่อนทำลาย | ผู้พิการ / ผู้ด้อยโอกาสทาง สังคม |
| ปลอดอบายมุข การพนัน | การผลิตที่ ปลอดภัย | ลดรายจ่าย / ส่งเสริมการออม | ลดการใช้ทุก พลาสติก | ส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุมีรายได้ |
| มีความปลอดภัย ในชีวิตและ ทรัพย์สิน | แหล่งจำหน่ายที่ เชื่อถือได้ | สนับสนุนให้ทุก ครอบครัวมี อาชีพ | หลุมขยะเปียก | ส่งเสริมการออก กำลังและฟื้นฟู สภาพร่างกาย |

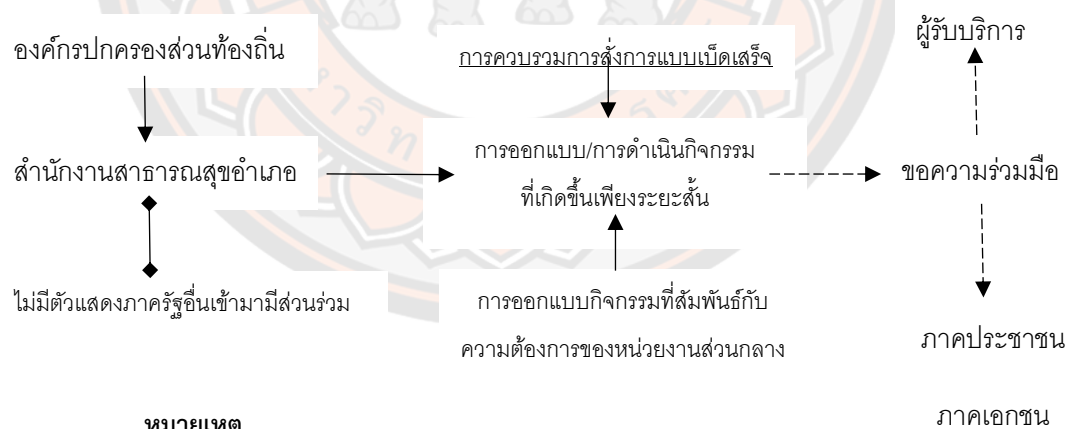
ที่มา: พัฒนาโดยผู้เขียน

ความหมายของระบบสุขภาพกับความแตกต่างเชิงพื้นที่ปฏิบัติการ

จากที่ผู้เขียนอธิบายถึงความแตกต่างในองค์ประกอบของการดำเนินกิจกรรมระหว่างเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและเขตเทศบาลตำบลพรหมพิรามภายใต้แนวคิดระบอบนคร (Urban Regime) ทั้งในส่วนของระบบราชการและการจัดการปกครอง ความสามารถในการบริหารความร่วมมือ พื้นที่ระดับปฏิบัติการและบทบาทของตัวแสดง รวมไปถึงบรรทัดฐานและผลลัพธ์ของความร่วมมือได้ช่วยแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในนิยามของความหมายเชิงพื้นที่ปฏิบัติการ ดังนี้

ระบอบสุขภาพเขตเมือง (เทศบาลนครพิษณุโลก) มีลักษณะเป็นการรวบรวมการสั่งการแบบ เบ็ดเสร็จไว้ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะการออกแบบกิจกรรมและการปฏิบัติงาน นั้นถูกจำกัดอยู่เพียงแค่ตัวแสดงของภาครัฐ ไม่สามารถสร้างความร่วมมือกับภาคประชาชนและภาคเอกชนในเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ ได้อย่างแท้จริงในทางตรงกันข้ามการจัดกิจกรรมต่าง ๆ กลับทำให้กลุ่มผู้รับบริการมีสถานะเป็นเพียงเครื่องมือที่ช่วยกำหนดตัวชี้วัดการประเมินเพื่อถ่ายรูปสร้างผลงานในกระบวนการมีส่วนร่วมกับภาคประชาชน ซึ่งมีลักษณะเป็นการดำเนินโครงการเพียงระยะสั้นเท่านั้น นอกจากนี้ช่องว่างในการประเมินโครงการประจำปีจากรัฐบาลส่วนกลางในรูปแบบรายอำเภอยังเป็นข้อจำกัดสำคัญในการดึงผลงานกิจกรรม จากตำบลอื่น ๆ เข้ามาประกอบการพิจารณาเพื่อเพิ่มคะแนนการมีส่วนร่วมกับภาคประชาชน แม้จะมีจุดเด่นในเชิงพื้นที่ทางเศรษฐกิจ การเป็นศูนย์รวมของสถานที่ราชการในระดับจังหวัด และความหนาแน่นของจำนวนประชากรที่ช่วยเพิ่มความหลากหลายของพื้นที่แต่กลับเป็นผลกระทบเชิงลบต่อบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาฯ ที่ไม่สามารถสร้างการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมระหว่างตัวแสดงและไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติหรือบรรทัดฐานทางสุขภาพแบบใหม่ได้ในพื้นที่ระดับปฏิบัติการได้

ภาพที่ 17 ระบอบสุขภาพเขตเมือง (Urban Health Regime)



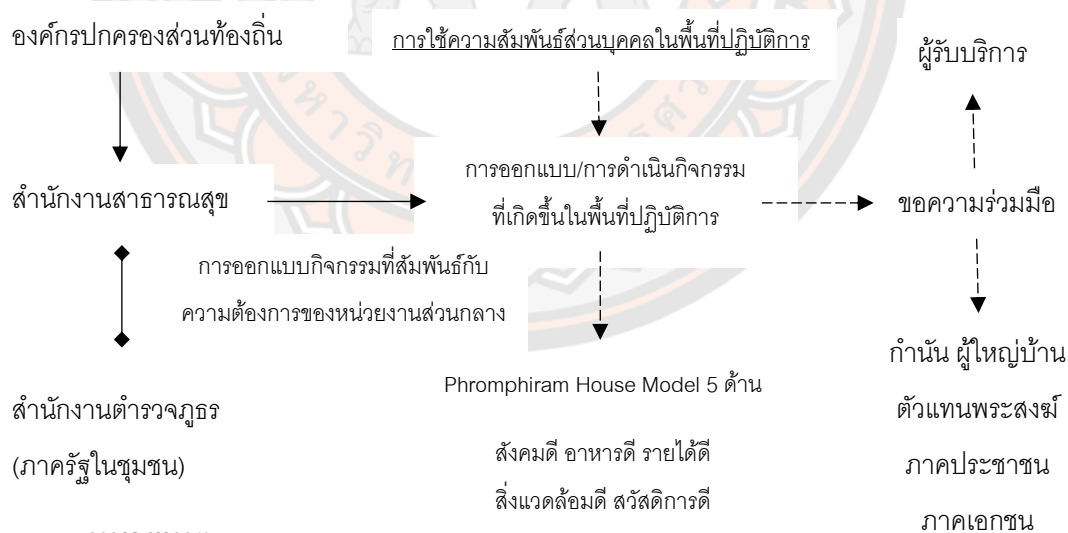
หมายเหตุ

- > หมายถึง รูปแบบการสั่งการให้เกิดขึ้น
- - - - -> หมายถึง การขอความร่วมมือไม่สามารถบังคับให้เกิดขึ้นได้

ที่มา: พัฒนาโดยผู้เขียน

ระบอบสุขภาพชุมชนท้องถิ่น (เทศบาลตำบลพรหมพิราม) มีลักษณะเป็นการใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลในพื้นที่ปฏิบัติการระหว่างเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและกลุ่มผู้รับบริการในชุมชนเพื่อดำเนินการจัดกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะการรณรงค์สำหรับการลดปัญหาโรคอ้วนและโรคเบาหวานที่ได้รับความร่วมมือจากผู้แทนพระภิกษุสงฆ์ ซึ่งเกิดขึ้นจากการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน ตัวแทนภาคประชาชน และภาคเอกชน จึงทำหน้าที่เป็นฝ่ายสนับสนุนโครงการ ขณะเดียวกันได้มีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐในพื้นที่คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักงานตำรวจภูธร เช่น การลดอุบัติเหตุในพื้นที่จุดเสี่ยงและการส่งเสริมการออกกำลังกายลด ละ เลิกสุรา ดังนั้นบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาฯ จึงก่อให้เกิดเป้าหมายการพัฒนาชุมชนเรียกว่า Phromphiram House Model (สังคมนตรี-อาหารดี-รายได้ดี-สิ่งแวดล้อมดี-สวัสดิการดี) ซึ่งเป็นจุดตั้งต้นที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือบรรทัดฐานทางสุขภาพแบบใหม่ให้ก้าวหน้าต่อไปในอนาคต ถึงแม้จะถูกจำกัดประเด็นการดำเนินกิจกรรมจากส่วนกลาง งบประมาณโครงการ รูปแบบพื้นที่ชุมชนท้องถิ่น และจำนวนประชากรที่มีอยู่อย่างจำกัด แต่ไม่เป็นอุปสรรคต่อความพยายามเสริมสร้างพลังของความร่วมมือ

ภาพที่ 18 ระบอบสุขภาพชุมชนท้องถิ่น (Local Community Health Regime)



หมายเหตุ

- > หมายถึง รูปแบบการสั่งการให้เกิดขึ้น
- > หมายถึง การขอความร่วมมือไม่สามารถบังคับให้เกิดขึ้นได้

ที่มา: พัฒนาโดยผู้เขียน

ภาพที่ 19 รางวัลพัฒนาชุมชนในกิจกรรมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประจำปี พ.ศ. 2562 เพียงแห่งเดียวในระดับจังหวัด



ที่มา: โดยผู้เขียน

ในด้านความสัมพันธ์ (Relation) การดำเนินงานทั้งสองเขตมีรูปแบบความสัมพันธ์ที่เป็นจุดร่วมและแตกต่างกันในบางประเด็น จากความแตกต่างเชิงพื้นที่และบทบาทของเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ โดยจุดที่มีรูปแบบเดียวกันคือความสัมพันธ์ที่เป็นทางการ (Formal Relation) เกิดขึ้นจากการประชุมเครือข่ายภาคประชาชน ภาคเอกชน และภาครัฐ ที่ดำรงตำแหน่งเป็นคณะกรรมการพัฒนาฯ ซึ่งถูกกำหนดให้จัดขึ้นปีละ 2 ครั้ง ด้วยงบประมาณการประชุมและดำเนินกิจกรรม 10,000 บาท แต่ด้วยโครงสร้างของระบบราชการกำหนดให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำรงตำแหน่งเป็นประธาน ดังนั้นหัวข้อหรือประเด็นการดำเนินกิจกรรมจึงติดอยู่ภายใต้กรอบของกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข แต่การออกแบบประเด็นกิจกรรม กระบวนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ การประสานงานระหว่างภาคประชาชนและภาคเอกชน และการเบิกจ่ายงบประมาณที่มีอย่างจำกัด เป็นหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ส่งผลทำให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อดำเนินกิจกรรม นั้นมีเพียงผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในทางตรงกันข้ามตัวแสดงภาคเอกชนและภาคประชาชน จะทำหน้าที่เป็นฝ่ายสนับสนุนประเด็นการดำเนินกิจกรรมเพียงอย่างเดียวและมักจะไม่มีความต่อเนื่องในการประชุม

ความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการ (Informal Relation) ผู้เขียนพบว่าเกิดขึ้นในเขตเทศบาลตำบลพรหมพิราม (ชุมชนท้องถิ่น) เพียงแห่งเดียว ภายหลังจากการหาข้อสรุปและลงพื้นที่ปฏิบัติการเพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ สิ่งที่เป็นปัจจัยการขับเคลื่อนโครงการให้มีความต่อเนื่องคือ ความสัมพันธ์

ส่วนบุคคลระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ผู้แทนคณะสงฆ์ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และประชาชนในชุมชน ซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นเพียงเพราะการมีอยู่ของคณะกรรมการพัฒนาฯ แต่การปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขตำบลพรหมพิราม โดยปกติแล้วเจ้าหน้าที่ต้องลงพื้นที่ ชุมชนอยู่เสมอเพื่อตรวจสอบสภาพร่างกายผู้สูงอายุ แจ้งข่าวสารทางสุขภาพ และติดตามปัญหา ทางด้านสาธารณสุขในชุมชน (โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) จึงเกิดความ สนิทสนมและคุ้นเคย ซึ่งเอื้ออำนวยต่อการจัดกิจกรรมของคณะกรรมการพัฒนาฯ นอกจากนี้ยังเกิด การบูรณาการในส่วนของภาครัฐระหว่างสำนักงานตำรวกภูธรพรหมพิรามและองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ที่ร่วมมือกันปรับปรุงพื้นที่จุดเสี่ยงซึ่งเกิดอุบัติเหตุอยู่บ่อยครั้ง โดยการทำงานร่วมกันครั้งนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากความพยายามของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสนาออกกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อ นโยบายสานพลังเครือข่ายอำเภอสู่การปลอดภัยทางถนนที่ยั่งยืนของหน่วยงานส่วนกลาง ซึ่งมีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ เป็นกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญ

หากพิจารณาอีกมุมหนึ่ง เหตุผลที่ไม่พบความสัมพันธ์ส่วนบุคคลเกิดขึ้นในเขตเทศบาลนคร พิษณุโลก ผู้เขียนพบว่าเกิดจากการละเลยหรือไม่ใส่ใจต่อโครงการ โดยผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุข อำเภอไม่ได้ให้ความสำคัญต่อโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ สังเกตได้จากการให้ข้อมูลที่ป้ายเบี่ยง ประเด็นให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ นั้นเป็นผู้ตอบคำถามแทนและไม่ทราบเกี่ยวกับความก้าวหน้า ของกิจกรรม ส่งผลทำให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการไม่สามารถสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายภาค ประชาชนและภาคเอกชนได้อย่างแท้จริง ด้วยปัจจัยด้านงบประมาณและผู้บริหารที่ไม่มีความต้องการ ผลงานในโครงการนี้เป็นการเฉพาะ ดังนั้นสภาพแวดล้อมของความเป็นเมืองที่มีความพร้อมในขนาด พื้นที่ทางเศรษฐกิจ โครงสร้างพื้นฐาน และการกระจุกตัวของศูนย์ราชการในระดับจังหวัด จึงไม่ได้เป็น ตัวชี้วัดคุณภาพการดำเนินโครงการและความร่วมมือของตัวแสดงภาครัฐเสมอไป โดยเฉพาะ ในนโยบายหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน

สรุป

ความต้องการเพิ่มจำนวนประชากรในอดีตได้แสดงให้เห็นความสำคัญระหว่างพลเมือง (Citizen) และรัฐ (State) ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักในการสร้างความเป็นชาติให้มีความเข้มแข็ง จึงมีกลยุทธ์ที่สำคัญ เช่น การกวาดต้อนผู้คน การห้ามทำแท้ง การออกกฎหมายผู้เดียวหลายเมีย การสนับสนุนการแต่งงาน และการลดอัตราการตายด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ฯลฯ นำไปสู่การ

เพิ่มขึ้นของประชากร ตั้งแต่มีการสำรวจข้อมูลสำมะโนประชากรครั้งแรกของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2452 จนถึงปี พ.ศ. 2553 มีประชากรทั่วประเทศมากกว่า 65.4 ล้านคน ทำให้เกิดการขยายตัวของพื้นที่เขตเมืองและชุมชนท้องถิ่นอย่างรวดเร็ว สิ่งที่เป็นปัญหาตามมาคือการดูแลสุขภาพของประชาชนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ จึงได้เกิดโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทย (มท.) และกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) เพื่อดัดแปลงสภาพความร่วมมือในชุมชน (ภาคประชาชน ภาคเอกชน และภาครัฐ)

จากการประยุกต์ใช้แนวคิดระบอบนคร (Urban Regime) ภายใต้การศึกษาโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ระหว่างเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิราม จากองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ระบบราชการและการจัดการปกครอง ความสามารถในการบริหารความร่วมมือ พื้นที่ระดับปฏิบัติการและบทบาทของตัวแสดง และบรรทัดฐานและผลลัพธ์ของความร่วมมือ พบว่าทั้งสองพื้นที่นั้นมีความแตกต่างกัน โดยเขตเมือง (Urban) ไม่สามารถสร้างความร่วมมือระหว่างตัวแสดงต่าง ๆ ให้เกิดขึ้นในพื้นที่ปฏิบัติการได้ ทำให้เกิดการควมรวมการสั่งการแบบเบ็ดเสร็จไว้ที่ฝ่ายสาธารณสุขอำเภอและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งในด้านการออกแบบกิจกรรมและการตัดสินใจเลือกประเด็นการทำงาน ส่งผลทำให้การดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่เกิดขึ้นเสียงระยระยและไม่มี การเปลี่ยนแปลงต่อการสร้างบรรทัดฐานหรือทัศนคติทางสุขภาพ เพราะเครือข่ายภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชนไม่มีเป้าหมายร่วมกันที่เป็นหนึ่งเดียวในการดำเนินกิจกรรม เป็นเพียงการจัดตั้งเพื่อรองรับความต้องการของรัฐบาลส่วนกลางในการจัดให้มีโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ เท่านั้น

ชุมชนท้องถิ่น (Local Community) แม้จะถูกควบคุมประเด็นการดำเนินกิจกรรม เช่นเดียวกับพื้นที่เขตเมือง แต่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามารถบูรณาการความร่วมมือให้เกิดขึ้น จากความสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และประชาชนในชุมชน เพราะการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำเป็นต้องลงพื้นที่อยู่เสมอ จึงก่อให้เกิดความสนิทสนมทั้งในกลุ่มประชาชนและตัวแทนฝ่ายสงฆ์ในการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพ ขณะเดียวกันยังสามารถดึงการมีส่วนร่วมของสำนักงานตำรวจภูธรและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ จากการจัดกิจกรรมลดอุบัติเหตุที่จุดเสี่ยงในชุมชนและพัฒนาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาฯ ให้กลายเป็นเป้าหมายการพัฒนาชุมชน Phromphiram House Model ซึ่งถือได้ว่าเป็นการช่วยสร้างบรรทัดฐานทางสุขภาพใหม่ในขั้นแรกเริ่มที่ช่วยกำหนดทิศทางการเปลี่ยนแปลงทัศนคติให้กับชุมชนต่อไปในอนาคต (พิจารณาเพิ่มเติมตารางที่ 8 หน้าที่ 119)

การดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอส่วนหนึ่งจึงเกิดขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาทางด้านสาธารณสุขและปัญหาทั่วไปที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยมุ่งเน้นไปที่การดึงศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนจากความร่วมมือของตัวแสดงต่าง ๆ ในพื้นที่ของการดำเนินโครงการต้องพบกับปัญหาเพราะตามกฎระเบียบของการจัดตั้ง กำหนดให้ **ประชาชนต้องเป็นศูนย์กลาง** แต่พื้นที่ปฏิบัติการ **ภาครัฐกลับเป็นศูนย์กลาง** ในการออกแบบกิจกรรมและการดำเนินโครงการ โดยสำนักงานสาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทหลักทั้งสองพื้นที่ระหว่างเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิราม จากกรอบการวิเคราะห์แนวคิดระบอบนครที่เป็นการให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น (Relations) ดังนั้นส่วนของการวิเคราะห์ในบทต่อไปผู้เขียนได้ใช้แนวคิดการครองอำนาจนำ และแนวคิดปัญญาชนเพื่อเปิดเผยอำนาจที่หลบซ่อนอยู่ในโครงสร้างของระบบราชการ (Structure)



ตารางที่ 8 ระบอบสุขภาพเมืองและชุมชนท้องถิ่นกับการวิเคราะห์แนวโน้มคิดระบอบนคร

| ระบอบสุขภาพ | ระบบราชการและ การจัดการปกครอง | ความสามารถในการ บริหารความร่วมมือ | พื้นที่ปฏิบัติการและ บทบาทของตัวแสดง | บรรทัดฐานและ ผลลัพธ์ความร่วมมือ |
|------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|
| ระบอบสุขภาพ เมือง | การจัดตั้งสมาชิกในเครือข่าย ภาครัฐ ภาคประชาชน และ ภาคเอกชนเป็นไปตามกฎระเบียบ (ราชการส่วนกลาง) แต่มีลักษณะ เป็นการจัดตั้งตามตำแหน่งผู้บริหาร หน่วยงานของภาครัฐและผู้นำชมรม ในพื้นที่ (พื้นที่ระดับปฏิบัติการ) | ความร่วมมือการส่งการ แบบเบ็ดเสร็จ | พบเพียงการทำงานของเจ้าหน้าที่ ระดับปฏิบัติการและอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | ไม่ก่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทาง สุขภาพเพราะรูปแบบ กิจกรรมที่นำไปปฏิบัติไม่ มีความต่อเนื่อง |
| ระบอบสุขภาพ ชุมชนท้องถิ่น | | ความพยายาม สร้างความร่วมมือ | เปิดพื้นที่ในการสร้างความร่วมมือ ระหว่างตัวแทนพระสงฆ์ ผู้ใหญ่บ้าน สำนักงานตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ระดับ ปฏิบัติการ | ทำให้เกิดตัวแบบการ พัฒนาสุขภาพในระดับ ชุมชน เรียกว่า Phromphiram House Model 5 ด้าน ได้แก่ สังคมดี อาหารดี รายได้ดี สิ่งแวดล้อมดี และ สวัสดิการดี |

ที่มา: พัฒนาโดยผู้เขียน

บทที่ 6

การดำเนินกิจกรรมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้การวิเคราะห์ แนวคิดทางการเมือง: การครองอำนาจนำและปัญญาชน

จากแนวคิดระบอบนครในหัวข้อก่อนหน้านี้ได้ช่วยเผยให้เห็นถึงความแตกต่างในการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ จากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงในพื้นที่ปฏิบัติการที่แตกต่างกัน เนื้อหาในบทนี้จึงต้องการนำเสนอกลไกสำคัญที่อยู่ภายใต้การดำเนินนโยบายสาธารณะของรัฐซึ่งเป็นพื้นที่ฉากหลังที่มีความสำคัญต่อการจัดกิจกรรมทางด้านสุขภาพและไม่ค่อยถูกพูดถึงคือการประยุกต์ใช้แนวคิดทางการเมืองกับการศึกษานโยบายหรือโครงการของรัฐเพื่อแสดงให้เห็นถึงการใช้อำนาจที่หลบซ่อนอยู่ในการขับเคลื่อนโครงการ ดังนั้นผู้เขียนจึงประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทางการเมืองกับการศึกษาโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอระหว่างแนวคิดการครองอำนาจนำ (Hegemony) และแนวคิดปัญญาชน (Intellectual) ในฐานะเป็นการเชื่อมโยงสิ่งที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ในพื้นที่ปฏิบัติการกับตัวแสดงที่มีบทบาทในโครงการและบริบทเชิงโครงสร้างทางราชการของรัฐที่ส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินโครงการทั้งในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิราม โดยสามารถแบ่งส่วนการนำเสนอได้เป็น 2 ประเด็น ดังนี้

ส่วนแรก รูปแบบการครองอำนาจนำที่เกิดขึ้นในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: เป็นการวิเคราะห์พื้นที่สังคมการเมืองและพื้นที่ประชาสังคมที่ได้ช่วยเปิดเผยข้อจำกัดในการดำเนินโครงการทั้งในเชิงโครงสร้างการสั่งการในระบบราชการและพื้นที่ระดับปฏิบัติการซึ่งพบกับข้อจำกัดการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาฯ ตามข้อกำหนดในระเบียบว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 เพื่อสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายภาคประชาชน ภาคเอกชน และภาครัฐนำไปสู่ความร่วมมือที่แตกต่างกัน เช่น รูปแบบความร่วมมือที่ถูกจัดสร้างในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกซึ่งจัดตั้งโครงการเพื่อตอบสนองต่อโครงสร้างราชการส่วนกลางเป็นที่ตั้งทำให้ความร่วมมือที่เกิดขึ้นเป็นการถูกจัดสร้างจึงไม่มีความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม ขณะเดียวกันความพยายามสร้างความร่วมมือในเขตเทศบาลตำบลพรหมพิราม แม้จะมีความจำเป็นในการจัดตั้งโครงการตามคำสั่งของรัฐราชการแต่สามารถบูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายสมาชิกในชุมชนจากความสัมพันธ์ส่วนบุคคลในการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพ

ส่วนที่สอง ปัญหาภายใต้การขับเคลื่อนกิจกรรมในพื้นที่ปฏิบัติการ: การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมของรัฐให้ประสบความสำเร็จสิ่งที่เป็นกลไกสำคัญคือปัญญาชน การศึกษาในส่วนนี้ให้ความสำคัญกับปัญญาชนในฐานะเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ทางสุขภาพให้กับประชาชน ประกอบไปด้วยปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้นและปัญญาชนที่ข้ามชนชั้นได้ โดยปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้นได้แก่ เจ้าหน้าที่ระดับสูงของสาธารณสุขระดับอำเภอ ตัวแทนภาคประชาชน และตัวแทนภาคเอกชน ยังคงยึดติดอยู่กับผลประโยชน์ส่วนตนในการเลือกประเด็นกิจกรรมที่จะเข้าไปมีส่วนร่วม การออกคำสั่งตามโครงสร้างระบบราชการ และไม่ได้อำนาจหน้าที่ในพื้นที่ระดับปฏิบัติการจึงไม่เกิดการส่งต่อความรู้ทางด้านสุขภาพให้กับสมาชิกในชุมชน ในทางตรงกันข้ามปัญญาชนที่ข้ามชนชั้นได้ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน และตัวแทนพระสงฆ์ ได้มีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมจากการประชาสัมพันธ์ให้กับสมาชิกในชุมชนได้ทราบถึงวิธีการป้องกันตนเองเบื้องต้นในพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของโครงการ แม้การดำรงตำแหน่งเป็นคณะกรรมการพัฒนาฯ จะไม่ได้รับเงินค่าจ้างรายเดือนและมีลักษณะเป็นงานจิตอาสา ดังนั้นผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจึงไม่ได้ผูกติดอยู่กับชนชั้นแต่ยังช่วยส่งต่อความรู้ทางสุขภาพให้กับสมาชิกในชุมชน โดยมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

รูปแบบการครองอำนาจที่เกิดขึ้นในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

แนวคิดการครองอำนาจนำ หรือ Hegemony เป็นการให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (Relations of Power) ที่ประกอบไปด้วยพื้นที่สังคมการเมืองเป็นพื้นที่เกี่ยวข้องกับอำนาจ ของรัฐ เช่น องค์กรที่เป็นหน่วยงานราชการทั่วไป องค์กรศาล องค์กรตำรวจ และกองทัพ ดังนั้นการใช้อำนาจในพื้นที่ของสังคมการเมืองจึงมีลักษณะเป็นการบังคับ (Coercion) ในทางตรงกันข้ามพื้นที่ประชาสังคมเป็นส่วนที่ไม่ใช่รัฐ เช่น ระบบความคิด ความเชื่อ และอุดมการณ์ทำให้การครองอำนาจนำในพื้นที่ส่วนนี้จะเกิดขึ้นโดยปราศจากกำลังบังคับ แต่ใช้รูปแบบของการโน้มน้าวหรือชักจูงเพื่อสร้างความยินยอมพร้อมใจ (Consent) การศึกษาพื้นที่ทั้ง 2 ส่วน จึงช่วยเผยให้เห็นถึงการใช้อำนาจที่หลบซ่อนอยู่ภายใต้การดำเนินโครงการของรัฐซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้

1. สังคมการเมืองที่ถูกจัดสร้างในเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่น (Political Society)

การวิเคราะห์พื้นที่สังคมการเมืองในงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้เขียนได้ให้ความสำคัญกับหน่วยงานของรัฐซึ่งเป็นส่วนของการใช้อำนาจทางกฎหมายหรือกฎระเบียบภายในองค์กรเพื่อส่งเสริมการขับเคลื่อนกิจกรรมของรัฐ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) พบว่ารูปแบบสังคม การเมืองในการดำเนินกิจกรรมทั้งในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก (เมือง) และเทศบาลตำบลพรหมพิราม (ชุมชนท้องถิ่น) ถูกจัดสร้างขึ้นโดยรัฐเป็นผู้กำหนดให้เกิดขึ้นตามโครงสร้างของการดำเนิน โครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1.1 ราชการส่วนกลางและพื้นที่ปฏิบัติการ

การเกิดขึ้นของคณะกรรมการพัฒนา อาศัยอำนาจตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ทำให้เกิดการบูรณาการร่วมกันระหว่าง กระทรวงมหาดไทย (มท.) และกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) เพื่อพัฒนาประเด็นทางด้านสุขภาพ ในชุมชน แก้ไขสภาพปัญหาทั่วไปที่สมาชิกในชุมชนมีความต้องการ และส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อน พร้อมทั้งพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน โดยมีปลัดกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน กรรมการและปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานกรรมการ มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนา ร่วมกันในระดับรายปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ถึง 2564 เช่น การเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (วาระเร่งด่วน) การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้และผู้เปราะบาง การลดอุบัติเหตุในพื้นที่ของหมู่บ้าน ตำบล และชุมชน การส่งเสริม อาหารปลอดภัยและเกษตรปลอดภัย การส่งเสริมอนามัยในแม่และเด็ก พัฒนาการเด็ก และวัยรุ่น การควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ และการลดปัญหาเรื่องยาเสพติดในชุมชน ต่อมาในปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2565 ได้มีการกำหนดประเด็นกิจกรรมเพิ่มเติม ได้แก่ โครงการพระราชดำริพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 10 โครงการพระราชดำริและหลักปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง และโครงการในพระบรมวงศานุวงศ์ ฯลฯ (รัฐบาลไทย, 2564ก)

โดยการจัดสรรประเด็นการพัฒนาดังกล่าวจะมีลักษณะเป็นการวางกรอบการดำเนินนโยบายหลัก (Policy Domain) ที่ถูกส่งตรงจากราชการส่วนกลางเพื่อให้การดำเนินงานในเชิงพื้นที่ทุกอำเภอทั่วประเทศนำตัวแบบกิจกรรมดังกล่าวไปพัฒนาเป็นกิจกรรมระดับย่อยในพื้นที่ชุมชนตนเอง ซึ่งเปรียบเสมือนกับการถูก “ควบคุมหรือกำหนด” เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของ กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข ขณะเดียวกันด้านงบประมาณจากที่ผู้เขียนได้กล่าวถึง ในบทที่ผ่านมาซึ่งได้รับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่รัฐพบว่า มีงบประมาณในการจัดประชุมและดำเนินกิจกรรมเพียง 10,000 บาท ในแต่ละปีหากวิเคราะห์จากระเบียบการจัดตั้งพบว่ามีค่าจัดความ ที่น่าสนใจ 2 ประเด็น ดังนี้ (ราชกิจจานุเบกษา, 2561ก)

ประการแรก การระบุในส่วนของอำนาจหน้าที่ให้คณะกรรมการพัฒนาฯ ตามข้อบัญญัติที่ 3 ในกฎระเบียบการจัดตั้งกำหนดให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของหน่วยงานรัฐนั้น

ประการที่สอง เจื่อนใจตามข้อบัญญัติที่ 14 วรรค 2 ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนับสนุนประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการต่าง ๆ อำนวยความสะดวกด้านข้อมูล และการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาฯ ให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ นอกจากนี้ยังให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรับผิดชอบในการเบิก ค่าใช้จ่ายประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทางค่าใช้จ่ายในการประชุมและค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง

จากข้อความดังกล่าวที่ผู้เขียนได้นำเสนอ โดยเฉพาะในเรื่องงบประมาณที่ปรากฏในข้อกำหนดการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตฯ นำไปสู่ข้อสังเกตที่สำคัญ 4 ประการ ดังนี้ **ลำดับแรก** การไม่กำหนดงบประมาณสนับสนุนรายปีที่แน่ชัด ส่งผลทำให้ไม่มีการกระจายงบประมาณเพื่อการดำเนินโครงการที่ชัดเจนหรืองบประมาณขั้นต่ำที่ควรได้รับเพื่อดำเนินโครงการ **ลำดับที่สอง** ระเบียบของการจัดตั้งมุ่งเน้นความสำคัญไปที่กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ซึ่งเป็นหน่วยงานระดับปฏิบัติการในพื้นที่ของชุมชนเป็นทั้งผู้ประสานงาน งบประมาณ และควบคุมกิจกรรมให้ดำเนินงานตามแผนที่ได้กำหนดไว้ ขณะเดียวกันในทางตำแหน่งหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาฯ ถูกกำหนดไว้ให้เป็นทั้งกรรมการและเลขานุการไม่ได้ดำรงตำแหน่งเป็นประธานคณะกรรมการแต่อย่างใด **ลำดับที่สาม** ประธานคณะกรรมการพัฒนาฯ ตามกฎระเบียบของการจัดตั้งกำหนดให้เป็นนายอำเภอที่สัมพันธ์กับการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แต่ไม่ถูกกำหนดให้มีบทบาทเท่าเทียมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในมิติของการแจกแจงอำนาจหน้าที่ เช่น การสนับสนุนงบประมาณ การช่วยเหลือการดำเนินโครงการในชุมชน และการกำหนดระยะเวลาเพื่อนัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาฯ ในทางตรงกันข้ามถูกระบุเป็นเพียงประธานคณะกรรมการเท่านั้น **ลำดับสุดท้าย** ปลัดกระทรวงมหาดไทยดำรงตำแหน่งเป็นประธานกรรมการส่วนกลาง แต่ในพื้นที่ปฏิบัติการหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลกลับไม่มีอำนาจหน้าที่อย่างชัดเจนตรงกันข้ามกับปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นรองประธานส่วนกลางสอดคล้องกับภาระงานในพื้นที่ดำเนินโครงการที่มีความขัดแย้งกัน สะท้อนให้เห็นถึงอำนาจการต่อรองในระดับกระทรวงที่มีความแตกต่างทั้งในด้านการจัดสรรงบประมาณและบทบาทหน้าที่ในโครงการซึ่งส่งผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ

ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในโครงการทั้งในด้านบทบาทหน้าที่ตามตำแหน่ง การจัดการงบประมาณ และความรับผิดชอบในการดำเนินโครงการจึงมีจุดเริ่มต้น จากการใช้อำนาจผ่านกรอบของกฎหมายในการจัดตั้งเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ โดยราชการส่วนกลางสั่งการให้ทุกอำเภอทั่วประเทศจำเป็นต้องจัดตั้งและถูกบรรจุไว้เป็นวาระเร่งด่วน ผ่านการมอบหมายของรองนายก รัฐมนตรี อดีตรัฐมนตรี สารีภักดิ์ ในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2561 และยังคงถูกบรรจุไว้เป็นแผนที่สำคัญของรัฐบาลในการพัฒนาพื้นที่ระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการควบคุมของคณะกรรมการสุขภาพปฐมภูมิในแผนระยะเร่งด่วน (พ.ศ. 2564 - 2565) ระยะปานกลาง (พ.ศ. 2566 - 2570) และระยะยาว (พ.ศ. 2571 - 2575) ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 5 จัดทำแนวทางที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายให้มีความสำคัญกับการขับเคลื่อนที่พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พร้อมเพิ่มกลไกความร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในแผนการขับเคลื่อนนโยบายบูรณาการความร่วมมือในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ (รัฐบาลไทย, 2561ข; รัฐบาลไทย, 2565ค)

เมื่อเกิดความขัดแย้งตั้งแต่ลำดับการสั่งการของราชการส่วนกลางจึงทำให้พื้นที่ปฏิบัติการไม่มีความชัดเจน จากที่ผู้เขียนได้นำเสนอข้อมูลในการสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มเป้าหมายส่วนของภาคีรัฐในการวิเคราะห์ที่ผ่านมานั้น จะพบได้ว่าการดำเนินงานเชิงพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอทั้งในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิราม ที่มีฐานะตามตำแหน่งเป็น กรรมการและเลขานุการ แม้จะมีความพยายามบูรณาการความร่วมมือที่เกิดขึ้นในบางกิจกรรม (ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน) แต่ยังคงพบได้เพียงส่วนน้อยในทางตรงกันข้ามผู้บริหารในระดับท้องถิ่นที่เชื่อมโยงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีฐานะเป็น ประธานคณะกรรมการในเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ ไม่ได้มีหน้าที่หรือความรับผิดชอบในโครงการที่ชัดเจนซึ่งเปรียบเสมือนกับการใช้อำนาจแบบบีบบังคับ (Coercion) ผ่านลำดับชั้นการบังคับบัญชาในโครงสร้างระบบราชการส่วนภูมิภาค

นอกจากนี้การดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ในพื้นที่ปฏิบัติการกลับถูกตั้งเป้าหมายจากราชการส่วนกลางในระดับสูง เช่น กระทรวงสาธารณสุขตั้งยุทธศาสตร์ใช้โครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ เป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหาลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ ขณะเดียวกันกระทรวงมหาดไทยได้สั่งการผู้ว่าราชการจังหวัดทั่วประเทศเตรียมพร้อมบูรณาการทุกภาคส่วนฉีดวัคซีนให้กับประชาชน โดยใช้เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ และคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มเป็น 3,000 หน่วย ซึ่งมีเงื่อนไขต้องเติมพื้นที่อำเภออย่างน้อย

จังหวัดละหนึ่งอำเภอบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาฯ และเชื่อมโยงการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ (Health Information Exchange) และบันทึกข้อมูลสุขภาพตามตัวบุคคล (Personal Health Record) ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (รัฐบาลไทย, 2560ค; รัฐบาลไทย, 2564ข)

1.2 ข้อกำจัดการแต่งตั้งคณะกรรมการตามตัวบทของกฎหมายที่ส่งผลต่อความหลากหลายทางความคิดในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

จากปัญหาในส่วนของราชการส่วนกลางและพื้นที่ปฏิบัติการที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงก่อนหน้านี้ ในด้านข้อบัญญัติของการจัดตั้งพบกับปัญหาที่สำคัญ ซึ่งเกิดขึ้นในพื้นที่ปฏิบัติการคือเงื่อนไขของการคัดเลือกบุคคลเข้าเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการพัฒนาฯ ที่ต้องมาจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ของชุมชนพื้นฐานทางความคิดการคัดเลือกบุคคลทั้ง 3 กลุ่ม ต้องยึดโยงกับความต้องการตั้งศักยภาพความร่วมมือของชุมชน โดยให้ประชาชนและภาคเอกชนเป็นศูนย์กลางของการกำหนดประเด็นปัญหาาร่วมกันและภาครัฐเป็นส่วนสนับสนุนกิจกรรม แต่ในพื้นที่การดำเนินโครงการทั้งในส่วนองเทศบาลนครพิษณุโลก (เมือง) และเทศบาลตำบลพรหมพิราม (ชุมชนท้องถิ่น) ไม่มีความสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ดังกล่าว ทั้งในด้านวิธีการปฏิบัติและจำนวนการมีส่วนร่วมของตัวแสดงภาคประชาชนและภาคเอกชนที่ไม่ตรงตามข้อบัญญัติของการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาฯ หากพิจารณาจากหลักเกณฑ์จะพบว่าการคัดเลือกภาคประชาชน (จำนวนไม่เกินเจ็ดคน) ต้องมาจากผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น ปราชญ์ชาวบ้าน องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร และเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในอำเภอ

ขณะเดียวกันการคัดเลือกภาคเอกชน (จำนวนไม่เกินหกคน) คัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษาเอกชน และผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบกิจการอื่นเป็นกรรมการได้ แต่ในทางปฏิบัติผู้เขียนพบว่ามีข้อจำกัดเกิดขึ้นในเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ ทั้งเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิรามของการดำเนินโครงการ อันเนื่องมาจากการคัดเลือกกรรมการทั้งหมดในกลุ่มภาคประชาชนล้วนมีตำแหน่งเป็น “ประธาน” เช่น ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประธานชมรมพัฒนาสตรี ประธานชมรมสื่อสารมวลชน ประธานผู้สูงอายุ และประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้าน นอกจากนี้ตัวแสดงภาคเอกชนมีข้อสังเกตที่สำคัญคือจะมีผู้ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการพัฒนาฯ เพียง 1 คน เท่านั้นในแต่ละเขตพื้นที่ของการศึกษามีสัดส่วนแตกต่างจากจำนวนตัวแทนภาคประชาชนและภาครัฐอย่างชัดเจน

โดยเขตเทศบาลนครพิษณุโลกมีตัวแทนภาคเอกชนเป็นประธานชมรมผู้ประกอบการร้านอาหารได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมลดขยะถุงพลาสติกและกล่องโฟม ขณะเดียวกันเขตเทศบาลตำบลพรหมพิรามมีตัวแทนภาคเอกชนเป็นผู้แทนภาคการเกษตรอำเภอพรหมพิรามที่ตั้งเป้าหมายพัฒนาสินค้าทางการเกษตรในรูปแบบของบรรจุภัณฑ์เข้าร่วมกับสำนักงานเกษตรอำเภอ (แต่ยังไม่ได้เริ่มดำเนินการ) ดังนั้นจุดร่วมที่เหมือนกันของโครงสร้างของคณะกรรมการพัฒนาฯ ทั้งในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิรามจึงประกอบไปด้วยตัวแสดงภาครัฐที่มีตำแหน่งในระดับผู้บริหาร (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน-ผู้กำกับสถานีตำรวจ-ผู้อำนวยการสถานศึกษาในพื้นที่) ภาคประชาชนที่ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งเป็นประธานชมรม และภาคเอกชนที่มีจำนวนผู้มีส่วนร่วมอยู่อย่างจำกัดและไม่ค่อยมีบทบาทในโครงการที่เกิดขึ้น

สัมพันธ์กับข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มเป้าหมายพบความไม่ต่อเนื่องของการจัดประชุมเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ ที่มีเพียงตัวแสดงภาครัฐเป็นผู้ขับเคลื่อนกิจกรรมส่งผลกระทบโดยตรงต่อความหลากหลายทางความคิดที่ถูกสะท้อนออกมาจากการเลือกประเด็นการดำเนินกิจกรรม ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นประเด็นทางด้านสุขภาพเพราะเชื่อมโยงกับบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขณะเดียวกันเครือข่ายตัวแสดงภาคประชาชนแม้จะมีตำแหน่งเป็นประธานชมรมแต่ไม่ได้มีบทบาทหรืออำนาจในการต่อรองกิจกรรมเพราะมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขชุมชนโดยเฉพาะประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในโครงการของภาคเอกชนจะมีลักษณะจัดขึ้นให้ครบตามเงื่อนไขของคณะกรรมการพัฒนาฯ ซึ่งไม่ได้เกิดการบูรณาการความร่วมมืออย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ปฏิบัติการ สามารถพิจารณาเพิ่มเติมได้จากรูปภาพต่อไปนี้

ภาพที่ 20 การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก และเทศบาลตำบลพรหมพิราม

คำสั่งอำเภอพิษณุโลก
ที่ ๓๓๓/๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พศจ.) อำเภอพิษณุโลก

เพื่อให้มีการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในอำเภอพิษณุโลก เป็นในทิศทางยุทธศาสตร์ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างมีส่วนร่วม รวมทั้งเน้นให้ภาคการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เคารพสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป อำเภอพิษณุโลก จึงอาศัยอำนาจตามความใน"ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑" ข้อ ๗ ข้อ ๑๒ และ ข้อ ๑๘ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พศจ.) อำเภอพิษณุโลก ดังนี้

| | |
|--|------------------|
| ๑. นายอำเภอเมืองพิษณุโลก | ประธานกรรมการ |
| ๒. ปลัดอำเภอหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานปกครอง | รองประธานกรรมการ |
| ๓. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก | กรรมการ |
| ๔. พัฒนาการอำเภอพิษณุโลก | กรรมการ |
| ๕. ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรพิษณุโลก | กรรมการ |
| ๖. นายแพทย์สมเด็จเจ้าพระยาพิษณุโลก | กรรมการ |
| ๗. ประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้านอำเภอพิษณุโลก | กรรมการ |
| ๘. นายแพทย์สมเด็จเจ้าพระยาพิษณุโลก | กรรมการ |
| ๙. เกษตรอำเภอพิษณุโลก | กรรมการ |
| ๑๐. บุคลากรอำเภอพิษณุโลก | กรรมการ |
| ๑๑. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา เขต 39 | กรรมการ |
| ๑๒. ผู้อำนวยการการศึกษาระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย | กรรมการ |
| ๑๓. นายแพทย์สมเด็จเจ้าพระยาพิษณุโลก | กรรมการ |
| ๑๔. เจ้าคณะอำเภอพิษณุโลก | กรรมการ |
| ๑๕. ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอพิษณุโลก | กรรมการ |
| ๑๖. ประธานกรรมการพัฒนาสตรีอำเภอพิษณุโลก | กรรมการ |

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

ภาพที่ 20 การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก และเทศบาลตำบลพรหมพิราม (ต่อ)

คำสั่งอำเภอพิษณุโลก
ที่ ๓๓๖/๒๕๖๓
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่อำเภอพรหมพิราม(พขอ.)

กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานต่าง ๆ ได้มี สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ (สชส.) ร่วมกับเจ้าภาพ ผู้ที่เล็งเห็นความสำคัญต่อประชาชนผู้มีความสำคัญกับ ศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคน โดยมีเป้าหมายคือเสริมศักยภาพให้มีความสำคัญกับ ไทยได้เจอเกิน เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่ดีของประเทศไทย ลดความเหลื่อมล้ำ ช่วยเหลือดูแลกันและกัน ตามแนวทางพระราช ธิปไตยเป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง บูรณาการทุกภาคส่วนในรูปแบบ "คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พขอ.) หรือ (District Health Board: DHB) โดยนายอำเภอ เป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอ เป็นเลขาธิการ มีตัวแทนภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาค ประชาชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและตัวแทนภาครัฐ มาร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามสภาพปัญหาของคณะ ที่นี้ เน้นกลุ่มประชาชน เช่น ร่วมกับใช้ปัจจัยที่มีส่งเสริมการต่อยอดคุณภาพชีวิตของประชาชน กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย อุดมชีพ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ฯลฯ ส่งเสริม ให้ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการของรัฐ

เพื่อให้การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่สอดคล้องกับประชาชน เกิดการบูรณาการ ศึกษาร่วมกันและสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมอย่างมีส่วนร่วม อันนำมาซึ่งความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางมีความเป็นเจ้าของและมีการมีส่วนร่วม โดยบูรณาการและประสาน ความร่วมมือในการไปสู่การสร้างสรรค์สังคมที่ดี ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพแข็งแรง จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิด ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พขอ.) ของอำเภอพรหมพิรามและในเขต ตำบล เพื่อให้ได้การดำเนินงานเป็นรูปธรรม ดังนี้

| | |
|--|---------------------|
| ๑. นายอำเภอ | ประธานกรรมการ |
| ๒. ปลัดอำเภอ | กรรมการ |
| ๓. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล | กรรมการ |
| ๔. พัฒนาการอำเภอ | กรรมการ |
| ๕. ผู้อำนวยการโรงเรียนพรหมพิรามวิทยา | กรรมการ |
| ๖. เกษตรอำเภอ | กรรมการ |
| ๗. ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธร | กรรมการ |
| ๘. ปลัดอำเภอ | กรรมการ |
| ๙. ผู้อำนวยการการศึกษาออกโรงเรียนและการศึกษาคณะอียิปต์ | กรรมการ |
| ๑๐. ประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้าน | กรรมการ |
| ๑๑. ประธานชมรมนายกองตำรวจส่วนท้องถิ่น | กรรมการ |
| ๑๒. ประธานสภาวัดธรรม | กรรมการ |
| ๑๓. ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร | กรรมการ |
| ๑๔. เจ้าคณะอำเภอ | กรรมการ |
| ๑๕. เจ้าอาวาสวัดแก้วมณี | กรรมการ |
| ๑๖. ผู้อำนวยการสถานีวิทยุกระจายเสียง | กรรมการ |
| ๑๗. ยาสาสนศิริพัฒน์ สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | กรรมการ |
| ๑๘. ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | กรรมการ |
| ๑๙. ประธานชมรมผู้สูงอายุ | กรรมการ |
| ๒๐. ประธานชมรมการพัฒนาสตรี | กรรมการ |
| ๒๑. สาธารณสุขอำเภอ | กรรมการและเลขาธิการ |

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

หากวิเคราะห์จากข้อบัญญัติในจุดมุ่งหมายของการจัดตั้งโครงการคณะกรรมการพัฒนา ที่มีความต้องการประชาชนเป็นศูนย์กลางจากการตั้งศักยภาพความร่วมมือในชุมชน แต่ในความเป็นจริงยังคงเป็นการดำเนินงานโดยภาครัฐเป็นผู้ขับเคลื่อนกิจกรรมเช่นเดิมและไม่สามารถดึงความร่วมมือจากภาคประชาชนและภาคเอกชนในการพัฒนาชุมชนได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นพื้นที่สังคมการเมือง (Political Society) ที่เกิดขึ้นในโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ จึงเกิดจากความไม่แน่นอนทั้งในส่วน การสั่งการจากราชการส่วนกลางที่ส่งผลต่อพื้นที่ระดับปฏิบัติการและหลักเกณฑ์สมาชิกเครือข่าย กรรมการที่ขัดแย้งกับความเป็นจริงในพื้นที่ของหน่วยการศึกษากลายเป็นการใช้อำนาจของรัฐ ผ่านคำสั่งทางราชการ (Order) ภายใต้อำนาจโครงสร้างความเป็นรัฐราชการ

อำนาจดังกล่าวถูกเรียกว่าระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ที่กำหนดให้ต้องจัดตั้ง "คณะกรรมการ พขอ." เกิดขึ้นในทุกอำเภอทั่วประเทศ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาในระดับประเทศ เช่น รองรับประเด็นการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ จากแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ 20 ปี ด้านการพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ และลดความเหลื่อมล้ำในสังคม จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 12 รวมไปถึงด้านการส่งเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุกและการสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในกำลังคนด้านสุขภาพ จากแผนสาธารณสุขระยะยาว ฉบับที่ 12 ดังนั้นการมุ่งจัดตั้งโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ อย่างรวดเร็วในทุกอำเภอทั่วประเทศ โดยการใช้รูปแบบคำสั่งจากตัว

บทกฎหมายในโครงสร้างของระบบราชการจึงส่งผลต่อความมั่นคงของนโยบายทั้งในด้านการบริหารจัดการกิจกรรม และการส่งเสริมความร่วมมือของเครือข่ายคณะกรรมการที่พบกับข้อจำกัดในพื้นที่ปฏิบัติการของหน่วยการศึกษา

2. พื้นที่ประชาสังคมกับการตอบสนองต่อโครงการของรัฐ: ความพยายามสร้างพื้นที่ของความร่วมมือและความร่วมมือที่ถูกจัดสร้าง (Civil Society)

การศึกษาในพื้นที่ประชาสังคมตรงกันข้ามกับสังคมการเมืองตรงที่เป็นการใช้อำนาจผ่านกรอบของกฎหมาย (Coercion) แต่พื้นที่ประชาสังคมเป็นการวิเคราะห์ไปที่ลักษณะการสร้างข้อตกลงร่วมกัน (Consensus) หรือการสร้างชุดความคิดที่ช่วยจัดระเบียบทางอุดมการณ์ให้กับกลุ่มสมาชิกในเครือข่ายภายใต้ประเด็นการพัฒนาหรือการแก้ไขปัญหาในชุมชนเมืองให้ดียิ่งขึ้นของคณะกรรมการพัฒนาฯ โดยการศึกษาในพื้นที่ประชาสังคมพบว่าทั้งเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิรามมีลักษณะการสร้างข้อตกลงที่แตกต่างกัน ในเชิงโครงสร้างของพื้นที่ปฏิบัติการซึ่งสัมพันธ์กับการใช้อำนาจจากราชการส่วนกลางที่ส่งผลต่อพื้นที่การดำเนินกิจกรรม ดังนั้นความร่วมมือที่เกิดขึ้นจึงมีรูปแบบเป็นความร่วมมือที่ถูกจัดสร้างและความพยายามสร้างความร่วมมือมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

2.1 ความร่วมมือที่ถูกจัดสร้าง

รูปแบบความร่วมมือภายใต้เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ เทศบาลนครพิษณุโลก (เมือง) มีสถานะเป็น “ความร่วมมือที่ถูกจัดสร้าง” เพราะความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีเพียงการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้น (สสจ.) และตัวแทนภาคประชาชนและภาคเอกชนมีสถานะเป็นเพียงผู้เข้าร่วมโครงการ หากพิจารณาจากภาพที่ 10 จะพบว่าเครือข่ายคณะกรรมการฯ มาจากหลายภาคส่วนในกลุ่มผู้อำนวยการระดับจังหวัด เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันตำรวจ สถาบันการศึกษา หน่วยงานทางด้านการเกษตรและปศุสัตว์ และเจ้าคณะอำเภอ (พระสังฆาธิการปกครองคณะสงฆ์ในระดับอำเภอ)

แต่รูปแบบการกำหนดประเด็นกิจกรรมระหว่างการประชุมจะกลายเป็นหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้นำเสนอกิจกรรม ในขณะที่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่แจกแจงกรอบประเด็นโครงการให้สอดคล้องกับความต้องการของราชการส่วนกลาง (กระทรวงมหาดไทย) ตัวแทนภาคประชาชนและประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ให้การสนับสนุนประเด็นกิจกรรม ตัวแทนภาคเอกชนมีสถานะเป็นทั้งคณะกรรมการและผู้เข้าร่วมกิจกรรมเฉพาะในประเด็นการลดขยะจากถุงพลาสติกและกล่องโฟม ซึ่งเชื่อมโยงกับส่วนที่ผู้เขียนได้นำเสนอใน

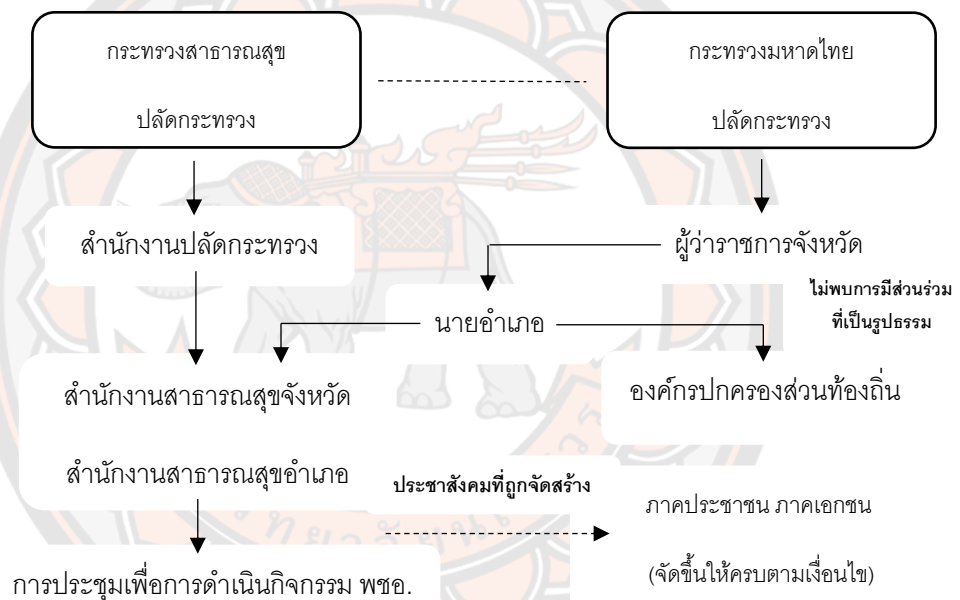
บทที่ 5 หัวข้อ ความหมายของระบอบสุขภาพกับความแตกต่างเชิงพื้นที่ปฏิบัติการ ที่เป็นการรวบรวม การสั่งการแบบเบ็ดเสร็จกล่าวคือแม้ตัวแสดงในข้อบัญญัติของการจัดตั้ง (Actors) จะมาจาก หน่วยงานต่าง ๆ ที่หากมองภายนอกแล้วมีความหลากหลายในเชิงโครงสร้างของคณะกรรมการพัฒนา แต่ความเป็นจริงในพื้นที่ปฏิบัติการเป็นเพียงการจัดขึ้นตามการใช้อำนาจผ่านตัวบทกฎหมายในพื้นที่ สังคมการเมือง (Political Society) โดยถูกจัดตั้งตามคำสั่งของอำเภอกว่ามีบันทึกว่าถูกจัดตั้งใน ระยะเวลาใกล้เคียงกันไม่เพียงเฉพาะในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิราม แต่ทุกอำเภอกิ่งจังหวัดพิษณุโลกล้วนเกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกินกำหนดในเดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2561 สอดคล้องกับการประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่ภายในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135 ตอนพิเศษ 54 ง มีประกาศในวันที่ 9 มีนาคม ปี พ.ศ. 2561 (ราชกิจจานุเบกษา, 2561ก)

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการกำหนดเป็นวาระเร่งด่วนของรัฐบาลซึ่งถูกแสดง ออกมาจากการจัดตั้งเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ อย่างรวดเร็วภายหลังมีประกาศในราชกิจจา นุเบกษาในระยะสั้น ส่งผลทำให้พื้นที่ประชาสังคมที่ได้รับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประชากร กลุ่มเป้าหมายในขั้นตอนการกำหนดประเด็นร่วมกันเพื่อหาข้อยุติในการดำเนินกิจกรรมนั้น ไม่มีความ ชัดแย้ง ไม่มีการเกิดข้อถกเถียง และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ เนื่องจาก ความสัมพันธ์ในเครือข่ายไม่เกิดขึ้นตั้งแต่ขั้นตอนการจัดตั้งคณะกรรมการ สิ่งที่เกิดขึ้นจึงเป็นเพียงการ สั่งการในระบบราชการขณะเดียวกันความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ของตำแหน่งประธาน (ผู้บริหาร ระดับท้องถิ่น) รวมไปถึงกรรมการและเลขานุการ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ยังช่วยให้มองเห็น ภาพของการใช้อำนาจที่หลบซ่อนอยู่ในพื้นที่ประชาสังคมอย่างไม่เป็นทางการ (Informal) ได้มากขึ้นเพราะสถานะโดยตำแหน่งของการบริหารราชการ นายอำเภอมีอำนาจที่สามารถขอความ ร่วมมือ จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้ ทั้งในมิติของโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินในประเทศไทย (ส่วนภูมิภาค) และการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ซึ่งมีสถานะเป็นส่วนราชการ บริหารส่วนภูมิภาคตามมาตราที่ 63 พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน ปี พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 8 ในปี พ.ศ. 2553 จึงมีหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือนายอำเภอ ในพื้นที่ของตนเอง (ราชกิจจานุเบกษา, 2553ค)

ด้วยความเป็นโครงสร้างระบบราชการ นายอำเภอจึงสามารถสั่งการหรือกำกับสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอให้จัดโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ในพื้นที่ของการดำเนินกิจกรรมได้อย่าง สมบูรณ์ โดยมีนายอำเภอเป็นประธานตามข้อบัญญัติโครงการแต่ความก้าวหน้าของโครงการในพื้นที่

เขตเมือง จากที่ผู้เขียนได้นำเสนอในบทที่ 5 จะเกิดขึ้นเพียงระยะสั้นเพราะขาดงบประมาณสนับสนุน ไม่ได้รับความสนใจจากผู้บริหาร และการบูรณาการความร่วมมือกับสมาชิกในเครือข่ายคณะกรรมการ ที่ถูกจัดขึ้นเพียงเพื่อให้ครบตามข้อกำหนดของโครงการ สิ่งที่เรียกว่าพื้นที่ประชาสังคมในเขตเทศบาล นครพิษณุโลกจึงกลายเป็นความร่วมมือที่ถูกจัดสร้างตามความต้องการของรัฐ ซึ่งเป็นการสร้างข้อตกลง ร่วมกัน (Consensus) ในความต้องการจัดกิจกรรมของภาครัฐเพียงอย่างเดียว เพื่อตอบโจทย์ การสร้างความร่วมมือกับประชาชนในพื้นที่ของชุมชนพิจารณาเพิ่มเติมได้จากแผนภาพด้านล่างนี้

ภาพที่ 21 โครงสร้างประชาสังคมที่ถูกจัดสร้างโดยรัฐในโครงการคณะกรรมการพัฒนาพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ



หมายเหตุ

- > หมายถึง รูปแบบการสั่งการให้เกิดขึ้น
- - - -> หมายถึง การขอความร่วมมือไม่สามารถบังคับให้เกิดขึ้นได้

ที่มา: พัฒนาโดยผู้เขียน

2.2 ความพยายามสร้างความร่วมมือ

การดำเนินกิจกรรมในพื้นที่เทศบาลตำบลพรหมพิราม (ชุมชนท้องถิ่น) มีความพยายามสร้างความร่วมมือในพื้นที่ประชาสังคม จากการประชุมระหว่างเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ ซึ่งเป็นจุดที่มีความแตกต่างระหว่างการดำเนินงานในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก (เมือง) ที่สัมพันธ์กับการนำเสนอประเด็นส่วนของการวิเคราะห์ในบทที่ 5 แผนภาพที่ 9 ระบอบสุขภาพชุมชนท้องถิ่นที่เกิดขึ้นจากการใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลทั้งในพื้นที่ปฏิบัติการรวมไปถึงขั้นตอนของการกำหนดประเด็นกิจกรรมระหว่างการประชุม แม้ว่าจะพบกับปัญหาในเชิงโครงสร้างของคณะกรรมการพัฒนาฯ เช่นเดียวกับพื้นที่เขตเทศบาลนครพิษณุโลกจากรูปแบบของการสั่งการและความหลากหลายของคณะกรรมการ แต่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังคง “พยายามสร้างความร่วมมือ” ที่เป็นเป้าหมายในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้เกิดขึ้นได้

โดยขั้นตอนของการสร้างความไว้วางใจในการปฏิบัติงานนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ แต่เป็นการสะสมภาพลักษณ์การลงพื้นที่ของชุมชนที่เชื่อมโยงการทำงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) เช่น การตรวจวัดความดันในกลุ่มผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายให้กับประชาชนในชุมชน (ลานกิจกรรมแอโรบิค) การกำจัดต้นตอของโรคไข้เลือดออกในชุมชน และการบริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่และวัคซีนอื่น ๆ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดความสนิทสนมกับผู้นำชุมชนและเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่สอดคล้องกับข้อมูลการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ

นาย ง อธิบายถึงการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุข โดยได้แสดงความเห็นว่า

“บางครั้งทำงานลงพื้นที่พบกับชาวบ้าน หากเค้าชวนกินข้าว เราก็ต้องกิน ที่นั่นมันเลยกลายเป็นความสนิทสนม ไม่เหมือนกับไปทำงาน” หรือ *“มันก็มีบ้างที่หัวหน้า รพ.สต. ที่อื่นเค้าไม่ยอมทำ แต่มันก็มีทั้งฝ่าย soft และ hard core ไปเลย”*

สัมภาษณ์ วันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2565

สะท้อนให้เห็นถึงความสนิทสนมระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติการและประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน รวมไปถึงการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขที่ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการขับเคลื่อนกิจกรรมในระดับอำเภอ จากความคิดที่แตกต่างกันของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลแต่ละแห่ง แต่หากพิจารณาในการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ในขั้นตอนของการประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถโน้มน้าวเครือข่ายคณะกรรมการ

จากการนำเสนอสถิติข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่าง ๆ และปัญหาแท้จริงที่ควรแก้ไขในชุมชน (การจัดงานเลี้ยงในสถานที่ราชการที่มีการดื่มสุรา-การงดขายบุหรี่และสุราให้กับเยาวชน-การลดพื้นที่การเกิดอุบัติเหตุในจุดเสี่ยง) โดยได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกเพราะเป็นการดำเนินงานที่เน้นใช้การประชาสัมพันธ์ เนื่องจากไม่มีงบประมาณที่มากเพียงพอประกอบกับความไว้วางใจจากการทำงานในชุมชนที่เกิดระหว่างความสัมพันธ์ส่วนบุคคล จึงช่วยทำให้การหาข้อยุติในการกำหนดประเด็นกิจกรรมนั้นเกิดขึ้นได้ (Consensus) แม้จะมีการใช้อำนาจในเชิงโครงสร้างของรัฐเช่นเดียวกับเขตเทศบาลนครพิษณุโลกแต่ได้มีความพยายามเปิดพื้นที่ของการสร้างความร่วมมือในการดัดศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนซึ่งมีรายละเอียดสำคัญ ดังต่อไปนี้

ตัวแทนพระสงฆ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้ขอความร่วมมือจากเจ้าอาวาสวัดกรับพวงเหนือ ซึ่งถือได้ว่าเป็นพระนักพัฒนาที่ดูแลทั้งในด้านให้ความช่วยเหลือประชาชนในชุมชนและการเป็นศูนย์กลางด้านจิตวิญญาณที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ โดยการร่วมมือกับตัวแทนพระสงฆ์ถือได้ว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญซึ่งเชื่อมโยงการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ (โรคเบาหวาน-โรคอ้วน-โรคความดันสูง) กับการให้ความรู้ประชาชนในระหว่างการใส่บาตรพระหรือถวายเพลพระ อันเนื่องมาจากพระสงฆ์กลุ่มหนึ่งที่อยู่ในการดูแลของเจ้าอาวาสประสบปัญหาหน้าหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพอื่น ๆ ตามมาอย่างต่อเนื่องเมื่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสนอแนวทางกิจกรรมแก้ไขปัญหาดังกล่าว กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จึงได้รับการสนับสนุนจากตัวแทนพระสงฆ์ซึ่งสามารถโน้มน้าวให้เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ เห็นชอบร่วมกันในการดำเนินทางสุขภาพได้เป็นผลสำเร็จ

ตัวแทนภาคประชาชนเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: การทำงานของเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือได้ว่าเป็นกลไกการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้ใหญ่บ้าน และกำนันในการค้นหากลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบางทางสังคม และกลุ่มบุคคลที่มีอาการติดสุราหรือการพนัน เนื่องจากมีความสนิทสนมกับประชาชนในชุมชนเป็นทุนเดิม จึงกลายเป็นตัวแสดงหลักที่สามารถเข้าถึงภาคประชาชนได้อย่างกลมกลืน ดังนั้นในขั้นตอนของการประชุมประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการพัฒนาฯ จึงกลายเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างภาคประชาชนและภาครัฐทำให้การนำเสนอกิจกรรมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันเนื่องมาจากเป็นการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพและภารกิจที่ถูกมอบหมายมุ่งเน้นไปที่การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนในชุมชนซึ่งสัมพันธ์กับภาระงานที่มีอยู่เดิมของการปฏิบัติหน้าที่

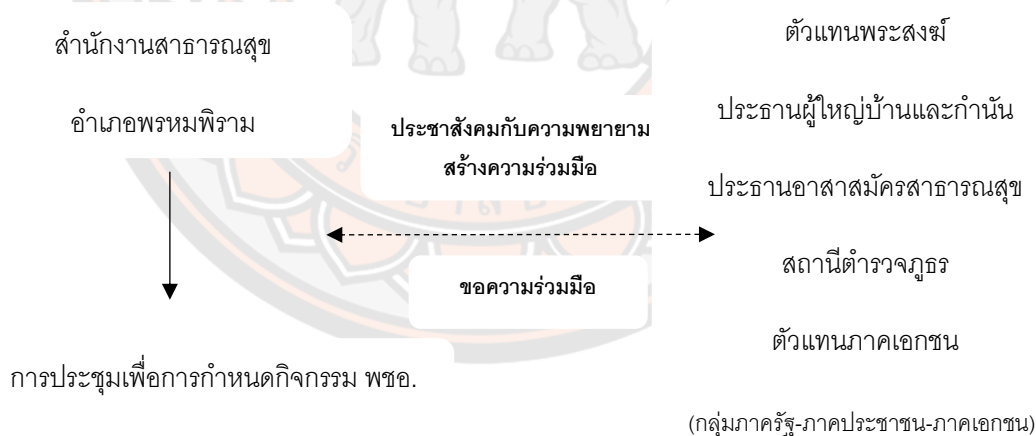
ตัวแทนผู้ใหญ่บ้านและกำนัน: หากวิเคราะห์จากบริบทในเชิงพื้นที่ปฏิบัติการผู้ใหญ่บ้านและกำนันจะทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก จากการประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุเสียงตามสายในชุมชน เกี่ยวกับการเกิดขึ้นและการมีอยู่ของโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ รวมไปถึงกิจกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นเป้าหมายของโครงการ โดยเฉพาะการให้ข้อมูลกับประชาชนในการป้องกันตนเอง สุขภาพเบื้องต้น จากความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน โรคสุราเรื้อรัง และโรคความดันโลหิตสูง ขณะเดียวกันระหว่างการประชุมตัวแทนคณะกรรมการเพื่อกำหนดประเด็นกิจกรรมจะมีลักษณะ เช่นเดียวกับตัวแทนพระสงฆ์คือการสนับสนุนการทำงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แต่มีส่วนเพิ่มเติมที่แตกต่างเป็นการส่งเสริมกิจกรรมสร้างกลุ่มคนต้นแบบ (คนหัวใจเพชร) ทั้งในด้านการลดสุรา บุหรี่ และการพนันเพื่อเป็นต้นแบบให้กับประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ

ภาครัฐอื่น ๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการ: การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้เปิดพื้นที่การมีส่วนร่วม โดยขอความร่วมมือไปยังสำนักงานตำรวจภูธรและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาพื้นที่จุดเสี่ยง นำไปสู่การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอพรหมพิราม (ศปถ.พรหมพิราม) ดังที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงในบทที่ 5 หัวข้อ *พื้นที่ระดับปฏิบัติการและบทบาทของตัวแสดง* แต่หากวิเคราะห์ในด้านของการประชุมเพื่อหาข้อยุติในการดำเนินกิจกรรมระหว่างเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ เป็นการกำหนดประเด็นกิจกรรมจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ถูกกำหนดเป้าหมายจากกระทรวงสาธารณสุขในการค้นหาและป้องกันภัยทางสุขภาพ ในประเด็นอุบัติเหตุบนท้องถนนตามแนวคิดสามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยบุคคล สภาพแวดล้อม และระบบที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำไปสู่ผลกระทบทางสุขภาพจากพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและรากฐานของปัญหาแท้จริงในชุมชน ดังนั้นจึงไม่ใช่กิจกรรมที่เป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐในชุมชนประชาชนอย่างแท้จริง แต่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขตเทศบาลตำบลพรหมพิรามสามารถจัดกิจกรรมให้เกิดขึ้นได้ตามความต้องการของราชการส่วนกลางแตกต่างจากพื้นที่เขตเทศบาลนครพิษณุโลกที่ไม่พบการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว

ตัวแทนภาคเอกชน: พบเพียงการมีส่วนร่วมแต่ไม่เหนียวแน่นและไม่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นทางสุขภาพ กล่าวคือผู้แทนภาคเอกชนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ข้าว) ตั้งเป้าหมายร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาฯ ในการพัฒนาบรรจุภัณฑ์ข้าวโดยการให้ความช่วยเหลือจากสำนักงานเกษตรอำเภอพรหมพิรามซึ่งมีฐานะเป็นกรรมการเช่นเดียวกัน แต่ยังไม่มีความคืบหน้าในการดำเนินงาน ขณะที่ในด้านประชุมระหว่างเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ เป็นเพียงผู้เข้าร่วมในบางครั้งและเป็นฝ่ายสนับสนุนให้ดำเนินกิจกรรม

จากข้อมูลที่คุณเขียนได้นำเสนอข้างต้นจุดที่เป็นความโดดเด่นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตเทศบาลตำบลพรหมพิราม (ชุมชนท้องถิ่น) คือ ความพยายามสร้างความร่วมมือ แม้ว่าการถูกมอบหมายภาระงานจะมีความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ตามตำแหน่งทั้งในด้านระเบียบการจัดตั้งคณะกรรมการ และโครงสร้างราชการส่วนภูมิภาคเช่นเดียวกับพื้นที่เขตเทศบาลนครพิษณุโลก แต่การดำเนินงานของเจ้าพนักงานปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ในพื้นที่ จากทุนเดิมที่มีคือการใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (พิจารณาเพิ่มเติมในบทที่ 5 หัวข้อ พื้นที่ระดับปฏิบัติการและบทบาทของตัวแสดง) ซึ่งเป็นความพยายามสร้างความร่วมมือในกลุ่มผู้แทนคณะกรรมการพัฒนา ได้แก่ พระสงฆ์ ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้พื้นที่ประชาสังคมที่เป็นการประชุมเพื่อหาข้อยุติในการดำเนินกิจกรรมมีลักษณะการขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม ทั้งในส่วนของ การกำหนดประเด็นกิจกรรมที่ต้องอิงตามกรอบของราชการส่วนกลางและการดำเนินกิจกรรมเชิงพื้นที่ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การประชาสัมพันธ์เนื่องจากขาดงบประมาณสนับสนุนพิจารณาเพิ่มเติมได้จากแผนภาพ ดังต่อไปนี้

ภาพที่ 22 ประชาสังคมกับความพยายามสร้างความร่วมมือในโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ



หมายเหตุ

- > หมายถึง รูปแบบการสั่งการให้เกิดขึ้น
- > หมายถึง การขอความร่วมมือไม่สามารถบังคับให้เกิดขึ้นได้

ที่มา: พัฒนาโดยผู้เขียน

โดยเหตุผลที่ไม่พบความพยายามในการสร้างความร่วมมือในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก ผู้เขียนพบว่าด้วยลักษณะของความเป็นเมืองไม่ได้เอื้ออำนวยให้เกิดกิจกรรมในรูปแบบ “การขอความร่วมมือ” หรือ “การประชาสัมพันธ์” เนื่องจากพื้นที่ของความเป็นเมือง (Urban) ตัวแสดงภาคประชาชนและภาคเอกชน มีภาระส่วนตัวทั้งในด้านอาชีพและครอบครัวที่ต้องดูแล หากเข้าร่วมการประชุมหรือร่วมดำเนินกิจกรรมก็จำเป็นที่จะต้องใช้งบประมาณส่วนตัว ซึ่งการดำรงตำแหน่งคณะกรรมการพัฒนาฯ เป็นลักษณะของ “จิตอาสา” แม้จะไม่ได้มีคำว่าจิตอาสาต่อท้ายชื่อของตำแหน่ง แต่ด้วยภาระงานที่ไม่ได้รับค่าจ้างรายเดือนเป็นการตอบแทนจึงทำให้การประชุมไม่มีความสม่ำเสมอ นอกจากนี้เครือข่ายผู้บริหารในระดับจังหวัดพบเพียงการแต่งตั้งตามตำแหน่งหน้าที่ ไม่ได้มีส่วนร่วมอย่างชัดเจนหรือลงพื้นที่ปฏิบัติงานแต่อย่างใด สอดคล้องกับการจัดกิจกรรมในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก เช่น โครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย การส่งเสริมอาหารปลอดภัย การลดใช้ถุงพลาสติก และการสร้างครอบครัวอบอุ่น โดยรูปแบบกิจกรรมไม่ได้ถูกจัดให้เชื่อมโยงกับภาระหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงไม่พบบทบาทที่เด่นชัดในกิจกรรมทางสุขภาพหรือบทบาทของตัวแทนพระสงฆ์ที่ถูกกำหนดให้เป็นคณะกรรมการนั้นไม่พบการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม โดยสิ่งที่ขาดหายไปในรูปแบบของกิจกรรมคือไม่มีส่วนต่อขยายเพิ่มเติมเพื่อแสดงให้เห็นถึงความใส่ใจต่อประชาชนในชุมชน เช่น กิจกรรมแก้ไขปัญหากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการลดปัญหาจุดเสี่ยงบนท้องถนนหากเปรียบเทียบกับเทศบาลตำบลพรหมพิราม ซึ่งการดำเนินกิจกรรมในลักษณะนี้ต้องใช้ความร่วมมือมากกว่าการดำเนินงานของสาธารณสุขอำเภอเพียงหน่วยงานเดียว

พื้นที่ประชาสังคมในเขตเทศบาลตำบลพรหมพิรามจากการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ แม้กรอบการดำเนินงานจะถูกควบคุมจากหน่วยงานส่วนกลางเช่นเดียวกับเขตเทศบาลนครพิษณุโลก แต่ได้พยายามจัดสร้างพื้นที่การพูดคุยเพื่อหาข้อยุติในการกำหนดประเด็นกิจกรรม ซึ่งเป็นการสร้างชุดความคิดที่ช่วยจัดระเบียบทางอุดมการณ์ให้กับกลุ่มสมาชิกในเครือข่ายต่อทิศทางการทำความเข้าใจโครงสร้างการดำเนินงานระบบราชการ ทั้งในมิติของการสนับสนุนด้านงบประมาณและความจำเป็นที่ต้องกำหนดประเด็นกิจกรรมให้สอดคล้องกับหน่วยงานราชการส่วนกลาง แม้ว่าจะมีข้อจำกัดเกิดขึ้น แต่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้พยายามกำหนดประเด็นกิจกรรมให้เข้ากับบริบทของปัญหาเชิงพื้นที่ (โรคอ้วน-โรคเบาหวาน-การลดอุบัติเหตุทางถนน) ซึ่งได้รับความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมจากทั้งประชาชนและภาครัฐในชุมชน รูปแบบพื้นที่ประชาสังคมจึงเป็นความพยายามสร้างความร่วมมือภายใต้การถูกกดทับจากความเป็นรัฐราชการในปัจจุบัน

ปัญญาชนภายใต้การขับเคลื่อนกิจกรรมในพื้นที่ปฏิบัติการ

กระบวนการครองครองอำนาจนำ (Hegemony) ทั้งในส่วนของพื้นที่สังคมการเมืองและประชาสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้การดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ซึ่งผู้เขียนได้นำเสนอไปในส่วนก่อนหน้า นี้ จะไม่สามารถเกิดขึ้นหรือดำรงอยู่ได้หากขาดปัญญาชนที่เป็นผู้ขับเคลื่อนกิจกรรมและออกแบบโครงการในพื้นที่ปฏิบัติการ ดังนั้นผู้เขียนจึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดปัญญาชน (Intellectuals) จากกลุ่มปัญญาชน 2 ลักษณะ ได้แก่ ปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้น (Organic) เจ้าหน้าที่ระดับสูงในสำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ตัวแทนภาคประชาชน และตัวแทนภาคเอกชน (ปัญญาชนตามตำแหน่ง) ควบคู่กับปัญญาชนแบบข้ามชนชั้นได้ (Traditional) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนพระสงฆ์ ผู้ใหญ่บ้านและกำนัน (ปัญญาชนที่ขับเคลื่อนกิจกรรม) ปัญญาชนทั้งสองรูปแบบที่เกิดขึ้นในพื้นที่ปฏิบัติการระหว่างเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิราม จึงเป็นองค์ประกอบหลักที่ทำให้การดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ สามารถดำรงอยู่ได้ซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้น (Organic Intellectual)

ปัญญาชนในรูปแบบนี้มีลักษณะผูกติดอยู่กับชนชั้นทั้งในด้านสถานะทางทางสังคมหรือตำแหน่งการประกอบอาชีพ เป้าหมายหลักของปัญญาชนกลุ่มนี้จึงเป็นการรักษาผลประโยชน์ของชนชั้นและเป็นผู้ผลักดันวัฒนธรรมทางความคิดในกลุ่มสังคมของตนเองให้สอดคล้องกับสังคมส่วนใหญ่ ในพื้นที่การดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ทั้งสองหน่วยพื้นที่ของการศึกษาพบปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้น ได้แก่ **เจ้าหน้าที่ระดับสูงในสำนักงานสาธารณสุข: โครงสร้างระบบราชการส่วนกลางได้ทำให้การทำหน้าที่ของ “ผู้บริหาร” หน่วยงานสาธารณสุขต้องเอื้ออำนวยในการจัดตั้งโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ แต่จากการสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มเป้าหมายพบว่าผู้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารเองไม่ได้เป็นผู้ควบคุม ประสานงาน และดำเนินกิจกรรมในเชิงพื้นที่** ซึ่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฏิบัติการเป็นผู้ขับเคลื่อนกิจกรรม บทบาทของเจ้าหน้าที่ระดับสูงในสำนักงาน จึงตั้งอยู่บนหลักการ “กระทำต่อเมื่อผู้มีอำนาจสั่งการ” ไม่ได้เป็นการรักษาผลประโยชน์ของประชาชนที่จะได้รับจากโครงการของรัฐ ในทางตรงกันข้ามเป็นการสั่งการใช้อำนาจที่มีอยู่ในหน่วยงานผลักดันการดำเนินกิจกรรมให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการเป็นผู้ควบคุม

ตัวแทนภาคประชาชน เครือข่ายประธานชมรมต่าง ๆ ที่ผู้เขียนได้นำเสนอในแผนภาพ 10 ตัวอย่างการแต่งตั้งคณะกรรมการในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกและพรหมพิราม ไม่ได้ถูกเชื่อมโยงให้มีส่วนร่วมกับการกิจกรรมที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนและไม่สามารถสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมกับพื้นที่ระดับ

ปฏิบัติการได้ เนื่องจากโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ มีรูปแบบการทำงานในลักษณะของจิตอาสา เพราะไม่มีเงินรายได้จากการดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการ ดังนั้นการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นจึงเป็นเพียงการแต่งตั้งตามตำแหน่งประธานชมรมของเครือข่ายภาคประชาชน ซึ่งไม่ได้ถูกคัดเลือกมาจากประชาชนที่มีความต้องการมีส่วนร่วมการพัฒนาชุมชนอย่างแท้จริง จึงทำให้การมีอยู่ของตัวแทนภาคประชาชนกลายเป็นเพียงการรักษาผลประโยชน์ของตำแหน่งตนเองที่เรียกว่า “ประธานชมรม” ซึ่งถูกหน่วยงานภาครัฐ “แต่งตั้งให้เป็น” ตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาฯ แต่ในพื้นที่ปฏิบัติการไม่ได้มีบทบาทการดำเนินกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม

ตัวแทนภาคเอกชน: จากที่ผู้เขียนได้นำเสนอเกี่ยวกับรายละเอียดการมีส่วนร่วมจะพบว่า แต่ละพื้นที่มีจำนวนภาคเอกชนเพียง 1 ราย ซึ่งการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นมีลักษณะเดียวกับตัวแทนภาคประชาชนเพราะเป็นการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการเท่านั้น แต่ความเป็นจริงในพื้นที่ปฏิบัติการไม่ได้มีส่วนร่วมที่เกิดจากความต้องการอย่างแท้จริงเป็นการขอความร่วมมือเป็นหลัก เช่น เทศบาลนครพิษณุโลกตัวแทนภาคเอกชนให้ความสนใจกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมลดการใช้ถุงพลาสติกและกล่องโฟมเพื่อตอบสนองต่อโครงการเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ ในด้านตัวแทนภาคเอกชนเขตเทศบาลนครพรหมพิรามให้ความสนใจที่จะพัฒนาบรรจุภัณฑ์สินค้าทางการเกษตร (ข้าว) ร่วมกับสำนักงานเกษตรอำเภอพรหมพิรามแต่ปัจจุบันยังอยู่ในขั้นตอนการปรึกษาหารือยังไม่ได้มีผลงานที่เป็นรูปธรรม ดังนั้นทั้งสองพื้นที่ของหน่วยการศึกษาที่มีลักษณะที่เหมือนกันเพราะพื้นที่ปฏิบัติการที่เป็นส่วนของการประชุมยังคงไม่มีความต่อเนื่องในการเข้าร่วมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลปัญหาทางด้านสุขภาพ ปัญหาที่ต้องการแก้ไขภายในชุมชน และการถกเถียงกับประเด็นทางเศรษฐกิจ หากพิจารณาจากรูปแบบการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของตัวแทนภาคเอกชนจะพบว่าประเภทกิจกรรมที่เลือกจะมุ่งเน้นไปที่ความสอดคล้องกับประเภทการประกอบอาชีพในกลุ่มของตนเองไม่ได้เกี่ยวข้องับประเด็นทางสุขภาพหรือปัญหาที่มีอยู่ในชุมชน

ปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้นภายใต้โครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ทั้งในส่วนของเจ้าหน้าที่ระดับสูงในสำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ตัวแทนภาคประชาชน และตัวแทนภาคเอกชนในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิราม จึงไม่ได้มีการส่งต่อชุดความรู้ที่มีอยู่ภายในกิจกรรมให้กับสมาชิกในชุมชน (กลุ่มชนชั้นอื่น) เพราะการออกแบบโครงการไม่ได้กำหนดให้สมาชิกคณะกรรมการแบบเจาะจงรายชื่อ เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางด้านสุขภาพในพื้นที่ระดับปฏิบัติการ เป็นเพียงการกำหนดประเด็นกิจกรรมร่วมกัน ส่งผลทำให้เกิดการรักษาผลประโยชน์ส่วนตัวทั้งในด้านบทบาทหน้าที่ผ่านการสั่งการในระบบราชการและการเลือกประเภทการดำเนิน

กิจกรรมให้สอดคล้องกับการประกอบอาชีพของตนเอง ปัญญาชนในรูปแบบนี้ผู้เขียนจึงเรียกว่า ปัญญาชนตามตำแหน่ง เพราะผลประโยชน์ที่มีร่วมกันของตัวแสดงกลายเป็นการรักษาผลประโยชน์ ส่วนตนเป็นที่ตั้งมากกว่าความต้องการดำเนินโครงการเพื่อตอบสนองต่อหลักการจัดตั้งคณะกรรมการ พัฒนาฯ ที่ให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางในการจัดการปัญหาทางด้านสุขภาพและปัญหาภายในชุมชนแต่ เป็นเพียงการจัดให้มีคณะกรรมการตามความต้องการของรัฐบาลการที่ถูกกำหนดจากส่วนกลางเท่านั้น

2. ปัญญาชนแบบข้ามชนชั้นได้ (Traditional Intellectual)

ปัญญาชนในรูปแบบนี้มีความแตกต่างจากปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้นตรงที่เป็นรูปแบบของ ตัวแสดงที่มีอิสระของตนเองทำให้การแสวงหาผลประโยชน์ไม่ได้ผูกติดอยู่กับโครงสร้างของชนชั้น ในทางสังคม จึงกลายเป็นปัญญาชนที่ขับเคลื่อนกิจกรรม โดยปัญญาชนประเภทนี้ในพื้นที่ของการ ดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 รูปแบบ ดังต่อไปนี้

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ: เป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมในเชิงพื้นที่ทั้งในส่วน ของการออกแบบและนำกิจกรรมไปปฏิบัติ ซึ่งถูกมอบหมายจากเจ้าหน้าที่ระดับสูงภายใต้โครงสร้าง ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จึงจำเป็นต้องจัดตั้งโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ พร้อมกับลง พื้นที่ประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนในชุมชนของตนเอง รับทราบถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของ โครงการ เช่น การป้องกันกลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรัง (NCDs) สนับสนุนการปลูกผักในครัวเรือนและเพิ่ม การบริโภคผักปลอดสารพิษ การส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุและวัยรุ่น (ลานแอโรบิก) รวมไปถึงการลดขยะที่เกิดจากการใช้กล่องโฟมในชุมชน โดยกิจกรรมที่เกิดขึ้นในพื้นที่เทศบาลนคร พิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิรามจะเน้นไปที่ “การประชาสัมพันธ์” ถือได้ว่าเป็นการถ่ายทอด องค์ความรู้ทางด้านสุขภาพ (Knowledge Transfer) ในประเด็นที่เป็นกิจกรรมหลักของแต่ละพื้นที่ จากสภาพแวดล้อมในชุมชนที่อาจจะส่งผลเสียต่อสุขภาพอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งถูกมองข้ามไปทั้งในส่วน ของการใช้สารเคมีในการเกษตรและการป้องกันตนเองเบื้องต้น จากความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคเพื่อ ตระหนักถึงผลกระทบทางด้านสุขภาพในชุมชน

โดยนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการยังจำเป็นต้องกำหนดรูปแบบการสร้างกิจกรรมให้ สอดคล้องกับตัวชีวิตของกระทรวงสาธารณสุข 5 ด้าน ได้แก่ การทำงานเป็นทีม การให้ความสำคัญกับ กลุ่มเป้าหมายและประชาชน การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี การชื่นชมและให้คุณค่า การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร และการดูแลผู้ป่วยและประชาชน ซึ่งถูกเรียกว่า “UCCARE” ที่จะส่งผลต่อการประเมินคะแนนรายตำบลและอำเภอในภาพรวมระดับประเทศ (เกณฑ์พื้นฐานของกระทรวง) ควบคู่กับการบูรณาการทั้งในส่วนภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ

ระบบบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี การเงินการคลังและแบ่งปันทรัพยากร และระบบสุขภาพชุมชน (เกณฑ์รายอำเภอ) บทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขจึงกลายเป็นทั้งผู้ส่งต่อองค์ความรู้ทางสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชนและผู้ปฏิบัติการกิจให้ตรงตามหลักเกณฑ์ของกระทรวง ที่จะส่งผลต่อการประเมินผลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจึงไม่ได้ผูกติดอยู่กับการเป็นเจ้าหน้าที่ราชการเพียงอย่างเดียว แต่ยังก่อให้เกิดประโยชน์ทางด้านความรู้ทางสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: ได้กลายเป็นแกนนำหลักในการลงพื้นที่ปฏิบัติการด้วยความเป็นทางการ (Formal) ที่อยู่ในสถานะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและความไม่เป็นทางการ (Informal) คือการเป็นประชาชนในพื้นที่ของชุมชนเป็นลักษณะเด่นที่สำคัญในการเข้าถึงสภาพปัญหาทั้งในส่วนของการค้นหาผู้ที่เข้าข่ายกลุ่มเสี่ยงโรคติดต่อไม่เรื้อรัง การแนะนำวิธีการป้องกันโรค การพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจ และการแนะนำข้อดีของการปลูกผักในครัวเรือนแบบปลอดสารพิษ ภายใต้โครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาฯ ได้มีตัวแทนที่มีสถานะเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในตำแหน่งของกรรมการทั้งในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิราม

โดยปกติแล้วการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นการดำเนินภารกิจควบคู่กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านอยู่เป็นประจำ ดังนั้นการเพิ่มบทบาทในการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ จึงกลายเป็นผู้เชื่อมโยงความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ได้รับจากการอบรมจากกระทรวงสาธารณสุข เช่น สุขวิทยาส่วนบุคคล การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การเรียนรู้สาเหตุของโรค และวิธีการป้องกันกลุ่มโรคที่พบได้มากในประเทศ (อบรมภาคบังคับ) ซึ่งครอบคลุมประเด็นการดำเนินกิจกรรมของคณะกรรมการพัฒนาฯ ที่มุ่งเน้นการประชาสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในชุมชน การทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นการให้ความรู้กับสมาชิกในชุมชนของตนเอง เพื่อส่งเสริมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคที่ได้รับการอบรมความรู้ทางสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการแบ่งปันความรู้ทางสุขภาพกับสมาชิกในชุมชนของตนเองจึงไม่ใช่การแสวงหาผลประโยชน์ในชนชั้นแต่เป็นการทำเพื่อประโยชน์ส่วนรวมในหมู่บ้านหรือชุมชน

ผู้ใหญ่บ้านและกำนัน: จากการลงพื้นที่พบเพียงส่วนหนึ่งของเทศบาลตำบลพรหมพิรามที่มีความร่วมมือเกิดขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการลงพื้นที่ดำเนินกิจกรรมตามเป้าหมายของโครงการ โดยผู้ใหญ่บ้านได้ทำหน้าที่เป็นผู้ให้การ

ประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุเสียงตามสายในชุมชนร่วมมือกับนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการจัดกิจกรรมให้ความรู้ทางสุขภาพที่พบสถิติจำนวนผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (ตามสถานการณ์ปัจจุบัน) การลด ละ เลิกสุรา บุหรี่ การพนันเพิ่มเงินออมในครอบครัว และประโยชน์ของการบริโภคผักที่ปลอดภัย

บทบาทของผู้ใหญ่บ้านมีลักษณะเดียวกับอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอเพราะมีความเข้าใจสภาพแวดล้อมของชุมชน กลุ่มบุคคลใดมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และครัวเรือนใดบ้างที่มีผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ดังนั้นการทำงานของผู้ใหญ่บ้านจึงเปรียบเสมือนเป็นการส่งต่อชุดความคิดที่เรียกว่าการปรับปรุง การส่งเสริม พฤติกรรมทางสุขภาพของลูกบ้านที่ได้รับข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอการควบคุมกับการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอ นำไปสู่พื้นที่ปฏิบัติการ ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจึงเชื่อมโยงกับทั้งสถานะของการเป็นผู้ใหญ่บ้านที่ต้องดูแลการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ของชุมชนโดยเฉพาะในด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน และเป็นการส่งต่อชุดความรู้ทางด้านสุขภาพให้กับสมาชิกในชุมชนซึ่งไม่ได้ผูกติดอยู่กับสถานะในทางสังคมเพียงอย่างเดียว

ตัวแทนพระสงฆ์: พบเพียงพื้นที่เดียวคือเขตเทศบาลตำบลพรหมพิรามเช่นเดียวกับผู้ใหญ่บ้านและกำนันที่ผู้เขียนได้นำเสนอก่อนหน้านี้ บทบาทการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของคณะกรรมการพัฒนาได้ให้การสนับสนุนการลดปัญหาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะในเครือข่ายพระลูกวัดภายใต้การดูแลของตัวแทนพระสงฆ์เรียกว่าพระคิลานุปัฏฐากหรือพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) มีหน้าที่คอยดูแลและส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกเครือข่ายพระสงฆ์ ซึ่งเป็นมติของมหาเถรสมาคมได้ออกเป็นฉันทามติเรื่องการดำเนินงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพและมีการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติฉบับแรกในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ.2560 เพื่อให้พระสงฆ์เป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคมภายใต้หลักการใช้ทางธรรมนำโลกนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ (อธิการเฉลิม กนุตสาโร และศิริโรจน์ นามเสนา, 2564, น.275-277)

โดยบทบาทตัวแทนพระสงฆ์จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาของการพูดคุยกับประชาชนเกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพของพระลูกวัดในปัจจุบันที่ประสบปัญหาน้ำหนักเกินมาตรฐาน จึงขอความร่วมมือจากประชาชนลดการถวายอาหารใส่บาตรทำบุญที่มีลักษณะสนับสนุนหรือส่งเสริมให้เกิดความเสี่ยงในการทำให้น้ำหนักของพระเพิ่มสูงขึ้น เช่น กาแฟสำเร็จรูป เครื่องดื่มชูกำลัง และอาหารที่มีรสหวานมัน เค็มมากเกินไป ขณะเดียวกันการพูดคุยกับพระลูกวัดมีการแนะนำให้ออกกำลังกายที่

เหมาะสมกับสถานะที่เป็นอยู่ ได้แก่ การยืดเหยียด การก้มเอามือแตะพื้น และประสานมือไว้เหนือ ศีรษะด้านหลังต้นขี้ ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตนจึงส่งผลต่อการเจ็บป่วย ดังนั้นตัวแทนพระสงฆ์จึงกลายเป็นทั้งผู้นำจิตวิญญาณ ทางศาสนาและผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพในประเด็นการรับประทานอาหารที่มีรสจัด และเกินปริมาณร่างกายควรได้รับต่อวัน โดยเกิดจากการได้รับข้อมูลทางสุขภาพในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคและวิธีการออกกำลังกาย จากนักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ของชุมชน ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจึงมีลักษณะเป็นการส่งต่อความรู้ทางสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่และ กลุ่มพระลูกวัดที่อยู่ภายใต้การดูแลของตัวแทนสงฆ์ เพื่อช่วยบรรเทาปัญหาทางด้านสุขภาพในชุมชน

ปัญญาชนแบบข้ามชนชั้นได้ภายใต้การดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ที่ประกอบไปด้วยนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน และตัวแทนพระสงฆ์ จึงไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่เพียงเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัวทั้งในเชิงตำแหน่งหน้าที่หรือสถานะทางสังคมเพียงอย่างเดียว แต่ได้ช่วยส่งต่อองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น ในรูปแบบการประชาสัมพันธ์ให้กับสมาชิกในชุมชนได้ปรับเปลี่ยนพฤติทางสุขภาพ ซึ่งมีความแตกต่างจากปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้นตรงที่ปัญญาชนแบบข้ามชนชั้นเป็นผู้ลงมือปฏิบัติงาน อำนวยความสะดวก และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของคณะกรรมการพัฒนาฯ ในทางตรงกันข้ามบทบาทของปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้นที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงก่อนหน้านี้ จะมีลักษณะเป็นเพียงผู้เข้าร่วมโครงการตามตำแหน่งของผู้บริหารหน่วยงานของรัฐและเป็นประธานชมรมต่าง ๆ แต่ไม่ได้มีความร่วมมือหรือลงมือปฏิบัติในพื้นที่ระดับปฏิบัติการของกิจกรรม

สรุป

การดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จากการประยุกต์ใช้แนวคิดทางการเมืองในการวิเคราะห์ทั้งในส่วนของแนวคิดการครองอำนาจนำ (Hegemony) และแนวคิดปัญญาชน (Intellectuals) ได้ช่วยเผยให้เห็นการใช้อำนาจที่หลบซ่อนอยู่ ทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ หากมองเพียงภายนอกจะเปรียบเสมือนความร่วมมือของชุมชนอย่างเป็นระบบ แต่ความเป็นจริงยังมีการกดทับด้วยความเป็นรัฐราชการอยู่เช่นเดิมซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

การใช้อำนาจที่เป็นทางการ (Formal Power): จากหน่วยวิเคราะห์พื้นที่สังคมการเมือง (Political Society) และพื้นที่ประชาสังคม (Civil Society) ภายใต้แนวคิดการครองอำนาจนำ ได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจในระบบราชการ จากโครงสร้างราชการส่วนกลางที่เป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุขที่พบกับความขัดแย้งในเชิงบทบาทหน้าที่เพราะกระทรวงมหาดไทย โดยตำแหน่งมีฐานะเป็นประธานกรรมการและกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานกรรมการในระเบียบว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ที่ให้ความสำคัญกับบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่เป็นทั้งผู้จัดการงบประมาณ การประสานงานระหว่างสมาชิกคณะกรรมการ และการจัดประชุมประจำปี โดยไม่มีการระบุถึงหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ชัดเจน สอดคล้องกับพื้นที่ระดับปฏิบัติการในรูปแบบการสั่งการที่ นายอำเภอดำรงตำแหน่งเป็นประธานกรรมการและสาธารณสุขอำเภอมีฐานะเป็นเลขาและกรรมการ แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังอยู่ในการดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพียงหน่วยงานเดียวและไม่ได้ถูกจัดสรรหน้าที่อย่างเท่าเทียม ปัญหาที่เกิดขึ้นตั้งแต่ขั้นตอนของราชการส่วนกลางจึงทำให้พื้นที่ระดับปฏิบัติการไม่มีเสถียรภาพและขาดความชัดเจน ดังนั้นอำนาจที่ถูกใช้อย่างเป็นทางการใน โครงสร้างระบบราชการอย่างเป็นลำดับชั้น (Top-down) ผ่านรูปแบบคำสั่งทำให้พื้นที่ของการศึกษา จำเป็นต้องจัดตั้งโครงการ นำไปสู่รูปแบบของความร่วมมือที่ถูกจัดสร้างในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก และความพยายามสร้างความร่วมมือในเขตเทศบาลตำบลพรหมพิราม

การใช้อำนาจที่ไม่เป็นทางการ (Informal Power): การใช้อำนาจในรูปแบบนี้ถูกใช้ผ่าน กระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้หรือการส่งต่อชุดความคิดทางสุขภาพในการดำเนินกิจกรรมของ คณะกรรมการพัฒนาฯ ซึ่งเชื่อมโยงกับความสัมพันธ์ส่วนบุคคลที่ถูกพบในเครือข่ายของนักวิชาการ สาธารณสุขระดับปฏิบัติการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้านและกำนัน รวมไปถึง ตัวแทนพระสงฆ์ (ปัญญาชนแบบข้ามชนชั้นได้) แสดงให้เห็นถึงการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้กับ ชุมชนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้นผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจึงไม่ได้ยึด โยงกับชนชั้นหรือสถานะทางสังคมเป็นการเฉพาะ แต่เป็นการทำเพื่อสมาชิกในชุมชนจากประเภทของ กิจกรรมที่เลือกตามความเหมาะสมในรูปแบบบูรณาการและพยายามสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นใน พื้นที่เทศบาลตำบลพรหมพิราม ขณะเดียวกันข้ามเขตเทศบาลนครพิษณุโลกการส่งต่อชุดความรู้ เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยในกิจกรรมส่งเสริมการปลูกผักในครัวเรือนที่เป็นการทำงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ไม่พบบทบาทของภาคส่วนอื่น ๆ ที่มีความชัดเจน (ภาคประชาชน ภาคเอกชน-ตัวแทนพระสงฆ์) การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฏิบัติการจึงอยู่ภายใต้

เป้าหมายของการจัดตั้งโครงการตามความต้องการเจ้าหน้าที่ระดับสูงในสาธารณสุขอำเภอ สอดคล้องกับการกำหนดประเด็นกิจกรรมที่ไม่ถูกทำให้เชื่อมโยงกับการส่งเสริมความร่วมมือในพื้นที่ความเป็นเมืองได้ดีเท่ากับเขตพื้นที่ชุมชนท้องถิ่น

นอกจากนี้การขับเคลื่อนกิจกรรมของตัวแสดงภาคประชาชน ภาคเอกชน และเจ้าหน้าที่ระดับสูงในสาธารณสุขระดับอำเภอ (ปัญญาชนที่ยึดโยงกับชนชั้น) ในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก และเทศบาลตำบลพรหมพิรามมีลักษณะร่วมกันคือผูกติดอยู่กับผลประโยชน์ส่วนตน จากการเลือกประเด็นดำเนินกิจกรรมและการสั่งการในโครงสร้างระบบราชการทำให้เป้าหมายการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวแสดงดังกล่าว ไม่ได้มีจุดเน้นในการพัฒนาชุมชนแต่เป็นการตอบสนองโดยการจัดให้มีโครงการตามความต้องการของราชการส่วนกลาง (กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข) ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจึงผูกติดอยู่กับชนชั้นและผลประโยชน์ของตนเองเป็นที่ตั้ง สะท้อนให้เห็นสามัญสำนึกขั้นพื้นฐาน (Common Sense) ที่ถูกอำนาจของโครงสร้างความเป็นราชการกดทับเอาไว้ หน่วยงานราชการระดับภูมิภาคจึงมีหน้าที่จัดทำโครงการหรือกิจกรรมตามความต้องการของราชการส่วนกลางเพียงอย่างเดียว ดังนั้นสิ่งที่ควรสร้างให้เกิดขึ้นคือการถกเถียงกับสถานะที่เป็นอยู่เพื่อให้เกิดสำนึกที่ดี (Good Sense) โดยต้องตั้งคำถามถึงความเหมาะสมในการจัดโครงการ การจัดสรรงบประมาณ และการแบ่งหน้าที่ตามความเหมาะสมของตำแหน่ง ไม่ใช่เพียงการยอมรับสิ่งที่เป็นอยู่และเรียกว่าการตอบสนองทางด้านนโยบายสาธารณะตามหน้าที่ของหน่วยงานราชการในระดับภูมิภาคเท่านั้น (สามารถพิจารณาการวิเคราะห์ลักษณะการครองอำนาจนำและรูปแบบของปัญญาชน จากตารางที่ 9 และตารางที่ 10 หน้า 144)

ตารางที่ 9 การครองอำนาจนำที่เกิดขึ้นในโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

| การครองอำนาจนำ | พื้นที่สังคมการเมือง | พื้นที่ประชาสังคม |
|--------------------------|--|---|
| ระบอบสุขภาพเมือง | <ol style="list-style-type: none"> 1. ระเบียบว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 การแต่งตั้งคณะกรรมการที่ส่งผลต่อความหลากหลายทางความคิด 2. คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ | <p>ความร่วมมือที่ผูกมัดสร้างสัมพันธ์ทั้งในด้าน การกำหนดประเด็นกิจกรรมและการปฏิบัติโครงการ</p> |
| ระบอบสุขภาพชุมชนท้องถิ่น | <ol style="list-style-type: none"> 3. พรบ. ระเบียบบริหารราชการแผ่นดินปี พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 8 ในปี พ.ศ. 2553 การส่งการตามโครงสร้างราชการส่วนภูมิภาค | <p>ความพยายามสร้างความร่วมมือกับสมาชิกในชุมชน เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลทางสุขภาพ</p> |

ตารางที่ 10 รูปแบบปัญหาชนที่พบในโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

| ปัญหาชนในพื้นที่ปฏิบัติการ | ปัญหาชนแบบข้ามชนชั้นได้ | ปัญหาชนที่ยึดโยงกับชนชั้น |
|--|---|--|
| ระบอบสุขภาพเมืองและชุมชนท้องถิ่น (คณะกรรมการ พชอ.) | <p>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ อสม. ตัวแทนพะชนงสงฆ์ ตัวแทนกำนันและผู้ใหญ่บ้าน (ดำเนินกิจกรรมแม้จะขาดงบประมาณสนับสนุน)</p> | <p>ตัวแทนภาครัฐในเครือข่ายผู้บริหาร ตัวแทนภาคประชาชนในกลุ่มประธานชมรม เจ้าหน้าที่ระดับสูงในสำนักงานสาธารณสุข ตัวแทนภาคเอกชน (ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างแท้จริง)</p> |

บทที่ 7

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวិทยานิพนธ์เรื่อง “การเมืองของระบอบสุขภาพเขตเมือง: กรณีศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตเทศบาลนครจังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ. 2561 ถึง 2565)” จากประเด็นการนำเสนอตั้งแต่บทที่ 1 ถึง 6 ได้แสดงให้เห็นถึงพลวัตการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร ปัญหาการเข้าสู่สังคมสูงวัย และการพัฒนาโครงการทางสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชนในปัจจุบัน ซึ่งนำไปสู่การดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เป็นโจทย์หลักของการศึกษาระหว่างเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก (เมือง) และเทศบาลตำบลพรหมพิราม (ชุมชนท้องถิ่น) ดังนั้นเนื้อหาในบทนี้จึงแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ **ส่วนแรก** อภิปรายผลของการศึกษาเพื่อเป็นการตอบคำถามงานวิจัย **ส่วนที่สอง** คุณูปการเชิงแนวคิดและทฤษฎี โดยมองผ่านการศึกษาโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ **ส่วนที่สาม** ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดที่พบในการศึกษาซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

ข้อค้นพบที่ได้รับจากการศึกษา

คำถามงานวิจัย

จากส่วนของการวิเคราะห์ที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงในบทก่อนหน้านี้ จึงนำมาสู่การตอบคำถามงานวิจัยทั้งหมด 3 ข้อ ได้แก่ **ลำดับแรก** ระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่นมีรูปแบบการก่อตัวในพื้นที่ระดับปฏิบัติการที่เหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร: ผู้เขียนพบว่าบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาฯ ถูกสร้างขึ้นภายใต้กลไกของรัฐ (State) เป็นผู้กำหนดในโครงสร้างการสั่งการของราชการส่วนกลาง (กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข) ทำให้มีการกำหนดกรอบการดำเนินโครงการจากประเด็นเป้าหมายรายปี เช่น โครงการพระราชดำริพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 10 โครงการพระราชดำริและหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง การส่งเสริมอนามัยในแม่และเด็ก และการลดปัญหาเรื่องยาเสพติดในชุมชน ฯลฯ ซึ่งเชื่อมโยงกับราชการส่วนภูมิภาคในบทบาทของนายอำเภอที่มอบหมายภารกิจให้กับสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ออกแบบโครงการ กำหนดกิจกรรม และลงมือปฏิบัติในพื้นที่หน่วยของการศึกษาซึ่งจำเป็นต้องบูรณาการความร่วมมือกับภาคประชาชน ภาคเอกชนและภาครัฐในพื้นที่ของตนเอง เพราะเป็นเป้าหมายหลักของโครงการตามกฎระเบียบ

การจัดตั้ง แต่ความเป็นจริงในพื้นที่ระดับปฏิบัติการหน้าที่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นของสาธารณสุขอำเภอ เพียงหน่วยงานเดียว ไม่ได้เกิดการแบ่งหน้าที่ตามเครือข่ายของคณะกรรมการพัฒนาฯ ดังนั้นคำสั่งของรัฐจึงทำให้โครงการยังคงดำเนินการอยู่ทั้งในส่วนของเขตเทศบาลนครพิษณุโลก (เมือง) และเทศบาลตำบลพรหมพิราม (ชุมชนท้องถิ่น) เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการประเมินโครงการประจำปีที่ต้องการตัวชี้วัดในกิจกรรมการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมกับชุมชน

นอกจากนี้การดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ระหว่างตัวแสดงภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนตามระเบียบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกระบอบสุขภาพเขตเมือง (Urban Health Regime) เป็นการควบรวมการสั่งการแบบเบ็ดเสร็จไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยนายอำเภอเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดตามเป้าหมายประจำปีที่เป็นความต้องการของราชการส่วนกลางให้กับสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ออกแบบกิจกรรมและลงพื้นที่ปฏิบัติงาน ขณะเดียวกันตัวแทนภาคประชาชน ภาคเอกชน และผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการพัฒนาฯ ไม่ได้มีบทบาทในโครงการเป็นลักษณะการขอความร่วมมือ ด้วยเหตุนี้กลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับประโยชน์จากกิจกรรมจึงไม่มีความชัดเจนซึ่งมีสถานะเป็นเพียงเครื่องมือที่ช่วยกำหนดตัวชี้วัดการประเมินเพื่อถ่ายรูปสร้างผลงานในกระบวนการมีส่วนร่วมกับภาคประชาชน ยกตัวอย่างเช่น กิจกรรมส่งเสริมการบริโภคและปลูกผักปลอดสารพิษเป็นกิจกรรมที่บางครั้งวิ่งมีการปฏิบัติอยู่ก่อนหน้านี้หรือการส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุและเยาวชนที่ใช้รูปแบบการดึงผลงานจากตำบลใกล้เคียงเพื่อยกระดับคะแนนการมีส่วนร่วม เนื่องจากเป็นการประเมินในรายอำเภอ ดังนั้นโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ จึงเป็นความร่วมมือที่ถูกจัดสร้างภายใต้ระบอบสุขภาพเขตเมืองในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก

เทศบาลตำบลพรหมพิรามถึงแม้การก่อตัวคณะกรรมการพัฒนาฯ จะถูกสร้างขึ้นภายใต้โครงสร้างการสั่งการของระบบราชการเช่นเดียวกับเทศบาลนครพิษณุโลก แต่มีความแตกต่างในขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม โดยระบอบสุขภาพชุมชนท้องถิ่น (Local Community Health Regime) มีการใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลในพื้นที่ปฏิบัติการระหว่างผู้แทนพระภิกษุสงฆ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ร่วมกันให้ความรู้การป้องกันสุขภาพตนเองเบื้องต้น จากความเสี่ยงปัญหาโรคอ้วน โรคเบาหวาน และการส่งเสริมการออม (ลด ละ เลิกสุรา/พนัน) ให้กับสมาชิกในชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมลดอุบัติเหตุในพื้นที่จุดเสี่ยงที่เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐในพื้นที่คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีตำรวจ

พรหมพิราม ซึ่งเกิดจากเป้าหมายกิจกรรมการขับเคลื่อนพลังคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสู่ถนนปลอดภัยอย่างยั่งยืนของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นความร่วมมือดังกล่าวจึงเป็นการพยายามสร้างความร่วมมือในระบบสุขภาพชุมชนท้องถิ่นแม้ว่าการก่อตัวจะมีลักษณะเช่นเดียวกับพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก

ลำดับที่สอง ภายหลังจากเกิดขึ้นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนั้นส่งผลต่อมุมมองทางด้านสุขภาพของชุมชนอย่างไร: ผู้เขียนพบว่า การดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยที่ถูกให้ความสำคัญในการแถลงผลงานของรัฐบาล กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข (ประจำปี) นับตั้งแต่เริ่มก่อตั้งปี พ.ศ. 2561 จนถึงปัจจุบัน ในฐานะเป็นกลไกการป้องกันโรคร้ายทางสุขภาพและปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนควบคู่เป้าหมายการพัฒนาเชิงพื้นที่ ในทางตรงกันข้ามการดำเนินงานพื้นที่ปฏิบัติการต้องพบกับความยากลำบากในด้านงบประมาณที่ได้รับเพียง 10,000 บาท ต่อปี สำหรับการจัดประชุม และการดำเนินกิจกรรม ซึ่งไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานส่งผลทำให้เกิดกิจกรรมที่เกิดขึ้นเป็นลักษณะของการประชาสัมพันธ์และไม่เกิดความต่อเนื่อง ขณะเดียวการกระจายทรัพยากรด้านบุคลากรและการจัดสรรหน้าที่ของเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ ไม่ได้แบ่งหน้าที่ตามเป้าหมายของการจัดตั้งทำให้การดำเนินโครงการตกอยู่ภายใต้การควบคุมของสาธารณสุขระดับอำเภอเพียงหน่วยงานเดียว ความก้าวหน้าในการจัดกิจกรรมจึงขึ้นอยู่กับศักยภาพของนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นผู้ขับเคลื่อนกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ สะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวของภาครัฐที่ต้องการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน แต่ไม่ได้ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณในการจัดกิจกรรมเป็นเพียงความต้องการที่ระบุไว้เป็นตัวอักษรสอดคล้องกับการขาดความรับผิดชอบในการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ระดับปฏิบัติการ

จากปัญหาดังกล่าวทำให้โครงการคณะกรรมการพัฒนาฯเกิดความขัดแย้ง ตั้งแต่ระเบียบการจัดตั้งราชการส่วนกลางในมติการมอบหมายภารกิจและความเหมาะสมตามตำแหน่งของเครือข่ายคณะกรรมการที่ส่งผลกระทบต่อพื้นที่ระดับปฏิบัติการ เพราะการกำหนดบทบาทของปลัดกระทรวงมหาดไทยให้มีฐานะเป็นประธานกรรมการ และปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีฐานะเป็นรองประธานกรรมการ หากพิจารณาการดำเนินงานตามตำแหน่งของบุคลากรในกระทรวงมหาดไทยต้องเป็นผู้มีบทบาทหลักในการดำเนินโครงการ แต่ระเบียบการจัดตั้งเชิงพื้นที่กลับมอบหมายหน้าที่ให้สาธารณสุขอำเภอมีฐานะเป็นกรรมการและเลขานุการต้องปฏิบัติภารกิจเป็นทั้งผู้สนับสนุน ประชาสัมพันธ์ อำนวยความสะดวก ประสานงานระหว่างกรรมการ ติดตามความคืบหน้าโครงการ ขับเคลื่อนกิจกรรม

ออกแบบโครงการให้ตรงตามยุทธศาสตร์การพัฒนา รวมไปถึงรับผิดชอบการเบิกค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ขณะที่นายอำเภอซึ่งมีฐานะเป็นประธานกรรมการไม่ได้ถูกระบุหน้าที่ใด ๆ ที่เป็นรูปธรรมในการดำเนินโครงการขัดแย้งกับตำแหน่งหน้าที่ในเชิงโครงสร้าง

ดังนั้นเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับความสามารถของหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอในการบริหารจัดการกิจกรรม ซึ่งตัวแสดงสำคัญที่พบในการศึกษาเขตพื้นที่เทศบาลตำบลพรหมพิราม ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ตัวแทนพระสงฆ์ ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร่วมกันให้ข้อมูลทางสุขภาพกับสมาชิกในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาโรคอ้วนลงพุง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มโรคภัยร้ายแรงที่เกิดจากพฤติกรรม NCDs) เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ถึงสาเหตุของการเกิดโรค จากสภาพแวดล้อมในชุมชน โดยสามารถพัฒนากิจกรรมของโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ให้กลายเป็นตัวแบบการพัฒนาชุมชนพรหมพิราม 5 ด้าน (Phromphiram House Model) ประกอบไปด้วย สังคมดี อาหารดี รายได้ดี สิ่งแวดล้อมดี และสวัสดิการดี แม้ว่าจะเป็นการวางกรอบการพัฒนาสุขภาพในอนาคตและยังไม่มีมีการดำเนินกิจกรรมกับภาคประชาชน แต่ถือได้ว่าการตระหนักถึงความสำคัญด้านสุขภาพในหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอพรหมพิรามที่ต้องบูรณาการเชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ ไม่เฉพาะการป้องกันปัญหาทางสุขภาพเพียงอย่างเดียว ขณะเดียวกันเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกการเลือกรูปแบบกิจกรรมยังขาดความเชื่อมโยงและไม่ได้แสดงให้เห็นถึงความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพอย่างแท้จริง เช่น การส่งเสริมการบริโภคและปลูกผักปลอดสารพิษ การส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุ และการลดการใช้ขยะจากกล่องโฟมและถุงพลาสติก ซึ่งเป็นรูปแบบกิจกรรมที่พบได้กว้างขวางในสถานศึกษาหรือหน่วยงานของรัฐทั่วไป ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการลงมือปฏิบัติเพื่อเป้าหมายสุขภาพของประชาชน แต่เป็นการจัดกิจกรรมให้ครบตามเงื่อนไขของโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ เท่านั้น

โดยบทบาทคณะกรรมการพัฒนาฯ ในมุมมองทางด้านสุขภาพภายใต้เขตพื้นที่เทศบาลตำบลพรหมพิราม (ชุมชนท้องถิ่น) ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความสำคัญทางสุขภาพขั้นเริ่มแรก กับการป้องกันตนเองเบื้องต้น จากพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคและความเชื่อมโยงกับปัจจัยทางด้านรายได้ สังคม อาหาร สิ่งแวดล้อม และสวัสดิการที่สัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามเขตเทศบาลนครพิษณุโลก (เมือง) ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ต่อมุมมองทางด้านสุขภาพ

เนื่องจากรูปแบบกิจกรรมไม่เกิดการดำเนินงานเชิงพื้นที่อย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม และกระบวนการสร้างความร่วมมือในเครือข่ายของคณะกรรมการไม่ถูกทำให้เกิดขึ้นจึงมีสถานะเป็นเพียงผู้เข้าร่วมโครงการ

ลำดับสุดท้าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีบทบาทอย่างไรในระบอบสุขภาพเขตเมืองและชุมชนท้องถิ่นระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2565: การศึกษาพบว่าบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาฯ ถูกกำหนดให้เป็น “ผู้ดูแลสุขภาพและปัญหาทั่วไป” ในระดับครอบครัวและชุมชน โดยอาศัยการทำงานร่วมกันเชิงพื้นที่ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ด้วยสภาพปัญหาในการบริหารความร่วมมือของสมาชิกในเครือข่ายที่เกิดขึ้นจากความไม่ชัดเจนของการปฏิบัติงานในข้อกำหนดการจัดตั้ง งบประมาณสนับสนุนโครงการที่มีอยู่อย่างจำกัด รวมถึงไปถึงปัญหาการแต่งตั้งคณะกรรมการในภาคประชาชนและภาครัฐที่ไม่ได้ตั้งอยู่บนความต้องการพัฒนาชุมชน แต่เป็นการลากตั้งตามตำแหน่งประธานหรือผู้บริหารโดยเฉพาะจำนวนคณะกรรมการในภาคเอกชนทั้งสองพื้นที่ซึ่งมีสมาชิกเพียง 1 คน และไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสุขภาพของชุมชน นำไปสู่ปัญหาความไม่มั่นคงในการดำเนินโครงการเพราะไม่สามารถสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้ (Building Trust) ตั้งแต่การแต่งตั้งสมาชิกคณะกรรมการ การประชุม และการกำหนดประเด็นกิจกรรม ขณะเดียวกันตำแหน่งคณะกรรมการพัฒนาฯ “เป็นงานจิตอาสา” เพราะไม่มีเงินรายได้ประจำตำแหน่ง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องคัดเลือกจากความต้องการพัฒนาชุมชนในตัวบุคคล เนื่องจากการเข้าร่วมประชุมแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ภาระงานที่อาจจะเกิดขึ้น และค่าเสียเวลาในการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินโครงการไม่มีความต่อเนื่อง

จากสภาพปัญหาและข้อจำกัดดังกล่าวทำให้บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาฯ ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก (ระบอบสุขภาพเขตเมือง) และเทศบาลตำบลพรหมพิราม (ระบอบสุขภาพชุมชนท้องถิ่น) เป็นโครงการที่มุ่งเน้น “การประชาสัมพันธ์” เพื่อขอความร่วมมือในเครือข่ายคณะกรรมการทั้งภาคประชาชน ภาคเอกชน และภาครัฐในชุมชน ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการ แต่การดำเนินงานทั้งสองพื้นที่พบเพียงนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติภารกิจและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นหน่วยปฏิบัติงานในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะระบอบสุขภาพเขตเมืองที่ไม่สามารถสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นได้ ขณะเดียวกันระบอบสุขภาพชุมชนท้องถิ่นแม้ว่าจะดึงการมีส่วนร่วมจากผู้ใหญ่บ้านและตัวแทนพระสงฆ์ให้เข้ามามีบทบาทในกิจกรรม แต่ภายหลังการเก็บข้อมูลพบว่าเจ้าหน้าที่ผู้เป็นแกนนำหลักในการขับเคลื่อนโครงการได้ย้ายตำแหน่งราชการจากนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการเป็นผู้อำนวยการสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลกตามวาระโยกย้ายประจำปี พ.ศ. 2565 ซึ่งกลายเป็นข้อสังเกตเกี่ยวกับความ

มั่นคงของโครงการหลังจากนี้ จะสามารถดำเนินกิจกรรมต่อไปได้หรือไม่ หรือจะเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมเป็นลักษณะเดียวกับระบอบสุขภาพเขตเมืองที่จะต้องมีการศึกษาต่อไปในอนาคต

คุณูปการเชิงแนวคิดและทฤษฎี โดยมองผ่านการศึกษาโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สร้าง**ความรู้/ความเข้าใจใหม่** (Original Contributions) ในโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ กับแนวคิดทางการเมืองที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจในโครงการของรัฐ โครงสร้างการสั่งการระบบราชการ และการสร้างร่วมมือในรูปแบบรัฐไทย โดย**แนวคิดระบอบนคร**ในด้านการสร้างคำอธิบายเกี่ยวกับระบอบสุขภาพเขตเมืองและระบอบสุขภาพชุมชนท้องถิ่นมีจุดร่วมลักษณะเดียวกัน ภายใต้โครงสร้างความเป็นราชการของรัฐไทย (เทศบาลนครพิษณุโลก/เทศบาลตำบลพรหมพิราม) ซึ่งพบกับปัญหาการสั่งการแบบเป็นลำดับขั้นขัดแย้งกับความต้องการของโครงการที่ต้องการรูปแบบความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในเครือข่ายคณะกรรมการ แต่พื้นที่ปฏิบัติการนั้นการดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่ในการควบคุมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพียงหน่วยงานเดียว และจุดที่แตกต่างคือการใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลในเครือข่ายการดำเนินงานของชุมชนท้องถิ่น (เทศบาลตำบลพรหมพิราม) ขณะเดียวกัน**แนวคิดการครองอำนาจนำและแนวคิดปัญญาชน** หากพิจารณาจากกลุ่มการศึกษาโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ จะเน้นศึกษาไปที่ประสิทธิภาพของการดำเนินโครงการ การปรับปรุงโครงการให้ดียิ่งขึ้น รูปแบบความร่วมมือ และปัจจัยที่เป็นความสำเร็จในการดำเนินโครงการ แต่ไม่ได้อธิบายถึงผลกระทบที่มาจากกฎระเบียบในการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาฯ (Rules) ซึ่งมีความเหลื่อมล้ำในการจัดสรรหน้าที่ ตั้งแต่การออกแบบโครงการ รวมไปถึงโครงสร้างการบริหารระบบราชการส่วนภูมิภาค ดังนั้นการใช้**แนวคิดทั้งสองส่วน**จึงช่วยเติมเต็มคำอธิบายการศึกษาโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ที่ไม่ได้ถูกอธิบายเพื่อชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจ จากอำนาจที่เป็นทางการ (Formal Power) และอำนาจที่ไม่เป็นทางการ (Informal Power) ซึ่งมีความแตกต่างในรูปแบบของการศึกษาแต่ละประเภทที่มีอยู่เดิมซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังต่อไปนี้ (พิจารณาเพิ่มเติมได้จากบทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม หน้า 14 - 40)

1) แนวคิดระบอบนคร (Urban Regime)

การศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดระบอบนคร โดยส่วนมากเป็นการศึกษาในบริบทของต่างประเทศ เช่น โครงการก่อสร้างสนามกีฬาขนาดใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกา นโยบายรัดเข็มขัดในช่วงปัญหา

ทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นกับกลุ่มประเทศตะวันตก และการปรับตัวของสภาเมืองท่ามกลางวิกฤตเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันขอบเขตการศึกษาเกี่ยวกับเมืองในบริบทของประเทศไทยยังไม่พบการประยุกต์ใช้แนวคิดระบอบนครในการศึกษา แต่จะมุ่งเน้นไปที่ลักษณะการวางผังเมือง การรับรู้ของประชาชนที่มีต่อนโยบายในจังหวัด การขยายตัวของร้านค้าริมทาง การปรับเปลี่ยนชุมชนให้รองรับกับการเติบโตของเมืองและส่วนสุดท้ายเป็นการศึกษาเกี่ยวกับเมืองในลักษณะการดำเนินโครงการของรัฐที่สัมพันธ์กับหัวข้อกลุ่มการศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ผู้เขียนจึงเลือกใช้แนวคิดระบอบนครกับการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อค้นหาสิ่งที่เรียกว่า “ระบอบสุขภาพ” ระหว่างพื้นที่เขตเมือง (Urban) และชุมชนท้องถิ่น (Local Community) ซึ่งพบกับความแตกต่างในวิธีการดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างความร่วมมือและบทบาทแต่ละภาคส่วนภายใต้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในคณะกรรมการพัฒนาฯ ดังที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงในส่วนของการวิเคราะห์และการตอบคำถามงานวิจัย จากการดำเนินโครงการในรูปแบบรัฐไทยที่มีการสั่งการแบบเป็นลำดับขั้น แต่พื้นที่ปฏิบัติการต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน ดังนั้นการทำงานของหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ปฏิบัติการจึงมีเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรมให้ตอบโจทย์ตัวชี้วัดจากราชการส่วนกลาง ดังนั้นการใช้แนวคิดระบอบนครกับการวิเคราะห์โครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ทำให้เห็นความแตกต่างที่สำคัญในรูปแบบการกระจายอำนาจของรัฐไทยที่มุ่งเน้นกับการมอบหมายภารกิจ แต่ไม่ได้กระจายงบประมาณไปยังหน่วยงานที่ดำเนินกิจกรรม โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านความหลากหลายทางความคิดในการมีส่วนร่วมของสมาชิกคณะกรรมการที่ขึ้นอยู่กับภาครัฐเท่านั้น ในทางตรงกันข้ามแนวคิดระบอบนครเป็นที่นิยมในงานวิชาการต่างประเทศเพราะให้ความสำคัญกับภาคส่วนต่าง ๆ (ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน) ที่เข้ามาแลกเปลี่ยนข้อมูล ถกเถียง และหาทางออกร่วมกันภายใต้เป้าหมายในการพัฒนาเมืองหรือแย่งชิงผลประโยชน์ที่มีในพื้นที่ของเมือง

2) แนวคิดทางการเมืองของอันโตนิโอ กรัมสกี (Antonio Gramsci)

ผู้เขียนได้เลือกใช้แนวคิดทางการเมืองของกรัมสกี ได้แก่ แนวคิดการครองอำนาจนำ (Hegemony) และแนวคิดปัญญาชน (Intellectuals) เพื่อค้นหาความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่หลบซ่อนอยู่ภายใต้การดำเนินโครงการของรัฐ โดยงานวิชาการที่มีอยู่เดิมในขอบเขตการศึกษาประเทศไทยจะให้ความสำคัญกับการเมืองการปกครอง ปัญหาการจัดการที่ดิน แรงงานข้ามชาติ ความมั่นคงทางอาหาร และกะเทยกับพื้นที่ของการสื่อสาร ขณะเดียวกันงานวิชาการต่างประเทศเฉพาะมิติสุขภาพให้ความสำคัญกับการครองอำนาจนำทางการแพทย์ ตลาดสุขภาพกับการแสวงหาผลประโยชน์ทาง

เทคโนโลยี อุตสาหกรรมการผลิตยาเวชภัณฑ์กับตลาดทุน และเชื้อไวรัสโคโรนากับความสัมพันธ์ทางการทูต (พิจารณาเพิ่มเติมบทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม หน้า ที่ 24)

คุณูปการที่สำคัญจากแนวคิดการครองอำนาจนำ (Hegemony) และแนวคิดปัญญาชน (Intellectuals) ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้คือการใช้แนวคิดทางการเมืองที่เกิดขึ้นในช่วงศตวรรษที่ 19 ยังคงสามารถใช้ทำความเข้าใจโลกการเมืองในปัจจุบันได้ โดยเฉพาะในด้านนโยบายสาธารณะ เพราะการเมืองและสุขภาพยังคงเกี่ยวข้องกันผ่านการดำเนินนโยบายของรัฐ ที่รัฐเองเป็นผู้ควบคุมเงื่อนไข กฎระเบียบ เป้าหมาย และงบประมาณในการปฏิบัติงาน ดังนั้นการใช้แนวคิดทั้งสองส่วนได้ช่วยเพิ่มพรมแดนของการศึกษาในโครงการของรัฐ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายทางสุขภาพในบริบทของประเทศไทยซึ่งยังขาดหายไปและทำให้มองเห็นอำนาจที่หลบซ่อนอยู่ในโครงการของรัฐจากการใช้อำนาจของพื้นที่สังคมการเมืองในรูปแบบข้อกำหนดการจัดตั้งคณะกรรมการที่เรียกว่า ระเบียบการพัฒนาพื้นที่ ปี พ.ศ.2561 ซึ่งเชื่อมโยงกับโครงสร้างการบริหารระบบราชการส่วนภูมิภาค และรูปแบบปัญญาชนที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวแสดงทำให้พื้นที่ประชาสังคมกลายเป็นความร่วมมือที่ถูกจัดสร้างในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก และความพยายามสร้างความร่วมมือในเทศบาลตำบลพรหมพิรามในท้ายที่สุดจึงช่วยเปิดเผยการใช้อำนาจที่มีอยู่ทั้งจากรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ซึ่งสามารถพิจารณาได้ ดังต่อไปนี้

อำนาจที่หลบซ่อนอยู่ในโครงการทางสุขภาพ

กลุ่มงานที่ศึกษาโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีอยู่เดิมไม่ได้กล่าวถึงความสำคัญในเรื่องของอำนาจที่ถูกใช้ภายใต้โครงสร้างความเป็นรัฐราชการซึ่งเป็นจุดตั้งต้นการจัดตั้งคณะกรรมการในพื้นที่ระดับปฏิบัติการ โดยกลุ่มงานที่ศึกษาโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้ (พิจารณาเพิ่มเติมได้จากบทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม หน้า ที่ 14 - 40)

1. กลุ่มการประเมินประสิทธิภาพและการปรับปรุงโครงการ
2. กลุ่มการสำรวจแรงจูงใจและปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ
3. กลุ่มการศึกษาการทำงานแบบมีส่วนร่วม
4. กลุ่มที่มีความยืดหยุ่นในการศึกษา

กลุ่มงานศึกษา 3 กลุ่มแรก ได้พยายามอธิบายความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการ คณะกรรมการพัฒนาฯ มีปัจจัยใดเป็นตัวกำหนดให้เกิดปรากฏการณ์ดังกล่าว เช่น ภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อกิจกรรม (นายอำเภอ/ผู้นำชุมชน) ทุนทางสังคมที่มีศักยภาพ แรงจูงใจในการดำเนินโครงการที่มาจากปัจจัยส่วนบุคคลหรือองค์กร การวางแผนงานอย่างเป็นระบบ และการพัฒนาโครงการให้ดียิ่งขึ้น จากข้อบกพร่องที่พบในการดำเนินงาน ฯลฯ ขณะเดียวกันกลุ่มที่มีความยืดหยุ่นในการศึกษาจะมีความแตกต่างตรงที่เชื่อมโยงหน่วยการวิเคราะห์ระหว่างคณะกรรมการพัฒนาฯ กับปัจจัยภายนอกที่นำมาศึกษาและไปสู่การพัฒนาเชิงพื้นที่ อาทิ ฐานคิดระบบสุขภาพชุมชน การยกระดับขั้นตอนการปฏิบัติงานจากความช่วยเหลือของหน่วยงานภายนอก และการค้นพบสภาพปัญหาแท้จริงของชุมชน

โดยกลุ่มงานศึกษาที่มีอยู่เดิมเป็นรูปแบบการศึกษาในเชิงนโยบายหรือโครงการของรัฐที่พบได้เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จึงพยายามอธิบายข้อค้นพบที่แตกต่าง จากการประยุกต์ใช้แนวคิดทางการเมืองในส่วนของแนวคิดระบอบนคร แนวคิดการครองอำนาจนำ และแนวคิดปัญญาชนกับการศึกษาการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ช่วยทำให้เห็นการใช้อำนาจที่ถูกหลบซ่อนในโครงการของรัฐซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบ

ลำดับแรกอำนาจที่เป็นทางการ (Formal Power): เป็นลักษณะการบังคับใช้ผ่านตัวอักษรในเชิงข้อกฎหมายหรือข้อบังคับตามโครงสร้างระบบราชการ ดังนี้

1) **ความขัดแย้งในระบบราชการส่วนกลาง:** ระเบียบการพัฒนาพื้นที่ พ.ศ. 2561 ที่กลายเป็นหลักปฏิบัติในการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาฯ ซึ่งถูกคัดสรรเข้ามาเป็นกรรมการจากตัวแทนภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่ต้องการให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในทางตรงกันข้ามระเบียบการจัดตั้งได้สร้างความเหลื่อมล้ำในการจัดสรรหน้าที่ตั้งแต่ราชการส่วนกลางระหว่างกระทรวงมหาดไทย (ประธานกรรมการ) และกระทรวงสาธารณสุข (รองประธานกรรมการ) ภายใต้อำนาจคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ซึ่งเชื่อมโยงกับการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ปฏิบัติการระหว่างนายอำเภอ (ประธาน) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (เลขานุการและกรรมการ) โดยความไม่มั่นคงของโครงการที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงในการตอบคำถามงานวิจัยมีจุดเริ่มต้น จากความเหลื่อมล้ำในระเบียบการพัฒนาพื้นที่ซึ่งไม่ได้ระบุให้ชัดเจนถึงหน้าที่แต่ละภาคส่วน จำนวนงบประมาณสนับสนุน และภาระหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ไม่สมดุลกับตำแหน่งในโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ

2) **ความจำเป็นในการกำหนดกิจกรรมตามกรอบของส่วนกลาง:** การกำหนดประเด็นกิจกรรมในแต่ละปีจากข้อตกลงร่วมกันของกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ขัดแย้งกับหลัก “มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ในเป้าหมายของการจัดตั้ง สะท้อนให้เห็นการรวมศูนย์ของอำนาจที่ถูกควบคุมประเด็นกิจกรรมในการดำเนินโครงการซึ่งสัมพันธ์กับการประเมินผลงานรายปีของหน่วยงานราชการเช่นเดิม ขณะเดียวกันการมอบหมายคำสั่งหรือนโยบายในลักษณะที่บังคับใช้ทุกพื้นที่ทั่วประเทศหรือ One Size Fits All อาจจะไม่มีความเหมาะสมในทุกจังหวัด อำเภอ และชุมชน เพราะแต่ละพื้นที่มีข้อจำกัดในด้านความพร้อมที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะรูปแบบโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ที่ต้องดึงพลังความร่วมมือของสมาชิกในชุมชน

3) **การสั่งการในระบบราชการส่วนภูมิภาค:** โครงสร้างระบบราชการส่วนภูมิภาคตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดินปี พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 8 ในปี พ.ศ. 2553 กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีหน้าที่ช่วยเหลือนายอำเภอซึ่งอยู่ในขอบเขตความรับผิดชอบของตนเอง หากมองย้อนกลับมายังหน่วยการศึกษาพบว่า การดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ ถูกมอบหมายให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพียงหน่วยงานเดียว (ภาระงาน) แม้ตามระเบียบของโครงการนายอำเภอที่เป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นผู้ควบคุม ลงพื้นที่ปฏิบัติกิจกรรม และเป็นผู้มีบทบาทหลักในโครงการตามตำแหน่งของประธาน โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นฝ่ายสนับสนุนและประสานงานกิจกรรม จากการศึกษาในพื้นที่ปฏิบัติการสิ่งที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นอำนาจของนายอำเภอที่ถูกบัญญัติไว้ในระเบียบบริหารราชการส่วนภูมิภาคตามโครงสร้างของรัฐยังคงมีอำนาจการสั่งการอยู่เหนือสำนักงานราชการส่วนภูมิภาคและไม่จำเป็นต้องมีบทบาทในทุกโครงการ แต่สามารถรับผลการดำเนินโครงการเมื่อราชการส่วนกลางติดตามผลการดำเนินกิจกรรมที่ได้สั่งการไว้ตามสายการบังคับบัญชา

ลำดับที่สองอำนาจที่ไม่เป็นทางการ (Informal Power): เป็นลักษณะการใช้อำนาจที่ถูกหลบซ่อนไว้ภายใต้เครือข่ายความสัมพันธ์ แม้ว่าจะไม่สามารถมองเห็นได้ว่าเป็นรูปธรรมแต่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินโครงการ ดังนี้

1) **ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล:** จากการศึกษาพบว่าสิ่งที่เป็นแรงขับเคลื่อนการทำงานให้ประสบความสำเร็จหรือมีความก้าวหน้าในพื้นที่ระดับปฏิบัติการคือความสัมพันธ์ส่วนบุคคลในกลุ่มนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นแกนนำหลักในการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากทุกโครงการที่เกิดขึ้นภายใต้คณะกรรมการพัฒนาฯ ใช้วิธีการประชาสัมพันธ์

เพื่อเข้าถึงประชาชนในชุมชน ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลไม่ได้เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวแต่มีการสะสมทุนในรูปแบบความสัมพันธ์และความไว้วางใจจากโครงการทางสุขภาพต่าง ๆ ในพื้นที่ของชุมชน โดยเฉพาะการลงพื้นที่ตรวจสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุและการแจกจ่ายวัคซีนตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นช่องทางให้เกิดการพบปะประชาชนในเขตความรับผิดชอบของตนเองมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ พื้นที่เขตเมืองไม่พบการใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลที่เด่นชัด เพราะกิจกรรมที่เลือกดำเนินการไม่เอื้อให้เกิดการพบปะกับภาคประชาชน หากเปรียบเทียบกับพื้นที่เทศบาลตำบลพรหมพิรามรูปแบบของกิจกรรมเน้นไปที่ชุมชนกำลังประสบปัญหา เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วนลงพุง โรคความดันโลหิตสูง รวมไปถึงการลด ละ เลิก สุราและการพนันเพื่อเพิ่มเงินออมในครัวเรือน ดังนั้นขนาดของพื้นที่ทางเศรษฐกิจ ความพร้อมของศูนย์ราชการ และจำนวนบุคลากรในหน่วยงาน จึงไม่ได้เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการดำเนินนโยบายหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชนเสมอไป

2) **การกำหนดประเด็นกิจกรรม:** โครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ จะมีขั้นตอนของการประชุมเพื่อกำหนดประเด็นกิจกรรมประจำปีระหว่างตัวแทนภาคประชาชน ภาคเอกชน และภาครัฐ ทั้งพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิรามพบว่าประเด็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นถูกกำหนดจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพียงหน่วยงานเดียว โดยมีนายอำเภอเป็นผู้มอบหมายประเด็นหลักที่ราชการส่วนกลางมีความต้องการจากคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ทำให้สมาชิกในเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ มีหน้าที่เป็นผู้แสดงความเห็นชอบกับประเด็นกิจกรรมที่สาธารณสุขอำเภอเสนอแนะให้นำไปปฏิบัติในพื้นที่ของตำบล ความสำคัญของการประชุมจึงเป็นการกำหนดประเด็นกิจกรรมรายปีเท่านั้น แต่จะมีความแตกต่างในวิธีการที่นำไปสู่ประเด็นกิจกรรมทางสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกถูกควบคุมประเด็นกิจกรรมโดยสมบูรณ์จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโดยที่สมาชิกเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ ไม่ได้มีส่วนในการประชุมบ่อยครั้ง จึงทำให้โครงสร้างของคณะกรรมการไม่มีความมั่นคง ซึ่งเชื่อมโยงกับปัญหาด้านงบประมาณสนับสนุนและการทำงานในรูปแบบจิตอาสา ที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงในการตอบคำถามงานวิจัย ขณะที่เทศบาลตำบลพรหมพิรามจะใช้วิธีการโน้มน้าวและชักจูงด้วยการนำเสนอข้อมูลเชิงสถิติในจำนวนผู้ป่วยที่พบเป็นส่วนใหญ่ (เบาหวาน-ความดัน-น้ำหนักเกินมาตรฐาน) ทำให้เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาฯ มีความเห็นไปในทิศทางเดียวกับสาธารณสุขอำเภอ โดยเฉพาะตัวแทนกลุ่มพระสงฆ์ที่ประสบปัญหาพระลูกวัดอ้วนลงพุง จากเครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟสำเร็จรูป รูปแบบอาหารที่ไม่สามารถกำหนดได้ และขาดความรู้วิธีการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสมณเพศ

ปัญหาหลักและเป็นเป้าหมายของโครงการคณะกรรมการพัฒนาฯ คือการสร้างความร่วมมือในการดำเนินโครงการที่มีความพยายามเน้นย้ำถึงความสำคัญเรื่อง “การส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเอง” โดยรัฐเป็นผู้พยายามสร้างให้เกิดขึ้นหลายรูปแบบ เช่น คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ. 2560 แผนการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ระบบสุขภาพระดับอำเภอ และสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย ผ่านหลักเกณฑ์และข้อบังคับทั้งในทางกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการประเมินหน่วยงานราชการ สิ่ง que เรียกว่า “ความร่วมมือ” ในคำสั่งของรัฐจึงกลายเป็นการสั่งการในระบบราชการ (Top-down) จากการรวมศูนย์กลางระบบราชการที่กรุงเทพมหานครและผลิตออกมาเป็นโครงการที่กำหนดให้เชื่อมโยงตัวแทนภาครัฐ (Public Sector) และภาคประชาสังคม (Civil Society) ในพื้นที่ปฏิบัติการระดับชุมชน จากรูปแบบคณะกรรมการดำเนินโครงการและกำหนดให้มีส่วนร่วมกับกิจกรรมที่รัฐสร้างขึ้น ทำให้กลายเป็นความร่วมมือที่ถูกประดิษฐ์ขึ้นด้วยเช่นกัน (Fictitious Collaborative Governance) ในทางตรงกันข้ามการวางแผนโครงการและกิจกรรมทางสุขภาพควรเริ่มต้นจากกระบวนการส่งเสริมความร่วมมือของชุมชน (Bottom Up) ที่ปราศจากการควบคุมกิจกรรมในราชการส่วนกลางและการคัดเลือกคณะกรรมการจากความต้องการพัฒนาชุมชน โดยไม่คำนึงถึงตำแหน่งหน้าที่ทั้งภาครัฐและภาคประชาชนจะทำให้เครือข่ายมีเสถียรภาพจากความต้องการพัฒนาชุมชนอย่างแท้จริง (Buddharaksa, 2021, pp. 4-7)

จากรูปแบบอำนาจที่เป็นทางการและอำนาจที่ไม่เป็นทางการที่ผู้เขียนพบในการศึกษาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่าง **นโยบายสุขภาพกับอำนาจของรัฐ** ที่มีความสัมพันธ์กันทุกช่วงเวลา ตั้งแต่อดีตที่มีการให้ความสำคัญกับการจัดตั้งโรงพยาบาลศิริราชพยาบาลในปี พ.ศ. 2429 การจัดระบบสุขภาพภิบาล การก่อตั้งกรมพยาบาลในปี พ.ศ. 2431 และการจัดตั้งโรงเรียนสอนวิชาแพทย์แบบตะวันตกที่ได้รับการสนับสนุนให้มีความทันสมัยจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ในช่วงสมัยรัชกาลที่ 6 (Rockefeller Foundation) นำไปสู่การแพร่ขยายของวิธีการรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน (Conventional Medicine) จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2485 มีการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นทางการเพื่อจัดระเบียบการจัดการทางด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ และการเร่งพัฒนาโครงสร้างระบบสุขภาพมูลฐาน (Primary Health Care) ที่เริ่มพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด สถานีอนามัย และสุขศาลา ซึ่งการก่อสร้างสถานพยาบาลครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศภายในปี พ.ศ. 2530 จนกลายเป็นรากฐานในการเข้าถึงระบบบริการทาง

สุขภาพ ดังนั้นปัจจุบันการพัฒนาส่วนใหญ่จึงมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาเชิงนโยบายและการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ (พิจารณาเพิ่มเติมบทที่ 4 หน้าที่ 64 - 86)

แต่หากมองในมิติทางการเมืองจะพบว่าการพัฒนาาระบบสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งในการ “รักษาอำนาจของรัฐ” ในอดีตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2325 ถึง พ.ศ. 2398 รัฐพยายามส่งเสริมการเพิ่มจำนวนประชากรซึ่งถูกใช้ในรูปแบบของการกวาดต้อนผู้คน การออกกฎหมายห้ามทำแท้ง และการออกกฎหมายผังเดียวหลายเมีย (ภรรยาหลวง อนุภรรยา ทาษภรรยา) ต่อมาช่วงปี พ.ศ. 2400 ถึง พ.ศ. 2475 เมื่อบริบทของสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากอิทธิพลของสงครามโลกครั้งที่ 2 (WWII) และสงครามเย็น (Cold War) จึงให้ความสำคัญกับการลดอัตราการตายด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน การสนับสนุนแรงงานจีน และการเข้มงวดในการทำแท้ง โดยเฉพาะจัดให้มีการสนับสนุนพิธีการแต่งงาน เช่น การจัดตั้งองค์การส่งเสริมการสมรส การจัดพิมพ์หนังสือคู่มือสมรส และการเก็บภาษีชายโสด โดยกลยุทธ์การเพิ่มจำนวนประชากรภายในประเทศที่ถูกใช้ในแต่ละช่วงเวลา ล้วนเป็นวิธีการสร้างความเข้มแข็งให้กับรัฐทั้งในด้านความเข้มแข็งทางการทหารและกำลังแรงงานทางเศรษฐกิจ ส่งผลทำให้จำนวนประชากรมีอัตราการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่มีการเก็บข้อมูลทางสถิติในปี พ.ศ. 2452 มีจำนวนประชากรเพียง 8.1 ล้านคน ขยายตัวเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี จนกระทั่งปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนประชากรมากกว่า 65.4 ล้านคน (พิจารณาเพิ่มเติมตารางที่ 4 ข้อมูลสำมะโนประชากรในประเทศไทย หน้าที่ 92) ประชากรที่เพิ่มมากขึ้นในประเทศทำให้เกิดการโยกย้ายถิ่นฐานที่มีด้วยกันหลายรูปแบบ เช่น การประกอบอาชีพ การเจริญเติบโตของพื้นที่ทางเศรษฐกิจ ระบบสาธารณสุขภูมิภาค และการย้ายเพื่อจุดประสงค์ในการเข้าเรียนตามสถานศึกษา (สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียน ศูนย์การเรียนรู้ วิทยาลัย มหาวิทยาลัย) ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของเมือง (Urban) และชุมชนท้องถิ่น (Local Community) การพัฒนาระบบสุขภาพจึงสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของประชากร เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นหัวใจหลักในการสร้างความเข้มแข็งให้กับประเทศทั้งทางด้านกำลังแรงงานภาคเกษตรกรรม การขยายโครงสร้างทางเศรษฐกิจ และขนาดของกองทัพ จึงเกิดการพัฒนานโยบายสาธารณสุข แผนพัฒนากิจกรรม และโครงการทางสุขภาพ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนสุขภาพตำบล ระบบสุขภาพระดับอำเภอ และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ฯลฯ โดยการจัดโครงการต่าง ๆ ล้วนมีเป้าหมายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในบริการทางสุขภาพและเพิ่มการเข้าถึงระบบสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล (พิจารณาเพิ่มเติมบทที่ 5 หน้าที่ 86 - 116)

ขณะเดียวกันการออกแบบโครงการในปัจจุบัน ต้องการสร้างการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองหรือความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) จึงทำให้เกิดโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อช่วยลดปัญหาลดคนล้นโรงพยาบาล (คนไข้) ที่มาจากปัญหาสังคมสูงวัย และอัตราการเกิดของเด็กทารกที่เริ่มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง สวนทางกับจำนวนผู้เสียชีวิตรายปีที่เพิ่มมากขึ้น ภายหลังจากตั้งรัฐบาลของนายกรัฐมนตรีคนที่ 30 นาย เศรษฐา ทวีสิน เป็นผลทำให้ตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขตกเป็นของ นพ. ชลน่าน ศรีแก้ว โดยได้ตั้งเป้าหมายเร่งด่วนภายใน 100 วันแรกกับการส่งเสริมการมีบุตรของประชาชน ซึ่งถือเป็น 1 ใน 12 นโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขทำให้เกิดวาทกรรม **มีลูกไม่ยาก เท่าหาคู่** และ **คู่รักไม่ยอมมีลูกเป็นสิ่งบิตเบี้ยว** จากถ้อยแถลงของ นพ. ชลน่าน ศรีแก้ว ในช่วงการตอบคำถามระหว่างฝ่ายรัฐบาลและฝ่ายค้าน ดังข้อความต่อไปนี้ (ไทยพีบีเอส, 2566)

“การส่งเสริมมีลูกไม่ยาก เมื่อเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบัน สิ่งที่ยากกว่าคือทำอย่างไรให้หาคู่สมรส โดยเฉพาะสุภาพสตรีที่ หากคนมาแต่งงานได้ก่อน ยากกว่าการมีลูก ต้องทำทุกมิติควบคู่กันไป”

“ลูกมากจะยากจนต้องเอาออกจากสมองคนไทย คนไทยไม่ยอมมีลูกครับ โดยเฉพาะคนที่มีความรู้ดี มีความรู้มีความสามารถ มีฐานเศรษฐกิจที่รองรับ ไม่ยอมมีลูก หลายคู่แต่งงานปี๊บ บังคับให้สามีทำหมันเลย ไม่ยอมมีลูก นั่นคือสิ่งที่กำลังบิตเบี้ยวในสังคมไทย”

12 กันยายน พ.ศ. 2566

การประชุมรัฐสภาครั้งที่ 5 (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง)

ห้องประชุมสภาผู้แทนราษฎร

ความสำคัญที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอคือการตั้งเป้าหมายของนโยบายตั้งแต่ต้น ไม่ได้มีจุดเริ่มอยู่ที่ ประชาชน (ต้องปรับปรุงการทำงานรูปแบบใด ที่จะทำให้ประชาชนมีสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น) แม้ว่าการระบุที่มาและความสำคัญของปัญหาในโครงการจะพรรณนาถึงความต้องการและปัญหาที่ประชาชนกำลังเผชิญอยู่ จึงต้องดำเนินโครงการ A B C และ D เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว แท้จริงแล้วจุดเริ่มต้นของนโยบายอยู่ที่ รัฐ (อะไรที่ทำให้รัฐเสียผลประโยชน์ จากการเก็บภาษีหรือการขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศที่ลดลง) ซึ่งนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ กิจกรรม และโครงการ เช่นเดียวกับปัญหาที่ผู้เขียนพบในการดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ระบุถึงความสำคัญของภาคประชาชน จากความต้องการให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางในการกำหนดกิจกรรมและความร่วมมือระหว่างภาครัฐในพื้นที่ แต่ความเป็น

จริงแล้วการกำหนดประเด็นกิจกรรมยังคงต้องยึดโยงกับความต้องการของราชการส่วนการเช่นเดิม ไม่มีงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ และไม่ก่อให้เกิดความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐในชุมชน **นโยบายสุขภาพจึงเริ่มต้นที่อำนาจของรัฐหรือสิ่งที่รัฐต้องการ ไม่ได้อยู่ที่ปัญหาหรือความต้องการของประชาชนเป็นที่ตั้ง** สิ่งที่รัฐต้องแก้ไขปัญหาคือการให้ความสำคัญกับประชาชนอย่างแท้จริง ไม่ใช่เพียงระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะที่พบในการศึกษา

การศึกษาวิทยานิพนธ์เรื่อง “การเมืองของระบอบสุขภาพเขตเมือง: กรณีศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตเทศบาลนครจังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ.2561 ถึง 2565)” ได้รับความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลจากกลุ่มประชากรเป้าหมายในพื้นที่ของการศึกษาระหว่างเทศบาลนครพิษณุโลกและเทศบาลตำบลพรหมพิราม แต่ยังพบข้อจำกัดและข้อเสนอแนะที่เกิดขึ้นหลายประการซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

ข้อจำกัด ประการแรก: การใช้แนวคิดระบอบนครกับการศึกษาในบริบทของประเทศไทย ต้องพบกับความแตกต่างในโครงสร้างระบบราชการเพราะการกระจายอำนาจที่ถูกเขียนไว้ในรัฐธรรมนูญตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 จนถึงปัจจุบัน นับเป็นรัฐธรรมนูญฉบับที่ 20 ในปี พ.ศ. 2560 แต่หลักการมอบอำนาจให้กับท้องถิ่นยังคงไม่เกิดขึ้นอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะการจัดโครงการหรือกิจกรรมทางสุขภาพในทางตรงกันข้ามการออกแบบนโยบายที่ส่งผลต่อการดำเนินโครงการเชิงพื้นที่ เกิดขึ้นจากการรวมศูนย์อำนาจในการบริหารไว้ที่ราชการส่วนกลาง ณ กรุงเทพมหานคร เพื่อกำหนดให้หน่วยงานราชการทุกพื้นที่ทั่วประเทศนำไปปฏิบัติ ทั้งในด้านวิธีการปฏิบัติงาน ข้อกำหนดการจัดกิจกรรม และตัวแสดงที่เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อต้องการสร้างความร่วมมือในชุมชนกับคำนิยาม “ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” แต่ความเป็นจริงแล้ว “รัฐยังคงเป็นศูนย์กลาง” เช่นเดิม ส่งผลทำให้การประยุกต์ใช้แนวคิดระบอบนครที่เป็นการให้ความสำคัญกับบทบาทตัวแสดงต่าง ๆ ภายใต้อำนาจร่วมมือที่ก่อให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า “ระบอบ” ต้องพบกับ “ระบอบราชการแบบไทย” ที่หน่วยงานราชการในพื้นที่ต้องพยายามสร้างความร่วมมือกับชุมชนด้วยตนเองไม่ได้เกิดขึ้นจากความต้องการของสมาชิกในชุมชน

ประการที่สอง: การดำเนินโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสิ่งที่ผู้เขียนได้เน้นย้ำในงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ คือการขาดงบประมาณสนับสนุนและความเหมาะสมของภาระหน้าที่กับตำแหน่งที่ระบุในระเบียบการจัดตั้งคณะกรรมการ ข้อจำกัดดังกล่าวได้นำไปสู่ความไม่

มันคงในการดำเนินโครงการทั้งในด้านการบริหารความร่วมมือและการจัดประชุม เนื่องจากไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการจึงต้องใช้การประชาสัมพันธ์เป็นกลไกขับเคลื่อน ทำให้ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีอยู่อย่างจำกัด เพราะเป็นกิจกรรมที่เน้นประชาสัมพันธ์และไม่มีความต่อเนื่องในการดำเนินงาน สะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวในระบบราชการที่มุ่งเน้นการสั่งการแต่ไม่มีงบประมาณการดำเนินโครงการอย่างเหมาะสมให้กับหน่วยงานราชการระดับปฏิบัติการ

จากข้อจำกัดที่เกิดขึ้นในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้นำไปสู่ข้อเสนอแนะ 2 ข้อ ได้แก่

ประการแรก: การศึกษาโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในอนาคต ผู้เขียนมีข้อเสนอในการศึกษาเชิงเปรียบเทียบต่อกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการเติบโตอยู่ในระดับสูงเชิงเศรษฐกิจ เช่น เชียงใหม่ ขอนแก่น นครราชสีมา ชลบุรี ภูเก็ต และบุรีรัมย์ ระหว่างเขตพื้นที่ของเมืองและชุมชนท้องถิ่นในลักษณะเดียวกับงานวิจัยฉบับนี้ เพื่อเป็นการยืนยันถึงการสร้างความร่วมมือที่ถูกกำหนด โดยรัฐนั้นความเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจและการกระจุกตัวของศูนย์ราชการระดับจังหวัด ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดความร่วมมือในการดำเนินโครงการทางสุขภาพเพียงอย่างเดียว

ประการที่สอง: การประยุกต์ใช้แนวคิดทางการเมืองที่ไม่จำกัดเฉพาะแนวคิดระบอบนครและแนวคิดทางการเมืองของอันโตนิโอ กรัมสกี กับการศึกษานโยบายสาธารณะ โครงการ และกิจกรรมของรัฐจะส่งเสริมให้เกิดข้อค้นพบที่แตกต่างเพื่อช่วยสร้างมุมมองการศึกษานอกเหนือจากแรงจูงใจในการทำงาน ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน และการปรับปรุงโครงการให้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้นข้อจำกัดและข้อเสนอแนะที่ผู้เขียนนำเสนอหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดทางการเมืองกับการศึกษาโครงการของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มการศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อพัฒนาการศึกษานโยบายสาธารณะต่อไปในอนาคต

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กมลเลิศ โปธิกนิษฐ. (2561). *วาทกรรมสุขภาพและสภาวะการถูกกดทับในแรงงานข้ามชาติ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). *คลังความรู้ สถิติผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก www.dop.go.th/th/know/1
- กนกนวล รัตนกุสุมภ์. (2551). *ผลจากการรับถ่ายโอนสถานีอนามัยของเทศบาลตำบลวังศาลา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กองกฎหมายและระเบียบท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2563). *สรุปข้อมูล อบท. ทั่วประเทศ*. สืบค้นจาก www.dla.go.th/work/abt/index.jsp.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554ข). *คู่มือ อสม. ยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557ก). *วิวัฒนาการ การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521 - 2557)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2544). *การศึกษาสื่อมวลชนด้วยทฤษฎีวิพากษ์: แนวคิดและตัวอย่างงานวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- กานต์ชัยพิสิฐ คงเสถียรพงษ์ และศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2564). *คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: ความท้าทายและการพัฒนา*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 13(2), 275-286.
- กิตติ เหลาสภาพ และธานินทร์ ไชยานุกูล. (2565). *ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจังหวัดอุบลราชธานี*. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย*, 4(2), 67-76.
- เกศรินทร์ ไหลงาม และสิตานนท์ เจษฎาพิพัฒน์. (2561). *นวัตกรรมระบบสุขภาพระดับอำเภอ บริการสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดชัยนาท*. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 13(2), 108-115.

- โกวิทย์ ศักดิ์ชูพิทักษ์. (2552). *ความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามภารกิจการถ่ายโอนสถานีอนามัย ตำบลบ้านหม้อ ไปยังองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านหม้อ อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- คมเดช ด่านศักดิ์ชัย. (2565). พัฒนาการโครงการกายภาพเชิงสร้างสรรค์ฟื้นฟูย่านชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร. *วารสารสาระศาสตร์*, 5(1), 115-126.
- ฉัตรทิพย์ ชัยฉกรรจ์. (2560). การจัดการปกครองแบบประสานความร่วมมือ (collaborative governance): แนวคิด วรรณกรรมคัดสรร และคำสำคัญ. *วารสารเวรีเดียนอิเล็กทรอนิกส์*, 10(3), 286-298.
- ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์. (2535). พลวัตนโยบายส่งเสริมการเพิ่มประชากรของไทย: วิเคราะห์ตามแนวทางประวัติศาสตร์เชิงโครงสร้าง. *วารสารประชากรศาสตร์*, 8(1), 1-35.
- ชาติชาย มุกสง. (2563). *จากปีศาจสู่เชื้อโรค: ประวัติศาสตร์การแพทย์กับโรคระบาดในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: มติชน.
- ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์, บัวพลอย พรหมแจ้ง และนงนุช โอบะ. (2561). การถอดบทเรียนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ: กรณีศึกษาตำบลในเมือง อ.สวรรคโลก จ.สุโขทัย. *วารสารพยาบาลและสุขภาพ*, 12, 161-171.
- ฐิติรัตน์ เกียรติบำรุง, วิจิตรา ศรีสอน, กิตติวินท์ หาญศักดิ์สิทธิ์, พระศตวรรษ บัญมกล, และกัลปียกร ลากเดโช. (2564). วิเคราะห์ประเด็นสิทธิและเสรีภาพในรัฐธรรมนูญ: ศึกษาเปรียบเทียบรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 กับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560. *วารสารรัฐศาสตร์รอบรู้และสหวิทยาการ*, 4(3), 54-68.
- ดิ วันโอวัน. (2563). 'วันแม่' สมัยผู้นำคณะราษฎร. สืบค้นจาก www.the101.world/plaek-philulsongkharm-mothers-day.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2561). *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม : ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: อิลลูมินแซนส์ เอ็ดิชั่นส์.

- ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์, กันตพัฒน์ อนุศักดิ์เสถียร และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2561). ความสุขของผู้ปฏิบัติงานในโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพในเขตบริการที่ 2 และ 3 ประเทศไทย. *วารสารพยาบาลและสุขภาพ*, 12(1), 173-182.
- ทีดีอาร์ไอ. (2562). *อะไรจะเปลี่ยนไป เมื่อไทยกลายเป็นสังคมสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- ทักษิณ กุลเรือน. (2554). *การประเมินผลการรับถ่ายโอนสถานีนอนามัยของเทศบาลตำบลท่าผา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไททัศน์ มาลา. (2560). 120 ปี การปกครองท้องถิ่นไทย (พ.ศ.2440-2560): พัฒนาการ และเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ของรัฐไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(1), 344-356.
- ไทยพีบีเอส. (2566). *มีลูกไม่ยาก-หาคู่ยากกว่า! "ชลน่าน" เล่นบทส่งเสริมมีบุตร*. สืบค้นจาก www.thaipbs.or.th/news/content/331697
- ธนวัฒน์ มานะตีกานนท์ และเชี่ยวชาญ อาศุวัฒน์กุล. (2556). การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการชุมชนไร้ถังขยะของเทศบาลเมืองเขาสามยอต อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. *วารสารสหวิทยาการ: ฉบับบัณฑิตศึกษา*, 2(2), 215-235.
- ธนศักดิ์ สายจำปา. (ม.ป.ป.). *ความเป็นเมืองในนครและมหานคร [เอกสารที่ไม่มีการตีพิมพ์]*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธีรพัฒน์ อังศุवाल. (2565). *Governance 101: ความหมายและรูปแบบที่หลากหลาย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสัญญาธรรมศักดิ์เพื่อประชาธิปไตย.
- ธีรพัฒน์ อังศุवाल และสุภาภรณ์ สงค์ประชา. (2565). กำเนิดและพัฒนาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่: กลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระดับพื้นที่. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 18(2), 197-230.
- ธีระ วรธนารัตน์. (2557). *กรณีศึกษาด้านการสาธารณสุขมูลฐานกับการจัดบริการทางการแพทย์ในสถานการณ์ชุมชนกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2556-2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยและพัฒนาเพื่อการแปรงานวิจัยสุขภาพสู่การปฏิบัติ.

- นเรศ จิตสุจริตวงศ์ และสมาน งามสนิท. (2559). การบริหารพื้นที่ทับซ้อนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับจังหวัดตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 6(1), 119-131.
- นฤพนธ์ ดั่งวิเศษ. (2563). ความรักโรแมนติกในยุคการสร้างชาติไทย ทศวรรษ 2480. *วารสารมานุษยวิทยา*, 3(2), 115-151.
- นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, อาทิตยา วัจนสินธุ์, และบัวพลอย พรหมแจ้ง. (2562). พัฒนาการระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 12(3), 2-8.
- บุญศิริสุข พร้อมสรรพ และศรีสุดา วงษ์ชุ่ม. (2561). การอนุรักษ์และพัฒนาชุมชนเมืองเก่าพะเยา. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 38(3), 106-126.
- บุควัชร์ พุกขานูปาล. (2550). *ความเชื่อมโยงระหว่างชนบทและเมืองในพื้นที่ขยายตัวของอภิมหานครกรุงเทพของการค้าในชนบท : กรณีศึกษาจังหวัดปทุมธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเสริฐ บินตะคุ. (2552). *การอบรมแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาความพร้อมในการถ่ายโอนสถานีนอนมัยไปสู่สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจังหวัดหนองคาย (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พงศ์สวัสดิ์ ราชจันทร์. (2563). ชุมชน ท้องถิ่น รัฐ: ความสัมพันธ์ที่มีต่อการปกครองท้องถิ่น. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(8), 16-35.
- พัชรกาญจน์ คงทวีพันธ์. (2563ก). ผลการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอในการแก้ไขปัญหาความดันโลหิตสูง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 57-62.
- พัชรกาญจน์ คงทวีพันธ์. (2563ข). ผลลัพธ์การขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนารูปแบบการนิเทศติดตามงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 3(2), 5-13.

- พิชญ์ พงษ์สวัสดิ์. (2560). *เมือง กิน คน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วชิรรินทร์ พี.พี.
- พิรวรรณ ชีวัญยะ. (2552). *ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ที่มีต่อการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบลใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ. (2542). *การสาธารณสุขมูลฐาน*. สถาบันราชภัฏเพชรบุรี: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.
- ไพโรจน์ คงทวีศักดิ์. (2550ก). *อำเภอเมือง: พื้นที่การค้าในเมืองกับพลวัตทางชาติพันธุ์ของอำเภอ*. *วารสารสังคมศาสตร์*, 19(2), 62-99.
- ไพโรจน์ คงทวีศักดิ์. (2552ข). *เมืองคืออะไร ฤ็เป็นเพียงคำถามที่ไร้สาระ*. *วารสารสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 21(1), 13-42.
- มนทิรา อุตมานันท์ และชินชนก โควินท์. (2561). *การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี*. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 14(3), 222-231.
- มโน มณีฉาย. (2557). *ภารกิจการดูแลสุขภาพของผู้ให้บริการภาครัฐระดับตำบล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลี โชคเกิด. (2562). *การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิษฐ์*. *วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์*, 11(2), 77-89.
- ร่วม มะโนน้อม และยอดชาย สุวรรณวงษ์. (2564). *บทบาทและภาพลักษณ์ต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี*. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 1(3), 61-80.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2561ก). *ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑*. สืบค้นจาก www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/054/1.PDF.

ราชกิจจานุเบกษา. (2561ข). *ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐)*. สืบค้นจาก www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF.

ราชกิจจานุเบกษา. (2559ค). *ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙*. สืบค้นจาก www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2559/E/232/1.PDF.

ราชกิจจานุเบกษา. (2553ค). *พระราชบัญญัติ ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๕๓*. สืบค้นจาก ratchakitcha.soc.go.th/documents/1859430.pdf?fbclid=.

เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์, นัยนำ หนูนิล, สายฝน เอกวรังกูร, รัตรี ฤทธิรัตน์, พิธาน สิทธิพงศ์ และทวีพล แสนภักดี. (2561). *กระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอต่อการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลท่าซิ่น จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่, 10(6), 484-495.*

รัฐบาลไทย. (2564ก). *มท.ประชุมคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พชอ. และ พชช. ร่วมกับ สธ. กำหนดเป้าหมายดำเนินงาน ปี 2564-2565 พร้อมยกระดับการขับเคลื่อน*. สืบค้นจาก www.thaigov.go.th/news/contents/details/39441.

รัฐบาลไทย. (2561ข). *พลเอก ฉัตรชัย รองนายก ฯ หนุณรพ.สต.สร้างสุขภาพ...สุขภาพ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย สรรวจปรับปรุงข้อมูลสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์และจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไข ปัญหาเสนอคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)*. สืบค้นจาก www.thaigov.go.th/news/contents/details/14794.

รัฐบาลไทย. (2565ค). *สรุปข่าวการประชุมคณะรัฐมนตรี 22 กุมภาพันธ์ 2565*. สืบค้นจาก www.thaigov.go.th/news/contents/details/51808.

รัฐบาลไทย. (2560ค). *รมว.สธ.มอบนโยบายปีงบประมาณ 61 เร่งรัด 3 เรื่อง ‘ลดเจ็บป่วย-เพิ่มประสิทธิภาพ-พัฒนาศักยภาพ’*. สืบค้นจาก www.thaigov.go.th/news/contents/details/8467.

รัฐบาลไทย. (2564ฆ). *มหาดไทย สั่งการผู้ว่าฯ ทั่วประเทศ เตรียมพร้อมบูรณาการทุกส่วนฉีดวัคซีนให้กับประชาชน*. สืบค้นจาก www.thaigov.go.th/news/contents/details/41785.

วรรณโณบล ควรอาจ และพกามาศ ถิ่นพังงา. (ม.ป.ป.). *กระบวนการกลายเป็นเมืองในประเทศไทย Urbanization in Thailand*. กรุงเทพฯ: สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย.

- วัชริระ เดือนฉาย. (2560). การประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดตราด กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอแหลมงอบ จังหวัดตราด. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 5(1), 139-146.
- วัชรพล พุทธรักษา. (2549ก). *รัฐบาลทักษิณกับความพยายามสร้างภาวะการครองอำนาจนำ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชรพล พุทธรักษา. (2557ค). *บทสำรวจความคิดทางการเมืองของ อันโตนิโอ กรัมสกี (A Survey of Gramsci's Political Thought)*. กรุงเทพฯ: สมมติ.
- วัชรพล พุทธรักษา. (2561ข). ทฤษฎีระบอบนคร: บททดลองเสนอ An Introduction to the Urban Regime Theory. ใน *เวทีวิจัยมนุษยศาสตร์ไทยครั้งที่ 12 (7-8 กันยายน 2561)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วัชรวุฒิ ชื่อสัตย์ และวัชรพล พุทธรักษา. (2558). ระบบแม่ [กะเทย]: ศิลป์และศาสตร์การครองอำนาจนำในสังคมกะเทยไทย. *วารสารศิลปศาสตร์*, 15(2), 101-118.
- วัลลี นวลหอม, ธงชัย กาญจนพงศ์, เสาวลักษณ์ ทรัพย์วิภาดา, และน้ำฝน ทองประเสริฐ. (2563, 9-10 กรกฎาคม). จุดเริ่มต้นค่านิยมผิวเดียวเมียวเดียวในสังคมไทย [เอกสารการนำเสนอ]. งานประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม, นครปฐม, ประเทศไทย.
- วิชัย โชควิวัฒน์, “ประวัติศาสตร์การปฏิรูปครั้งสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย,” ใน *พรมแดนความรู้ ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย* (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545), หน้า 52-103.
- วิทยา ดวงธิมา และปรานอม ต้นสุขานันท์. (2561). แนวทางการพัฒนาละแวกบ้านและย่านในเมือง เชียงใหม่. *วารสารวิชาการคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ สจล.*, 27(2), 134-151.
- วุฒิชัย จรียา, อาทิตยา วัจนสินธุ์ และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2561). ระบบสุขภาพระดับอำเภอ: ประสบการณ์ต่างประเทศและการพัฒนาในประเทศไทย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสต์เทิร์นเอเชีย*, 12(1), 182-195.
- วุฒินันต์ สุตบอนิจ. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจังหวัดยโสธร. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 7(1), 89-95.

สกล สินธุ์พรหม และคณะ. (2562). การจัดการโรคหลอดเลือดสมองแบบมีส่วนร่วมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 13(2), 77-88.

สมพันธ์ เตชะอธิก และพะเยาว์ นาคำ. (2552). *สรุปบทเรียนและพัฒนาผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานื่อนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สถาบันพระปกเกล้า. (ม.ป.ป.). *ชวน หลีกภัย* (ฐานข้อมูลการเมืองการปกครองสถาบันพระปกเกล้า). สืบค้นจาก www.wiki.kpi.ac.th/index.php?title=ชวนหลีกภัย.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). *สุขภาพคนไทย 2556: ปฏิรูปประเทศ ปฏิรูปโครงสร้างอำนาจเพิ่มพลังพลเมือง*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สรารุช วรรณทวี. (2562). *การบริหารจัดการภาครัฐเทศบาลเมืองหัวหินเพื่อสร้างการรับรู้แบรนด์ “Hua Hin : Thai Authentic Beach” เพื่อยกระดับการท่องเที่ยว* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สันทราย วงษ์สุวรรณ. (2562). การฟื้นฟูอุปโภคบริโภคทางอาหาร: มุมมองเชิงทฤษฎีทางเลือก. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย*, 2(1), 57-70.

สายรัตน์ นกน้อย. (2564). ทิศทางการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวและการดูแลสุขภาพปฐมภูมิตอนที่ 1 : เข้าใจที่มา ผ่านประวัติศาสตร์. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 5(3), 146-162.

สนั่น ศรีวงศ์วรรณ. (2551). *กระบวนการถ่ายโอนสถานื่อนามัยสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล : กรณีศึกษาอำเภอออยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สังเวียน งาหัตถ์. (2551). *ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานื่อนามัยจังหวัดชัยภูมิต่อแนวทางในการถ่ายโอนสถานื่อนามัยสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). สุโขทัย: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2547ก). การสาธารณสุข
ไทย พ.ศ. 2544 – 2547. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2551ข). การสาธารณสุข
ไทย พ.ศ. 2548 – 2550. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554ค). การสาธารณสุข
ไทย พ.ศ. 2551 – 2553. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ. (ม.ป.ป.). *ประวัติกระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้น
จาก www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER023

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552ก). สาธารณสุขชุมชน ประวัติศาสตร์และความทรง
จำจากยุคบุกเบิกถึงสิ้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5: รายงานการสัมมนาผู้รู้เห็น
ประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ: สแกนด์-มีเดีย คอเปอร์เรชั่น.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2553ข). รู้จักและเข้าใจ: กรณีศึกษาสมัชชาสุขภาพเฉพาะ
ประเด็น ว่าด้วย แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ.
กรุงเทพฯ: ที คิว พี จำกัด.

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2554ก). *ระบบค้นหาคำศัพท์ “เมือง”*. ค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2565,
จาก www.dictionary.orst.go.th

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2554ข). *ระบบค้นหาคำศัพท์ “ระบอบ”*. ค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2565,
จาก www.dictionary.orst.go.th

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565ก). การเปลี่ยนแปลงทางประชากร. สืบค้นจาก
www.statbbi.nso.go.th/view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=h

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553ข). *สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ*. สืบค้นจาก
www.statbbi.nso.go.th/staticreport/page.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560ก). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับ
ที่ 12*. สืบค้นจาก www.nesdb.go.th/ewt_news.&filename=develop_issue.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565ข). *ผลิตภัณฑ์ภาคและจังหวัด แบบ ปริมาณลูกโซ่ ฉบับ พ.ศ. 2563 (Gross Regional and Provincial Product Chain Volume Measures 2020 Edition)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564ค). *รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2563*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2504ค). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ หนึ่ง ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2504-2506)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2510ข). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สอง (พ.ศ. 2510 -2514)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2515ง). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สาม (พ.ศ. 2515 -2519)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2520จ). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สี่ (พ.ศ. 2520-2524)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2525ฉ). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ห้า (พ.ศ. 2525-2529)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2530ช). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่หก (พ.ศ. 2530-2534)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2535ช). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่เจ็ด (พ.ศ. 2535-2539)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2540ฉ). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่แปด (พ.ศ. 2540-2544)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2545ญ). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่เก้า (พ.ศ. 2545-2549)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับชาติปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘*. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์.
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2565). สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร (รายเดือน). สืบค้นจาก www.stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew.
- สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล และสุทธิพร ชมภูศรี. (2562). ผลการประเมินการจัดการเครือข่ายการบริหารงานเพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดพะเยา. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย*, 15(2), 64-80.
- อภิวรรณ ณ์ฐมนวรกุล. (2564). ยุทธศาสตร์สังคมสูงวัยของไทย: การจัดตั้งศูนย์สมาคมแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (อาเซียน) เพื่อผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและนวัตกรรม (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation; ACAI) และนโยบายมุ่งเน้น กระทรวงสาธารณสุขด้านผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2565. *วารสารกรมการแพทย์*, 46(4), 5-9.
- อธิการเฉลิม กนุตสาโร และศิริโรจน์ นามเสนา. (2564). พระคิลานุปัฏฐาก: บทบาทการดูแลสุขภาพพระสงฆ์. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 5(2), 275-284.
- อดุลย์ ขวัญมิ่ง. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการถ่ายโอนสถานีนานามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบล (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- เอกชัย แสงโสดา. (2563). การสื่อสารต่อผู้ต่อรองความเป็นกะเทยผ่านรายการโทรทัศน์ที่มีการนำเสนอบนยูทูปในยุคดิจิทัล (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- โอฬาร อ่องพะ. (2562). รัฐไทยกับการเมืองของการจัดการทรัพยากรป่าไม้และที่ดิน กรณีแม่แจ่มโมเดล: ความคิด การเคลื่อนไหว และนโยบาย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์. (2563). สถานการณ์ผู้สูงอายุประเทศไทย: ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 10(2), 46-58.

ภาษาอังกฤษ

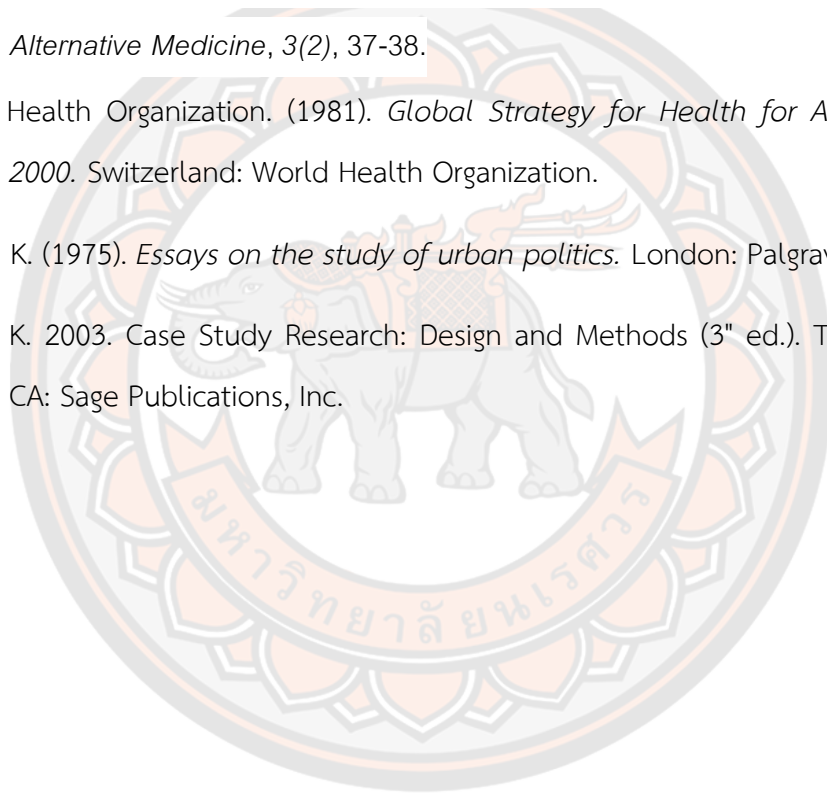
- Bennett, L. & Spirou, C. (2006). Political Leadership and Stadium Development in Chicago: Some Cautionary Notes on the Uses of Regime Analysis. *International Journal of Urban and Regional Research*, 30(1), 38-53.
- Blanco, I. Lowdes V. and Pratchett, L. (2011). Policy Networks and Governance Networks: Towards Greater Conceptual Clarity. *Political Studies Review*, 9, 297-308.
- Blanco, I. & Davies, J. S. (2017). Austerity urbanism: Patterns of neo-liberalisation and resistance in six cities of Spain and the UK. *Environment and Planning A*, 49(7), 1517-1536.
- Blanco, I. Salazara, Y. & Bianchi, I. (2020). Urban governance and political change under a radical left government: The case of Barcelona. *Journal of Urban Affairs*, 42(1), 18-38.
- Buddharaksa, W. (2014). *The old is dying and the new cannot be born: Organic crisis, social forces, and the Thai state, 1997 - 2010*. UK: University of York.
- Buddharaksa, W. Davies, J. S. & Tejavivaddhana, P. (2021). Health Literacy Promotion and Its Institutional Arrangements: Rethinking Collaborative Health Promotion in Thailand. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 16(4), 215-222.
- Bua, A. Davies, J. S. Oriol, C. A. & Thompson, E. (2020). Why is austerity governable? A Gramscian urban regime analysis of Leicester, UK. *Journal of Urban Affairs*, 42(1), 56-74.
- Castells, M. (1977). *The Urban Question: A Marxist Approach*. Cambridge: The MIT Press.
- Chorianopoulos, I. & Tselepi, N. (2018). Austerity governance and bifurcated civil society: The changing matrices of urban politics in Athens. *Journal of Urban Affairs*, 42(1), 1-17.

- Coben, D. (1995). Revisiting Gramsci. *Studies in the Education of Adults*, 27(1), 36-51.
- Davies, J. S. (2014). Rethinking urban power and the local state: Hegemony, domination and resistance in neoliberal cities. *Urban Studies*, 51(15), 3215-3232.
- Davies, J. S. (2021). *Between Realism and Revolt: Governing Cities in the Crisis of Neoliberal Globalism*. Great Britain: Bristol University Press.
- Fischer, F. (1990). *Technocracy and the Politics of Expertise*. London: SAGE Publications.
- Gauttam, P. Singh, B. & Kaur, J. (2020). COVID-19 and Chinese Global Health Diplomacy: Geopolitical Opportunity for China's Hegemony. *Millennial Asia*, 11(3), 318-340.
- Hengboonyaphan, D. (1996). *The strategic issues the achievement of Mission District Health Coordinating Committee (DHCC) in Khonkaen*. TH: Chulalongkorn University.
- Imbroscio, L. D. (2003). Overcoming The Neglect of Economics in Urban Regime Theory. *Journal of Urban Affairs*, 25(3), 271-284.
- Ives, P. (2005). Language, Agency and Hegemony: A Gramscian Response to Post-Marxism. *Critical Review of International Social and Political Philosophy*, 8(4), 455-468.
- John, P. (2009). *Why Study Urban Politics*. In Jonathan S. Davies & David L. Imbroscio, (Eds.), *Theories of Urban Politics Second Edition 2009*. (pp. 17-23). London: SAGE Publications.
- Kasemsup, V. Suriyawongpaisal, W. Thamma-aphiphol, K. Dammee, D. & Suthisukhon, K. (2019). Engagement of the District Health Board in Providing Preventive Measures for Chronic Kidney Disease Care in Thailand: The Perspective of a Multi-Disciplinary Team. *Journal of Public Health and Development*, 18(2), 1-9.

- Kjaer, M. A. (2009). *Governance and the Urban Bureaucracy*. In Jonathan S. Davies & David L. Imbroscio, (Eds.), *Theories of Urban Politics* Second Edition 2009. (pp. 137-152). London: SAGE Publications.
- Kurzman, C. and Owens, L. (2002). The Sociology of Intellectuals. *Annual Review of Sociology*, 28, 63-90.
- Lamb, P. (2012). Employing Gramsci in Support of Laski on the Problems of British Idealism. *The British Journal of Politics and International Relations*, 14, 477-491.
- Mason, M. (2010). Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Forum: Qualitative Social Research*, 11(3), 8.
- Maglaras, V. (2013). Consent and Submission: Aspects of Gramsci's Theory of the Political and Civil Society. *SAGE Open*, 3(1), 1-8.
- Merli, P. (2013). Creating the cultures of the future: cultural strategy, policy and institutions in Gramsci. *International Journal of Cultural Policy*, 19(4), 439-461.
- Mossberger, K. and Stoker, G. (2001). *Evolution Urban Affairs Review*, 36(6), 810-835.
- Phetphum, C. Chomson, S. Wangwonsin, A. & Thawatchaijaroenyng, K. (2021). Effect of district health board intervention on the restricting tobacco access among youths: A four district study in Thailand. In 13th Asia Pacific Conference on Tobacco or Health (APACT), Bangkok, Thailand. (35-36). Science and Technological Park of Crete: EUEP European Publishing.
- Pierre, J. (2006). Handbook of Public Policy. In Peters, B. G. and Pierre, J., (Eds.), *Handbook of Public Policy*. (pp.481-491). London: SAGE Publications Ltd.
- Pierre, J. (1999). Models Of Urban Governance: The Institutional Dimension of Urban Politics. *Urban Affairs Review*, 34(3), 372-396.

- Salter, B. Zhou, Y. & Datta, S. (2015). Hegemony in the marketplace of biomedical innovation: Consumer demand and stem cell science. *Social Science & Medicine*, 131, 156-163.
- Shear, W. B. (2008). Gramsci, Intellectuals, and Academic Practice Today. *A Journal of Economics Culture & Society*, 20(1), 55-67.
- Sismondo, S. (2017). Hegemony of Knowledge and Pharmaceutical Industry Strategy. In Ho, D. (Eds.), *Philosophical Issues in Pharmaceuticals: Development, Dispensing, and Use*. (pp. 47-63). Berlin: Springer.
- Stone, N. C. (2015). Reflections on Regime Politics: From Governing Coalition to Urban Political Order. *Urban Affairs Review*, 51(1), 101-137.
- Stoker, G. Peters, B. G. & Pierre, J. (2015). *The Relevance of Political Science*. United Kingdom: Palgrave Press.
- Stoker, G. (1998). Theory and Urban Politics. *International Political Science Review*, 19(2), 119-129.
- Stoddart, M. (2007). Ideology, Hegemony, Discourse: A Critical Review of Theories of Knowledge and Power. *Social Thought and Research*, 28, 191-225.
- Tejativaddhana, P. Briggs, D. Singhadej, O. & Hinoguin, R. (2018). Developing primary health care in Thailand (Innovation in the use of socio-economic determinants, Sustainable Development Goals and the district health strategy). *Public Administration and Policy*, 21(1), 36-49.
- Thojampa, S. Wannapornsiri, C. Daengthern L. & Kumpeera, K. (2019). Lessons Learned and Synthesized Knowledge of the District Health Management Model Drive Implementation at Ban Tak District, Tak Province, Thailand. *International Journal of Caring Sciences*, 12(3), 1886-1891.
- Thomas, P. (2013). Hegemony, passive revolution and the modern Prince. *Thesis Eleven*, 117(1), 20-39.

- UN. (2563). *Popular statistical tables, country (area) and regional profiles*. Retrieved from www.data.un.org/en/reg/g1.html.
- Vangen, S. and Huxham C. (2010). Introducing the Theory of Collaborative Advantage. In Osborne, P. S., (Eds.), *The New Public Governance Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. (p.163-184). New York: Routledge.
- Weber, D. (2016). Medical Hegemony. *International Journal of Complementary & Alternative Medicine*, 3(2), 37-38.
- World Health Organization. (1981). *Global Strategy for Health for All by the year 2000*. Switzerland: World Health Organization.
- Young, K. (1975). *Essays on the study of urban politics*. London: Palgrave Macmillan.
- Yin, R. K. 2003. *Case Study Research: Design and Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนครพนม

คำสั่งการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาฯ ในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก และเทศบาลตำบลพรหมพิราม




ที่/๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนใน เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป จึงอาศัยอำนาจตามความใน "ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑" ข้อ ๗ ข้อ ๑๒ และ ข้อ ๑๘ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ดังนี้

- | | |
|--|---------------------|
| ๑. นายอำเภอ | ประธานกรรมการ |
| ๒. ปลัดอำเภอหัวหน้ากลุ่ม | รองประธานกรรมการ |
| ๓. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล | กรรมการ |
| ๔. พัฒนาการ | กรรมการ |
| ๕. ผู้กำกับสถานีตำรวจ | กรรมการ |
| ๖. นายกเทศมนตรี | กรรมการ |
| ๗. ประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้าน | กรรมการ |
| ๘. นายกเทศมนตรี | กรรมการ |
| ๙. เกษตรอำเภอ | กรรมการ |
| ๑๐. ปลัดอำเภอ | กรรมการ |
| ๑๑. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา | กรรมการ |
| ๑๒. ผู้อำนวยการการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย | กรรมการ |
| ๑๓.1 | กรรมการ |
| ๑๔. เจ้าคณะอำเภอ | กรรมการ |
| ๑๕. ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑๖. ประธานกรรมการพัฒนาสตรี | กรรมการ |
| ๑๗. นายกษัตริย์ศึก | กรรมการ |
| ๑๘. ประธานชมรมผู้สูงอายุ | กรรมการ |
| ๑๙. น | กรรมการ |
| ๒๐. ประธานชมรมผู้ประกอบการร้านอาหาร | กรรมการ |
| ๒๑. สาธารณสุขอำเภอเมืองพิษณุโลก | กรรมการและเลขานุการ |

คำสั่งการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาฯ ในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก และเทศบาลตำบลพรหมพิราม (ต่อ)


ที่ ๑๘๑/๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่อำเภอพรหมพิราม(พขอ.)

กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ(สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมเป็นเจ้าภาพ มุ่งพัฒนาเครือข่ายอำเภอประชารัฐให้มีความสำคัญกับศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคน โดยมีเป้าหมายคนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน และคนไทยใส่ใจดูแลกัน เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่สำคัญของประเทศ ลดความเหลื่อมล้ำ ช่วยเหลือดูแลกันและกัน ตามแนวทางพระราชรัฐ "พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง" บูรณาการทุกภาคส่วนในรูปแบบ "คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่"(พขอ.) หรือ (District Health Board: DHB) โดยนายอำเภอ เป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอ เป็นเลขานุการ มีตัวแทนภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและตัวแทนภาครัฐ มาร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ เน้นกลุ่มเปราะบาง เช่น ร่วมกันแก้ไขปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย อุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชยะ สิ่งแวดล้อม ให้ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการของรัฐ

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและแผนยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นทางการเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางมีความเป็นเจ้าของและมีภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พขอ.) ของอำเภอพรหมพิรามและในแต่ละตำบล เพื่อให้การดำเนินงานเป็นรูปธรรม ดังนี้

| | | |
|-----|--|---------------------|
| ๑. | นายอำเภอ | ประธานกรรมการ |
| ๒. | ปลัดอำเภอ | กรรมการ |
| ๓. | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล | กรรมการ |
| ๔. | พัฒนาการอำเภอ | กรรมการ |
| ๕. | ผู้อำนวยการโรงเรียน | กรรมการ |
| ๖. | เกษตรอำเภอ | กรรมการ |
| ๗. | ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธร | กรรมการ |
| ๘. | ปลัดอำเภอ | กรรมการ |
| ๙. | ผู้อำนวยการการศึกษานอกโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย | กรรมการ |
| ๑๐. | ประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้าน | กรรมการ |
| ๑๑. | ประธานชมรมนายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | กรรมการ |
| ๑๒. | ประธานสภาวัฒนธรรมอำเภอ | กรรมการ |
| ๑๓. | ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร | กรรมการ |
| ๑๔. | เจ้าคณะอำเภอ | กรรมการ |
| ๑๕. | เจ้าอาวาสวัด | กรรมการ |
| ๑๖. | ผู้อำนวยการสถานีวิทยุโทรทัศน์ไอ | กรรมการ |
| ๑๗. | อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | กรรมการ |
| ๑๘. | ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอ | กรรมการ |
| ๑๙. | ประธานชมรมผู้สูงอายุอำเภอ | กรรมการ |
| ๒๐. | ประธานกรรมการพัฒนาสตรีอำเภอ | กรรมการ |
| ๒๑. | สาธารณสุขอำเภอพรหมพิราม | กรรมการและเลขานุการ |

บรรณานุกรม



ประวัติผู้วิจัย

| | |
|------------------------|--|
| ชื่อ-นามสกุล | ทศพล ชื่นจ่อหอ |
| วัน เดือน ปี เกิด | 22 สิงหาคม พ.ศ. 2537 |
| ที่อยู่ปัจจุบัน | 112/2 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ 67000 |
| ที่ทำงานปัจจุบัน | - |
| ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน | นักศึกษา |
| ประสบการณ์การทำงาน | - |
| ประวัติการศึกษา | รัฐศาสตรบัณฑิต / มหาวิทยาลัยนเรศวร / 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 รัฐศาสตรมหาบัณฑิต / มหาวิทยาลัยนเรศวร / 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 |
| ผลงานตีพิมพ์ | บททดลองเสนอทฤษฎีการเมืองนครกับงานวิจัยเชิงคุณภาพ วารสาร รัฐศาสตร์พิจาร ปีที่ 8 ฉบับที่ 15 การตีความเชิงวิพากษ์ภายใต้กระบวนการสื่อสารของศูนย์บริหาร สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในการดำเนินนโยบาย สาธารณสุข วารสารการบริหารปกครอง ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 |
| รางวัลที่ได้รับ | - |