

โครงการศึกษา
กลไกสุขภาพภาคประชาชนกับ
กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ:
กรณีศึกษากลไกสุขภาพภาคกลาง 2546

โดย
ผ.ศ. ดร. สุวจิ ภู่อ

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
ธันวาคม 2547

บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร

โครงการศึกษา กลไกสุขภาพภาคประชาชนกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษากลไกสุขภาพภาคกลางปีพ.ศ. 2546

การศึกษานี้ประกอบด้วยการศึกษากลไกสุขภาพภาคประชาชน กับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในเวทีสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ระดับจังหวัดและระดับภาคเป็นอันดับหนึ่ง ที่ทำให้เห็นภาพกระบวนการที่น่าจะเป็นการก่อกำเนิดถึงกลไกภาคประชาชนที่รวมตัวกันเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการศึกษาที่ทำให้เห็นปัจจัยบางประการในกระบวนการสมัชชาที่สร้างให้เกิดภาคีเครือข่ายภาคประชาชน องค์ประกอบที่สองของการศึกษานี้ คือศึกษาต่อเนื่องลงไปในพื้นที่ หลังจากมีการดำเนินการในเวทีสมัชชาผ่านไป กว่า 3-4 เดือน เพื่อติดตาม การดำเนินงานของเครือข่ายที่เคยเข้าร่วมเวทีสมัชชาว่ามีการดำเนินการต่อไป อย่างไร และประชาชนในท้องถิ่นดังกล่าว มีการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิรูปนี้อย่างไร ในการติดตามเครือข่ายในภาคกลางนั้น ได้มีการสุ่มตัวอย่างศึกษาในจังหวัด สุพรรณบุรี ราชบุรี และเครือข่ายในลุ่มน้ำแม่กลอง นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ยังพยายาม เข้าใจถึงการรวมตัว/ก่อกำเนิดของกลไกภาคประชาชน ในภาคกลาง เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงกับการทำงานของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ และ ในองค์ประกอบที่สามของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ การศึกษาการรับรู้และการก่อตัวของกลไกภาคประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลซึ่งเป็นทั้ง ศูนย์กลางข่าวสาร และศูนย์รวมของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

จากการศึกษาพบว่า กลไกสุขภาพภาคประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูปผ่านกลไกของสมัชชาทั้งระดับพื้นที่และระดับชาตินั้น เป็นภาคีเครือข่ายประชาชนที่ทำงานในเรื่องต่างๆ ที่หลากหลาย และในประเด็นที่ท้องถิ่นนั้นมีปัญหามาก่อนหน้า การปฏิรูประบบสุขภาพ กระบวนการปฏิรูปนี้ใช้กลไกภาคประชาชนที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสม แต่เป็นที่น่าสนใจว่ากระบวนการดังกล่าวหล่อหลอมให้กลไกเหล่านี้ได้รวมเป็นหนึ่งเดียวกับการปฏิรูปสุขภาพอย่างไร และสำเร็จเพียงใด ซึ่งจากการศึกษาพบว่ากระบวนการดังกล่าวประสบผลในระดับหนึ่งกับแกนนำ แต่ยังคงต้องทำงานต่อเนื่องให้เกิดการหล่อหลอมอย่างแท้จริง การรับรู้ต่อกระบวนการปฏิรูป การเรียนรู้ร่วมกันกันของกลไกต่างๆนี้ยังคงต้องผลักดันให้ประสบผลสำเร็จต่อไป

ความเข้าใจในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ สำหรับประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำมากหรือไม่มีการรับรู้ในเรื่องนี้แต่อย่างใด ส่วนใหญ่จะเห็นว่าการดำเนินการในภาครัฐ คือการปฏิรูปผ่านระบบราชการ การปฏิรูปการบริการสาธารณสุขด้วยกลไกของหลักประกันสุขภาพ รวมไปถึง การปฏิรูปโดยผ่านการณรงค์ การออกกำลังกาย และอาหารปลอดภัย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนเป็นที่รับรู้ได้ของภาคประชาชน แต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเคลื่อนไหวเพื่อให้พระราชบัญญัติสุขภาพนั้น ไม่เป็นที่เข้าใจหรือรับรู้ในหมู่ประชาชนในเมืองเท่าที่ควร ทั้งที่เป็นกลุ่มที่อยู่ในศูนย์กลางของการรวมตัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

รายงานนี้ได้เสนอให้เห็นปัจจัยในกระบวนการทำงานที่คณะทำงานเพื่อการขับเคลื่อนภาคประชาชน อาจจะนำไปเป็นประโยชน์ได้บ้างไม่มากนัก

Executive Summary

Project: Popular Mechanism for Health System Reform: Case Study of Mechanism in Central Thailand, 2003

Health system reform process in Thailand is a continual process which one goal is to achieve National Health Act which has been drafted through participatory process since 2001 and submitted to the parliament since the end of 2002. The reform is also aimed at create public awareness of health through shifting the paradigm on health to encompass all four dimensions of health, such as physical, mental, social, and spiritual wellbeing. Thus popular process and mechanism to create such awareness need a mass movement of change. Social exchange and learning process are key component to reform health concepts and practices by expecting togetherness and collaboration from people in different sectors. Health assembly is one of a mechanism to create such participation from all sectors. As a result, people would be able to build their network and expand what they learn from assembly to their neighbor and friend. Finally they would be able to create their own civic organization or gathering to generate health practice for healthy society.

From this study it is found that the health assembly at area based level achieved limited result in bringing people together based on their local concerns/issues. Numbers of network that join in the process are the existing network prior to the reform process. Health reform process could do limited to link their existing problem to the health issues, thus awareness of health reform and shifting of health paradigm are also limited. There are numbers of issues that need to further improve the process to really create popular mechanism for people to begin to understand the reform, particularly toward more preventive health behavior and preventive social environment.

People in the urban areas like Bangkok metropolitan are the least aware of the health reform and movement for national health assembly. They are only aware of government projects such as universal health coverage, bureaucracy reform, exercise campaign and food safety campaign. People do not have strong mechanism to change their thinking of health toward more multi-dimension concept. Health remains a matter of physical well being only. Thus there is real need to continue the movement to generate the idealistic reformation as planted in the draft of National Health Act.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร	i
Executive Summary	ii
สารบัญ	iii
บทที่ 1	
1.1. ความเป็นมาของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ	1
1.2. บทบาทและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน	4
1.3. ความสำคัญของการก่อตัวของกลไกสุขภาพภาคประชาชน	5
1.4. กรอบแนวคิดสำหรับการศึกษา	6
บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย	
2.1. การศึกษาในเวทีสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ (อนุภาคและภาค)	8
2.2. กรณีศึกษากลุ่มเครือข่ายภาคประชาชนภาคกลาง	9
2.3. การศึกษาในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร	11
บทที่ 3 การศึกษาในเวทีสมัชชาสุขภาพระดับอนุภาคและระดับภาค	
3.1. การศึกษาสังเกตและสัมภาษณ์ในบริบทของเวทีสมัชชาสุขภาพ	13
3.2. การรับรู้เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ	18
3.3. การมีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ	23
3.4. บทวิเคราะห์และข้อสังเกต	24
บทที่ 4 กรณีศึกษากลุ่มเครือข่ายภาคประชาชนกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ	
4.1 แนวคิดเรื่องสุขภาพ	27
4.2. การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิรูปและผลที่คาดว่าจะได้รับ	30
4.3. การมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ	35
4.4. การมีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ	41
4.5. การก่อตัว/รวมกลุ่ม เพื่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ	46
4.6. บทวิเคราะห์และข้อสังเกต	58

บทที่ 5 การสำรวจความคิดเห็นและการรับรู้ของประชาชนต่อการปฏิรูปใน เขตกรุงเทพมหานคร	
5.1. ข้อมูลทั่วไป	63
5.2. ความคิดเห็นและการให้คุณค่าต่อความหมายของสุขภาพ	64
5.3. การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ และภาวะการเจ็บป่วย	68
5.4. การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิรูปและการมีส่วนร่วมในสมัชชาสุขภาพ	74
5.5. การมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพะ	80
5.6. บทวิเคราะห์และข้อสังเกต	81
5.7. รายงานผลทางสถิติ	84
บทที่ 6 บทสรุปและวิเคราะห์กลไกสุขภาพภาคประชาชน	118

บทที่ 1

1.1. ความเป็นมาของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพของไทยมีการเปลี่ยนแปลงมาหลายยุคสมัย โดยมีการแพทย์แผนปัจจุบัน (ตะวันตก) เป็นฐานคติในการจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่กระทำโดยภาครัฐ การเปลี่ยนแปลงโดยรวมแล้วเป็นไปตามกลไกของภาครัฐ และปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างภาครัฐ และองค์กรระหว่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นการจัดระบบตามแนวคิด “สุขภาพดีถ้วนหน้า” (Health for all) ซึ่งนำโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินการในระบบสาธารณสุขมากกว่าสองทศวรรษ ภาครัฐเป็นผู้กำหนด วางแผน และควบคุม กลไก โครงสร้าง และระบบการแพทย์และสาธารณสุข โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ประยุกต์มาจากมาตรฐานสากล เช่น การจัดให้มีสาธารณสุขมูลฐาน หรือมีส่วนร่วมในการลดช่องว่างของสถานะสุขภาพและการเข้าถึงการบริการสุขภาพ¹

ในช่วงวิกฤตทางเศรษฐกิจทั้งในระดับโลก และในประเทศไทย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง ในวงกว้างกับหลายๆ ประเทศ โดยเฉพาะความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการตามแผนนโยบายการปรับโครงสร้าง (Social Adjustment Program) ซึ่งธนาคารโลกได้วางไว้สำหรับประเทศที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ เพื่อให้เกิดการลดภาระค่าใช้จ่ายในภาครัฐ โดยให้ภาคเอกชน/ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการในโครงการสาธารณะต่างๆ และทำให้เกิดการจัดการแบบเอกชน (privatization) ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในช่วงเวลาดังกล่าวนี้นี้จะพบว่า นานาประเทศต้องหันมาทำการปฏิรูปเชิงโครงสร้างขนานใหญ่ในทุกๆ ด้าน ซึ่งประเทศไทยได้รับผลกระทบนี้เช่นกัน ธนาคารโลกสนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งเพื่อการปฏิรูปเพื่อที่จะลดภาระของรัฐบาลในการดำเนินการสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ (public goods) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ย่อมเกิดผลกระทบต่อสังคมอย่างกว้างขวาง การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคมเหล่านี้เป็นแรงกดดันให้ประเทศไทยต้องพิจารณาให้รอบคอบต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยการนำของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านที่พยายามผลักดันให้กระบวนการปฏิรูปนี้มีผลในทางบวกกับประชาชนให้มากที่สุด ด้วยการเริ่มจากการวางกรอบแนวคิดเพื่อการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในด้านสุขภาพทั้งหมด และพยายามสร้างกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพไทยให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกลมกลืนกับกลไกอื่นๆ ที่กำลังมีการปรับเปลี่ยนเช่นกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และเป็นธรรมแก่ประชาชนทุกกลุ่ม

การปฏิรูปทางการเมืองเป็นแรงผลักดันอีกด้านหนึ่งที่สำคัญ นับจากที่แกนนำองค์กรประชาธิปไตยในประเทศไทย ได้รวมตัวให้รัฐสภาพริวรรณ์การเมือง (2537) โดยทำรัฐธรรมนูญใหม่เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการร่างรัฐธรรมนูญอย่างแท้จริง ซึ่งเปลี่ยนไปจาก

¹ นพ.วิฑูร พูลเจริญ และคณะ คู่มือการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) 2543.

กลไกเดิมที่ต้องมีการผ่านผู้แทนในรัฐสภา รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 จึงถือเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดร่างรัฐธรรมนูญอย่างกว้างขวาง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวถือเป็นการเปลี่ยนแปลงในบริบททางการเมืองและสังคมครั้งสำคัญ ในประเทศไทย พลังประชาชนจากหลากหลายภาคส่วน ได้เข้าร่วมระดมสติปัญญา ความรู้ ความสามารถ เพื่อกำหนดทิศทางของรัฐธรรมนูญ โดยมีการแสดงเจตนารมณ์เกี่ยวกับสุขภาพไว้อย่างชัดเจน ว่า ก) รัฐต้องจัดให้มีกฎหมายเป็นหลักในการดำเนินการ เพื่อแสดงความเท่าเทียมและเคารพในศักดิ์ศรีของมนุษย์ ข) รัฐเป็นผู้ให้สวัสดิการด้านสุขภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม ค) สุขภาพเป็นเรื่องของสิทธิ (Health as human rights) ทั้งนี้ รัฐธรรมนูญยังเปิดช่องทางให้ประชาชนและกลุ่มประชาคมต่างๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสอดส่องดูแลองค์กรและกลไกต่างๆ ของรัฐ เพื่อให้เกิดความโปร่งใส และมีส่วนร่วมในการกำกับดูแลกลไกนโยบายที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชนไว้ด้วย ตามมาตรา 56

นโยบายกระจายอำนาจเพื่อให้ท้องถิ่นสามารถพึ่งตนเอง และตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เองนั้น ยังระบุอยู่ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ. 2540 ด้วยเช่นกัน ในหมวดที่ 9 ที่แสดงเจตนารมณ์ให้ มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับภาครัฐและระหว่างองค์กรส่วนท้องถิ่นด้วยกัน ต้องมีอำนาจหน้าที่และส่วนร่วมในการจัดระบบสาธารณะต่างๆ โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และตัดสินใจ ทั้งในการพัฒนาทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และ ตรวจสอบการใช้อำนาจในทุกระดับตามมาตรา 76 ด้วย

กรอบแนวคิดใน “การปฏิรูประบบสุขภาพ” จึงสะท้อนหลักการและแนวคิดที่ให้ประชาชนและภาคส่วนอื่นๆ มีส่วนร่วมตั้งแต่ในกระบวนการ คิด ตัดสินใจ กำหนดทิศทาง การบริการ และกำกับดูแล โดยในกระบวนการปฏิรูปนี้เน้นว่า เป็นการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งเป็นมากกว่าการบริการการแพทย์และสาธารณสุขอย่างที่คุ้นเคยกัน “ระบบสุขภาพ” ภายใต้กรอบแนวคิดนี้หมายถึงระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม อันสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวงได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ ชีวภาพ และระบบบริการสุขภาพด้วย²

ยุทธศาสตร์ในการวางกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพนั้น ยึดอยู่บนแนวคิดของ ศ.นพ. ประเวศ วะสี “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ซึ่งประกอบด้วยเคลื่อนไหวในภาคสังคม การสร้างองค์ความรู้ และการเชื่อมโยงกับภาคการเมือง โดยยุทธศาสตร์เบื้องต้น นั้น ต้องมีการปฏิรูปแนวความคิด (ทิวทัศน์/กระบวนทัศน์) เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของคนไทยทั้งสังคม ให้มองสุขภาพเป็นเรื่องที่เชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับระบบทั้งระบบ โดยใช้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (พรบ.สุขภาพแห่งชาติ) เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อน ในการรวมพลังประชาชนในเบื้องต้น โดยตัว

² คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) หนึ่งปีแรกของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) พฤษภาคม 2545

พระราชบัญญัติฉบับนี้สามารถใช้เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพและเป็นการแสดงเจตนารมณ์และ
เจือใจทางสุขภาพ ให้กับประชาชน เมื่อมีธรรมนูญสุขภาพแล้ว การปฏิรูปทั้งระบบควรจะเกิดขึ้น
ทั้งในระบบนโยบาย ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ระบบควบคุมป้องกันโรค ระบบบริการสุขภาพ ระบบ
บริการ ระบบกำลังคน ระบบการสร้างองค์ความรู้ เป็นต้น โดยเป้าหมายสุดท้ายคือ ระบบสุขภาพที่
เน้นการสร้างสุขภาพ ทำให้คนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

สำนักงานปฏิรูประบบสาธารณสุข (สปรส.)³ ถือว่าเป็นหน่วยงานที่สำคัญในการผลักดันให้
การดำเนินการในด้านการขับเคลื่อนทางสังคมเป็นไปอย่างกว้างขวาง และมีพลังในการสร้างความ
เข้าใจต่อภาคสาธารณะให้เห็นความสำคัญต่อการปฏิรูประบบสุขภาพนี้ โดยภารกิจหลัก คือการ
จัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และเคลื่อนไหวสังคมเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมีการสร้าง
เครือข่ายประชาชนเพื่ออรรถรงค์สร้างหลักประกันสุขภาพ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543 กลไกหนึ่งที่ สปรส. ได้
ผลักดันให้เกิดขึ้นทั่วประเทศไทยคือ สมัชชาสุขภาพ⁴ ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับอำเภอ จังหวัด ภาค
และระดับชาติ

สมัชชาสุขภาพเป็นกลไกหนึ่ง หรือเวที ที่ทำให้ภาพของการรวมพลังปรากฏ จาก ยุทธศาสตร์
กระบวนการสร้างความร่วมมือทางสังคม และยุทธศาสตร์การสื่อสารเพื่อการสร้างพลัง ที่เกิดขึ้น
อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545-ปัจจุบัน สมัชชาสุขภาพยังเป็นเวทีที่ประชาชนสามารถมีส่วนร่วม
ในการกำหนดทิศทาง ตรวจสอบการทำงานที่ผ่านมา และเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่
ผ่านมา สมัชชาสุขภาพจึงเปรียบเสมือนกลไกสำคัญกลไกหนึ่งที่ภาคประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วม
ต่อแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพ โดยเบื้องแรกสมัชชาสุขภาพ เป็นเวทีที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนในทุกภาคส่วน ทั้งนักการเมือง วิชาการ ข้าราชการ วิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
สื่อมวลชน องค์กรพัฒนาเอกชน และประชาชนทั่วไป การขับเคลื่อนในเบื้องแรก (พ.ศ. 2545) เป็นไปเพื่อ
ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ และแสดงความคิดเห็นต่อการเสนอกฎหมายที่นำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ

นอกเหนือจากบริบทในการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพเพื่อการร่างกฎหมายแล้ว ยังถือว่า
สมัชชาสุขภาพยังเป็นเวที ที่ทำให้ประชาชนได้เข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการอรรถรงค์
เพื่อสุขภาพ การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาสุขภาพในท้องถิ่น ทั้งที่เป็นปัญหาทางกายภาพ
และผลกระทบจากนโยบายสาธารณะ สมัชชาสุขภาพยังเป็นเวที สำหรับการเรียนรู้จากบทเรียนและ
ประสบการณ์ขององค์กรภาคประชาชน เพื่อนำไปสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในกลุ่มองค์กร
ประชาชนและระหว่างภาคส่วนต่างๆ

ความคาดหวังในการขับเคลื่อนภาคประชาชนที่เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์ในกระบวนการ
สมัชชาสุขภาพนั้น คือการสร้างภาคี เครือข่ายภาคประชาชนที่นำแนวคิดของการสร้างสุขภาพ ซึ่ง
เป็นหัวใจในการปฏิรูปนั้นไปสู่การปฏิบัติในวิถีชีวิต และการสร้างสังคมแห่งสุขภาพอย่างกว้างขวาง

³ ก่อตั้งขึ้นในปีพ.ศ. 2543 โดยมีหน้าที่หลักในการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติและเคลื่อนไหวสังคมเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ

⁴ ต่างจากสมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติ (พ.ศ. 2531)

ในที่สุด การมีกลไกสุขภาพภาคประชาชนจึงถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการสร้างสุขภาวะตามเจตนารมณ์ของการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพร่วมกัน

1.2. บทบาทและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างกลไกธรรมาภิบาลสุขภาพ⁵ (health governance) โดยหลักการของ good governance การมีส่วนร่วมจะสัมพันธ์กับความโปร่งใส (transparency) ในระบบ และการรับผิดชอบ (accountability) ของบุคคลที่เกี่ยวข้องภายในระบบนั้น ซึ่งถือว่าผู้มีส่วนร่วมต้องเป็น agency ที่ทำให้เกิดการกระทำหรือปฏิบัติใดๆ โดยหลักการนี้กลายเป็นหลักสากลของการจัดการทั้งในเชิงระบบโครงสร้างและองค์กรในทุกระดับ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพนี้ จึงหมายรวมถึง ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อนำไปสู่การสร้างสุขภาวะ

การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนยังเป็นไปตามหลักการประชาธิปไตยภายใต้รัฐธรรมนูญไทย ฉบับปีพ.ศ. 2540 ที่เชื้อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายของรัฐ และสอดส่องดูแลกิจการใดๆ ที่เป็นผลกระทบมาจากการกระทำของรัฐ การดำเนินการของรัฐที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่จะมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตจะต้องผ่านการทำประชาพิจารณ์หรือผ่านกระบวนการที่ทำให้ประชาชนสามารถแสดงความคิดเห็นต่อเรื่องนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพถือว่าเป็นเรื่องใหญ่ และสำคัญต่อวิถีชีวิตของคนทั่วไป โดยเฉพาะเมื่อการปฏิรูปนั้นหมายถึงการเปลี่ยนเงื่อนไขในการดูแลสุขภาพ ให้เกิดการสร้างนำซ่อม และกำหนดให้สุขภาพเป็นเรื่องของทั้งกาย จิต สังคม และ จิตวิญญาณ/ปัญญา ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนไม่เพียงแต่วิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลเท่านั้น

นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงในครั้งนี้เป็นครั้งแรกที่มีการเรียกร้องในทางนิติบัญญัติให้ยอมรับ (legally recognize) ว่า สุขภาพ เป็นเรื่องของ “สิทธิ” หรือ สิทธิมนุษยชน ที่เป็นมากกว่าการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ เป็นสิทธิที่ประชาชนควรได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการที่เกี่ยวข้องและมีผลกระทบต่อสุขภาพด้วยเช่นกัน

การมีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพยังหมายรวมถึง บทบาทของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและสอดส่องดูแลสุขภาพของผู้อื่น ซึ่งเน้นไปที่การ “พึ่งตนเอง” หรือ การสร้างสุขภาพ ก่อนที่จะหันไปพึ่งวิชาชีพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตามเจตนารมณ์ของการปฏิรูประบบสุขภาพ ในแนวทางที่ร่างไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ นั้น สะท้อนแนวคิดในการให้ประชาชนเล็งเห็นศักยภาพของตนเอง ทั้งในด้านของภูมิปัญญาท้องถิ่น และการสอดส่องดูแลภัยคุกคามสุขภาพ รวมไปถึงการสร้างสุขภาพ เนื่องจากปัญหาการพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ผ่าน

⁵ ใช้ตามคำแปลในแผนงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มาทำให้ประเทศไทยประสบปัญหางบประมาณในการใช้จ่ายเงินในระบบการแพทย์และสาธารณสุข การให้ประชาชนหันมาพึ่งพาตนเองมากขึ้น ด้วยการรวมกลุ่ม การมีเครือข่าย การสร้างสุขภาพทางสังคม ถือว่าเป็นการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในด้านหนึ่ง และเป็นการป้องกันการเกิดโรคและปัญหาทางสุขภาพอีกด้านหนึ่ง

บทบาทของประชาชนยังมีความสำคัญต่อการผลักดันให้ภาครัฐเห็นความสำคัญต่อปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระดับท้องถิ่น และในระดับชาติ เพื่อให้รัฐมีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อปัญหาสุขภาพด้วยการวางนโยบายต่างๆ ให้เอื้อต่อสุขภาพให้มากที่สุด คือสร้างจิตสำนึกในการสร้าง healthy public policy เพราะเนื่องจากในอดีตที่ผ่านมาปัญหาของคนส่วนใหญ่้นั้นมาจากการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินการตามนโยบายของภาครัฐ การให้ประชาชนเข้ามาเห็นความสำคัญของนโยบายดังกล่าว ย่อมต้องอาศัยการสร้างศักยภาพในภาคประชาชนให้มีความสามารถในการคิดและวิเคราะห์ที่เชื่อมโยงปัญหาประจำวันที่ประสบโดยตรงกับแนวนโยบายที่ผ่านมา การเข้ามาร่วมปฏิบัติการในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนนำเอาประสบการณ์ตรงมาสะท้อน และเชื่อมโยงปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของเขาในระยะสั้นและระยะยาว การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในเวทีสมัชชาสุขภาพทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ ควรจะทำให้ประชาชนได้เล็งเห็นศักยภาพของตน และจุดประกายให้เกิดการรวมตัวและสร้างเครือข่ายในการสร้างสุขภาพของตนต่อไป อันจะนำไปสู่การสร้างสุขภาพด้วยตนเองในระดับที่เขาสามารถทำได้ และให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายต่อไปในกรณีที่เรื่องนั้นเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของภาครัฐ

1.3. ความสำคัญของการก่อตัวของกลไกสุขภาพภาคประชาชน

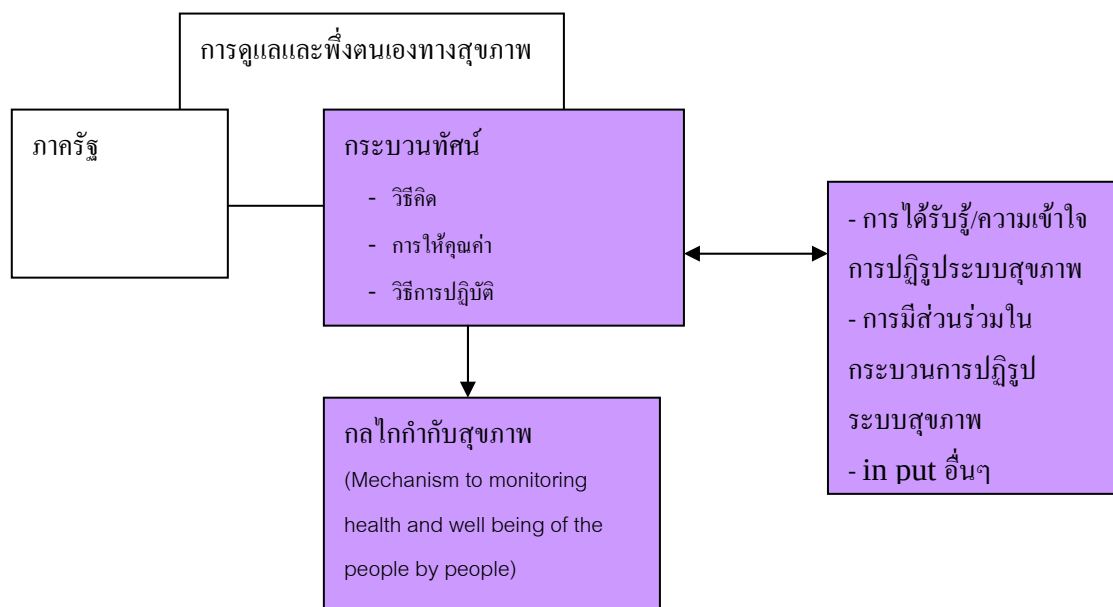
การก่อตัวของกลไกสุขภาพภาคประชาชน อาจถือได้ว่าเป็นประสิทธิผลที่สำคัญยิ่งจากกระบวนการปฏิรูปด้วยยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” จากความคาดหวังว่าการขับเคลื่อนภาคประชาชนจะไปกระตุ้น (Stimulate) ให้ประชาชนเกิดความตระหนักต่อการดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และเห็นความสำคัญของการรวมกลุ่มเพื่อเฝ้าดูแลสอดส่องความเป็นไปในสังคม เพื่อให้เกิดการสร้างสุขภาพในภาคสังคม รวมทั้งการเฝ้าดูภาวะที่คุกคามสุขภาพ ทั้งจากนโยบายทางการเมือง การเปลี่ยนแปลงของภาวะสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง

กลุ่ม องค์กร และ เครือข่าย ที่ก่อตัวขึ้นด้วยจิตสำนึกใหม่ ความเข้าใจใหม่ ต่อมิติสุขภาพ (ที่เป็นเรื่องทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ/ปัญญา) น่าจะมีความสามารถในการเชื่อมโยงประเด็นปัญหาคุกคามสุขภาพที่เกิดขึ้นในระดับท้องถิ่น กับแนวนโยบายของรัฐ เพื่อนำไปสู่การผลักดันให้ส่วนรวมได้เห็นปัญหาและตระหนักในปัญหานั้นเช่นกัน นอกจากนั้น กลุ่ม องค์กร และ เครือข่าย เหล่านี้ ยังน่าจะมีศักยภาพในการผลักดันให้เกิดการดำเนินการในด้านนโยบายทั้งระดับท้องถิ่น

ระดับชาติ และมีศักยภาพในการนำแนวทางแก้ไขในเบื้องต้นที่สามารถปฏิบัติในระดับบุคคลและท้องถิ่นไปใช้ให้เห็นผล และมีการขยายเครือข่าย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงพยายามรวบรวมการก่อตัวของเครือข่ายบางเครือข่ายที่เคยมีส่วนร่วม กับกระบวนการสมัชชาสุขภาพว่าการเกิดกลุ่มและการขยายเครือข่ายต่างๆ เหล่านี้เป็นผลมาจาก ปฏิสัมพันธ์เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพหรือไม่ อีกนัยยะหนึ่ง การเกิด เครือข่ายเหล่านี้อาจเป็นกลไกที่สะท้อนให้เห็นภาคปฏิบัติของการปฏิรูปที่เน้นไปในการสร้างสุข ภาวะทางสังคม เป็นต้น

1.4. กรอบแนวคิดสำหรับการศึกษา



เป้าหมายของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเน้นไปที่การศึกษาเรื่องของ กระบวนทัศน์ การรับรู้ ความ เข้าใจต่อกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกระบวนการ ซึ่งนำไปสู่การสร้างกลไก กำกับสุขภาพภาคประชาชน ที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการปฏิรูป ทั้งนี้ ทีมผู้วิจัยในภาคกลางเป็น เพียงส่วนหนึ่ง ของการศึกษาในโครงการศึกษากลไกสุขภาพภาคประชาชน ที่ประกอบด้วย การศึกษาในภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนืออีกสามภาค

การศึกษาในภาคกลางศึกษานับพื้นฐานและหลักการเดียวกันกับภาคอื่นๆ แต่มีการปรับ วิธีการวิจัยให้สอดคล้องกับบริบทของภาคกลางในบางส่วน เช่นการศึกษาผ่านกลุ่มองค์กรในพื้นที่ ทั้งภูมิภาค มากกว่าเจาะลึกในระดับจังหวัด หรืออำเภอ และ ขยายการศึกษาให้ครอบคลุมคนเมือง ในเขตกรุงเทพมหานคร ว่ามีกระบวนการทัศน์ วิชิต วิธีการปฏิบัติ ในเรื่องสุขภาพอย่างไร และมีความรับรู้ และมีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูปอย่างไรประกอบด้วย

1.5. วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยฉบับนี้ เพื่อศึกษาวิธีคิด การให้คุณค่า และวิธีการปฏิบัติ ตลอดจนการก่อตัวของกลไกกำกับสุขภาพภาคประชาชนในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาศัพท์และนิยามที่เกิดขึ้นในการปฏิรูประบบสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับผลที่เขาคิดว่าจะได้รับจากการปฏิรูประบบสุขภาพ
3. เพื่อศึกษา/วิเคราะห์บทบาทและการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพและกระบวนการสมัชชา
4. เพื่อศึกษาสำรวจแนวโน้มการพัฒนา/การก่อตัวของกลุ่ม องค์กร เครือข่าย และกลไกกำกับสุขภาพจากกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

บทที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย

เนื่องจากลักษณะของภูมิภาคเขตภาคกลางมีความหลากหลาย และแตกต่างในด้านประชากรและบริบทของสังคมค่อนข้างมาก โดยเฉพาะการมีความเป็นเมืองมากกว่าชนบท ประชากรมีความแตกต่างทางเศรษฐกิจ การศึกษา วัฒนธรรมค่อนข้างมาก เนื่องจากมีทั้งคนที่อยู่ในท้องถิ่นมานานและผู้อพยพเข้า-ออกเพื่อการประกอบอาชีพ การอยู่ร่วมกันในชุมชนและการรวมกลุ่มทำกิจกรรมค่อนข้างเป็นทางการ การเข้าถึงกลุ่มสมาชิกต่างๆ มีความยากลำบาก ดังนั้นการจะเข้าไปศึกษาสังเกตโดยไม่มีเครือข่ายที่รู้จักเป็นไปได้ยาก หรือถึงแม้จะมีเครือข่ายก็อาจจะไม่สามารถเข้าถึงชุมชนในท้องถิ่นระดับจังหวัดหรืออำเภอได้ ความหลากหลายของแต่ละพื้นที่ทำให้ไม่สามารถนำมาเป็นตัวแทนของภูมิภาคได้อย่างแท้จริง การศึกษาวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นไปที่กรณีศึกษาของบางกลุ่มมากกว่าที่จะพยายามหาข้อสรุปที่เป็นตัวแทนของภาค แต่พยายามให้ใกล้เคียงหรือสะท้อนภาพของกลไกภาคประชาชนในภูมิภาคนี้ให้มากที่สุด

การศึกษาวิจัยกลไกสุขภาพภาคประชาชนในภาคกลาง แบ่งออกเป็นสามส่วนด้วยกัน คือ ก) การศึกษาในบริบทของสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ (อนุภาคและภาค) ข) การศึกษากลุ่มเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนภาคกลาง ค) การศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร

2.1. การศึกษาในเวทีสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ (อนุภาคและภาค)

การศึกษาในเวทีสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ภาคกลางนั้นเป็นไปตามเงื่อนไขของการจัดเวทีสมัชชา โดยพื้นที่ภาคกลางในที่นี้หมายรวมถึงจังหวัดต่างๆ ที่อยู่ในเขตติดต่อกับจังหวัด

กรุงเทพมหานคร และจังหวัดรอบนอกทั้งทางทิศตะวันตกและตะวันออก โดยองค์ประกอบของจังหวัดที่เข้าร่วมในพื้นที่ แบ่งเป็น

1. จังหวัดในกลุ่มภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดอยุธยา สิงห์บุรี ชัยนาท อ่างทอง สุพรรณบุรี ลพบุรี สระบุรี นนทบุรี กรุงเทพฯ นครปฐม และ เพชรบุรี
2. จังหวัดในกลุ่มภาคตะวันตก ได้แก่ จังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรปราการ สมุทรสาคร และ สมุทรสงคราม
3. จังหวัดในกลุ่มภาคตะวันออก ได้แก่ จังหวัดปราจีนบุรี สระแก้ว จันทบุรี ตราด ชลบุรี ระยอง นครนายก และ ฉะเชิงเทรา

การจัดเวทีสมัชชาสุขภาพพื้นที่ภาคกลาง แบ่งออกเป็นเวทีระดับอนุภาค 3 เวที และ ระดับภาค 1 เวที คือ

1. เวทีอนุภาค จังหวัดปราจีนบุรี วันที่ 13-14 มิถุนายน 2546 ณ โรงพยาบาลอภัยภูเบศร ในประเด็นเรื่อง “บริการสาธารณสุขแบบองค์รวม”
2. เวทีอนุภาค จังหวัดสุพรรณบุรี วันที่ 24-25 มิถุนายน 2546 ณ โรงแรมสองพันบุรี ในประเด็นเรื่อง “เกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ”

3. เวทีอนุภาค จังหวัดราชบุรี วันที่ 28-29 มิถุนายน 2546 ณ ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน อ.โพธาราม ในประเด็นเรื่อง “นโยบายสาธารณะ: พลังงานและน้ำ” และ
4. **เวทีระดับภาค จังหวัดนนทบุรี** วันที่ 10 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมนนทบุรีพาเลส
 วิธีการศึกษา ในเวทีสมัชชาสุขภาพนั้น ใช้กระบวนการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการกับผู้เข้าร่วมเวทีและแกนนำที่อยู่ในเวทีสมัชชา โดยมีคณะผู้วิจัยกระจายและหมุนเวียนกันเข้าไปสังเกตการณ์ทั้งในห้องประชุมใหญ่และห้องประชุมย่อย การสัมภาษณ์นั้นขึ้นอยู่กับความพึงพอใจและความร่วมมือของผู้เข้าร่วมเวทีที่จะพูดคุยกับเจ้าหน้าที่วิจัยอย่างไม่เป็นทางการ จึงไม่มีการสุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์ แต่ผู้วิจัยพยายามให้มีการพูดคุยกับกลุ่มผู้เข้าร่วมเวที โดยกระจายไปตามเพศ วัย สถานภาพทางสังคม และบทบาทที่เข้าร่วมในเวทีสมัชชา
 ประเด็นที่ใช้ในการศึกษาสังเกตการณ์ และการสัมภาษณ์ ในระดับนี้ คือ
 1. บรรยายภาพ และรูปแบบของการจัดเวทีที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม
 2. การรับรู้ของประชาชนต่อเรื่อง
 - 2.1. การปฏิรูประบบสุขภาพ
 - 2.2. หลักการการรื้อรื้อนำซ่อม
 - 2.3. สมัชชาสุขภาพ
 - 2.4. สุขภาพในมิติใหม่ และการให้คำนิยาม
 - 2.5. พรบ.สุขภาพแห่งชาติ
 - 2.6. เวทีแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
 - 2.7. ประเด็นเฉพาะ เช่น “สุขภาพองค์รวม” ของจังหวัดปราชญ์บุรี
 3. การมีส่วนร่วมในการระดมความคิดเห็น
 โดยที่การศึกษาขั้นตอนนี้จะจำกัดอยู่ที่เฉพาะในเวทีสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ ยังไม่สามารถเข้าไปศึกษาเจาะลึกระดับการรวมตัวหรือก่อตัวของชุมชนเครือข่ายในการสร้างสุขภาพได้

2.2. กรณีศึกษากลุ่มเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ภาคกลาง

ลักษณะเฉพาะของภาคกลางเอง ทำให้ต้องมีการปรับกระบวนการเก็บข้อมูลที่ define เป็นจังหวัด มาเป็นกลุ่มเครือข่าย เนื่องจากกลไกในภาคประชาชนของจังหวัดต่างๆ ในภาคกลาง มีลักษณะที่ cross boundaries และมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนในการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างน่าสนใจ โดยเฉพาะการก่อตัวของกลไกในภาคประชาชนในระดับภาค ที่ประกอบด้วยสมาชิกเครือข่ายประชาคมจากหลายจังหวัด แสดงให้เห็นว่า administration boundaries ไม่ใช่ปัจจัยสำคัญของกลไกภาคประชาชน หากจะมองเฉพาะเป็นรายจังหวัด essence ของการขับเคลื่อนอาจขาดหายไปเนื่องจากสมาชิกที่มาจากแต่ละจังหวัดอาจมีศักยภาพไม่เท่ากันและทำให้การศึกษา miss out สิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญไป

ทางทีมงานศึกษาได้ศึกษาในภาคกลางจึงพิจารณาวิธีการค้นหากลุ่มเครือข่ายของภาคกลางเป็นกลุ่มเครือข่ายที่สำคัญในภาคกลาง คือ เครือข่ายลุ่มน้ำ เครือข่ายการเกษตร และ กลุ่มอื่นๆ ที่น่า explore คือ ชุมชนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแต่ละเครือข่ายอาจมีส่วนร่วม หรือตระหนักต่อการปฏิรูประบบ

สุขภาพใน 3 ระดับใหญ่ๆ คือในระดับความคิด วิธีการปฏิบัติ และระดับโครงสร้างที่ต่างกัน ดังตารางการ
 สุ่มตัวอย่างดังนี้

กลไกประชาชน ระดับการปฏิรูป	กลุ่มเครือข่ายลุ่มน้ำ	กลุ่มเครือข่ายเกษตร เพื่อสุขภาพ	กลุ่มชุมชนส่งเสริม สุขภาพ
การปฏิรูประดับความคิด (ทัศนคติ นิยาม มิติด้าน สุขภาพ และการรับรู้)	กลุ่มตัวอย่าง เครือข่ายลุ่มน้ำแม่กลอง	กลุ่มตัวอย่าง เครือข่ายเกษตรเพื่อ สุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง ชุมชนในพื้นที่
การปฏิรูปในระดับการ ปฏิบัติ (พฤติกรรมป้องกัน ดูแล และส่งเสริมสุขภาพ กับ การมีส่วนร่วมใน กระบวนการขับเคลื่อน)	กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเครือข่ายลุ่มน้ำป่า สัก	กลุ่มตัวอย่าง เครือข่ายเกษตรชีวภาพ	กลุ่มตัวอย่าง ชุมชนเมืองน่าอยู่
การปฏิรูประดับโครงสร้าง (การก่อตัวของกลุ่ม)	กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเครือข่ายลุ่มน้ำบาง ปะกง	กลุ่มตัวอย่าง เครือข่ายเกษตร ทางเลือก	กลุ่มตัวอย่าง ชุมชนเพื่อสุขภาพ

หมายเหตุ ในช่องตารางนั้นเป็นเพียงชื่อตัวอย่างที่คาดว่าจะทำกรณีศึกษา

เมื่อทำการศึกษาจริงแล้ว พบว่า กลุ่มเครือข่ายที่สามารถติดต่อและให้ความร่วมมือในการ
 สัมภาษณ์แบบ Focus group interview มี 6 กลุ่มจาก 3 เครือข่าย คือ

- เครือข่ายเกษตร ได้แก่ โครงการนำร่องเกษตรกรรมยั่งยืน และ มูลนิธิข้าวขวัญ
 จังหวัดสุพรรณบุรีซึ่งรวมสมาชิกจากจังหวัด กาญจนบุรี สุพรรณบุรี และอยุธยามาร่วม
 เสวนาด้วย ทั้งหมดเป็นเกษตรกร
- เครือข่ายชุมชนรักสุขภาพ ได้แก่ ชมรมคนรักสุขภาพ จ.ราชบุรี เครือข่ายสร้างเสริม
 สุขภาพชุมชนคนสุพรรณ จ.สุพรรณบุรี ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นสมาชิกและคณะทำงานใน
 ประชาคม และ ชุมชนสร้างสุขภาพ บ้านดอนแร่ จ.ราชบุรี มีผู้ให้สัมภาษณ์ ทั้งที่เป็น
 แกนนำ อสม. ชาวบ้านที่เป็นเกษตรกร ผู้สูงอายุ และเด็ก
- เครือข่ายลุ่มน้ำแม่กลอง จ.สมุทรสงคราม ซึ่งรวมสมาชิกจากสมุทรสงคราม เพชรบุรี
 และราชบุรี เป็นชาวบ้านที่รวมกลุ่มกันทำงานเพื่อชุมชน และมีคนที่เป็นคณะทำงาน
 สมัชชาในภาคกลางหนึ่งท่าน

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ทำการสัมภาษณ์ปลายๆ ในกลุ่มแม่บ้านบางไทรวัด จังหวัดสมุทรสาคร
 ชาวบ้านในตลาดจังหวัดสมุทรสงคราม และกลุ่มผู้ออกกำลังกาย ในสวนลุมพินี อีกกลุ่มหนึ่ง
 ด้วย

ประเด็นที่สัมภาษณ์ เน้นไปที่ การก่อตัวของกลุ่มที่ทำให้เกิดเป็นกลไกการสร้างสุขภาพในภาคประชาชน แนวคิด การให้คุณค่า และวิธีปฏิบัติ ที่แสดงให้เห็นการปฏิรูประบบสุขภาพจากกลุ่มประชาชน นอกจากนี้ยังสัมภาษณ์เชื่อมโยงไปถึง ความคิด การรับรู้ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมา โดยเฉพาะ จากกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เนื่องจากกระแสสังคมปัจจุบันมีหน่วยงานหลายองค์กรที่มีการรณรงค์และสื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งกลไกในการสร้างสุขภาพภาคประชาชนนั้นอาจมาเกิดจากแรงกระตุ้นในหลายแหล่งที่มา เช่น งานรณรงค์ของสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุขระดับต่างๆ และสื่อมวลชน เป็นต้น

2.3. การศึกษาในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางของประเทศ และเป็นศูนย์กลางของภูมิภาค ที่ทุกการเปลี่ยนแปลงสำคัญเริ่มต้น ณ ที่นี้ ทุกการเคลื่อนไหวในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ เริ่มต้นจากแนวคิดของกลุ่มคนในศูนย์กลาง ที่นำออกสู่ภาคปฏิบัติในพื้นที่ย่อยหลายอำเภอ หลายจังหวัด และในที่สุดย่อมต้องมาสรุปรวมในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นที่รวมพลังสำคัญของการขับเคลื่อน แต่เมื่อติดตามลงไปดูในภาคประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานคร จะพบกลุ่มคนที่กระจัดกระจายในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ขาดความเป็นลักษณะเครือข่ายที่ชัดเจน ดังนั้น ทางผู้วิจัยจึงปรับกระบวนการศึกษาที่เน้นการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เป็น การวิจัยเชิงปริมาณ ที่สามารถนำแบบสอบถามออกไปสู่ตัวอย่างตามประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร ต่อการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

การสำรวจความคิดเห็นและการรับรู้ของประชาชนต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลการศึกษาเชิงปริมาณสำหรับประชาชนในเมืองกรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาแนวความคิด ความเข้าใจเรื่องสุขภาพในมิติต่างๆ พฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกระบวนการ สมัชชาสุขภาพและข้อคิดเห็นต่อกิจกรรมเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ แบบสอบถามที่นำไปใช้ในการสำรวจ ได้ถูกออกแบบให้ตอบคำถามในประเด็นดังกล่าว โดยเฉพาะในทัศนคติที่ประชาชนมีต่อประเด็นต่างๆ ซึ่งคำถามเกี่ยวกับทัศนคติได้มีการทดสอบค่าความเชื่อถืออยู่ในระดับ .7 ถึง .8 แบบสอบถามได้ถูกกระจายไป

การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบ random sampling ในแหล่งชุมชนกลางเมืองกรุงเทพ เขตปทุมวัน และ สี่มุมเมืองกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เขตดินแดง เขตจตุจักร เขตธนบุรี และ เขตบางนา การสำรวจอยู่บนฐานของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,000คน ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ตอบคำถามทุกคำถามในแบบสำรวจฯ ด้วยตนเอง โดยมีการชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการรักษาความลับ (confident) เกี่ยวกับข้อมูล

ส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามทุกฉบับ ได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลเป็นที่เรียบร้อยโดยการลงนามในใบยินยอมของผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย (informed consent form) (ดูในเอกสารแนบลำดับที่ 2)

แบบสำรวจประกอบไปด้วยข้อมูล 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2. แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพ

ส่วนที่ 3. แบบสำรวจภาวะเจ็บป่วยและการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ 4. แบบสำรวจการรับรู้เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ

ส่วนที่ 5. แบบสำรวจการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ และข้อเสนอแนะ

การสำรวจครั้งนี้มีนอกจากจะได้รับข้อมูลดังกล่าวจากผู้ให้ข้อมูลแล้ว กระบวนการสำรวจและคำถามในแบบสอบถาม ยังทำให้เกิดการกระตุ้นให้ประชาชนในเมืองเกิดการรับรู้ และข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยทราบเกี่ยวกับกระบวนการปฏิรูปโดยผ่านกลไกสมัชชาต่างๆ ซึ่งมีผู้ให้คำตอบหลายท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมหลังจากตอบแบบสอบถามแล้ว คาดว่าการตอบแบบสอบถามนี้จะช่วยกระตุ้นให้เกิดความสนใจ ติดตามกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิรูปไปพร้อมๆ กัน

บทที่ 3

การศึกษาในเวทีสมัชชาสุขภาพระดับอนุภาคและระดับภาค*

การศึกษากลไกสุขภาพภาคประชาชนในเวทีสมัชชาพื้นที่ภาคกลาง (ซึ่งรวม ภาค ตะวันออกและภาคตะวันตก ไว้ด้วย) ประกอบด้วยเวทีระดับอนุภาค 3 เวที และ เวทีระดับ ภาค 1 เวที คือ

1. เวทีอนุภาค จังหวัดปราจีนบุรี วันที่ 13-14 มิถุนายน 2546 ณ โรงพยาบาลอภัย ภูเบศร์ ในประเด็นเรื่อง “บริการสาธารณสุขแบบองค์รวม”
2. เวทีอนุภาค จังหวัดสุพรรณบุรี วันที่ 24-25 มิถุนายน 2546 ณ โรงแรมสองพันบุรี ในประเด็นเรื่อง “เกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ”
3. เวทีอนุภาค จังหวัดราชบุรี วันที่ 28-29 มิถุนายน 2546 ณ ศูนย์การศึกษานอก โรงเรียน อ.โพธาราม ในประเด็นเรื่อง “นโยบายสาธารณะ: พลังงานและน้ำ”
4. เวทีระดับภาค จังหวัดนนทบุรี วันที่ 10 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมนนทบุรี พาเลส

จังหวัดที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในสมัชชาภาคกลางทั้งหมด ได้แก่

จังหวัด อัญญา สิงห์บุรี ชัยนาท อ่างทอง สุพรรณบุรี ลพบุรี สระบุรี นนทบุรี กรุงเทพฯ นครปฐม เพชรบุรี (ภาคกลาง)

จังหวัด ราชบุรี กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรปราการ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม (ภาคตะวันตก)

จังหวัดปราจีนบุรี สระแก้ว จันทบุรี ตราด ชลบุรี ระยอง นครนายก ฉะเชิงเทรา (ภาค ตะวันออก)

3.1 การศึกษาสังเกตและสัมภาษณ์ในบริบทของเวทีสมัชชาสุขภาพ

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่ารูปแบบการจัดเวทีและบรรยากาศของการจัดเวทีนั้นมีความแตกต่างกันในหลายๆ ส่วน รวมทั้งเนื้อหาของการพูดคุยที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลหรือเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้เกิดความแตกต่างในคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมเวทีและกลุ่มเครือข่ายที่เชิญมาร่วมเวที และกระบวนการมีส่วนร่วมในแต่ละประเด็นที่ต่างกัน ในขณะเดียวกันก็มีรูปแบบหลักๆ ของเวทีที่คล้ายคลึงกัน พอสรุปสังเขปได้ดังนี้

* ผ.ศ. ดร. สุวิจิ ภูิด และ น.ส. ภาวินี สุทธิเกษม

	เวที จ.ปราจีนบุรี	เวที จ.สุพรรณบุรี	เวที จ.ราชบุรี	เวทีภาค จ. นนทบุรี
การจัดเวที	มีการจัดเวทีแบบเป็นทางการ เป็นห้องประชุมใหญ่ มีการแสดงสื่อวีดิทัศน์ มีวิทยากรบรรยายจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล, ภาสกรจากกรม.อภัยภูเบศร์, และกรณีศึกษา 6 กรณี จากผู้ที่มีประสบการณ์ ซึ่งบรรยายโดยวิทยากรของกลุ่มที่รับผิดชอบไปเตรียมมานำเสนอ และฉายวีดิทัศน์ (เฉพาะบางกรณีศึกษา)	ในวันแรกของการประชุม เป็นการประชุมอย่างไม่เป็นทางการ พูดคุยแลกเปลี่ยนกัน ในเรื่อง “อาหารปลอดภัยพิชชหายไปในไหน” (พูดคุยในเวลาว่างคืน) <u>วันที่สอง</u> เป็นการประชุมอย่างเป็นทางการ มีวิทยากรบรรยาย และการประชุมกลุ่มย่อยตามอนุภาค ซึ่งมีลักษณะเป็นการระดมสมอง ในประเด็นปัญหา เรื่องการเกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ และแนวทางในการวางยุทธศาสตร์ระดับชุมชน จังหวัด และระดับชาติ (หมายเหตุ ค่อนข้างเน้นไปเรื่องการเกษตรที่เป็นพืชผัก ผลไม้มากกว่าการกสิกรรมและการประมง มีเพียงกรณีตัวอย่างเดียวจากวิทยากรที่เป็นกสิกรเลี้ยงหมู)	มีการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการในตอนเย็นก่อนการประชุมในเวที <u>ในเวทีสมัชชา</u> เป็นการประชุมกึ่งวิชาการ คือ มีวิทยากรบรรยาย ในช่วงเช้า เรื่องพลังงาน และเรื่องน้ำ โดยนักวิจัยของ สวรส. และนักเขียนอิสระนิตยสารโลกสีเขียว ที่เป็นเรื่องวิชาการเนื้อหาค่อนข้างยาว ในช่วงบ่ายมีการประชุมกลุ่มย่อย แบ่งเป็นโซน 4 โซน พูดคุยในประเด็นที่เกี่ยวกับการแก้ไขนโยบายสาธารณะที่ไม่เป็นธรรม โดยเฉพาะการจัดสรรทรัพยากรและการวางนโยบายสาธารณะ เน้นไปที่สิทธิชุมชน บทบาทของท้องถิ่น และรัฐ	เป็นเวทีที่นำเอาข้อสรุปจากเวทีอนุภาคทั้งสามเวทีมานำเสนอ และวางยุทธศาสตร์ร่วมกัน รูปแบบเวทีค่อนข้างเป็นกันเอง แต่จัดแบบกึ่งๆ สัมมนาวิชาการ โดยที่ช่วงแรกเป็นการเสนอข้อสรุปจาก สามเวที แล้ว แบ่งกลุ่มตั้งแต่ช่วงเช้าถึงช่วงบ่าย และสรุปอีกครั้งหนึ่งในเวทีรวม (ลักษณะคล้ายกับที่จัดในเวทีจ.สุพรรณ และเวทีราชบุรี) การแบ่งกลุ่ม ตามประเด็น – เกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ การบริการสุขภาพองค์รวม และนโยบายสาธารณะฯ

	เวที จ.ปราจีนบุรี	เวที จ.สุพรรณบุรี	เวที จ.ราชบุรี	เวทีภาค จ. นนทบุรี
บรรยายภาค	ก่อนวันจัดประชุมอย่างเป็นทางการ มีการจัดให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีกิจกรรม ไปพักที่บ้านพักของชาวบ้านที่อยู่ในพื้นที่ เพื่อทำให้เกิดการพูดคุยกันก่อนวันงาน แต่ผู้เข้าร่วมเวทีไม่ทราบมาก่อนจึงไม่ได้เตรียมตัวเพื่อไปพักบ้านผู้อื่น คิดว่าจะมาพักที่โรงแรม จึงเกิดความขลุกขลัก และไม่พอใจของคนบางส่วน ในขณะที่อีกส่วนหนึ่งมีความสนุกสนานและดีใจที่ได้ลงไปคลุกคลี กับคนในพื้นที่บ้าน อย่างไรก็ดี มีผู้ให้สัมภาษณ์สะท้อนว่า “ยังมีโอกาสแลกเปลี่ยนกันน้อย” เพราะไปถึงกันจนเลย <u>ในเวทีอย่างเป็นทางการ</u> มีการเริ่มต้นที่ล่าช้ากว่ากำหนด มีบรรยายภาคคึกคัก ผู้ร่วมงานมีเป็นจำนวนมาก ในเวทีค่อนข้างเป็นทางการ มีการบรรยายมาก มีผู้ถามได้บ้างเล็กน้อย แบบการสัมภาษณ์วิชาการ ถึงแม้จะดูเหมือนพูดคุย	บรรยายภาค การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ เรื่องอาหารปลอดภัยพิชในช่วงกลางคืน มีความเป็นกันเอง ทำให้เกิดการพูดคุยอย่างสนุกสนาน มีการสร้างบรรยากาศในเวทีให้เข้ากับประเด็น คือนำเอารูปจำลองผักผลไม้มาวางประดับ จากการพูดคุยกลางคืน ทำให้เห็นว่าเกิดการสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุม เวลาทานอาหารเข้าก็พบว่ายังมีผู้ตามคุยกันในเรื่องนั้นๆ อีก <u>บรรยายภาคการประชุมในวันที่สอง</u> ค่อนข้างเป็นทางการ มีการแยกเวทีสำหรับวิทยากรและส่วนของวิทยากรออกจากผู้ร่วมเวทีอย่างชัดเจน การบรรยายโดยวิทยากร 5 ท่านได้รับความสนใจดี (น่าจะเป็นเพราะเรื่องที่เสนอ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ	บรรยายภาคในการประชุมเวทีในห้องประชุมของศูนย์การศึกษานอก โรงเรียน ค่อนข้างเป็นเวทีที่กึ่งทางการ แต่ไม่ถึงกับสว่างไสว สบายเหมือนกับการจัดประชุมในโรงแรม ค่อนข้างพื้นที่ๆ เหมาะกับการประชุมชาวบ้านดี การแบ่งกลุ่มย่อยยังเป็นการประชุมล้อมวงคุยกัน แต่แสงสว่างมีน้อยทำให้ผู้เข้าร่วมเวทีง่วงหงาวหาวนอน ในช่วงที่มีการบรรยายจากวิทยากรเดี่ยว (คนละ 1 ชั่วโมงกว่า) การประชุมกลุ่มย่อยมีบรรยากาศที่ดี มีชีวิตมากขึ้น ผู้เข้าร่วมเวทีที่แสดงความคิดเห็นมีความหลากหลาย วิทยากรกลุ่มจะชี้เป้าประเด็นค่อนข้างมาก มีการกำหนดไว้ก่อนล่วงหน้าว่า กลไกการแก้ไขปัญหาจะต้องมีสามส่วนคือ ชุมชนท้องถิ่น	บรรยายภาคค่อนข้างเป็นทางการในช่วงแรก แต่สร้างความคึกคักเป็นกันเองด้วยเสียงเพลง การสาธิตการดูแลสุขภาพตนเองจากชาวบ้าน จ.กาญจนบุรีและนิทรรศการอื่นๆ เนื่องจากหลายคนได้เคยพบเจอพูดคุยกันมาในหลายเวทีก่อนหน้านี้แล้ว ทำให้การประชุมครั้งนี้เหมือนการรวมญาติ พบปะสังสรรค์เพื่อที่เคยรู้จัก การกระตุ้นให้แสดงตัวตามกลุ่มจังหวัดทำให้ทราบสัดส่วนของผู้เข้าร่วมประชุม ทำให้เห็นว่ามีผู้มาใหม่เพียงจำนวนน้อยและเป็นคนในกรุงเทพฯและปริมณฑลเสียมากกว่า

	ธรรมดา พิธีกรสร้างบรรยากาศให้ที่ประชุมมีชีวิตชีวา แต่ไปเน้นการให้ความรู้และ ถาม-ตอบระหว่างวิทยากรและผู้ฟัง มาก ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ ไม่ได้แสดงความคิดเห็น	ผู้เข้าร่วมประชุมโดยตรง บรรยากาศเหมือนการอบรมการส่งเสริมการเกษตร) มีการแจกเอกสารจำนวนมาก บางกลุ่มเอาผลผลิตและวิธีการผลิตผักปลอดสารพิษมาแสดงและจำหน่ายด้วย เช่นกลุ่มขวัญข้าว เกษตรอินทรีย์ <u>บรรยากาศการประชุมกลุ่มย่อย</u> ค่อนข้างล่าช้าและอืดอาด เพราะผู้ดำเนินการกลุ่มพยายามทำตามขั้นตอนที่ได้วางไว้เรียบร้อยแล้ว เช่นการตั้งชื่อกลุ่ม ถึงแม้จะมีการขอเสนอเปลี่ยนกระบวนการจากผู้เข้าร่วมเวทีก็ตาม บางกลุ่มวิทยากรกลุ่มเตรียมแผนผังการวิเคราะห์มาสำเร็จแล้ว ถามให้แสดงความคิดเห็นเลย บางกลุ่มวิทยากรเขียน mind map และจับประเด็นไม่เป็น เขียนผิด-ถูก ค่อนข้างมาก	เครือข่าย และ ภาครัฐ ซึ่งมองในลักษณะชั่วคราวข้าม และในทางลบต่อภาครัฐ มีการเน้นย้ำให้ ประชาคมเป็น forum (ใช้ภาษาอังกฤษ) เพื่อแสดงพลัง	การพูดคุยในกลุ่มย่อยเป็นไปอย่างกว้างขวาง หลากหลาย มีการแลกเปลี่ยนอย่างเป็นกันเอง บางกลุ่มผู้เข้าร่วมเวทีสามารถเสนอประเด็นการแก้ปัญหาข้ามกัน (cross section) ระหว่างเรื่องอื่นๆ ได้ แต่ในเรื่องนโยบายสาธารณะยังมีความเห็นไม่ลงกัน ระหว่างหน่วยงานภาครัฐที่เพิ่งเข้าร่วมเวที กับภาคประชาชน แต่วิทยากรเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเต็มที่ (ถึงแม้ผู้ประสานงานที่เกี่ยวข้องพยายามขมวดประเด็นและชี้้นำให้กลุ่มคิดไปในทางเดียวกันก็ตาม) ทำให้ทุกฝ่ายกลับไปด้วยความสบายใจว่าได้แสดงความคิดเห็นแล้ว
--	---	--	---	--

	เวที จ.ปราจีนบุรี	เวที จ.สุพรรณบุรี	เวที จ.ราชบุรี	เวทีภาค จ. นนทบุรี
ผู้เข้าร่วมเวที	มีจำนวนผู้เข้าร่วมเวที 26 จังหวัด โดยมีตัวแทนจังหวัดละ 4 คน (โดยโควต้าควรจะมีผู้เข้าร่วมเวที เพียง 104 คน) แต่ปรากฏว่ามีผู้ร่วมงานเกินกว่ากำหนดเพิ่มขึ้นเป็น 200 กว่าคน ส่วนใหญ่เป็นเครือข่ายภาคประชาชน หมอพื้นบ้าน และเจ้าหน้าที่สธ. บางส่วน และอสม. บางจังหวัดมีผู้เข้าร่วมถึง 10 คน ทีมผู้ประสานงานหลักในพื้นที่จ.ปราจีน มีจำนวน 4 คน เดิมทำงานสาธารณสุข มูลฐาน และเมื่อ 2 ปีที่ผ่านมา ปรับเป็นกรรมการ “ระบบสุขภาพภาคประชาชน”	จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมมีประมาณ 150 – 200 คน ส่วนใหญ่ เป็นชาย และเป็นตัวแทนจากกลุ่มเครือข่ายทางการเกษตรเป็นส่วนใหญ่ เช่น กลุ่มเกษตรอินทรีย์ กลุ่มเกษตรชีวภาพ กลุ่มอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. ซึ่งเป็นจำนวนน้อยมาก	มีผู้เข้าร่วมเวทีประมาณ 100 กว่าคน ส่วนใหญ่เป็นเครือข่ายลุ่มน้ำ และเครือข่ายที่ทำงานเกี่ยวข้องกับปัญหาด้านนโยบายสาธารณะ	มีผู้เข้าร่วมเวที จำนวน 200 กว่าคน จาก 26 จังหวัด 80% เป็นประชาชน นอกนั้น มาจากหน่วยงานราชการ ที่งาน สวรส และสปส. มีสัดส่วนหญิงชาย 2:3 (มีชายมากกว่าหญิง)

จากเวทีที่ผ่านมาทั้งสี่เวที จะพบว่า รูปแบบของการจัดเวทีสมัชชาพื้นที่เริ่มมีความตายตัว และมีแบบแผนคล้ายคลึงกันในการลำดับขั้นตอนการจัดเวทีสมัชชา ซึ่งยึดถือรูปแบบคล้ายคลึงกับการสัมมนาวิชาการ ที่มีผู้นำเสนอเป็นวิทยากรให้ข้อมูลเบื้องต้น หรือ มีตัวอย่างกรณีศึกษาเป็นเบื้องต้น แล้วตามด้วยการแบ่งกลุ่มย่อยอภิปราย ให้ข้อเสนอแนะใหม่หรือเพิ่มเติมที่มีอยู่แล้วนำกลับมา นำเสนอในกลุ่มใหญ่ห้องประชุมรวมอีกครั้งหนึ่ง แล้วสรุปปิดท้ายด้วยการแสดงพลัง เชิงสัญลักษณ์ร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นการประทับมือ บนผืนผ้า ปักธง หรือ ดิสสัญลักษณ์ อื่น ในกระบวนการกลุ่มเองก็เริ่มที่จะเห็นความตายตัวในกระบวนการเสนอความคิดเห็น โดยวิทยากรกลุ่มเป็นผู้สรุปประเด็นเองลงบน mind-map หรือแผนภูมิที่วิทยากรกลุ่มถนัด ซึ่งขึ้นอยู่กับทักษะและความสามารถของวิทยากรว่าจะสรุปประเด็นได้เที่ยงตรงแม่นยำ ถึงแก่นของสิ่งที่ถูกนำเสนอหรือไม่

3.2 การรับรู้ในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์พบว่า มีผู้ร่วมเวทีที่มีความรู้เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพเพียงเฉพาะด้าน และมีจำนวนไม่มาก ในส่วนของคณะทำงานแต่ละทีมก็จะพบว่าบางทีมที่มีบทบาทในการจัดสัมมนา ตั้งแต่ต้น และต่อเนื่องนั้นมีความชัดเจนต่อบทบาทสัมชามากกว่า ทีมที่จัดกิจกรรมเฉพาะประเด็น แกนนำ บางกลุ่มมีความชัดเจนเฉพาะในประเด็นที่รับผิดชอบแต่ไม่สามารถเชื่อมโยงประเด็นของตนเข้าสู่การปฏิรูประบบสุขภาพได้

การสัมภาษณ์ประเด็นเกี่ยวกับการรับรู้ในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพจากผู้ร่วมเวที ครอบคลุม การรู้ ได้ยิน ได้ฟัง ให้ความหมาย และมีความเห็น ต่อ “การปฏิรูประบบสุขภาพ” “สร้างนำซ่อม” “สมัชชาสุขภาพ” “พรบ.สุขภาพ” “เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้” “สุขภาพ/สุขภาพะในมิติใหม่” และประเด็นเฉพาะ เช่น “สุขภาพองค์รวม” ของสมัชชาสุขภาพจังหวัดปราจีนบุรี

3.2.1 การรับรู้เรื่อง “การปฏิรูประบบสุขภาพ” และความคิดเห็นต่อการปฏิรูป

เป็นที่น่าสังเกตว่า ถึงแม้จะมีการกล่าวจากผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาส่วนใหญ่เคยผ่านเวทีพูดคุยมาหลายครั้งแล้ว แต่เมื่อสอบถามอย่างไม่เป็นทางการ ส่วนใหญ่พบว่ามาร่วมสมัชชาเป็นครั้งแรก มีน้อยคนที่เคยเข้าร่วมสมัชชามากกว่าสองครั้ง และเมื่อถามถึงการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ กลับพบว่า ไม่ว่าผู้ร่วมเวทีนั้นจะเคยมาเป็นครั้งแรกหรือมากกว่าสองครั้ง ผู้ร่วมเวทียังไม่ตระหนักถึงการเข้าร่วมเวทีสมัชชาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ เนื่องจากพอลถามว่าเคยได้ยิน หรือรู้เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพหรือไม่ กลับมีผู้ร่วมเวทีส่วนหนึ่งไม่ทราบ โดยเฉพาะกลุ่มเกษตรกรที่มาร่วมงานนี้เป็นครั้งแรก และคิดว่าเขามาร่วมอบรมความรู้ส่งเสริมการเกษตรปลอดสารพิษ ส่วนผู้ที่เคยได้ยิน หรือ ทราบก็ไม่แน่ใจว่าการปฏิรูปคืออะไร ทำอะไรบ้าง มีเพียงคนที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขอย่างพยาบาล และสมาชิกสมาคมสุขภาพจังหวัด หรือแกนนำการออกกำลังกายที่พอจะแสดงความคิดเห็นต่อการปฏิรูปตามที่ตนเข้าใจ ซึ่งต่างก็ตีความไปต่างๆ กัน ดังที่ปรากฏดังนี้

- “(การปฏิรูป) มีประโยชน์โดยสร้างภูมิคุ้มกันให้เรา” (หญิง) สมาชิกสมาคมสุขภาพจังหวัด ร่วมสมัชชาเป็นครั้งแรก
- “ไม่เคยได้ยิน” (ชาย 43 ปี) อาชีพเกษตรกร ร่วมสมัชชาเป็นครั้งแรก
- “หลายเรื่องรวมกัน การออกกำลังกาย กินอาหาร สุขอนามัยที่อยู่สิ่งแวดล้อม” (ชาย) อดีตข้าราชการ เคยร่วมสมัชชาหลายเวที และเป็นแกนนำออกกำลังกาย
- “ทำให้คนหันมาดูแลสุขภาพตัวเองให้มากขึ้น ไม่ต้องไปพึ่งหมามากเหมือนแต่ก่อน ดูแลตัวเราเองก่อนที่จะเจ็บป่วย ป้องกันไว้ก่อน” (หญิง) พยาบาล
- “ไม่แน่ใจ” (ชาย) เกษตรกร ทำเกษตรปลอดสารเคมี เคยมาสมัชชาสองครั้ง
- “เคยได้ยินนะ แต่ไม่รู้ว่าเขาทำอะไร” (ชาย) เดิมเป็นเกษตรกร แต่ตอนนี้ขายอาหารเพื่อสุขภาพ (แฮมสมุนไพรว) มาสมัชชาเป็นครั้งแรก

- “ไม่รู้ว่าเป็นเรื่องเดียวกับ สมัชชาหรือเปล่า” (ชาย) อสม. มาสมัชชาเป็นครั้งแรก สสจ. ให้มา
- “ไม่รู้สิ” (หญิง) เกษตรกร ทำเกษตรปลอดสารเคมี มาสมัชชาเป็นครั้งแรก

3.2.2 การรับรู้เรื่อง “การสร้างนำซ่อม”

หลักการ และ คำขวัญ “สร้างนำซ่อม” เป็นสิ่งคำที่ถูกใช้เสมอในการนำเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะในกระบวนการขับเคลื่อนเพื่อการสนับสนุนร่างพระราชบัญญัติ ทั้งนี้ หลักการนี้ยังคงเป็นหัวใจของการปฏิรูป จากการสุ่มตัวอย่างถามผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชากลาง ซึ่งเน้นหนักไปที่ประเด็นด้านการเกษตร การบริการสุขภาพพหุองค์รวม และนโยบายสาธารณะ มีผู้เข้าร่วมเวทีจำนวนหนึ่งที่มาสมัชชาสุขภาพเป็นครั้งแรกที่ไม่เคยได้ยินเรื่องหลักการการปฏิรูปมาก่อนเลย จึงไม่ทราบว่าการสร้างนำซ่อมคืออะไร เกี่ยวกับสมัชชาอย่างไร จะมีเพียงแต่กลุ่มผู้เกี่ยวข้องในวงการสาธารณสุข และกลุ่มที่เคยร่วมขับเคลื่อนสมัชชาส่วนหนึ่งที่ทราบ และเข้าใจว่ามันเป็นเรื่องเดียวกับการปฏิรูปสุขภาพ

- “ไม่เคยได้ยิน” สมาชิกสมาคมสุขภาพจังหวัด (หญิง) ร่วมสมัชชาเป็นครั้งแรก
- “ไม่เคยได้ยินเลย” (ชาย 43 ปี) อาชีพเกษตรกร ร่วมสมัชชาเป็นครั้งแรก
- “ก็เรื่องเดียวกันกับการปฏิรูปนี่แหละ ให้สร้างสุขภาพ คือดูแลตัวเราให้แข็งแรง ไม่ต้องเจ็บป่วยแล้วไปหาหมอ” (หญิง) พยาบาล

3.2.3 การรับรู้เรื่อง “สมัชชาสุขภาพ”

ประเด็นคำถามการรับรู้เรื่อง สมัชชาสุขภาพ ต่อผู้ที่มีส่วนร่วมในเวทีสมัชชา ดูอาจจะเป็นเรื่องที่ไม่น่าตั้งคำถาม แต่สิ่งที่ถามพยายามถามไปถึงการคาดหวังที่ผู้มาร่วมมีต่อสมัชชาด้วย ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับสมัชชาเป็นเรื่องที่น่างง (mixed) เนื่องจากผู้เข้าร่วมเวทีมีความเข้าใจต่อสมัชชาที่ต่างกันมาก และบางส่วนที่มาร่วมเวทีกลับไม่รู้จักสมัชชา ไม่เข้าใจ และไม่เคยได้ยิน โดยเฉพาะชาวบ้านกลุ่มเกษตรกรที่มาสมัชชาเป็นครั้งแรก และเข้าใจว่าตนเองมาร่วมงานส่งเสริมการเกษตรปลอดสารพิษ (ทั้งที่ผู้จัดได้นัดหมายในหลายช่วงเวลาคือเป็นสมัชชาสุขภาพและได้เรียนให้ผู้เข้าร่วมเวทีทราบถึงวัตถุประสงค์แล้ว) แสดงให้เห็นว่า การสื่อสารเรื่องสมัชชาสุขภาพนั้นยังไม่ชัดเจนต่อผู้เข้าร่วมเวที บางคนเข้าใจเพียงเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่ตนเองเข้าร่วม คือเผยแพร่งานที่ทำ เช่นการนวดแผนไทย (สำหรับสมาชิกในจังหวัดปราจีนบุรี) ส่วนผู้ที่เข้าร่วมเวทีมากกว่าสองครั้งมีความเข้าใจต่อสมัชชาสุขภาพที่ชัดเจนขึ้น ดังปรากฏในเสียงสะท้อนจากการสัมภาษณ์นี้

- “เป็นการมาเผยแพร่เรื่องการนวดแผนไทยในแต่ละจังหวัด” สมาชิกสมาคมสุขภาพจังหวัด (หญิง) ร่วมสมัชชาเป็นครั้งแรก
- “ไม่เข้าใจ” (ชาย 43 ปี) อาชีพเกษตรกร ร่วมสมัชชาเป็นครั้งแรก

- “กลุ่มบุคคลมาร่วมกันประสานกันในเรื่องสุขภาพ” (ชาย) อดีตข้าราชการ เคยร่วมสมัชชาหลายเวที และเป็นแกนนำออกกำลังกาย
- “เป็นที่ให้คนมาปรึกษากัน เรื่องสุขภาพ คือ มาแลกเปลี่ยนกันนั่นแหละ” (หญิง) พยาบาล
- “เป็นเวทีที่ให้ความรู้เรื่องเกษตร” (ชาย) เกษตรกร ทำเกษตรปลอดสารเคมี เคยมาสมัชชาสองครั้ง
- “เอาไว้คุยกันเรื่องนี้แหละ เรื่องเกษตรที่ไม่ใช้สารเคมี แต่ก่อนใช้ ตอนนั้นก็ยังมีนะแต่ลดลงไปแล้ว” (ชาย) เดิมเป็นเกษตรกร แต่ตอนนี้ขายอาหารเพื่อสุขภาพ (เหนมสมุนไพรร) มาสมัชชาเป็นครั้งแรก
- “เวทีให้คนมาคุยกัน มาแสดงความคิดเห็น เรื่องปัญหาสุขภาพ” (ชาย) อสม. มาสมัชชาเป็นครั้งแรก สสจ. ให้มา
- “ไม่รู้ เคยได้ยิน แต่ไม่รู้จะทำอะไร แต่ว่าน่าจะทำเรื่องสุขภาพ” (หญิง) เกษตรกร ทำเกษตรปลอดสารเคมี มาสมัชชาเป็นครั้งแรก

3.2.4 การรับรู้เรื่อง “สุขภาพในมิติใหม่” และการให้คำนิยาม

การรับรู้เรื่องสุขภาพในมิติใหม่ นั้นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากที่ผู้เข้าร่วมเวทีจะตีความให้ครอบคลุมถึงมิติต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ยังไม่เคยผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพอื่นมาก่อน ส่วนใหญ่ให้ความหมายอยู่ที่สุขภาพทางกาย โดยเฉพาะการดูแลตนเอง อยู่ดี กินดี (รวมทั้งกินอาหารปลอดสารเคมี) ออกกำลังกาย มีบางท่านที่บอกถึง อารมณ์ จิตใจ เข้าไปด้วย ทั้งนี้ทางฝ่ายคณะทำงานจัดสมัชชาเองยังมิได้เน้นย้ำหรือแสดงให้เห็นมิติอื่นๆ ในเรื่องสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต สุขภาพทางสังคมและจิตวิญญาณด้วย ซึ่งด้านการพิจารณาประเด็นการบริการสุขภาพของครัวเรือนมีการพูดถึงอย่างเป็นนามธรรม โดยวิทยากร ไม่มีการซักถามแลกเปลี่ยน ผู้เข้าร่วมเวทีอาจเพียงฟังผ่านไปเท่านั้น ส่วนสมัชชาเฉพาะประเด็นนโยบายสาธารณะ มีการพูดถึงความไม่เท่าเทียมกัน ความไม่ยุติธรรมในการวางแผนระดับชาติที่มีผลกระทบต่อชีวิตผู้คน การพิจารณาดังกล่าวก็ไม่ได้ระบุหรือทำให้ผู้เข้าร่วมเวทีตระหนักได้ว่าสิ่งที่กำลังทำหรือพูดถึงนั้นเป็นการสร้างสุขภาพทางสังคม หรือสร้างสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างไร จะเห็นได้ว่าคนส่วนใหญ่ยังมองเรื่องสุขภาพเฉพาะในด้านร่างกาย

- “สุขภาพมันก็เรื่องร่างกายนี่แหละ อย่างลุงใช้สารเคมีนี่นะ ทำให้ร่างกายแย่มาก ต้องดูแล กินดี อยู่ดี ออกกำลังกาย เขาวานะ ลุงก็ทำมั่งไม่ทำมั่ง” (ชาย) เกษตรกร ทำเกษตรปลอดสารเคมี เคยมาสมัชชาสองครั้ง
- “สุขภาพ หรือ สุขภาวะ เราต้องดูแลตลอดชีวิต ตั้งแต่เด็กยันแก่ตาย หลายเรื่อง ต้องพักผ่อน ยิ่งคนแก่มัมีปัญหาอนไม่หลับ ต้องพักผ่อนให้พอ แล้วต้องทำงานด้วย อยู่เฉยๆ ไม่ได้ แล้วก็ต้องอารมณ์ดี ใครว่าอะไร ก็ไม่ต้องไปโกรธเขา ทำเฉยๆ เท่านั้นแหละ มีความสุขแล้ว” (ชาย) เดิมเป็นเกษตรกร แต่ตอนนี้ขายอาหารเพื่อสุขภาพ (เหนมสมุนไพรร) มาสมัชชาเป็นครั้งแรก

- “สุขภาพ ที่มีทั้งเรื่องร่างกาย และจิตใจ ทำให้แข็งแรง โดยให้ดูแลตัวเองก่อน เรื่องกิน เรื่องอยู่
ทำนองนี้” (ชาย) อสม. มาสมัชชาเป็นครั้งแรก สสจ.ให้มา
- “สุขภาพ เขาก็ว่ากินของไม่มีสารเคมี พวกผักพื้นบ้านเราดีกว่า ทำให้ร่างกายแข็งแรง” (หญิง)
เกษตรกร ทำเกษตรปลอดสารเคมี มาสมัชชาเป็นครั้งแรก

3.2.5 การรับรู้เรื่อง “พรบ.สุขภาพแห่งชาติ”

เนื่องจากการจัดสมัชชาสุขภาพระดับภาคนี้เน้นที่การพิจารณาประเด็นเฉพาะ ผู้เข้าร่วมเวทีเป็นครั้งแรกส่วนใหญ่ ไม่ทราบที่มาที่ไปและเรื่องราวเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพ เมื่อถูกถามก็จะสับสนและไม่เข้าใจว่าเกี่ยวกับเขาหรือการประชุมนี้อย่างไร ผู้จัดเวทีสมัชชาเกือบทุกสมัชชาได้พูดในตอนต้นรายการเสมอว่าสมัชชามีบทบาทสำคัญต่อการปฏิรูประบบสุขภาพโดยอ้างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติว่าให้สิทธิแก่ประชาชนไว้ ดังนั้นการมารวมกลุ่มกันครั้งนี้ก็เป็นการตอกย้ำสิ่งที่มีอยู่ในร่างพระราชบัญญัติและแสดงการสนับสนุนร่างพรบ.ต่อไป กระนั้นก็ตามผู้เข้าร่วมเวทีส่วนใหญ่ยังฟังเพียงผ่านหู แต่ไม่มีข้อคิดเห็นหรือแสดงให้เห็นว่าทราบเรื่องราวเกี่ยวกับพรบ. บางท่านที่ตอบว่าทราบว่ามีการร่างพ.ร.บ. ก็จะพูดถึงจุดของการติดตามความคืบหน้า ไม่ได้พูดถึงเนื้อหาหรือแสดงความเห็นต่อพ.ร.บ.แต่อย่างใด

- “เคยได้ยิน แต่ไม่รู้ผ่านหรือยัง ‘ไม่แน่ใจ’ (ชาย) เกษตรกร ทำเกษตรปลอดสารเคมี เคยมา
สมัชชาสองครั้ง
- “ที่เขาร่างกันมาแล้ว แต่ยังไม่ผ่านก็รออยู่” (ชาย) อสม. มาสมัชชาเป็นครั้งแรก สสจ.ให้มา

3.2.6 การรับรู้เรื่อง “เวทีแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้”

เป็นที่น่าสนใจที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า เขาคิดว่าสมัชชาสุขภาพเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือไม่ ถ้าใช่เขาเห็นว่าสมัชชาสุขภาพเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องอะไร ส่วนใหญ่จะไม่ตอบคำถามนี้ เพราะรู้สึกงงกับการถูกถาม บ้างก็ไม่ว่าจะให้ตอบอย่างไร มีบางท่านสะท้อนได้ว่า เป็นที่ที่เขามาพูดคุยกัน แลกเปลี่ยนกันระดับหนึ่ง ส่วนบางคนไม่แน่ใจว่ามีการแลกเปลี่ยนหรือไม่ แต่มีอะไรมาบอกกันมากกว่า

- “ก็อย่างเรื่องการเกษตร ใครทำอะไรได้ผลเขาก็ไปดูว่าเขาทำอย่างไร แล้วถ้ามันดี ก็เอามาทำบ้าง
ถ้าเราลองทำอะไรได้ผลก็ไปบอกคนอื่น แลกเปลี่ยนกัน” (ชาย) เกษตรกร ทำเกษตรปลอด
สารเคมี เคยมาสมัชชาสองครั้ง
- “ก็มาพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน” (ชาย) อสม. มาสมัชชาเป็นครั้งแรก สสจ.ให้มา
- “ไม่แน่ใจ มาคุยกัน หรือเปล่า แบบว่าใครมีอะไรก็มาคุยกัน บอกกัน” (หญิง) เกษตรกร ทำเกษตร
ปลอดสารเคมี มาสมัชชาเป็นครั้งแรก

3.2.7 การรับรู้เรื่อง “สุขภาพองค์รวม” (เฉพาะประเด็นของจังหวัดปราจีนบุรี)

สมัชชาสุขภาพจังหวัดปราจีนบุรี เป็นสมัชชาที่ชูประเด็นเรื่อง การบริการสุขภาพแบบองค์รวมขึ้นมา เพื่อสื่อให้เห็นถึงการนำเอาภูมิปัญญาพื้นบ้าน ยาสมุนไพร ความรู้พื้นบ้านมาผสมผสานกับการรักษาพยาบาลในแผนปัจจุบันโดยเอาตัวอย่างของโรงพยาบาลพระยาอภัยภูเบศ เป็นต้นแบบของการพูดคุย เนื่องจากว่าในจังหวัดนี้เห็นว่าโรงพยาบาลดังกล่าวประสบความสำเร็จในด้านนี้และรวมเรียกว่าเป็นการบริการสุขภาพแบบองค์รวม และมีการอภิปรายให้ความรู้โดยนักวิชาการในเวทีด้วย แต่เมื่อสัมภาษณ์ พบว่า ผู้เข้าร่วมเวทีส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจว่า สุขภาพองค์รวมคืออะไร บางคนโพล่ไปว่าเป็นการเอาคนมารวมกันแล้วแลกเปลี่ยนในสิ่งที่ตนรู้ บ้างเน้นว่าการออกกำลังกาย มีเพียงพยาบาลในท้องถิ่นที่ตอบตามที่วิทยากรบรรยายว่า สุขภาพแบบองค์รวมคือเรื่องของสุขภาพในมิติของ กาย จิตและจิตวิญญาณ

- “คิดว่า เป็นการมาแลกเปลี่ยนความรู้ (ที่มีอยู่แล้ว) ของคนแต่ละจังหวัด” สมาชิกสมาคมสุขภาพจังหวัด (หญิง) ร่วมสมัชชาเป็นครั้งแรก [คือเอาคนมารวมๆ กันแล้วคุยในสิ่งที่ตนเองรู้]
- “คือการทำให้ ไม่ให้เจ็บป่วย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยวัน 30 นาที และดูแลด้านอื่นๆ ด้วย” (ชาย 43 ปี) อาชีพเกษตรกร ร่วมสมัชชาเป็นครั้งแรก
- “คือ พยพ [องคาพยพ] ของร่างกายทั้งหมด” (ชาย) อดีตข้าราชการ เคยร่วมสมัชชาหลายเวที และเป็นแกนนำออกกำลังกาย
- “เป็นเรื่องสุขภาพทั้งหมด หลายๆ ด้าน ทั้งกาย ใจ จิตวิญญาณ เป็นองค์รวม” (หญิง) พยาบาล

จากเวทีสมัชชาจังหวัดปราจีน พบว่า มีการใช้คำว่า “ประชาคมสุขภาพ” ในเวทีบ่อยมาก และเมื่อถามผู้เข้าร่วมเวทีหลายคน ก็ไม่เข้าใจ บางคนมองว่า ประชาคมสุขภาพ คือ

- “การจัดเวทีชาวบ้าน เพื่อมาพูดคุยกัน มีอะไรอยากรู้เช่น ยาเสพติดเป็นอย่างไร ทำอย่างไร ให้ไม่มียาเสพติดในบ้านเรา”
- “ประชาคมกับสมัชชา ก็ใกล้เคียงกัน ประชาคมคือ การชาวเสียงจากกลุ่มใหญ่ ว่ามีความรู้สักอย่างไร [ต่อเรื่องนั้นๆ]”
- คือ การเอา “คนหลายๆ ฝ่ายมาตัวร่วมกันคิด อาจจะเป็นเรื่องอะไรก็ได้แต่ ถ้าพูดถึงอย่างนี้ [ในเวทีนี้] ก็ต้องเป็นสุขภาพ”

อาจกล่าวโดยรวมน่าเวทีสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดและระดับภาค (นนทบุรี) เป็นเวทีที่ทำให้เกิดการรับรู้เฉพาะด้านที่ผู้เข้าร่วมเวทีสนใจ หรือเฉพาะประเด็น ตามเนื้อหาที่ได้นำมาพิจารณา เช่นด้านเกษตรก็เกิดการรับรู้ด้านเกษตร สอดแทรกความห่วงใยต่อสุขภาพบ้าง ด้านปัญหาพลังงานและน้ำ ก็ตรงไปที่ประเด็นการปรับเปลี่ยนนโยบาย ส่วนเนื้อหาด้านการบริการสุขภาพแบบองค์รวมนั้นเกิดความกระจัดกระจายในการให้การรับรู้และเรียนรู้ เพราะมีหลายเรื่องที่ถูกนำมาบอกเล่า ทั้งการนวดแผนไทย สมุนไพร การ

ดำเนินการกลุ่มสัจจะออมทรัพย์ ฯลฯ แต่ขาดการแลกเปลี่ยนพูดคุยจึงไม่อาจทราบได้ว่าการรับรู้ในระดับใด แต่พอประเมินได้ว่าเป็นเพียงระดับผิวเผิน ซึ่งอาจมีการตีความไปได้อีกหลากหลาย

การเชื่อมโยงประเด็นเหล่านี้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ และสื่อสารให้เกิดความเข้าใจอย่างทั่วถึงนั้นยังค่อนข้างน้อย ผู้เข้าร่วมเวทีไม่ทราบว่าตนเองเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ มีคนจำนวนหนึ่ง (ไม่น้อย) ยังคิดว่าตนมาประชุมอบรมเรื่องเกษตร เรื่องน้ำ และเรื่องการนวด และรู้สึกงงๆ ไม่เข้าใจกับสิ่งที่พูดกัน โอกาสที่คนกลุ่มนี้จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นจึงยังค่อนข้างน้อย

3.3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชา

จากการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมเวทีส่วนใหญ่มาร่วมเวทีแบบเป็นกลุ่มเครือข่าย ที่มีประสบการณ์การทำงานในสิ่งที่นำเสนอในเวที โดยเฉพาะด้านการเกษตร ทำให้การมีส่วนร่วมในจังหวัดสุพรรณบุรี มีความเด่นในเรื่องของความกระตือรือร้นของผู้เข้าร่วมเวที ที่จะเสนอสิ่งที่ตนทราบและแลกเปลี่ยนกัน ถึงแม้เนื้อหาในเวทีบางเรื่องไม่ได้กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ เนื่องจากพวกเขาเองก็มีประสบการณ์และวิธีการอื่นๆ ที่แก้ไขปัญหาของเขาเอง อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมเวทีหลายท่านยังมีความกระตือรือร้นที่จะช่วยกันเสนอปัญหาการใช้สารเคมี การส่งเสริมให้ร่วมกันหาทางแก้ไข

ในขณะที่สมัชชาราชบุรี ใช้เนื้อหาเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ปัญหา หรือมองเห็นปัญหา (ซึ่งเรื่องน้ำและพลังงาน เป็นเรื่องที่ต้องมีการแสดงให้เห็นผลกระทบของนโยบายที่ไม่เป็นธรรม) ทำให้เกิดความตระหนักว่ามีปัญหาเกิดขึ้นและเห็นแนวโน้มที่เป็นในทางลบ ดังนั้นในการระดมสมองเพื่อหาแนวทางแก้ไข จึงมีผู้ร่วมเวทีพยายามช่วยกันหาทางแก้ไขปัญหาาร่วมกัน แต่ส่วนใหญ่ยังมองไม่ออกว่าจะเสนออะไรได้มาก แต่ก็มี การพูดคุยกัน แสดงความกังวลและต้องการหาทางออกร่วมกัน

ในเวทีสมัชชาระดับภาค จังหวัดนนทบุรี มีประเด็นที่กระตุ้นให้ภาคประชาชนเห็นบทบาทของตนเองมากขึ้น มีการร่วมกันคิด แสดงความเห็น มีการหาแนวร่วม ประสานเครือข่ายเพื่อทำงานร่วมกัน นอกเวที บรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเข้มข้น แต่ในขณะเดียวกัน ผู้เข้าร่วมเวทีที่มาจากจังหวัดกรุงเทพฯ และปริมณฑลที่ไม่เคยเข้าร่วมสมัชชาอื่น ยังรู้สึกแปลกแยกจากคนอื่น ถึงแม้จะมีตัวแทนสองสามท่าน แสดงความคิดเห็น สะท้อนปัญหาคนในเมือง แต่ประเด็นของเขายังไม่ทราบว่าจะไปอยู่ในกลุ่มประเด็นใดของภาคกลาง เนื่องจากสมัชชาภาคกลางเน้นประเด็นไปที่สามเรื่องใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับคนชนบท และคนที่อยู่ในฝ่ายผลิตพืชผลทางการเกษตร แม้แต่ตัวแทนชาวบ้านในสลัมกรุงเทพฯ ที่เข้าร่วมเวทีทุกเวทียังเป็นกลุ่มปลูกผักกางมุ้ง แต่ปัญหาเรื่องการบริการสุขภาพ การวางผังเมือง การจัดตั้งบริการสุขภาพ ปัญหาของคนในเมืองกลายเป็นประเด็นนอกกลุ่ม สำหรับสมัชชาภาคกลางไป อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมเวทีในภาคประชาชน แสดงความคิดเห็นได้ค่อนข้างดี มีเนื้อหาสาระ แต่ไม่พบการแสดงความคิดเห็นจากภาคส่วนอื่นๆ โดยเฉพาะจากวิชาชีพ ภาคธุรกิจ การเมือง และกลุ่มอื่นๆ

ทั้งนี้ สมัชชาจังหวัดปราจีนบุรีมีข้ออ่อนที่สุดในการที่ผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

การมีส่วนร่วมในการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพภาคกลาง พบว่า มีส่วนร่วมระหว่างองค์กรพัฒนาเอกชน และหน่วยงานการศึกษา (สถาบันราชภัฏ) ในการร่วมจัดเวทีมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งอาจมีผลต่อทัศนคติในการมองปัญหาและการชูประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในภาคชนบทค่อนข้างมาก ทั้งนี้ทำให้ขาดการประสานงานร่วมที่จะทำให้เวทีสมัชชาสุขภาพเป็นเวทีของคนทุกภาคส่วน โดยเฉพาะ จากภาคส่วนที่มีผลได้ผลเสีย (stakeholder) ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล องค์กรวิชาชีพ องค์กรทางการเมือง (องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นหรือระดับชาติ) เพื่อมารับรู้ แลกเปลี่ยนและหาทางแก้ไขปัญหา ร่วมกัน การมีผู้เข้าร่วมเวที ที่ร่วมคิดร่วมทำจากทุกภาคส่วน ในสัดส่วนที่เหมาะสม (เช่นตามที่จะระบุในร่างพระราชบัญญัติ) มีความสำคัญต่อการจัดสมัชชาสุขภาพ ที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาร่วมกันของคนในทุก ระดับ ในเวทีภาคกลางทั้ง 4 เวที นั้นพบว่า บทบาทของภาคส่วนอื่นๆ ค่อนข้างน้อยและไม่มีเลย ทำให้เกิดเสียงสะท้อนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาธารณสุขจังหวัด ว่าการปฏิรูประบบสุขภาพทำให้ชาวบ้านพึ่งตนเองมากขึ้น literally

3.4 บทวิเคราะห์และข้อสังเกต

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กระบวนการในการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพภาคกลาง มีผลต่อการรับรู้ และการเรียนรู้ของภาคประชาชนต่อการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลสุขภาพที่อาศัยความร่วมมือของคนในสังคม ประกอบกับการปรับเปลี่ยนวิธีคิด วิธีปฏิบัติ จากทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของคนในสังคม การจัดเวทีและบรรยากาศของเวทีเป็นส่วนประกอบสำคัญหนึ่งที่ทำให้ผู้เข้าร่วมเวทีมีโอกาสในการพูดคุยซักถามประเด็นที่เขาไม่เข้าใจได้ การประชุมกลุ่มย่อยแบบไม่เป็นทางการดูจะมีผลต่อกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดได้ดีกว่า การอภิปรายในเวทีใหญ่ ทั้งนี้ขึ้นกับองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมเวทีและวิทยากรดำเนินรายการ ในหลายเวทีที่พบนั้นปรากฏว่า ผู้เข้าร่วมเวทีที่ผ่านกระบวนการพบปะพูดคุยก่อนหน้าที่จะมีการจัดเวทีรวม สามารถเข้าร่วมเวทีได้อย่างมีความหมาย (meaningful participation) มากกว่าผู้ที่ไม่เคยเข้าร่วมเวที ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่ปกติ การพบปะพูดคุยจากแกนนำคณะกรรมการผู้ขับเคลื่อนกลไกทางสังคม เป็นจุดแข็งของกระบวนการสร้างกลไกปฏิรูปสุขภาพที่กระจายแนวคิดจากศูนย์กลางไปสู่พื้นที่ในภูมิภาคต่างๆ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็น decentralized organize mechanism ที่คณะกรรมการขับเคลื่อนภาคประชาสังคมพยายามกระทำ หากแต่ในเวทีที่จะต้องรวบรวมผู้คนจำนวนมากเข้าเป็นแนวร่วมในกระบวนการปฏิรูป ด้วยเวทีสมัชชาใหญ่ๆ นั้น ไม่สามารถจะกำกับดูแลให้คนจำนวนมากรับรู้ข่าวสารได้ในระดับเดียวกัน หรือ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เท่าที่ควร ซึ่งอาจกลายเป็นจุดด้อยของการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพ ที่ไม่สามารถถ่วงน้ำหนักความสำเร็จในการสร้างกระบวนการรับรู้และเรียนรู้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับ กระบวนการปฏิรูปที่ต้องการ

การเตรียมการล่วงหน้าเป็นกระบวนการที่ต้องบ่มเพาะ (nurture) กันเป็นเวลาที่ต่อเนื่อง เพื่อให้สัมฤทธิ์ผล จากการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมเวทีส่วนหนึ่งไม่ได้ผ่านกระบวนการบ่มเพาะความเข้าใจในเรื่องการปฏิรูป และยังไม่ทราบด้วยว่าเวทีที่ตนเข้าร่วมนี้เป็นไปเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญยิ่งกว่า เนื้อหาของการประชุมที่เขาเข้าร่วม นั้นหมายถึงความไม่สามารถเข้าถึงและเข้าใจกระบวนการปฏิรูปที่นำเสนอผ่านเวทีดังกล่าว โดยเฉพาะกับผู้เพิ่งเริ่มต้นเข้าสู่กระบวนการปฏิรูป ซึ่งน่าจะมีการพิจารณาทบทวนถึงยุทธศาสตร์ในการสร้างความเข้าใจต่อสังคม ก่อนการจัดเวทีที่เหมาะสม และสัมฤทธิ์ผลอย่างไร (result based strategy & impact base strategy)

ขั้นตอนการป้อนเนื้อหาสู่ภาคประชาชนควรเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวที่สามารถเชื่อมโยงได้ไปสู่เรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับกลไกในมหภาคไม่ว่าจะเป็นในระดับสถาบันทางสังคม องค์กรท้องถิ่น องค์กรทางการเมือง ระดับจังหวัดและระดับภูมิภาค เป้าหมายของเนื้อหาที่นำเสนอแต่ละระดับอาจจะต้องแตกต่างกันไป ซึ่งในเวทีสมัชชาภาคกลางนั้นพยายามสร้าง หากแต่ยังไม่ชัดเจนสำหรับผู้เข้าร่วมเวที ทำให้การถกแถลงแลกเปลี่ยนประสบการณ์นั้น เป็นไปอย่างขาดตอนในบางกรณี เช่น ผู้ที่ต้องการเชื่อมโยงเรื่องการรักษาสิ่งแวดล้อม เรื่องน้ำ เรื่องขยะ อาจไม่ชัดเจนว่าสิ่งที่ต้องการนำเสนอจะนำไปสู่การสร้างสุขภาพอย่างไร หรือ ต้องนำเสนอในนโยบายระดับท้องถิ่นหรือระดับชาติ ซึ่งต่างจากการทำเกษตร ที่เห็นความเชื่อมโยงชัดเจน ระหว่างผู้ปลูก ผู้บริโภค อาหารและสุขภาพ เนื้อหาที่จะนำเสนอสู่ภาคประชาชน เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน

การนำเสนอวาทกรรม หรือคำศัพท์ใหม่ๆ เป็นเรื่องที่ยาก เช่น สุขภาพองค์รวม สุขภาพทางจิตวิญญาณ ถึงแม้ในเวทีหลายเวทีมีความพยายามที่จะอธิบายคำนิยามเหล่านี้ แต่เมื่อสอบถามผู้เข้าร่วมเวที หลายท่านก็ยังไม่อาจเข้าใจได้ และในที่สุดก็ไม่ทราบว่า คำเหล่านี้หมายถึงอะไร แล้วแต่คนจะตีความไปเอง หรือจะไปเชื่อมโยงในเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเดียว ว่าเป็นเรื่องของการดูแลแบบองค์รวม ทั้งที่ไม่ทราบว่าองค์รวมคืออะไร กระบวนการพัฒนาและฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นในเรื่องสุขภาพเพื่อขึ้นมารองรับคำนิยามนี้เป็นปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ ที่ชาวบ้านภาคประชาชนคิดกันขึ้นมาจากการเข้าร่วมเวทีสมัชชาหลายๆ แห่ง แล้วนำสิ่งที่ตนคิดว่าเป็น ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาเสนอ (self-claim) ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ หากแต่ยังขาดมิติที่จะมองเห็นคุณค่าของ ความหลากหลายในวัฒนธรรมอื่นๆ ทั้งในท้องถิ่นและนอกท้องถิ่น ซึ่งอาจนำไปสู่การปฏิเสธการรับรู้กระบวนการดูแลสุขภาพในมิติอื่นๆ

เนื่องจากทุกส่วนพยายามพิสูจน์ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพกายเป็นส่วนใหญ่ และพยายามหาข้อยุติด้วยการบำบัดรักษา มากกว่าการป้องกัน ซึ่งตรงข้ามกับแนวคิด “สร้างนำซ่อม” ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่อีกเช่นกัน ถึงแม้ในวิถีชีวิตดั้งเดิม ก็ไม่เคยมีการบอกกล่าวกันว่า สิ่งที่ยก อยู่ ใช้สอย ในท้องถิ่น ภูมิปัญญาเหล่านี้ เป็นไปเพื่อ “การป้องกัน” การเสื่อมสุขภาพ (สุขภาพในที่นี้ยังเน้นสุขภาพกาย เช่นเดิม) สุขภาพในมิติใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือ ปัญญานั้นไม่อาจแสดงออกมาได้ด้วยองค์ความรู้ใดๆ อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเฉพาะวิถีชีวิตด้านใดด้านหนึ่ง

ช่องว่างระหว่างผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชา บรรยาภาคการจัดเวที และเนื้อหาที่น่าสนใจ ยังเป็นปัจจัยสำคัญ ในการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชา การตั้งประเด็นให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ เป็นยุทธศาสตร์ที่ดี หากแต่การเข้ามามีส่วนร่วม

บทที่ 4

กรณีศึกษากลุ่มเครือข่ายภาคประชาชนกับกระบวนการปฏิรูป

กลุ่มเครือข่ายที่ศึกษา

- เครือข่ายเกษตร ได้แก่ โครงการนำร่องเกษตรกรรมยั่งยืน และ มูลนิธิข้าวขวัญ จังหวัดสุพรรณซึ่งรวมสมาชิกจากจังหวัด กาญจนบุรี สุพรรณบุรี และอยุธยามาร่วมเสวนาด้วยทั้งหมดเป็นเกษตรกร
- เครือข่ายชุมชนรักสุขภาพ ได้แก่ ชมรมคนรักสุขภาพ จ.ราชบุรี เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพชุมชนคนสุพรรณ จ.สุพรรณบุรี ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นสมาชิกและคณะทำงานในประชาคม และ ชุมชนสร้างสุขภาพ บ้านดอนแร่ จ.ราชบุรี มีผู้ให้สัมภาษณ์ ทั้งที่เป็นแกนนำ อสม. ชาวบ้านที่เป็นเกษตรกร ผู้สูงอายุ และเด็ก
- เครือข่ายลุ่มน้ำแม่กลอง จ.สมุทรสงคราม ซึ่งรวมสมาชิกจากสมุทรสงคราม เพชรบุรี และราชบุรี เป็นชาวบ้านที่รวมกลุ่มกันทำงานเพื่อชุมชน และมีคนที่เป็นคณะทำงานสมัชชาในภาคกลางหนึ่งท่าน
- สัมภาษณ์ปลื้มย่อย ในกลุ่มแม่บ้านบางโหนด จังหวัดสมุทรสาคร ชาวบ้านในตลาดจังหวัดสมุทรสงคราม และกลุ่มผู้ออกกำลังกาย ในสวนลุมพินี

4.1 แนวคิดเรื่องสุขภาพ

โครงการนำร่องกลุ่มเกษตรยั่งยืน

สมาชิกเครือข่ายส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า สุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทุกส่วนที่เป็นชีวิตของคน ครอบครัว ชุมชน ซึ่งเกี่ยวข้องไปถึงสิ่งแวดล้อมด้วย โดยมองว่ามันเป็น “องค์รวม” ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เน้นเรื่องสุขภาพจิตใจ

“สุขภาพมันรวมทั้งหมด มันเป็นวิถีชีวิตของเรา ทั้งชีวิตจิตใจ”

“ไม่ใช่แค่สุขภาพร่างกาย แต่ว่าเป็นองค์รวมรอบๆ ตัวเรา และทั้งตัวเราด้วย มันต้องเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ถ้าเราทำอะไรแล้วมันไม่ดี ก็เกี่ยวกับสุขภาพจิตใจ ของทุกคน”

“สร้างสุขภาพแบบองค์รวม โดยความหมายแล้ว คือ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่ไม่แยกส่วน”

“มันเป็นองค์รวมทั้งหมดทั้งชุมชน”

“สรุปแล้วมันก็คือ สุขภาพทุกอย่าง กาย ใจ สิ่งแวดล้อม มนุษย์สัมพันธ์ทั้งหมด การเป็นอยู่ ครอบครัวในชุมชน”

“ถ้าคนเรามีสุขภาพใจดี สุขภาพกายก็ดีด้วย ถ้าสุขภาพใจไม่ดี เดิน(แอโรบิค)เท่าไรก็ไม่มีความสุข”

มูลนิธิข้าวขวัญ

เน้นที่สุขภาพกาย จิตวิญญาณและ การฟื้นฟูวัฒนธรรม “สุขภาพมันเกี่ยวกันทุกเรื่อง เรื่องกิน อยู่ อาหาร การมีสังคมที่ดี เราต้องช่วยกันทุกฝ่าย”

เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพชุมชนคนสุพรรณ

เน้นสุขภาพสังคม และชุมชน รวมไปถึงสุขภาพทางกายทั่วไป

“เรื่องสุขภาพนี้ ทางเครือข่ายเรามีการพูดคุย ในกลุ่มย่อยๆ ของชุมชน ว่าชุมชนต้องคิดเองว่าทักษะของแต่ละคนเป็นอย่างไร อะไรเป็นปัญหา มีการให้ คำขวัญเก่าๆ กันว่า “วัดขึ้นพลานามัย ต้านโรคภัยไข้เจ็บ” ก็มุ่งเน้นที่การออกกำลังกายแต่ต่อยอดอีกว่าต้องมีการให้ความรู้ และใช้ภูมิปัญญาในชุมชน ซึ่งบางส่วนก็เน้นไปที่การออกกำลังกาย เล่นกีฬา ซึ่งก็เป็นกระแสที่เกิดขึ้น”

“เราน่าจะมองเห็นสุขภาพ ดูพื้นฐานของเรื่องกินปลอดภัย หรือเปล่า ต้องดูคนผลิตเชื่อมโยงกับเรื่องน้ำ เรื่องเกษตร ที่ต้องลดการใช้สารเคมี เรื่องดิน ถ้ามว่าเดินแอโรบิคอย่างเดียวจะรักษาสุขภาพได้ไหม คนที่บริโภคมีส่วนสำคัญมาก ควรมีการรณรงค์ปรับความนึกกันใหม่”

“จริงๆ แล้วต้องเอาแนวคิดไปเปลี่ยนวิถีชีวิต ไม่ใช่ตามกระแสการออกกำลังกาย อย่างที่รัฐชอบสร้างภาพ สิ่งเหล่านี้ไม่ได้ยืนยันว่าสุขภาพดีขึ้น ต้องมีทางเลือกใหม่ มีประเด็นให้คิดกัน”

ชมรมคนรักสุขภาพราชบุรี

เน้นสุขภาพกาย เป็นหลัก และมีการมองผลพวงของการรวมกลุ่ม ที่ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่อกัน

“มุมมองในเรื่องสุขภาพ ตอนนี้อาจการที่ตัวเองไปสัมผัสเอง และเกิดผลกับตัวเอง (การออกกำลังกายประจำ) อย่างน้อยก็ช่วยลดความเสี่ยงโรคของร่างกายตนเอง จากนั้นเมื่อทำกับเพื่อน ก็เกิดสังคม จนเกิดเป็นการเกื้อกูลกัน สังคมขยายเป็นลักษณะของ ชมรม เครือข่ายที่กว้างขึ้น มีบทบาทหลากหลายอาชีพ เข้ามาทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น อีกชั้นหนึ่งก็มีเพื่อนจากจังหวัดต่างๆ ที่มาวิ่งร่วมกัน และมีการติดต่อไปมาหาสู่กัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ขอคำปรึกษากันและกันได้”

โครงการสร้างเสริมสุขภาพและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ต.ดอนแร่

วิถีคิดของแกนนำและกลุ่มเกษตรเห็นว่า เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่กว้างมาก แม้แต่ผลจากการเกษตรที่ใช้สารเคมีก็เป็นเรื่องสุขภาพ ในขณะที่ผู้สูงอายุ มองปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสะสมของพฤติกรรมมาแต่อดีต และมีการรวมกลุ่มกันออกกำลังกาย เริ่มอายุน้อยลง

เครือข่ายลุ่มน้ำแม่กลอง จ.สมุทรสงคราม

ในเครือข่ายนี้มองว่าสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับทุกเรื่องในชีวิต ทั้งเรื่องสิ่งแวดล้อม ครอบครัว สุขภาพกาย สุขภาพจิต ซึ่งเขายกตัวอย่างจากประสบการณ์ของทุกคน ในสภาวะที่สังคมเปลี่ยนแปลงจากอดีตที่เคยอุดมสมบูรณ์ ครอบครัวอยู่เลี้ยงตัวเองได้อย่างไม่มีปัญหาการทำมาหากิน สุขภาพมันก็ดีดีกว่า ปัจจุบันดูเหมือนว่าสุขภาพกายของคนจะดี แต่สิ่งแวดล้อมก็เปลี่ยนไป คนเริ่มอพยพ ไปทำมาหากินนอกถิ่นฐาน บางคนเกิดภาวะวิกฤติในครอบครัว เด็กต้องเสพสารเสพติดและส่งผลกระทบต่อส่วนอื่นๆ สุขภาพจึง เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกันกับทุกเรื่องในชีวิต แม้ว่าปัญหาน้ำเสียก็เป็นปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตเช่นกัน เพราะเมื่อเกิดวิกฤต พวกเขาก็ต้องอยู่ในสภาวะเครียด

ตัวอย่างเช่น

“เรื่องมิติสุขภาพมันมองได้มากมายเลย ถามว่าคนแม่กลองจริงๆสุขภาพดีไหม คนเพชรบุรีสุขภาพดีไหม พูดถึงจริงๆปัจจุบัน ในอดีต สุขภาพมันอาจจะดีแต่วันนี้เรื่องปัญหาสิ่งแวดล้อมมันก็กระทบกระเทือนไปหลายอย่าง เราก็ว่าในช่วงที่คนอพยพย้ายถิ่น มันก็ไปสร้างอะไรเยอะแยะ บางคนก็บ้านแตกสาแหรกขาด ปัญหาที่เกิดจากการที่เขาทำมาหากินไม่ได้ พ่อ แม่ ครอบครัวออกไป ลูกเคยที่ต้องไม่ติดยา ก็ติดยาเพราะว่าพ่อ แม่ปล่อยให้อยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย อย่างนี้ เรื่อง อย่างนี้มันก็พัวพันกันหมด”

“ปัญหาน้ำเสียผมว่าสุขภาพจิต อย่างกับที่น้องเขาได้พูดแล้วก็ปัญหาสิ่งแวดล้อมเรื่องกลิ้งก็มีส่วนด้วย เพราะว่ามันน้ำเสีย น้ำก็เน่า แล้วเสร็จแล้วอย่างต้นไม้บางอย่างถ้าเน่าลงไปเนี่ย ก็จะทำให้ต้นไม้ข้างๆเนี่ยตายด้วย อย่างที่แพรกหนามแดงก็เห็นกัน พวกเราเครียดกันไปหมด”

“ประเด็นสำคัญที่เราบอกว่าเราทำกันอย่างที่พี่.... ว่าเนี่ยมันเปรียบเสมือนมันมีแม่น้ำ 5 สายใช่ไหม มันจะไหลลงสู่สิ่งหนึ่ง ก็คือว่าอะไรต่างๆเนี่ยสารเคมีต่างๆเนี่ยมันไปสะสมอยู่ในตะกอนตรงอ่าวไทย ที่นี้ตรงอ่าวไทยมันเป็นแหล่งอาหารของประเทศของโลก.... ผมเชื่อได้เลยว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ผลกระทบความเป็นอยู่ จิตใจ อาชีพ รายได้ทุกอย่างจะส่งผลกระทบต่อเรื่อง ของที่มันมีดีอยู่แล้วเนี่ย เรากลับมาทำลาย ป่าไม้เนี่ย เรามีป่าไม้เหมือนกัน”

“อ่าวไทยเนี่ยมันอุดมสมบูรณ์มาก ซึ่งเมื่อก่อน แม่น้ำ 5 สาย ...แต่ปัจจุบันเราจะไม่ได้สิ่งดีๆอย่างนั้นแล้ว เพราะว่ามันสร้างเขื่อนกันเอาไว้ ปัจจุบันเราได้รับของเสีย ลงมาสู่แพ คือเนี่ยมันก็แยกอยู่แล้ว แล้วจะเอาสิ่งแปลกปลอมเข้าไปทะเลอีก ซึ่งมันก็ซ้ำให้หนักกว่าเก่า ก็เรื่องที่บอกว่าโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับสุขภาพใหม่ ทานอาหารทะเล สิ่งพวกนี้ถามว่าเขาได้คิดบ้างหรือเปล่าว่ามันน่ากลัว มหาศาลแค่ไหน เคยคิดถึงกันบ้างหรือเปล่า”

จะเห็นได้ว่าคนที่อยู่กับปัญหาจะเชื่อมโยงปัญหาได้ชัดเจน เป็นรูปธรรมหากมีการสร้างเครือข่ายแกนนำอย่างที่เกิดขึ้นในกลุ่มลุ่มน้ำแม่กลอง การมองปัญหาอย่างรอบด้านได้ชัดเจน ทั้งในส่วนที่เป็นประโยชน์เฉพาะถิ่นและประโยชน์ต่อประเทศถึงระดับนโยบาย เป็นประเด็นที่ชัดเจนนี้โดดเด่นในกลุ่มเครือข่ายลุ่มน้ำแม่กลองนี้มีมากกว่ากลุ่มอื่น จุดเด่นของกลุ่มเครือข่ายนี้คือคนที่ เป็นแกนนำมาจากพื้นฐานอาชีพและความรู้ที่หลากหลาย อยู่ในสังคมที่เปิดกว้างถึงสังคมเมือง

4.2 การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิรูปและผลที่คาดว่าจะได้รับ

โครงการนาร่องเกษตรยั่งยืน

จากการสัมภาษณ์ในกลุ่มสมาชิก หลายคนยังไม่ค่อยเข้าใจ ว่าปฏิรูปสุขภาพ ครั้งไหน งานไหน อย่างไร แกนนำกลุ่มต้องอธิบาย ว่าเป็นเรื่องการไปร่างพ.ร.บ. จึงทำให้ทราบว่า กลุ่มเกษตรยั่งยืน เป็นกลุ่มเครือข่ายที่ได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมกระบวนการร่างพ.ร.บ.สุขภาพในพื้นที่ ในปีพ.ศ. 2545 แต่มีเพียงแกนนำของกลุ่มได้เข้าร่วมในเวทีสมัชชาสุขภาพ สมาชิกส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วม และมีเสียงสะท้อนว่า “ถ้าได้รับหนังสือเชิญก็จะเข้าร่วม แต่ถ้าไม่มีหนังสือเชิญก็จะไม่ไป” เมื่อสอบถามว่า แล้วแกนนำได้มาถ่ายทอดให้ทราบทั่วกันหรือไม่ แกนนำ กล่าวว่า “ได้พยายามเอามาให้พรรคพวกดูเหมือนกัน แต่เราก็ถ่ายทอดไม่เป็น มันเป็นภาษากฎหมาย อ่านยาก ไม่เข้าใจเหมือนกัน” สมาชิกยืนยันว่าได้รับรู้อยู่บ้าง แต่ ก็ไม่ทราบเป้าหมายว่าปฏิรูปไปทำไม เพื่อทำกฎหมายอย่างเดียวหรือไม่ เนื่องจากกลุ่มนี้ไม่ได้เข้าร่วมเวทีในปีถัดมา (2546)

ในความคิดเห็นของกลุ่มเองกลับตั้งคำถามว่า สิ่งที่เขาทำอยู่ไม่ทราบว่ามันเกี่ยวกับปฏิรูปหรือไม่ เพราะเขาได้ยืนอยู่เหมือนกันว่ามันอาจจะเกี่ยวๆ อยู่โดยเฉพาะเรื่องการทำเกษตรปลอดสาร ซึ่งต้องมีความเชื่อมโยงกับอาหารอย่างแน่นนอน แต่เขาไม่แน่ใจว่าเป็นกระบวนการปฏิรูป ไม่ทราบว่าในรูปแบบใด จะช่วยให้คนเข้าใจและเชื่อมโยงประเด็นนี้หรือไม่ บางท่านพูดไปถึงการจัดการความรู้ ว่า “มันมีความรู้อยู่มากมาย แต่เราไม่รู้จักจัดการกับมัน เราก็ไม่รู้ว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร” ซึ่งเป็นการสะท้อนว่าในกลุ่มนี้มีเครือข่ายและการเข้าร่วมเวทีในหลายรูปแบบ และยังไม่อาจบอกได้ว่า สิ่งที่เป็นกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ หรือ สมัชชาสุขภาพนั้นมีเป้าหมายอย่างไร ทางกลุ่มทำการเกษตรปลอดสาร ก่อนที่จะมีการปฏิรูป จึงคิดว่า สิ่งที่เขาทำมันสามารถถูกตีความจากองค์กร สถาบัน หรือ คนอื่น ที่ต้องการเอาสิ่งที่เขาทำเข้าไปเกี่ยวข้องให้มันเป็นอะไร ขึ้นมาตามแต่เรียก

มูลนิธิข้าวขวัญ

มูลนิธิข้าวขวัญเป็นกลุ่มหนึ่งที่เกี่ยวข้องในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมีความเข้าใจและรับรู้เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพในครั้งนี้อย่างชัดเจน โดยที่เขาสามารถเชื่อมโยงประเด็นที่อยู่ในเวที ที่เอื้อประโยชน์ให้กับการทำงานของมูลนิธิโดยเฉพาะในการผลักดันในเชิงนโยบายเพื่อยับยั้งการส่งเสริมการใช้สารเคมีในการเกษตร และยังมองเห็นว่า พรบ.สุขภาพจะเป็นประโยชน์กับทุกภาคี ที่จะทำให้สุขภาพของคนดีขึ้น เนื่องจากพรบ.จะเป็นเหมือนหลักประกันหรือข้ออ้างอิงที่เขาสามารถใช้ในการหักถ่วงเมื่อมีการละเมิด หรือการกระทำที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งนี้ด้วยเหตุที่แกนนำของมูลนิธิข้าวขวัญ เข้าไปมีส่วนร่วมในเวทีสมัชชาสุขภาพในฐานะที่เป็นผู้ร่วมอภิปรายบนเวที ทั้งในระดับจังหวัดและระดับชาติด้วย

หากให้มูลนิธิ ประเมินการรับรู้ของประชาชนและสมาชิกเครือข่ายที่เขาสัมผัส หรือร่วมทำงานด้วย ต่อการปฏิรูประบบสุขภาพและการร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ แล้ว ผู้แทนมูลนิธิข้าวขวัญยังเห็นว่า คนทั่วไปยังมีการรับรู้ไม่มากนัก แม้แต่ในเมืองจังหวัดสุพรรณ มีการจัดงานเปิดเวทีสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด คนที่อยู่ในเมืองยังไม่ได้มาร่วมเลย ชาวบ้านที่ใกล้โรงแรมสองพันบุรี ยังไม่ได้เข้ามาร่วมในเวที หน่วยงานราชการและอีกหลายกลุ่มองค์กรยังไม่ได้รับรู้เรื่องนี้เท่าที่ควร ซึ่งผู้แทนมูลนิธิวิเคราะห์ว่า อาจมีสาเหตุมาจากผู้ประสานงานในการจัดงานในพื้นที่ ที่ยังไม่สามารถเผยแพร่ประชาสัมพันธ์กับคนในชุมชนได้อย่างทั่วถึง สิ่งที่ทางผู้แทนมูลนิธิข้าวขวัญห่วงใย คือ การเชิญชาวบ้านมานั่งฟังการอภิปรายในโรงแรมติดแอร์นั้น จะทำให้สิ่งที่ประชาชนรับรู้ “กลับไม่ใช่เนื้อหาที่ให้มานั่งฟัง แต่คนจะไปติดใจกับบรรยากาศ ความหรูหรา แอร์เย็นสบาย อาหารหรูๆ ความโอ่อ่า ต่าง แล้วก็เกิดความอยากมีอยากได้อย่างเขาบ้าง” ซึ่งนั่นจะทำให้กระบวนการผิดไปจากวัตถุประสงค์ ผู้แทนมูลนิธิ สะท้อนให้เห็นว่า “การจัดการแบบนี้มีอยู่ในทุกหน่วยงานราชการที่เชิญชาวบ้านมานั่งฟัง ถ้าเป็นเรื่องที่ใกล้ตัว อย่างส่งเสริมการเกษตร เขาก็จะรับรู้ได้มาก ถ้าไกลตัวเรื่องกฎหมาย เรื่องนโยบายอาจจะยากหน่อย” ซึ่งเท่ากับว่า ผิดเป้าหมายของการมาร่วมกระบวนการปฏิรูปสุขภาพที่คนที่เข้าร่วมเวทีอาจไม่ได้รับรู้เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ แต่กลายเป็นเรื่องเดิมที่ตนคุ้นเคยหรือ เรื่องอื่นๆ ที่ไม่นำไปสู่การสร้างสุขภาพให้กับตนเอง ครอบครัว หรือ ชุมชน

เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพชุมชนคนสุพรรณ

ผู้ที่ให้สัมภาษณ์จากเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพมีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ กับสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ และเครือข่ายของคณะทำงานจัดเวทีสมัชชาสุขภาพมาในระยะเวลาหนึ่ง จึงทำให้มีความรับรู้และเข้าใจเรื่องของการปฏิรูประบบสุขภาพด้วยการดึงพลังการมีส่วนร่วมในภาคประชาชน ตลอดจนการเปลี่ยนกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพ หากแต่ว่ายังไม่สามารถเจาะลึกลงไปได้ครบในทุกมิติ เนื่องจากการทำงานเน้นไปที่การสร้างเครือข่ายและจัดการ

ให้มีเวทีในระดับชุมชน ซึ่งดึงเอาจากประสบการณ์การทำงานที่มีร่วมกันแต่เดิม คือพื้นฐานการเป็นเครือข่ายกองทุนเพื่อสังคม (SIF) ปรากฏได้ว่า คณะทำงานในการจัดเวทีสมาชิกและการผลักดันเรื่องการปฏิรูปในภาคกลางนี้มีพื้นฐานดังกล่าวคล้ายๆ กัน และผู้ที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ เป็นวิทยากรชุมชนที่ผ่านการอบรมกระบวนการกลุ่มมาจาก SIF และ สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (LDI) ส่วนใหญ่คือ องค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งถูกดึงเข้ามาสู่กระบวนการด้วยความรู้จัก/ความสัมพันธ์ส่วนตัวที่มีอยู่เดิม ทำให้กลุ่มนี้มีฐานความรู้เกี่ยวกับกระบวนการปฏิรูปค่อนข้างดี

ชมรมคนรักสุขภาพราชบุรี

ชมรมคนรักสุขภาพราชบุรี เป็นกลุ่มที่เติบโตมาจากชมรมวิ่ง และชมรมจักรยาน อ.จอมบึง จังหวัดราชบุรี ซึ่งริเริ่มมาจากดำริของคนกลุ่มเล็กๆ ที่เป็นข้าราชการและอาจารย์จากสถาบันราชภัฏจอมบึงที่รวมตัวกันขึ้นเพื่อออกกำลังกาย เมื่อ 20 กว่าปีที่แล้ว การได้ชื่อว่าเป็นชมรมคนรักสุขภาพนั้นมาจากการที่ได้รับทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อการจัดกิจกรรมต่างๆ ตามที่เคยทำมา ทั้งนี้กิจกรรมของชมรมนี้ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแคในจังหวัดแต่มีสมาชิกเครือข่ายทั่วประเทศ

จากการพูดคุยพบว่าชมรมนี้ ยังมีความคลุมเครือในความเข้าใจกับการปฏิรูประบบสุขภาพ และกลไกของการปฏิรูปด้วยกระบวนการสมาชิก ทั้งๆ ที่เป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการ จักรยานระยะยาว เพื่อรวมพลใต้เบื้องพระยุคลบาท เพื่อนำกระบวนการจากภาคใต้เข้าสู่สมาชิกภาคกลาง และส่งต่อสู่สมาชิกสุขภาพแห่งชาติที่ศูนย์การประชุมไบเทค บางนา ในปีพ.ศ. 2545

สิ่งที่ชมรมทำอยู่แล้วได้รับการมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูป ซึ่งในส่วนนี้มีความคิดสลับไปมาระหว่างสิ่งที่ สสส.ดำเนินการและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากการพูดถึง หลักประกัน และการสร้างสุขภาพไปพร้อมๆ กัน “สิ่งที่เกิดขึ้นทำให้เราเกิดความมั่นใจในสิ่งที่เราทำมาอย่างยาวนาน พอมีนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นมา มี สสส. เกิดขึ้น ทำให้สิ่งเหล่านี้มีความจริงจังมากขึ้น มีแหล่งสนับสนุนมากขึ้น มีการติดตามประเมินผล ทั้งจำนวนประชากรที่เข้ามาสู่ระบบสุขภาพก็มากขึ้น”

ทางชมรมเชื่อว่า เดิมมีประชาชนรวมกันเพื่อออกกำลังกาย ก็มีการแลกเปลี่ยนรู้กัน แต่อาจไม่ได้รู้จริงทั้งหมด ตอนนั้นมีการเปลี่ยนวิธีคิดให้ รักษาสุขภาพ และมีการรณรงค์เพื่อสร้างสุขภาพ ก็น่าจะทำให้คนมีความรู้ใน “การออกกำลังกายเพื่อการพัฒนาชีวิต” มากขึ้น ไม่ใช่การทำตามเพื่อน หรือ แฟชั่น สิ่งที่ชมรมมองว่าเป็นกลไกสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ การรณรงค์ให้ความรู้กับประชาชน เอาความรู้ที่เชื่อถือได้มาบอกกันในวงกว้าง เช่น การรณรงค์ผ่านสื่อระดับชาติ การเข้าไปหาในจุดที่คนออกกำลังกาย เช่นในสวนสาธารณะ มีคลินิกสุขภาพเคลื่อนที่ลงไปหาประชาชนเป็นต้น อาจเป็นสิ่งที่ ชมรมทำอยู่แล้ว คือมีคลินิกสุขภาพ สมาพันธ์สุขภาพที่

ออกไปหาคนที่มีความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ไปพูดคุย และ ให้ความรู้ต่อประชาชนได้อย่างถูกต้อง

สิ่งที่สะท้อนจากผู้แทนชมรมที่ให้สัมภาษณ์ อีกเรื่องหนึ่ง คือ การถูก *claim* ว่ากิจกรรมที่เขาทำอยู่ เป็นผลพวงจากการปฏิรูป เมื่อทำการสัมภาษณ์เจาะลึกพบว่า ผู้แทนชมรมไม่ได้เข้าร่วมเวทีสมัชชา และค่อนข้างไม่สบายใจกับการที่สมัชชาไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของการสร้างสุขภาพได้ทั้งหมด

ผู้ให้สัมภาษณ์อีกท่านหนึ่งได้ร่วมทำการศึกษา ผลการดำเนินการการรวมพลังสร้างสุขภาพแล้ว พบว่า สื่อมวลชนให้ความสำคัญต่อกิจกรรมน้อย หนังสือพิมพ์ออกน้อย ภาคไหนแกนนำติดสื่อมวลชนได้ก็สามารถสื่อสารกับประชาชนส่วนใหญ่ได้ อย่างในภาคเหนือ การรับรู้จากสื่อสำคัญกว่า การรับรู้จากการกระทำ ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ทำแบบสอบถามสัมภาษณ์ประชาชน ก็พบว่า การรับรู้ และความเข้าใจต่อ เรื่อง “การสร้างนำช่อม” ซึ่งเป็นหัวใจของการปฏิรูปสุขภาพ นั้น มีน้อยมาก คือตอบถูกเพียง 20 % คนส่วนใหญ่ยังเข้าใจว่า การปฏิรูปเป็นเรื่องโครงการหลักประกันสุขภาพ หรือ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค คนของชมรมเองก็อยู่ในขบวนซีจียานทั้ง 5 สาย

โครงการสร้างเสริมสุขภาพและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ต.ดอนแร่

สมาชิกชุมชนสร้างเสริมสุขภาพและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ต.ดอนแร่ ส่วนใหญ่ไม่ทราบเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ หรือเรื่องการจัดเวทีสมัชชาแต่อย่างใด เนื่องจากแกนนำที่เป็นคณะทำงานสมัชชาพื้นที่ มีความเห็นว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องที่ซับซ้อนและไกลตัวสำหรับคนดอนแร่ จึงไม่ได้ให้สมาชิกกลุ่มเข้าร่วม เพราะเกรงว่าจะเกิดความสับสน คนดอนแร่เองโดยลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมท้องถิ่นก็มีลักษณะที่แยกตัวเองจากสังคมส่วนใหญ่ของราชบุรี (ผู้สัมภาษณ์เองสังเกตจากทัศนคติของคนราชบุรีในอำเภออื่นว่ามีอคติกับคนดอนแร่มาก) เมื่อทราบว่าผู้สัมภาษณ์จะเดินทางไปคุยกับคนที่ดอนแร่ จะมีคนแสดงความห่วงใยไม่คิดว่าจะต้องเข้าไปถึงที่นั่น) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ภายนอกชุมชนเป็นไปได้น้อย ยกเว้นเรื่องที่เข้ามาสู่ชุมชนโดยผ่านสื่อมวลชน โดยเฉพาะโทรทัศน์ ซึ่งในกรณีนี้ ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ได้รับทราบเรื่องเกี่ยวกับการปฏิรูปเท่าไร แต่แกนนำกลุ่มได้มีการกระจายข่าวให้ทราบ และพยายามปรับเปลี่ยนวิธีคิดผ่านการกระทำ เริ่มจากพยายามสนับสนุนการทำเกษตรปลอดสารพิษ พยายามสนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย และให้เยาวชนได้เรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

เครือข่ายลุ่มน้ำแม่กลอง จ.สมุทรสงคราม

การรับรู้ในเรื่องกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ สำหรับเครือข่ายนี้ อยู่ในเกณฑ์ที่มากพอสมควร เนื่องจากในกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์มีการวิเคราะห์ภาวะกระบวนการสมัชชาได้ ส่วนหนึ่ง

คาดว่าเครือข่ายกลุ่มนี้คลุกคลีกับปัญหาของคนในท้องถิ่นที่เป็นผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลง ในสภาวะแวดล้อม ที่มีปฏิริยาถูกใช้มาจากการจัดการทรัพยากรทางธรรมชาติที่ไม่เหมาะสมและ นโยบายสาธารณะที่ไม่เป็นธรรม สมาชิกในเครือข่ายมีประสบการณ์การร่วมเวทีกับสปรศ. และ สรรส. ในหลาย ประเด็นด้วยกัน อย่างท่านหนึ่งเป็นพ่อค้าขายหอยทอดและทำประมง ได้เคยไป ร่วมงานกับ สปรศ. เรื่องการผลักดันพรบ. และ มีส่วนร่วมในเวทีนโยบายสาธารณะด้วย เขาได้ สะท้อนว่ามีหลายอย่างที่จะการปฏิรูปนี้จะเป็นประโยชน์กับประชาชน “ถ้ารัฐบาลไม่นำเข้าสารพิษ เนี่ย ผมว่าเรื่องการรักษาพยาบาลหรือการเกิดโรคมันจะน้อยลง มันเหมือนกับว่าตอนนี้รัฐบาลเอง ทางสาธารณสุขเอง ฉวยเอาโครงการชาวบ้านไปไหม นวดแผนโบราณเนี่ย ตอนนี้อย่าใครเปิดนวด แผนโบราณ ไม่จดทะเบียนผิดกฎหมายนะ นี่มันมีอยู่แล้ว แล้วเขามาหยิบเอาไป เมื่อประมาณปีที่ แล้ว เราเสนอเข้าภูมิปัญญาชาวบ้านให้กับ สปรศ. เพราะบางอย่างรัฐบาลก็เป็นนักหยิบฉวย ... ผมว่า จริงๆ แล้วมันน่าจะรวมกลุ่มกัน”

สมาชิกเครือข่ายมองว่า ประเด็นสำคัญไม่ว่าจะเป็นการปฏิรูปอะไรก็ตามต้องปฏิรูปวิธีคิด และคงต้องไม่ใช่วิธีคิดแบบแยกส่วน เพราะเรื่องที่เขาทำกันอยู่ก็มีลำดับความสำคัญที่ใครจะอ้าง หรือเอาไปเชื่อมโยงให้เห็นว่ามันมีผลกระทบเป็นปฏิริยาถูกใช้อย่างไร เรื่องการจัดการน้ำ เรื่อง การสร้างมอเตอร์เวย์ผ่านอ่าว เพื่อประโยชน์ของคนกลุ่มน้อย และ โครงการสาธารณะต่างๆ นั้น ก็ เป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นเรื่องของวิถีชีวิตคน คนทำงานในแต่ละด้านเองก็สามารถใช้เวทีต่างๆ เป็นที่นำเสนอประเด็นได้ บางเรื่องเป็นเรื่องสิทธิที่ต้องเอากรรมการสิทธิ มาคุย แล้วเวทีอื่นก็ สามารถใช้ตามได้ กลุ่มนี้ทำงานใกล้ชิดกับกลุ่มศึกษาผลกระทบของนโยบายสาธารณะต่อสุขภาพ (HIA) ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นอย่างมาก

ในเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับการสร้างนาซ่อม กลุ่มนี้ค่อนข้างตระหนักดี และงานที่เขา เคลื่อนไหวนั้นเป็นงานที่เกี่ยวกับการป้องกันความเจ็บป่วย แต่ทั้งนี้ในเรื่องของนโยบายสาธารณะ เขายังคิดว่ารัฐยังเป็นกลไกสำคัญในการทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งเขา สามารถเชื่อมโยงได้หลายปัญหาสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้คนสุขภาพทรุดโทรม เป็นโรค หรือแม้แต่ ความเสี่ยงในการบริโภค ซึ่งเกี่ยวข้องไปถึงนโยบายในการควบคุมระบบโรงงาน การควบคุมมลพิษ ปัญหามอเตอร์เวย์ ว่ามีผลกระทบต่อแหล่งทรัพยากรอาหารที่สำคัญของคนไทยทั้งประเทศอย่างไร โดยเฉพาะแหล่งอาหารที่อยู่รอบบริเวณอ่าวไทย คนที่ทำประมงเองไม่เห็นด้วยกับการทำโรงงาน ใกล้กับแหล่งประมง ซึ่งเขาไม่ได้มองเพียงการสูญเสียเรื่องราวได้หรืออาชีพ แต่หมายถึงวิถีชีวิต ของคนทั้งชุมชน แนวความคิดของเครือข่ายนี้ค่อนข้างก้าวหน้า เห็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อ สุขภาพ และสามารถมองเห็นแนวทางในการลดปัญหา ที่ต้องเริ่มจากนโยบายของรัฐ และการ ปรับเปลี่ยนวิธีคิดของคนในประเทศ

4.3 การมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพ (ตามความเข้าใจของผู้ให้สัมภาษณ์)

โครงการนำร่องเกษตรยั่งยืน

กลุ่มนี้มองว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการทำเกษตรยั่งยืนต้องมีผลกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของคนในสังคม หรือ อย่างน้อยในชุมชนและคนใกล้ชิดที่ทำเกษตรยั่งยืนร่วมกัน เนื่องจากสมาชิกกลุ่มนี้มีมุมมองที่ชัดเจนว่า การปรับเปลี่ยนกระบวนการผลิตนี้ สามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และหากมีกำลังมากพอก็จะเปลี่ยนเชิงนโยบายได้ ดังที่สะท้อนในคำสนทนาดังนี้

“การปฏิรูปของพวกเรา เน้นไปที่อาหาร ความเป็นอยู่ทั้งหมดไม่แยกส่วน”

“สิ่งที่พวกเราทำอยู่ คือ 1. ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม 2. ลดต้นทุนการผลิต 3. ให้ผลผลิตปลอดภัย เกษตรของเราไม่ได้อยู่แค่เรื่องเกษตร แต่รวมความกว้างไปที่ครอบครัว ... เราต้องการให้ครอบครัวอยู่ดีมีสุข ชุมชนก็ต้องอยู่ดีมีสุขด้วย ... คนภายนอกอาจมองว่าเกษตรยั่งยืน ต้องทำเกษตรอย่างเดียว แต่เราไม่ได้มองว่าเกษตรอย่างเดียวที่จะทำให้พวกเรายั่งยืนได้ เราต้องมีความเป็นอยู่ที่ดี มีฐานะครอบครัวที่พออยู่ได้ แล้วสังคมก็ต้องมีด้วย วัฒนธรรมก็ต้องเกิดขึ้น สิ่งแวดล้อมก็ต้องมาด้วย ชุมชนก็ต้องเกิดความเข้มแข็ง ที่จะมารวมกัน ไม่ใช่แค่ชุมชน มันต้องมีเครือข่ายรอบๆ ข้าง ... คนที่เป็นผู้บริโภคก็ต้องร่วมด้วย ... ถ้าสามารถเป็นนโยบายที่จะให้รัฐไปบอกประชาชนได้ทั่วประเทศ มันก็จะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต แต่ตอนนี้ยังไม่ถึงขั้นนั้น ... เกษตรยั่งยืน มันต้องทำให้อยู่รอดด้วยันทุกคน พออยู่พอกิน สุขภาพดี แข็งแรง เกื้อกูลกัน” ในประเด็นนี้สมาชิกส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่า มันมีการปฏิรูปเกิดขึ้นแล้วในวิถีปฏิบัติของเขา แต่เขาไม่ทราบว่า จะเรียกว่ามันเป็นปฏิรูปสุขภาพได้หรือไม่

สมาชิกจากจังหวัดอยุธยา ท่านหนึ่ง กล่าวว่า “การปฏิรูประบบสุขภาพของพวกเรา อาจจะเป็นการใช้ฐานการปฏิรูประบบการผลิต การเปลี่ยนวิถีชีวิต ก็คือ การเปลี่ยนจากระบบการผลิต มาเป็นแบบเดิมที่รุ่นปู่ย่าทำเป็น ‘ระบบการผลิตเพื่อชีวิต’ เพื่อกินเพื่ออยู่แบบพอเพียง ... การเปลี่ยนวิถีการผลิตก็คือการเปลี่ยนวิถีชีวิต ก็คือ การปฏิรูปสุขภาพ”

แกนนำจากสุพรรณ กล่าวว่า “พวกเราไม่ได้ทำแค่เพื่อเกษตรยั่งยืน เพื่อเป็นนโยบาย แต่ว่าอยากทำให้เป็นแบบอย่าง มีทั้งแผนการผลิต มีความคิดที่ดีให้กับชุมชน ลูกหลานที่เกิดมาข้างหน้า วัฒนธรรมที่จะสูญหายไป ตอนนี้ก็ต้องเริ่มฟื้นฟู การปรับวิถีชีวิตก็เท่ากับปรับทั้งระบบ ก็มีการใช้พิธีกรรมมาเป็นสื่อ เพื่อปฏิรูปสุขภาพจิต ที่เราเอาคนมารวมกันในพิธี (เช่นทำขวัญข้าว แรกนาขวัญ พิธีเกี่ยว) เพื่อให้เขาได้เรียนรู้การทำข้าวปลอดภัย เราก็สื่อกันได้”

มีสมาชิกในกลุ่มเกษตรยั่งยืนเห็นว่า **การปฏิรูปของเขาเป็นการเชื่อมโยงกับชีวิตทั้งหมด ตั้งแต่ระบบคิด วิธีการปฏิบัติ และความพยายามที่จะให้ยั่งยืนสืบทอดไปยังลูกหลานได้ ด้วยวัฒนธรรม** เขาคิดว่ากิจกรรมที่ทำนั้นช่วยให้เกิดเครือข่ายและความตระหนักในคุณค่าของการทำงานร่วมกัน เพื่อให้สังคมทั้งสังคมอยู่รอด ซึ่งทางกลุ่มยังไม่ทราบว่าจะดีความเป็นเรื่องสุขภาพได้หรือไม่ แต่เขาคิดว่าเขามาถูกทาง ดังที่มีการสะท้อนในการเสวนา ว่า “... เราก็ต้องวางแผน จัดการ ว่าจะทำอย่างไร ไม่ต้องรอพึ่งรัฐบาลทั้งหมด การเข้ามาร่วมโครงการนำร่องก็เป็นการสร้างระบบคิด ซึ่งเมื่อก่อนไม่ค่อยมีการคิดอย่างเป็นระบบ คิดกันไม่เป็น ไม่มีวิธีคิด พอเริ่มทำกิจกรรมเราเริ่มที่จะมีการคิดเป็นระบบมากขึ้น และอีกอย่างคือ เรา เจอปัญหา และอุปสรรคตลอด เลยทำให้เราปรับความคิดตรงนี้ กระบวนการ การเรียนรู้ที่เรามาร่วมกิจกรรมกัน และการที่ได้เรียนรู้ความคิดในเชิงระบบ จะตอบคำถามเรื่องสุขภาพได้หรือไม่รู้”

ส่วนในอีกด้านหนึ่ง สมาชิกทุกท่านเล็งเห็นว่า โครงการสามสิบบาท เป็นการปฏิรูปสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

แต่สิ่งที่สมาชิกกลุ่มนี้ต้องการเห็น ถ้าจะให้มีการปฏิรูปให้ถึงแก่นจริงๆ เขาต้องการเห็นว่าการปฏิรูปตรงนั้นจะต้องทำให้เกิด “การที่จะให้คนมีสุขภาพที่ดี โรงพยาบาลก็ไม่จำเป็นต้องมี ไม่ต้องไปหาหมอ โครงการนำร่องที่พวกเราทำกันอยู่ก็คือ ต้องการให้สุขภาพเราดี ไม่ใช่แค่ปฏิรูป 30 บาท ปฏิรูประบบ คือเราไม่ต้องไปหาหมอ ต้องแก้กันที่ต้นเหตุ ซึ่งก็ต้องคิดร่วมกัน ประณีประนอมค่อยเป็นค่อยไป ให้คนอื่น ๆ เห็นฐานคิดร่วมกันกับเราด้วย กระทรวงเกษตรต้องหยุดซื้อสารเคมีนำเข้า ... ถ้าจะแก้เรื่องสุขภาพต้องมาแก้ที่รัฐบาล จะแก้ที่ชาวบ้านโดยตรงไม่ได้ ในเรื่องการที่ป่วยแล้วไปหาหมอ ไม่ใช่คำตอบ การไปหาหมอคือปลายเหตุ เราต้องการสร้างอาหาร สร้างความเป็นอยู่เพื่อสุขภาพ ไม่ใช่เรื่องการเข้าถึง ไม่ใช่เรื่องของการรักษาพยาบาล การไปหาหมอคือการบรรเทาอาการเจ็บป่วย ไม่ใช่การแก้ ต้องแก้ที่การกินการอยู่ การหลับนอน สิ่งแวดล้อม เริ่มต้นจากราก”

สมาชิกจังหวัดกาญจนบุรีกล่าวเสริมเรื่องการสร้างสุขภาพ และการดูแลตามแบบพื้นบ้านว่า “การกินเป็นเรื่องการสร้างสุขภาพ เราต้องฟื้นความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เราใช้กันมาก่อนแล้ว แต่ว่าต้องมาค้นพบร่วมกันใหม่ การรวมกลุ่มตรงนี้ก็เลยทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สมุนไพรมันมีทั้งพืช และสัตว์ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ใช้ตัวเดียวกันไม่ได้แยก จริงๆ คือเรื่องเดียวกัน เป็นองค์รวมไม่แยกส่วน อย่างเรื่องบัตรทอง ชาวบ้านกลุ่มนี้ไม่ค่อยได้ใช้ เพราะให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลาไป (เขาดูแลกันเองอยู่แล้ว)”

เรื่องการปฏิรูปอย่างเป็นระบบนี้ มีข้อน่าสนใจที่กลุ่มนี้ ให้ความหมายไว้ชัดเจนว่ามันคือการ เชื่อมโยงทั้งหมดทุกเรื่อง แม้กระทั่งสมาชิกที่ทำกลุ่มออมทรัพย์ ซึ่งบอกว่ายังคิดไม่ถึงเรื่องสุขภาพ ก็มีความพยายาม ที่เชื่อมโยงให้เห็นว่า “กลุ่มทำงานไม่รู้ว่าจะเกี่ยวสุขภาพโดยตรงไหม ยังไม่

เกี่ยว แต่ว่าสามารถลดต้นทุนการผลิตได้ ‘**สุขภาพหนี้**’ ถ้าเรามีหนี้สิน เราก็เกิดความเครียด เลยมีผลต่อจิตใจ ทุกเรื่องก็ไปได้หมด ถ้าเราไปผ่อนคลายเรื่องสุขภาพใจ โดยใช้กิจกรรมลดต้นทุน ทำให้หนี้ลดลง (สมาชิกเห็นร่วมกัน ว่า มันคือ ต้นกำเนิด ถึงสุขภาพ) มันก็ช่วยสุขภาพใจ ... สิ่งเหล่านี้คือชัดในเรื่องของสุขภาพใจ”

มูลนิธิข้าวขวัญ

ประเด็นสำคัญที่มูลนิธิข้าวขวัญ ดำเนินการอยู่และเกี่ยวข้องกับปฏิรูประบบสุขภาพในมิติใหม่ นั่นคือ **การทำเกษตรเอื้อสุขภาพ** และการให้ความรู้กับเกษตรกรในการทำการเกษตรที่ยั่งยืน ซึ่งเป็นเรื่องที่มูลนิธิทำมานานแล้ว แกนนำของมูลนิธิกล่าวว่าในช่วงแรกอาจจะไม่ได้คิดเรื่อง สุขภาพโดยตรง แต่เวลาทำงานกว่า 20 ปีเขาก็พบว่าตัวเองมีสุขภาพดีขึ้น เครือข่ายมีสุขภาพดี เขาไม่ต้องใช้สารเคมีในการทำการเกษตร ซึ่งสิ่งที่มูลนิธิทำเป็น**การปรับเปลี่ยนวิถีคิดของการผลิตเพื่อขาย มาเป็นผลิตเพื่อกินอยู่ ต้องใช้ปัจจัยทางสังคม** และอื่นๆ เข้าช่วย การทำงานของมูลนิธิ ก็ถูกตีความได้ว่าเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพในมิติที่มีการรณรงค์อยู่ แต่ไม่ใช่สิ่งใหม่ที่เกิดขึ้น หลังจากมีการปรับแนวคิดเรื่องสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของมูลนิธินั้นเป็นไปตามกลไกของเครือข่ายที่เคารู้จักกัน

เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพชุมชนคนสุพรรณ

บทบาทในการขับเคลื่อนการปฏิรูปที่เป็นรูปธรรมที่เครือข่ายนี้เข้าไปดำเนินการ คือ การกระตุ้นให้เกิดแนวความคิดและการสร้างให้เกิดการเรียนรู้ ต้องดำเนินการในการประสานคนที่เกี่ยวข้องกับประเด็น กับกลุ่มเดิมที่เคยทำงานตั้งแต่เวที ร่างพ.ร.บ.สุขภาพ ซึ่งก็คิดว่า ได้ทำการขยายและเชื่อมเครือข่ายได้ผลไปพอสมควร เพราะในส่วนสมัชชาสุขภาพภาคกลาง ภาคตะวันออก และ ตะวันตก ทางโครงการได้รวบรวมเครือข่ายจาก 26 จังหวัด เป็นกลุ่มเกษตร กลุ่ม SIF เดิม และองค์กรพัฒนาชุมชนต่างๆ กับกลุ่มเกษตรกรธรรมชาติ “เราเปลี่ยนกลไกประสาน ที่เดิมเคยใช้ กลไกของสาธารณสุข มี อสม. เป็นหลักและการใช้องค์กรพัฒนาชุมชน ... โดยการจัดเวทีย่อยของเราเอง 4-5 ครั้ง จึงรู้ว่ามีหมอพื้นบ้านในพื้นที่เยอะมาก เลยเกิดเป็นรวมกลุ่ม ชุมชนแพทย์แผนไทยได้อีกกลุ่มหนึ่งด้วย” ต่อมาชมรมแพทย์แผนไทย เป็นศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ซึ่งไปรวมเวทีสมัชชาสุขภาพ และได้เครือข่ายจากจังหวัดอื่นๆ ต่อไป จนปัจจุบันทางโครงการได้ขอทุนสนับสนุนจาก สสส. เพื่อขยายผลให้กลุ่มนี้ได้เรียนรู้จากจังหวัดอื่น และหน่วยงานอื่น เช่น โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศ เป็นต้น ส่วนประเด็นเรื่องแม่น้ำ ทางโครงการฯ เอง ให้ข้อมูลว่าเป็นผู้เชื่อมโยงประสานกับชมรมรักแม่น้ำต่างๆ และก็มี การดำเนินการของตนเองด้วย

อีกด้านหนึ่งที่เครือข่ายสร้างสุขภาพฯ ให้ข้อมูลว่าได้มีส่วนเกี่ยวข้องในการขยายผลการทำงานให้นำไปสู่การปฏิรูปสุขภาพคือ การได้เรียนรู้จากเวทีสมัชชาที่เป็นกลุ่มบัณฑิตกองทุนที่ไปค้นหาสิ่งดีๆ ภาควิชาสุขภาพ ว่ามีคนพิการในพื้นที่จำนวนมาก ซึ่งทางโครงการพยายามหาทางเชื่อมกับทางสำนักงานกองทุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพราะในเวทีสมัชชานั้น ผู้พิการส่วนใหญ่ไม่ได้ไปร่วมเวที นอกจากนั้นยังมีการพยายามจัดให้คนในชุมชนเมืองเป็นชุมชนนำอยู่ ซึ่งได้รับทุนจากสสส. เช่นกัน และการทำวิทยุชุมชนเพื่อสื่อสารประชาสัมพันธ์และสร้างเครือข่ายของคนในจังหวัดและบริเวณใกล้เคียง

ชมรมคนรักสุขภาพราชบุรี

ผู้ให้สัมภาษณ์ อธิบายว่า สิ่งที่คนในชมรมทำอยู่ทุกวันนี้ (ส่งเสริมการออกกำลังกาย) คือ การปฏิรูปอยู่แล้ว “คนในชมรมคือกลไกสำคัญของกระบวนการปฏิรูปที่ทำกันอยู่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ควรละเลย ควรเสริมให้เพราะเขาทำกันอยู่แล้ว เขาทำกันมา 30-40 ปี ส่วนมากอยู่ในพื้นที่ที่จำกัด เขาไม่รู้ว่าสิ่งที่ทำเป็นที่ยอมรับกับชุมชนอื่น กับสังคมแค่ไหน บางทีกระบวนการที่เราทำด้วยกัน ที่เราค้นหาสิ่งที่ดีนั้นก็ต้องไปประชาสัมพันธ์ เป็นการให้ความเชื่อมั่นในสิ่งที่เขาทำ”

บทบาทของผู้แทนโครงการนี้ ในฐานะที่เข้าร่วมเคลื่อนไหวในเรื่องการผลักดันให้มีพระราชบัญญัติสุขภาพ ผู้แทนชี้แจงให้ทราบว่า มีส่วนร่วมตั้งแต่ในกระบวนการร่างพรบ.ในระดับพื้นที่ คือในช่วงการจัดเวทีระดมความคิดเห็น ได้ประสานงานกับสมัชชาระดับชาติ ได้เข้าร่วมในกระบวนการ “ประชาพิจารณ์” (ตามคำพูดของผู้ให้สัมภาษณ์) และร่วมรวบรวมรายชื่อ 5 ล้านชื่อเสนอต่อรัฐบาล อีกระดับหนึ่งในพื้นที่เองชมรมนี้ก็ได้ทำงานร่วมกัน ประสาน/แกนนำคณะทำงานฯ ภาควิชากลาง ตั้งแต่ประชาคมของชมรมราชบุรี ที่ทำเรื่องอื่นร่วมกันมาก่อนเรื่องสุขภาพ พอขอร้องให้ทางชมรมช่วยรวมพลัง สนับสนุนพรบ.ด้วยการชี้จักรยาน ชมรมก็อาศัยเพื่อนสมาชิกที่มีอยู่แล้วมาร่วมกันทำกิจกรรมให้กับกระบวนการปฏิรูปที่ผ่านมา

จากมุมมองของผู้ให้สัมภาษณ์ คิดว่ากลไกสำคัญในการปฏิรูปคือ “คน” ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงาน องค์กร หรือ ใครก็ตาม ไม่ควรละเลย ควรจะเสริมให้ และคิดว่า การเอาคนเข้ามาร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพเป็นเรื่องที่จำเป็น เพราะว่า “แทนที่เขาจะอยู่กันเป็นชมรมเดียวมา 5-10 ปี วันหนึ่งก็มีภาควิชา มีสมัชชาเกิดขึ้น เขาก็ได้คำตอบเดียวกัน เป็นลูกโซ่ งานที่เราประชุมกันเรื่อยๆ ก็เหมือนสมัชชากลายๆ เพราะมีชมรมวิง ที่วิ่งมาจากทั่วประเทศเกือบ 200 ชมรม มีคนมาประมาณ 5,000 คน ... เป็นคนที่มาหลากหลายมารวมกัน เป็นการรวมกันโดยการนัดหมาย แต่ไม่ได้บังคับ”

นอกจากนี้ผู้แทนชมรมยังให้ข้อคิดอีกประการเรื่องการปฏิรูปว่า “การปฏิรูปต้องอย่าทิ้งฐานเดิม องค์กรเดิมที่ทำอยู่ ระบบราชการไทยมันจะสร้างของใหม่ ลืมของเก่า สร้างของใหม่ขึ้นมาแล้วก็มาบอกว่าตัวเองเป็นคนสร้าง”

โครงการสร้างเสริมสุขภาพและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ต.ดอนแร่

กลุ่มนี้ดูเหมือนจะไม่มีส่วนในการปฏิรูประบบสุขภาพเท่าใดนัก นอกจากแกนนำของกลุ่ม ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมวิทยากรกระบวนการและเป็นผู้นำกิจกรรมในหลายๆ ด้าน สมาชิกส่วนใหญ่ของโครงการมีกิจกรรมที่อาจเรียกว่าเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลักคิดที่แกนนำกลุ่มได้รับมาจากไปปฏิสัมพันธ์กับหลายหน่วยงานและหลายองค์กร หากแต่ว่ากลุ่มนี้เพิ่งมีกิจกรรมได้ไม่นาน และบางส่วนของกิจกรรมต้องหยุดไป เนื่องจากขาดทรัพยากรในการสนับสนุนการทำกิจกรรม เช่น กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดเยาวชนในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและการดูแลสุขภาพด้วยการเล่นกีฬา ซึ่งอาศัยพื้นที่ในโรงเรียน-วัดของชุมชน มีการมาเล่นฟุตบอลร่วมกัน วันอาทิตย์ มีวงสนทนา ระหว่างผู้สูงอายุกับเยาวชน เป็นการถ่ายทอดภูมิปัญญาพื้นบ้านที่กำลังจะสูญหายไปจากชุมชน นอกจากนั้นเยาวชนยังได้ออกไปนอกพื้นที่ไปเรียนรู้ทัศนศึกษาเรื่องป่าชายเลน ป่าสมุนไพร และพิพิธภัณฑ์ เพื่อให้เกิดความคิด ที่จะกลับมาทำอะไรร่วมกันให้เกิดขึ้นในชุมชน เยาวชนที่ให้สัมภาษณ์ เล็งเห็นประโยชน์ของกิจกรรมเหล่านี้ และคิดว่าอย่างน้อยก็ทำให้เขารู้จักคนมากขึ้นเพราะกิจกรรมที่ทำส่วนใหญ่เยาวชนจะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน กับคนอื่นๆ นอกพื้นที่ ด้วย ซึ่งผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์เองก็สนับสนุน เพราะทำให้หมู่บ้านมีความรัก สามัคคีมากขึ้น ปัญหาเสพติดก็หายไป

ในส่วนของผู้สูงอายุเองก็มีกิจกรรมในการออกกำลังกายเช่นกัน โดยเฉพาะตอนเช้า ผู้ให้สัมภาษณ์ ให้ข้อสังเกตว่า สุขภาพของผู้สูงอายุในหมู่บ้านดีขึ้น และมีความมั่นใจในตนเองขึ้น เนื่องจากก่อนที่จะมีโครงการดังกล่าว ผู้สูงอายุ ทั้งหญิงและชาย มักจะเก็บตัวอยู่กับบ้าน ไม่ค่อยทำอะไรพักผ่อนกันไป แต่พอได้ร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย ก็รู้สึก ว่า พวกเขา “เอาใจใส่ตัวเองมากขึ้น ผู้สูงอายุแต่ก่อนไม่กล้า ที่จะมาแสดงออก แต่ตอนนี้เห็นแล้ว ออกมาเดินกันเข้าๆ ไม่อายเหมือนเมื่อก่อน เดิมก็คิดว่า แค่งานา ทำไรก็เป็นการทำงานกลางแจ้งแล้ว แต่มันไม่ใช่อย่างนั้นนะ เมื่อก่อนหมอมอบอกให้ยกแขน ทางแขนออกกำลังกาย ใ้ย อะไรก็ไม่เอา อาย เดี่ยวนี้ไม่ต้องเลย” ซึ่งในกรณีนี้แกนนำเล่าให้ฟังว่า มีเจ้าหน้าที่พยาบาลมาเป็นพี่เลี้ยงให้ และช่วยตรวจสุขภาพด้วย ผู้สูงอายุเองยังกล่าวว่า “เดี๋ยวนี้เวลาทำกิจกรรมอะไรก็ต้องมีสวดมนต์ด้วย” ทำให้ผู้สูงอายุชอบเพราะปกติได้ไปวัดทุกวันพระ พอมีกิจกรรมแบบนี้ ลูกหลานก็เห็นคุณค่า

สมาชิกอีกด้านหนึ่งของโครงการนี้คือการทำนา ทำเกษตร แบบไร้สาร ซึ่งทางโครงการฯ พยายามปรับวิถีคิดของชาวบ้านในการทำเกษตรปลอดสาร มีผู้เข้าร่วมแนวคิด และพยายามทำอยู่บางส่วนแต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เพราะยังมีชาวบ้านจำนวนมากไม่เห็นประโยชน์ของการทำเกษตรในลักษณะดังกล่าวทั้งที่มีการส่งเสริม อบรม ให้งาน จากที่อื่น ก็ไม่เห็นความสำคัญ

ส่วนคนที่ได้ทดลองทำก็พบว่าตัวเองสุขภาพดีขึ้น แต่ก็ด้านกระแสน้ำในบ้านไม่ไหว ยังเป็นห่วงเช่นกันว่าตัวเองจะไม่ประสบความสำเร็จอย่างที่ตั้งใจไว้

ปัจจุบัน หลายๆ กิจกรรมของโครงการได้เลิกไป เนื่องจากขาดทุนทรัพย์ โดยเฉพาะในการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้นอกชุมชน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง เยาวชนที่เคยร่วมโครงการก็มีแค่มาร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย แทนนำกำลังศึกษาอยู่ว่าจะทำให้ ประเด็นเรื่องการสร้างสุขภาพเกิดขึ้นจริงได้อย่างไร และพยายามสร้างวิถีคิดใหม่ให้ชุมชนยอมรับและร่วมกันผลักดันให้เกิดชุมชนสุขภาพให้ได้ ซึ่งก็นับว่าเป็นความพยายามที่จะนำไปสู่การปฏิรูปในบริบทที่เขาทำได้ โดยเฉพาะการเน้นที่การเปลี่ยนวิถีคิดและสร้างจิตสำนึกให้เกิดกับชุมชน ที่ดูเหมือนจะประสบความสำเร็จมากกว่ากิจกรรมอื่นๆ คือ **กลุ่มผู้สูงอายุ กับการอนุรักษ์วัฒนธรรมท้องถิ่น** มีการแลกเปลี่ยนเรื่องภูมิปัญญาชาวบ้าน พัฒนาความรู้เพื่ออนุรักษ์วัฒนธรรมผ่านวัด พระและผู้สูงอายุ ซึ่งตอนนี้ได้มีการเก็บรวบรวมตำรายาโบราณของชุมชนดอนแร่ที่เป็นภาษาลาวเขียนแสน และเก็บรักษาวัฒนธรรมไทย-ญวน ของชุมชนดั้งเดิมอย่างศิลปภายในวัด ลักษณะโครงสร้างโบสถ์และบ้านเรือน

เครือข่ายลุ่มน้ำแม่กลอง จ.สมุทรสงคราม

สมาชิกเครือข่ายที่ให้การสัมภาษณ์นั้นเป็นผู้ที่เข้ามารวมตัวเป็นเครือข่ายด้วยความหลากหลายในภูมิหลัง มีความตระหนักในปัญหาสิ่งแวดล้อมร่วมกัน และมารวมกันเพราะ**อยากเห็นสังคมที่ดี** ในทุกกิจกรรมที่เครือข่ายทำเป็นส่วนสำคัญสำหรับการปฏิรูปเพื่อสร้างสุขภาพทั้งในระดับนโยบาย องค์กร เครือข่าย ชุมชน และบุคคลที่เข้าร่วมกิจกรรม เขาคิดว่า สิ่งที่เขาทำร่วมกันเป็นเครือข่ายนั้น มีประโยชน์ทั้งต่อสังคม และในครอบครัว ชีวิตประจำวันของตน เช่น สมาชิกท่านหนึ่ง ได้เข้ามารวมแก้ปัญหาผลกระทบกับเครือข่าย ก็รู้สึกว่าเขาเครียดน้อยลง ไม่ได้ทำอยู่คนเดียว และได้เรียนรู้วิธีการทำงานใหม่ มีการวิเคราะห์ พูดคุยถึงผลดีผลเสียของการทำงานร่วมกัน อีกท่านหนึ่งก็คิดว่าการศึกษาปัญหาเรื่องมอเตอร์เวย์ ทำให้เขาเห็นปัญหาชัดเจนขึ้น มีเหตุผล หลักการ **เห็นความไม่ถูกต้องในสังคมทำให้เขาเป็นคนที่ห่วงใยสังคมมากขึ้น** บางท่านกล่าวว่าทำให้เกิดความตระหนัก **“รักบ้านเกิด”** ทำให้เข้าใจว่าระบบการเรียนที่ผ่านมาในโรงเรียนได้ทำให้เขารู้สึกแปลกแยกกับสังคม และเห็นว่าความร่ำรวยในทรัพย์สินไม่ได้สร้างความสุขให้กับตัวเอง **เมื่อมาทำงานเครือข่ายเพื่อคนในสังคมก็พบว่าเขามีความสามารถสร้างสังคมที่มีความสุข เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ได้** แทนนำของเครือข่ายเองก็เห็นความแตกต่างเมื่อมีการตั้งกลุ่มเป็นชมรม (ตั้งแต่ปี 2542) ทำให้ชาวบ้านมีความรู้มากขึ้น ตัวเขาเองก็เข้าใจมากขึ้นและสามารถจัดระบบความรู้นั้นมาถ่ายทอดให้กันและกันฟัง เกิดเป็นสังคมที่ห่วงใยกันและกัน เพื่อนสมาชิกเครือข่ายจากต่างถิ่นก็เป็นเพื่อนกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

คนที่เคยทำงานอนุรักษ์ลุ่มน้ำทั้ง 5 สาย ก็มาคุยกันได้เพื่ออนุรักษ์ลุ่มน้ำไทย ทำให้วิเคราะห์เห็น ปัญหาที่เชื่อมโยงไปกับการเมืองระดับชาติทำให้ต้องมีการเคลื่อนไหวอย่างเป็นรูปธรรม

สิ่งที่สมาชิกเครือข่าย “คิดและทำร่วมกัน” นั้นไม่อาจบอกได้ว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับการ ปฏิรูประบบสุขภาพโดยตรง แต่**สิ่งที่เขาคิดและทำ นั้นคือการปฏิรูปในตัวเอง** ในกระบวนการ คิด ปฏิบัติ การเข้าใจและรับรู้ปัญหาอย่างลึกซึ้ง และสามารถขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง เพื่อแก้ปัญหาที่จะเชื่อมโยงไปสู่ผลอื่นๆ ไม่ว่าทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและ สุขภาพของคนในชุมชน ในสังคมส่วนรวมร่วมกัน ทางเครือข่ายมีประเด็นหลักที่สำคัญของตนเอง และมีกลไกของเครือข่ายที่เข้มแข็งสามารถสร้างสุขภาวะให้กับคนในชุมชนในทุกด้าน

4.4 การมีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

โครงการนาร่องเกษตรยั่งยืน

สมาชิกในกลุ่มโครงการนาร่องเกษตรยั่งยืน บางส่วนได้เข้าร่วมเวที ในระดับท้องถิ่น และมี เพียงแกนนำหนึ่งท่านที่ได้เข้าร่วมในเวทีสมัชชาชาติในปี 2545 พวกเขาเล็งเห็นว่า **สมัชชาเป็น เวทีที่สร้างการรับรู้ ที่ไม่สามารถเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือวิถีคิดได้** ดังการแสดงความคิดเห็น ข้างล่างนี้

“เวทีนี้ได้ (การขับเคลื่อนการปฏิรูป) เพียงส่วนหนึ่ง ในเวทีนั้นเป็นเพียงการรับรู้ ไม่มี กระบวนการเรียนรู้”

“เราไม่ได้หมายความว่าตรงนั้นจะเป็นคำตอบได้ในเวทีสมัชชา ถ้าไม่สามารถที่จะไป เคลื่อนเปลี่ยนวิถีชีวิตให้กับชาวบ้าน เป็นเพียงการรับรู้เท่านั้น”

“พอพูดถึงพระราชบัญญัติ เราก็งง เพราะเราเป็นชาวบ้าน เราไม่เข้าใจภาษาวิชาการ เรา เข้าใจภาษาวิถีชีวิต”

“ได้อ่าน (พ.ร.บ.) แต่ว่าอ่านแล้วก็ไม่เข้าใจเท่าไร เรื่องกฎหมายชาวบ้านหลายคนก็ยังไม่รู้ พระราชบัญญัติร่างขึ้นมาในวันสมัชชานั้นบางข้อบางมาตราตรงกับกิจกรรมที่เราทำอยู่ เราก็เอา ไปสอดคล้องกันได้ ... ”

“พระราชบัญญัติสุขภาพมันกว้างไป ถ้าเป็น พระราชบัญญัติเรื่องอาหาร เกษตร สารเคมี วิทย์ชุมชน หรืออะไรอย่างๆ ก็ที่น่าสนใจ ... กลุ่มเกษตรทางเลือกสนใจตรงที่ให้เราไปมีส่วนร่วม แต่ในตอนร่างพระราชบัญญัติเราไม่เข้าใจ จริงๆ เราก็ไม่รู้ว่พระราชบัญญัติคืออะไร ถ้าพูดเรื่อง สามสิบบาทเข้าใจกว่า พรบ.”

สิ่งนี้ชาวบ้านได้สะท้อนให้เห็นอีกด้วยว่า การจัดเวทีสมัชชาที่เอาชาวบ้านไปคุยกันในห้องแอร์เย็นๆ ของโรงแรม ทำให้ชาวบ้านได้ตัวอย่างของความหรูหรา บริโภคนิยม พอได้อยู่ในห้องแอร์นอนโรงแรม ก็ทำให้เกิดมีความรู้สึกอยากมีอยากได้อย่างเขาบ้าง สมาชิกโครงการนำร่องมองว่าการจัดเวทีสมัชชา หรือการเอาชาวบ้านไปมีส่วนร่วมในเวทีลักษณะนี้เป็น “ดาบสองคม” เพราะเรื่องที่ต้องไปฟัง ไปรับรู้ยากเกินไปจะเข้าใจ เลยหันไปสนใจสิ่งรอบตัวแทน บางคนก็กลับมาเล่าให้ฟังว่าได้ไปดูหนังอะไรไม่รู้ มีคนใช้กล้องแปลกๆ บางคนก็บอกเลยว่า “ถ้าให้ไปอย่างนั้นแล้วได้คนฟังไม่กี่คน เอาเงินไปออกทีวี ให้คนดูทั่วประเทศจะดีกว่า” สมาชิกโครงการเห็นว่าการจะให้คุณเข้าใจอะไรสักอย่าง หรือเปลี่ยนพฤติกรรมเขา คนที่ทำงานนั้นต้องเข้าไปให้ถึงพื้นที่ ถึงชีวิตคนที่อยู่ตรงนั้น ไม่ใช่เอาออกมาสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ ซึ่งไม่ได้สร้างสุขภาพอย่างที่ตั้งใจไว้

มูลนิธิข้าวขวัญ

ผู้แทนมูลนิธิข้าวขวัญ สะท้อนให้เห็นว่าสำหรับกลุ่มของเขาได้เข้าไปร่วมในเวทีสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด ในฐานะเป็นผู้เข้าไปแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เขาเห็นว่า การมีเวทีพูดคุยนั้นมีประโยชน์ **และเป็นการสร้างพื้นที่ให้กับกลุ่มเพื่อขับเคลื่อนประเด็นที่เขากำลังทำงานอยู่เข้าไปสู่การดำเนินการในระดับนโยบาย** ซึ่งถือเป็นอีกหนึ่งเวทีในหลายๆ เวทีที่เขากระทำอยู่ สมาชิกบางคนเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดเวทีร่วมด้วย และเป็นผู้เข้าไปนำเสนอประเด็นในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้วย ประเด็นที่กลุ่มนี้เสนอในเวทีสมัชชาชาติในปี 2545 นั่นคือ เรื่อง จิตวิญญาณทางการเกษตร ในขณะที่ปี 2546 กลุ่มนี้ได้เข้าไปร่วมมากขึ้น ไปนำเสนอเรื่องเกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ ทางกลุ่มคาดหวังว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย โดยเฉพาะ นโยบายห้ามโฆษณาสารเคมีและ ห้ามนำเข้าสารพิษที่นำมาขายหรือส่งเสริมโดยกรมส่งเสริมการเกษตร ให้กับเกษตรกร เขาคิดว่า การขับเคลื่อนเรื่องพ.ร.บ.จะช่วยให้เขาดำเนินการและผลักดันเรื่องนี้ควบคู่ไปกับสุขภาพได้มากขึ้น

แต่ในมุมมองของผู้แทนมูลนิธิ ยังเห็นว่า**ประโยชน์ของเวทีสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ยังไม่ชัดเจน** เนื่องจากต้องผ่านกระบวนการและผู้ประสานงานในพื้นที่ หากไปผูกมัดกับคนบางกลุ่มที่ไม่ได้เป็นที่ยอมรับของคนในพื้นที่ ก็มีปัญหาดูได้ หากผู้ประสานงานจัดกระบวนการดีๆ เข้า “ถูกช่อง” หรือ ถูกทาง ก็จะทำให้การขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมเกิดขึ้นจริง **การแลกเปลี่ยนที่แท้จริงมันเกิดขึ้นเฉพาะกลุ่มที่สนใจร่วมกันหลังเวทีสมัชชา** ซึ่งในมูลนิธิเองก็ได้รับการประสานกับแพทย์ที่อยู่ในจังหวัดนครสวรรค์ พาชาวบ้านมาศึกษาหาความรู้เรื่องเกษตรยั่งยืนที่สุพรรณ ผู้แทนมูลนิธิสะท้อนว่า สิ่งที่จังหวัดนครสวรรค์ทำน่าสนใจเพราะมีแกนนำที่ดี เขาพาทั้งผู้บริโภค และผู้ผลิต มาดูงาน ที่แรกมีคนเดียว มาหาความรู้เรื่องการแก้ปัญหาการปลูกข้าว มาติดตามเรื่องการเก็บรักษาพันธุ์ข้าวเพื่อเพาะปลูกต่อ พอมาคุยหลายครั้ง จึงเอาเครือข่ายมาคุยกัน แล้วมาฝึกวิธีคัดพันธุ์ข้าวที่ปลูก

แบบปลอดสารแล้วขยายต่อ ก็ทำให้เกิดเป็นหลักสูตรคัดเมล็ดพันธุ์ แล้วได้รับเชิญให้ไปคุยกับเครือข่ายที่อุทัยธานี ซึ่งเป็นกลุ่มที่สานต่อมาจากสมาชิกชาทั้งสี่

เมื่อถามว่า จากมุมมองของเขา เขาคิดว่าสมาชิกของกลุ่ม และคนทั่วไปในระดับจังหวัด รับรู้เกี่ยวกับการจัดสมาชิกสุขภาพ หรือการเคลื่อนไหวเรื่องการปฏิรูปเพียงใดนั้น ผู้แทนกลุ่ม กล่าวว่า “คนสุพรรณ ไม่เชิญเราเลย พูดตามตรงมันไม่แข็งเหมือนเขา เครือข่ายไม่เคยมาคุยกัน เครือข่ายจากเวทีไม่มีการเคลื่อนไหวเลย จริงๆ แล้ว เวทีมันต้องเคลื่อนไหวจังหวัดเป็นตัวหลัก พอถึงเวลา เป็นเวทีใหญ่ถึงจะเป็นจริง ความเข้มแข็งอยู่ที่ผู้ประสานงาน ซึ่งต้องหาคนที่เหมาะ และเป็น คนที่ถนัดในเรื่องนี้ด้วย”

ข้อคิดเห็นต่อการจัดสมาชิกในปีหน้า นั้นทางมูลนิธิคิดว่า การจะให้คนที่ทำงานกันคนละแบบมาเสนอประเด็นร่วมกันเป็นความยากที่จะทำให้ทั้งกลุ่มนั้นมาเชื่อมโยงหรือสร้างเครือข่าย ถ้าให้เขามองความเชื่อมโยงเรื่องเกษตรมาสู่เรื่องอาหาร นั้นจะเห็นได้ชัดในระดับชุมชนหมู่บ้าน หากให้นำมาพูดในประเด็นเกษตรกับคนส่วนอื่น เขาไม่สามารถเชื่อมโยงได้ เพราะ อาหารสำหรับคนกลุ่มนี้มาจากตลาด “มันคนละกลุ่มกัน เหมือนกับว่าความต้องการไม่ต่อกัน” ผู้แทนกล่าว แต่ก็เห็นด้วยว่าส่วนที่จะต้องดำเนินการต่อระดับนโยบายก็ต้องทำต่อไป แต่หากสิ่งที่เรียกร้องในตอนต้นยังไม่ได้ เขาคิดว่าการเสนอเรื่องอื่นๆ ต่อไปอีก ก็คงเป็นไปได้ยาก “จะทำให้เสียเวลากับทุกฝ่าย จึงมีข้อเสนอพาดพิงไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงให้**ปักธงให้ชัดเจนว่าเป้าหมายการปฏิรูปคืออะไร**”

เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพชุมชนคนสุพรรณ

คณะผู้ดำเนินการในเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพฯ ที่ได้ให้การสัมภาษณ์ (4 ท่าน) ได้มีส่วนร่วม และเป็นแกนนำในการจัดเวทีสมาชิกสุขภาพระดับจังหวัด และกรรมการระดับชาติด้วย และกลุ่มนี้ยังเป็นแกนกลางในการประสานงานระหว่างหน่วยงานและองค์กรในระดับพื้นที่ กับสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ซึ่งทางกลุ่มให้ความเข้าใจว่าสำหรับจังหวัดสุพรรณแล้วทางคณะทำงานเองได้มีการทำงานระดับความคิด และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องสิ่งแวดล้อม ปัญหาสังคมและเศรษฐกิจระดับชุมชนในหลายเวที ทั้งเรื่องน้ำ สิ่งแวดล้อม วิทยุชุมชน กลุ่มออกกำลังกาย ผู้สูงอายุ เชื่อมโยงวัดกับชุมชน เป็นต้น ผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นกลุ่มที่ เสนอแนวคิด เรื่อง **“การทอดผ้าป่าความคิด”** โดยให้พระเป็นสื่อ นำ เพื่อเอาความคิดคนในชุมชนมาแลกเปลี่ยนกัน ซึ่งต่อมาย้ายไปสู่การพูดคุยในเครือข่ายสมาชิกสุขภาพ ในการทำผ้าป่ากองทุนเพื่อสุขภาพในเวทีสมาชิกสุขภาพ

ผู้แทนเครือข่ายฯ ท่านหนึ่งสะท้อนว่า การจัดเวทีเพื่อการเรียนรู้ นั้น ไม่สามารถทำได้ด้วยการพูดอภิปรายในเวที **“การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไม่ใช่เอาคนมานั่งอภิปรายแล้วเอานักโฆษณา**

ถึงความสำเร็จในชิ้นงานที่ได้ทำมา” เวทีเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อ “คนที่เรียกตัวเองว่าเป็นวิทยากรชุมชน ต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้อย่างแท้จริง หลายคนใช้ศัพท์ใหม่ๆ เช่น บูรณาการ องค์กรร่วม แต่ไม่เข้าใจอย่างแท้จริง ... ก็ตั้งคำถามได้ว่า เขาเกิดการเรียนรู้จริงไหม ต้องรู้จักสังเคราะห์เปรียบเทียบให้เหตุผลทางวิทยาศาสตร์ได้ และตัวชี้วัดของการรับรู้คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถ้ามีแค่การรับรู้ก็ไม่มีประโยชน์และคนจำนวนมากคิดว่าจัดเวทีเรียนรู้ ไปติดแค่การรับรู้”

ชมรมคนรักสุขภาพปราชาบุรี

ผู้แทนชมรมได้กล่าวว่า สมาชิกของชมรมได้เข้าร่วมเวทีระดับพื้นที่ในช่วงของการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่วนในระดับชาติก็มีการเข้าไปร่วมเวทีประชาพิจารณ์ และรณรงค์ในการออกรวบรวมรายชื่อ 5 ล้านคน เพื่อสนับสนุน พรบ. สุขภาพ ชมรมเองไม่ได้ให้ข้อคิดเห็นต่อสมัชชาหรือการจัดสมัชชาแต่อย่างใด จากการพูดคุย เข้าใจว่าทางชมรมค่อนข้างมองต่างประเด็นในเรื่องการจัดสมัชชา และอาจจะมีความผิดหวังจากกระบวนการในบางประการ

โครงการสร้างเสริมสุขภาพและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ต.ดอนแร่

กลุ่มนี้ ไม่มีใครได้เข้าร่วมเวทีสมัชชา นอกจากแกนนำกลุ่มผู้เดียว และเป็นผู้ที่เข้าไปอยู่ในส่วนของวิทยากรเองด้วย เหตุผลที่ผู้ให้สัมภาษณ์บอกว่าสมาชิกส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมเวทีดังกล่าวเนื่องจาก

“ที่นี้เขาไม่ค่อยเอาคนออกนอกพื้นที่”

“ที่ออกไปไม่รู้ว่ามันเป็นอย่างไร”

“ไปก็เสียเวลา วิธีชีวิตเขาก็เสีย ค่าใช้จ่ายก็มี”

“บางครั้งไปกันก็ไม่ได้อะไรกลับมา”

แกนนำเองก็บอกว่า

“ถ้าอยากรู้ก็จะมาแล้ว เก็บเอกสารมาให้อ่าน อย่างคนมาขอzungานกลุ่มเรา ผมบอกว่า มาได้แต่ผมไม่ต้อนรับอะไรนะ จะได้ไม่เสียกระบวนการเขา และไม่เสียวิถีชีวิต ถ้าzungานแบบรัฐบาลมันจัดจาก พอจะนายมานู๊ปก็พยายาม ใจ”

ได้มีการซักถามพูดคุยเพิ่มเติมกับแกนนำว่าในประเด็นนี้เป็นอย่างไร ทราบว่าแกนนำผู้นี้ได้เข้าร่วมกับเวทีสมัชชาเนื่องจากมีความรู้จักกันเป็นส่วนตัวกับประธานคณะทำงานในภาคกลาง แต่ตอนนี้ก็ค่อนข้างห่างออกมา และไม่ได้ติดตามว่า พรบ. นั้นผ่านหรือยัง เนื่องจากว่า “มันไม่สำคัญหรอกว่า พรบ. ออกหรือยัง แต่ว่าให้ชาวบ้านเขาเข้าใจก็พอ เชิงรุกสร้างนำซ่อมให้เขาเข้าใจ ที่ห่วงตอนนี้คือเรื่องเกษตรนี่แหละ พยายามที่จะเปลี่ยนให้เป็นเกษตรธรรมชาติ เกษตรผสมผสาน ถ้าหาทุนไม่ได้ก็ต้อง หักคอก อบต. ซักชุด แล้วก็พากันไป” ประเด็นนี้แกนนำได้สะท้อนให้เห็นว่าเป็น

ปัญหาเร่งด่วน เพราะมีชาวบ้านหลายคนล้มทั้งยืนในขณะทำงานในไร่ เนื่องจากในไร่มีแต่สารเคมี คนทำยังไม่ตระหนักรู้เท่าทันและยังไม่ป้องกันตนเอง (แกนนำท่านนี้เป็นคนที่เกิดและโตในหมู่บ้าน แต่ได้รับการศึกษาและมีโอกาสไปร่วมอบรมกับองค์กรพัฒนาเอกชนบ่อยครั้ง ได้รับการฝึกการเป็น ผู้นำและวิทยากรกระบวนการด้วย)

เครือข่ายลุ่มน้ำแม่กลอง จ.สมุทรสงคราม

ในเครือข่ายนี้สมาชิกมีส่วนร่วมในสมัชชาสุขภาพอยู่หลายท่าน บางท่านเคยเป็น คณะทำงานของสมัชชาภาคกลาง ทราบงานของสปรส. บางท่านเคยไปร่วมพูดคุยในเวทีนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับชาติและระดับพื้นที่ บางท่านเคยร่วมผลักดันเรื่องพรบ. ในการให้ลง ชื่อสนับสนุน 5 หมื่นชื่อ บางท่านเคยเสนอ “ประเด็นร้อน” ในเวทีสมัชชา เช่น เรื่องผลกระทบต่อ สิ่งแวดล้อมที่มาบตาพุด

สำหรับแกนนำเครือข่าย เห็นว่า สมัชชาเป็นเหมือนเวทีที่ตอกย้ำสิ่งที่ทำอยู่แล้ว ความ หลากหลายในประเด็นทำให้สมัชชานั้นขาดพลัง “ถ้าสมัชชาเอาประเด็นมาทั้งหมดทั้งประเทศ เรา มาเสนอกันคนละ 5-10 นาที มันคงเป็นไปไม่ได้ ไม่ได้อะไร” ทางเครือข่ายเห็นว่าถ้าจะให้กลุ่มของ เสนอปัญหาในสมัชชาชาติแล้วอภิปรายเพียง 5 นาที คงไม่ได้คำตอบหรือยุทธศาสตร์อะไรเพื่อนำมา แก้ไขปัญหาในพื้นที่ เขาเสนอว่า “ถ้าทำได้ ถ้าเป็นสมัชชาเนี่ย เราจะมาเรื่องสองเรื่อง ไม่ต้องเป็น สิบเรื่อง ทำกระบวนการเวทีที่เจาะลึก แล้วถ้าประเด็นนี้เกี่ยวกับสิทธิ เอาคณะกรรมการสิทธิฯ มา คุยกับเราในพื้นที่ ด้วย” ซึ่งเขาคิดว่า บางประเด็นสามารถประสานเครือข่ายจากที่ หลากหลายได้ ให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เช่น กลุ่มแม่กลอง ปากพนัง ทะเลสาบสงขลา ให้เกิดการรวมรวมองค์ความรู้ สรุปออกมาให้ชัดเจน แล้วจึงไปผลักดันในระดับสมัชชา “เราอยากผลักดันตรงนี้ ปากแม่น้ำกำลังล่มสลายหมดแล้ว ข้าเข้าไปอีกใน สมัชชาสุขภาพ หรือ สมัชชาสิ่งแวดล้อมอะไร อย่างนี้ คล้ายๆ เป็นประเด็นหลักย้าเข้าไป” การเสนอในเวทีนั้นเป็น เพื่อให้ประเด็นเหล่านี้ ถูกตอกย้ำในสังคม

สิ่งที่เครือข่ายวิจารณ์ว่า สมัชชาสุขภาพที่เป็นอยู่ยังไม่สามารถให้หลักประกันอะไร ได้ว่า ข้อเสนอต่างนั้นจะนำไปสู่การแก้ไข หรือรับฟังจากภาครัฐ อาจทำให้เสียงบประมาณ และเวลาของสมาชิก อย่างที่แกนนำเครือข่ายสะท้อน “แต่พอสรุปแล้ว (ข้อเสนอแนะในสมัชชา) ก็ เสนอเข้ารัฐบาล มันจะเกิดประโยชน์ไหม เรายังยืนยันว่าปัญหาที่มีความซับซ้อนแบบนี้ มันไม่ สามารถที่จะได้อะไร ใน 5 นาที 10 นาที ปัญหาแบบนี้มันต้องใช้เวลาในการนำเสนอด้วยไม่รู้ว่า มันจะเป็นไปได้หรือไม่ ... บางอย่างมันน่าจะมาเสนอในระดับจังหวัด กรรมการในพื้นที่ เพิ่ม น้ำหนักเข้ามากับเรื่องราว คือใช้หลายๆ อ่าง คณะกรรมการสิทธิด้วย” อีกข้อเสนอแนะหนึ่งต่อเวที สมัชชาสุขภาพที่เครือข่ายไปสัมผัสมาคือ สมัชชาสุขภาพควรมีแนวทางในการดำเนินการที่เป็น

ขั้นตอนชัดเจน มีเป้าหมาย คือ “**สมัชชามั่นคงจะค่อยๆ ให้นำแนวคิดมันเกิดขึ้นก่อน แล้ว การปฏิบัติ หรือว่าแผนงบประมาณ ค่อยตามมา**” ซึ่งเท่ากับเป็นการวางแผนของสมัชชาให้สัมฤทธิ์ผลในเชิงนโยบายในระยะยาวด้วย ต่างจากการวางแผนเป้าหมายเป็นรายปี หรือในการจัดสมัชชาแต่ละครั้งเท่านั้น

จะเห็นได้ว่าแต่ละกลุ่มมีส่วนร่วมในสมัชชา มีประสบการณ์กับสมัชชา และ ความคาดหวังต่อสมัชชาสุขภาพที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่แล้วเครือข่ายเหล่านี้เล็งเห็นว่าสมัชชาเป็นเพียงเวที ที่นำเอาสิ่งที่เขาทำอยู่แล้วมาแสดงแก่สังคม เป็นเวทีที่สร้างการรับรู้แต่ยังไม่ถึงขั้นให้เกิดการเรียนรู้ได้ เนื่องจากไม่มีองค์ความรู้ที่ตกผลึกเกิดขึ้นจากเวทีสมัชชาที่ผ่านมา สิ่งที่ยังเป็นที่ไม่มั่นใจกับหลายๆ เครือข่ายหลังจากที่ได้มีการเข้าร่วมเวทีแล้ว ว่า การจัดเวทีทั้งระดับพื้นที่และระดับชาติ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร โดยเฉพาะในระดับท้องถิ่น สิ่งเหล่านี้ยังเป็นคำถามที่คณะกรรมการในการขับเคลื่อนภาคประชาชนจะต้องนำไปคิด ถึงผลที่ได้จากการจัดเวทีสมัชชา และแสดงผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระดับต่างๆ ให้ผู้ที่เข้าร่วมกระบวนการรับทราบ โดยเฉพาะการนำเสนอไปสู่นโยบายนั้น ว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างไร และหากยังไม่มี การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ก็น่าจะมีคำอธิบายหรือเวทีอภิปรายข้อสรุปและวิเคราะห์ให้เห็นว่าปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรวมพลังของประชาชนแล้ว ยังมีอะไรที่เกี่ยวข้องกับการสัมฤทธิ์ผลในสิ่งที่ประชาชนคาดหวังจากการร่วมแรงร่วมใจในจัดและเข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพ

4.5 การก่อตัว/รวมตัวของกลุ่มเครือข่าย เพื่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาวะ

การก่อตัวของกลุ่มเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาว่ากระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาคปฏิบัติ หรือไม่ โดยเฉพาะการทำให้เกิดกระบวนการประสาน/เชื่อมโยงเครือข่าย เกิดการรวมตัวเพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยไม่เน้นไปที่การพึ่งพาจากรัฐแต่อย่างใด นอกจากนั้นยังเป็นการศึกษาว่า กลไกที่มีอยู่ในภาคประชาชน ที่ดำเนินการอยู่นั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น หรือเป็นผลมาจากการเข้าร่วมเวทีสมัชชา หรือไม่ มีปัจจัยอะไรที่ทำให้กลไกสุขภาพภาคประชาชน ยังคงดำเนินการอยู่ หรือเกิดขึ้นในบริบทใด

๐ โครงการนำร่องกลุ่มเกษตรกรยั่งยืน จ.สุพรรณบุรี

กลุ่มเกษตรยั่งยืน มีการก่อตัวมายาวนาน นับสิบปี สืบเนื่องมาจากสมัชชาคนจน และการเกิดเกษตรทางเลือก แล้วจึงแตกสาขามาเป็นเกษตรนำร่อง หรือ โครงการนำร่องกลุ่มเกษตรยั่งยืน ซึ่งเป็นการรวมตัวของชาวนาด้วยกัน ที่เห็นปัญหาของการทำนาแบบที่เป็นอยู่ในยุคสมัยนั้น ที่เน้นไปเพื่อการเร่งการผลิตเพื่อส่งออก เกษตรกรจัดการกันเองในการดำเนินการแต่มีมูลนิธิเกษตรกรแห่ง

ประเทศไทยเป็นร่มใหญ่ มีเงินสนับสนุนบางส่วนจากกรมส่งเสริมการเกษตร มีกรรมการ อนุกรรมการ และการจ้างเจ้าหน้าที่มาประสานงาน หนึ่งคน

โครงการนี้มีฐานมาจากกลุ่มเกษตรกรที่เห็นตัวอย่างความสำเร็จการทำเกษตรแบบ ผสมผสานตั้งแต่สมัยผู้ใหญ่วินิจฉัย เข้มเฉลิม ความพยายามรวมตัวกันเป็นกลุ่มเพราะเริ่มเห็น ความไปไม่รอดของการทำเกษตรแบบใช้สารเคมี ในกลุ่มเกษตรกรผสมผสาน มีการเริ่มโครงการนำ ร่องขึ้นมา โดยตั้งเป็น 19 **ภูมินิเวศน์** มี NGO เป็นฐานในการทำงาน ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้ ใหม่ มีการถ่ายทอดประสบการณ์ที่เป็นระบบขึ้น โครงการนำร่องเป็นโครงการที่ต้องการสร้างพลังของกลุ่ม เกษตรกรที่มีความอ่อนแอ ซึ่งสมาชิกที่เข้าร่วมไม่ได้รับผลประโยชน์ที่เป็นค่าตอบแทน แต่ได้องค์ ความรู้ใหม่ไปปรับใช้กับวิถีการผลิตที่ปลอดภัย และ**เครือข่ายที่จะร่วมกันคิดและเรียนรู้ที่ จะแก้ปัญหาให้กันและกัน** สมาชิกหลายท่านให้ความเห็นว่า การส่งเสริมภาครัฐในการผลิต เน้น ไปที่ปริมาณการผลิตเพื่อผลประโยชน์ทางการค้า แต่ขาดการดูแลที่จะทำให้ชีวิตเกษตรกรอยู่รอด สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มเป็นเพียงคนกลุ่มเล็ก ที่ทำงานร่วมกันด้วยใจ และเห็นปัญหาร่วมกันจาก ประสบการณ์ตรง

จากประสบการณ์ของผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละท่านจะเห็นได้ว่า บางท่าน มีการเดินทางมา ยาวนานกว่าจะตระหนักเห็นปัญหาวิถีการผลิตเพื่อการค้า ในขณะที่บางท่านผ่านวิกฤตในชีวิตการ เป็นชาวนาพื้นบ้าน ตัวอย่างเช่น เกษตรกรจากสุพรรณบุรีเล่าให้ฟังว่า แต่เดิมนั้นรุ่นปู่ตายายได้ ทำการผลิตแบบธรรมชาติอยู่แล้ว แต่รุ่นกลางๆ คือพวกเขา ถูกกระแสเศรษฐกิจพาไป ให้เรา เปลี่ยนวิถีการผลิตไม่ทำตามที่พ่อแม่ปู่ตายายเคยทำ เปลี่ยนมาใช้สารเคมี ใช้ปุ๋ย ใช้ยาฆ่าแมลง จำนวนมาก ทำให้ค่าใช้จ่ายในการผลิตสูงขึ้น ต้องไปเป็นหนี้ มีปัญหานี้สิน สุขภาพก็เสื่อมโทรม เร็ว ก็ไม่ไหวต่อเปลี่ยน ซึ่งก็ได้ทางออกจากการมีกลุ่มเกษตรทางเลือก และโครงการนำร่องนี้เข้ามา ในช่วงปี 2540 จึงได้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งหมด กลับไปซื้อพื้นประเพณีเดิมๆ เรียนรู้วิถีการผลิตจาก รุ่นพ่อรุ่นแม่อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งในความเห็นของเขาก็เกือบจะสายเกินไป

สมาชิกเครือข่ายจากจังหวัดอยุธยา สะท้อนให้เห็นปัญหาที่คนอยุธยา ว่า ต้องเผชิญกับ การเปลี่ยนแปลงการผลิตที่เริ่มมาตั้งแต่ พ.ศ. 2509 เนื่องจากอยุธยาเป็นเมืองหน้าด่าน ที่เคยทำ นาปี มาเป็นนาดำ เริ่มเปลี่ยนพันธุ์ข้าว เริ่มใช้สารเคมีอย่างหนักตั้งแต่ปี พ.ศ. 2516 โดยมีภาครัฐ มาสนับสนุนให้ใช้ยา ใช้ปุ๋ย เปลี่ยนปัจจัยการผลิต ให้เลิกใช้ควายมาใช้เครื่อง ซักรด ซัอปุ๋ย จน ชาวบ้านเริ่มเปลี่ยนแปลง จนกระทั่งเป็นหนี้เป็นสิน สำหรับสมาชิกที่สัมภาษณ์ท่านหนึ่งจาก จังหวัดอยุธยาเอง กล่าวว่า เขาเห็นการกระทำดังกล่าวมีทิศทางที่ไม่เอื้อต่อชีวิตตนเอง “ผมเห็นทำ ไม่ได้ เลยต้องเริ่มปรับตัวตั้งแต่ช่วง ปี 2522 เริ่มเห็นภาพแล้ว เลยกลับมาทำหลายอย่างมากขึ้น จึง เป็นจุดแรกที่ทำเรื่องเกษตรผสมผสาน เราเริ่มเห็นว่า ทำอย่างเดียวไปไม่รอด ตั้งแต่เลี้ยงปลา ทำ ปุ๋ย ปลุกพืช” อาจกล่าวได้ว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของเขานั้น เริ่มจากภาวะเศรษฐกิจ ทำให้เขา

เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เห็นว่าอาชีพเสริมที่เคยทำนอกฤดูปลูกก็ทำไม่ได้ “เริ่มต้นมันไม่ใช่ปัญหาสุขภาพของตนเอง การผสมพันธุ์ปลาทำเอง เรียนรู้มาทุกเรื่อง อาชีพเสริมเราถูกทำลาย เราสังเกตได้จากธรรมชาติ เราเห็นปัญหา ก็เลยคิดว่าต้องทำใหม่แล้ว ... ต้องปรับเปลี่ยนเรียนรู้ให้ทัน”

บางท่านได้เข้าร่วมเครือข่ายเกษตรทางเลือก ไปเข้าร่วมประชุมกับองค์กรชุมชนต่างๆ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2523-24 แล้ว บางท่านเคยไปดูงานและรับรู้การทำงานของมูลนิธิไผ่ตงวิทยุ เคยเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านของกรมพัฒนาชุมชนมาก่อน แต่ในช่วงแรกนั้นเขาไม่เข้าใจ แต่ความที่เป็นนักกิจกรรมและเคยอยู่ในกลุ่มเยาวชนที่ทำไร่สวนผสมในโรงเรียน มีความเข้าใจปัญหาการใช้สารเคมีและปฏิเสศมาตลอด แต่ก็ทำไม่ได้มาก ปัจจุบันจึงช่วยกันทำงานส่วนรวม และทำวิทยุชุมชนประชาสัมพันธ์ข่าวสารต่างๆ ด้วย จึงได้เรียนรู้มากขึ้น แม้กระทั่งเรื่องสุขภาพ ที่มีเอกสารประชาสัมพันธ์มาจากหลายหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข

ปีพ.ศ. 2540 วิฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นทำให้หลายท่านเกิดการคิดที่เปลี่ยนไป **เห็นความล้มเหลวของการดำเนินการตามภาครัฐ** ตามคำสั่งหรือแนวทางที่ทางรัฐส่งเสริม ซึ่งเขาเริ่มตระหนักเห็น ‘ความไม่รู้’ ของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเทียบกันไม่ได้กับภูมิปัญญาของคนรุ่นปู่ย่า ที่เข้าใจธรรมชาติของการผลิตในวิถีชีวิตเกษตรกรที่คนรุ่นปัจจุบันละเลย สมาชิกบางท่านเคยทำงานในเมือง เป็นลูกจ้างก่อสร้าง ขายของ แล้วล้มเหลว จนต้องกลับคืนชุมชน เครือข่ายกลุ่มนี้จึงพยายามสร้างกลุ่มเกษตรกรที่หันมาพึ่งตนเอง ใช้สารเคมีน้อยลง และมีความเป็นอยู่อย่างพอเพียง

๐ มุลนิธิข้าวขวัญ จ.สุพรรณบุรี

จากคำบอกเล่าของผู้จัดการ มูลนิธิข้าวขวัญ เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายเกษตรทางเลือก และโครงการนำร่อง เครือข่ายของเกษตรกรรมยั่งยืนเครือข่ายนี้เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ใช้ชื่อว่า “ศูนย์เทคโนโลยีเพื่อสังคม” รวมกันหลายองค์กรก่อตั้งเป็นเครือข่าย มีสมาชิกอยู่ทั่วประเทศ **การทำงานของเครือข่ายเป็นการลงแรงกันเหมือน “กรรมกรผ้าป่า”** โดยมีการประชุมเป็นครั้งคราว เพื่อกำหนดแนวทาง และกิจกรรม **การทำงานนั้นเริ่มจากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องเทคนิควิธีการทำการเกษตรแบบต่างๆ** มีการแลกเปลี่ยนดูงานในกลุ่มสมาชิกเครือข่าย มีการผลิต ผลิตภัณฑ์ชาวบ้านทำกันเองมาแลกเปลี่ยนกัน โดยเฉพาะข้าวปลอดสาร จนกระทั่งมีผู้บริโภคหันมาสนใจทำให้เกิดการขยายตัว ไปสู่การผลิตผักปลอดสารพิษ ซึ่งขยายผลได้เร็วขึ้น

การรวมตัวสู่สาธารณะที่เป็นรูปธรรมครั้งแรกของกลุ่มคือการจัดมหกรรมเกษตรทางเลือกขึ้นที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปีพ.ศ. 2535 คล้ายกับการจัดงานเกษตรแฟร์ ทางเครือข่ายเสนอทั้งที่เป็นในเชิงวิชาการและการออกร้านให้ประชาชนทั่วไปได้เห็นผลิตภัณฑ์ ต่อมาเกิดเป็น “ร้านค้า

สี่เขียว” เลยเรียกว่าเป็นเกษตรทางเลือก (ให้กับผู้บริโภค) แต่การดำเนินการยังไม่มีความสำเร็จ เนื่องจากยังไม่สามารถด้านกระแสสังคม และทำให้รัฐเห็นความจำเป็นในการผลิตแบบนี้ได้ จึงไม่เกิดเป็นนโยบายส่งเสริมหรือสนับสนุน

จนกระทั่งมีการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ทางกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน รวมทั้งเครือข่ายเกษตรกลุ่มนี้ ได้รับเชิญเข้าร่วมการเตรียมการเสนอเรื่อง การเกษตรยั่งยืน เข้าสู่แผนพัฒนาฯ ซึ่งในเครือข่ายได้จัดกระบวนการกันเอง แบ่งกลุ่มออกเป็น 9 ภูมิภาค แต่ละภูมิภาคหาคนมาเสนอ แล้วเสียงของเกษตรกรทุกภาคก็สนับสนุนการทำให้เกิด “การเกษตรยั่งยืน” และมีความพยายามที่จะทำให้เป็นไปได้ โดยตั้งเป้าของการผลิตในลักษณะนี้ไว้ที่ 25 ล้านไร่ แล้วนำผลการดำเนินงานของภูมิภาคมาเสนอร่วมกัน ก็พบว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ เสียงส่วนใหญ่ต้องการให้เกิดการส่งเสริม เกษตรยั่งยืน ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 แต่ปรากฏว่าในปีพ.ศ. 2539 รัฐบาลเขียนแผนเสร็จ ต้องผ่านกระบวนการทำแผนซึ่งล่าช้ากว่ากำหนด จึงเกิดการทาบประมาณโดยไม่ได้ศึกษาว่าในแผนนั้นมีอะไรบ้าง พบว่า มีการตัดงบประมาณโดยไม่ได้นำเรื่องเกษตรยั่งยืนเข้าไปไว้ในการทาบประมาณ ซึ่งไม่เป็นไปตามหลักการ เครือข่ายเกษตรจึงไปรวมตัวกับมือบสมัชชาคนจนเพื่อเรียกร้องให้รัฐทำตามหาแผนที่ประชาชนร่วมร่าง ทำให้มีการปรับแก้ตัวหนังสือในร่าง แต่ไม่มีการปรับงบประมาณ

ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540 เครือข่ายไม่สามารถคาดหวังอะไรได้จากรัฐบาล ไม่มีงบในการดำเนินการทำให้เครือข่ายต่างคนต่างอยู่ ส่วนใหญ่ใช้ทุนทรัพย์ของตนเองในการมาพบปะพูดคุยกัน เป็นครั้งคราว ไม่มีใครมาประจำเป็นสำนักงาน แต่มีการนัดมาพูดคุยกันสรุปแนวทางว่าจะให้เครือข่ายดำเนินไปอย่างไร มีสมาชิกประมาณเจ็ดถึงแปดสิบองค์กร จึงเกิดเป็นโครงการนำร่อง เพื่อการเกษตรปลอดสารพิษอีก มีการออกไปสาธิตให้เครือข่ายที่ยังทำไม่ได้เรียนรู้ และอีกทางหนึ่งก็ผลักดันด้านนโยบาย ซึ่งถูกถ่วงเวลาออกไป ถึง ปี 2543 งบที่เคยขอไว้สำหรับการส่งเสริมทั่วประเทศจาก พันล้านเหลือเพียง 633 ล้านบาท พอจะยุบสภา ก็มีพรรครัฐบาลปัจจุบันติดต่อไป ให้เขียนแผนให้ ให้พาไปดูงาน ก็คิดว่าจะได้รับการสนับสนุน แต่ต้องรอจนถึง ปีพ.ศ. 2546 ได้รับการอนุมัติงบประมาณ 633 ล้านบาท ซึ่งถือเป็น**ความเคลื่อนไหวครั้งแรกที่ชาวบ้านได้เงินจำนวนมากเช่นนี้** แต่ชาวบ้านก็มีปัญหาการจัดการการเงิน เพราะชาว**“บริหารเงินเป็นฤดูกาล”** ใช้เงินไม่ทันตามงบ เลยถูกยึดไปในปี 2547 ก็ได้ดำเนินการที่เป็นรูปธรรม คือ ได้เครือข่ายเกษตรกรที่ทำเกษตรทางเลือก ยั่งยืน แล้ว 25 จังหวัด อยู่ในภาคอีสาน 9 จุด ภาคกลาง 2 จุด และ ภาคใต้อีก 4 จุด (หรือ Node) ต่อมาก็มีการขยายฐานเป็น **“ภูมินิเวศน์”** ซึ่งเครือข่ายก็มีหลายรูปแบบ ในขณะที่มูลนิธิข้าวขวัญก็ทำงานด้านเทคนิควิชาการมากขึ้น ในระดับเครือข่าย ประธานมูลนิธิข้าวขวัญก็ต้องไปเป็นประธานเกษตรทางเลือก

ที่มาของมูลนิธิตั้งชื่อเรียกตัวเองว่าข้าวขวัญ เนื่องจากผู้ริเริ่ม เห็นว่าการทำงานเป็น มูลนิธินั้นทำให้เกิดความโปร่งใส เพราะสิ่งที่เราทำอยู่ไม่ใช่เพื่อแสวงหาผลประโยชน์ มีกฎระเบียบ กติกาที่ตรวจสอบได้ และต้องการให้เกิดความยอมรับในงานไม่ใช่ตัวบุคคล จึงคิดถึงนามธรรมที่ เป็นสัญลักษณ์ ที่สามารถสื่อความหมายดั้งเดิม จากภูมิปัญญาเก่ามาสะท้อน โดยมีพื้นฐานที่ ทำงานอยู่ มีประวัติศาสตร์เป็นตัวตั้ง เนื่องจากสุพรรณ มีความเด่นเรื่องข้าว แล้วก็ต้องเกี่ยวข้องกับ ชาวนา และการให้ความหมายกับ “ข้าว” วัฒนธรรมของคนสุพรรณ ก็พบว่า คนไทยนับถือขวัญ ข้าวคือสิ่งสำคัญในการทำขวัญ เวลาทำ “บายศรีสู่ขวัญ” พิธีบายศรีเป็นตัวหลัก เพราะ จริงๆ แล้ว บายศรี คือ ข้าว ไม่ใช่ใบตอง “บาย” หมายถึง “ข้าว” เป็นภาษาเขมร “ศรี” หมายถึง มงคล เป็น ภาษาสันสกฤต “บายศรี” ก็คือ ข้าวที่ใช้ในพิธีสู่ขวัญ คือเป็นข้าวที่เชิญชวนให้ขวัญกลับมา “ข้าว ขวัญ” จึงหมายถึง คนมารวมกันเพื่อทำพิธีกรรมสู่ขวัญด้วยกัน เอามูลนิธิตัวเชิญชวนให้เกิด การมาทำงานร่วมกัน ให้เรียก ขวัญ คือนา ซึ่งมีความหมายลึกซึ้งและสะท้อนอุดมการณ์การ ทำงานของมูลนิธิด้วย อีกนัยยะหนึ่ง ที่ประธานมูลนิธิศึกษามาและทราบว่า ข้าวที่มาจากทำขวัญในคน ไทยสมัยโบราณที่ไปพบในสิบสองปันนา นั้น คือ ข้าวที่จะมาทำเชื้อพันธุ์ ในการเพาะปลูกต่อไป ข้าวขวัญก็คือ เมล็ดพันธุ์ ที่คัดแล้วและนำไปปลูกให้เกิดความเจริญงอกงามอีกต่อหนึ่งด้วย

การเกิดขึ้นของมูลนิธิตั้งชื่อเรียกตัวเองว่าข้าวขวัญเกิดนอกบริบทของการปฏิรูประบบสุขภาพใน ปัจจุบัน แต่สามารถเข้ามาเชื่อมโยงกับสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ และผ่านการตีความในบริบทใหม่ของ การเปลี่ยนไปสู่ การสร้างสุขภาพจะ ได้อย่างแยบคาย

O เครือข่ายสร้างเสริมชุมชนสุขภาพ จ.สุพรรณบุรี

เครือข่ายนี้เริ่มก่อตัวมาจากผู้ที่เคยทำงานองค์พัฒนาเอกชนสองท่าน ที่มีประสบการณ์ การทำงานกับชุมชนที่หลากหลาย ร่วมกันก่อตั้งเครือข่ายขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 โดยเริ่มจากการให้ มีกลุ่มอำเภอแต่ละอำเภอ ตั้งกลุ่มขึ้นมาและได้รับการสนับสนุนจาก SIF ต่อมาก็ได้มีการเชื่อมโยง กันถึง 4 จังหวัด เป็นพันธมิตรลุ่มน้ำท่าจีนที่ทำงานเชื่อมโยงระบบนิเวศน์ จากคำบอกเล่าของผู้ ก่อตั้งเครือข่าย การประสานเครือข่ายนี้ประกอบด้วย ชมรมเรารักแม่น้ำท่าจีนจังหวัดชัยนาท ชมรม เรารักแม่น้ำท่าจีนนครปฐม ชมรมเรารักแม่น้ำท่าจีนสมุทรสาคร และชมรมเรารักแม่น้ำสุพรรณ (โดยใช้ชื่อจังหวัดแทนแม่น้ำ เนื่องจากคนสุพรรณ เห็นความสำคัญของถนนมากกว่าแม่น้ำ ตามคำ บอกเล่า) การทำงานเรื่องสิ่งแวดล้อมนั้นประสบความสำเร็จ ซึ่งมีการขยายไปอีก 6 จังหวัด ตาม กำแพงเพชร อุทัยธานี นครสวรรค์ การญจนบุรี และสุพรรณ กลายเป็นคณะกรรมการอนุรักษ์ผืน ป่าตะวันตก มีผู้แทนจังหวัดละ 1 คน ในช่วงแรกกรรมการชุดนี้ ได้รับทุน DANIDA ประเทศ เดนมาร์ก ผ่านการสนับสนุนของกรมป่าไม้ ทางเครือข่ายเห็นว่าการอนุรักษ์น้ำนั้นต้องควบคู่ไปกับการอนุรักษ์ป่า จึงพยายามเชื่อมสองกลุ่มนี้เข้าด้วยกัน

ในจังหวัดสุพรรณเอง เครือข่ายนี้พยายามรวมชมรมคนรักแม่น้ำสุพรรณทั้ง 6 อำเภอ คณะกรรมการอนุรักษ์ผืนป่าตะวันตก และกลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน มาปรึกษาหารือ ร่วมกัน จึงทำให้เกิดการตั้งเป็น “ชมรมคนสุพรรณอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม” โดยเชื่อมความคิดให้ ชาวบ้านเห็นว่า น้ำเกิดจากป่า โรงเรียนและชุมชนต้องช่วยกันอนุรักษ์ซึ่งการรวมตัวดังกล่าวนี้เพิ่ง เกิดขึ้นเมื่อ ประมาณต้นปี พ.ศ. 2546

ในขณะเดียวกันเครือข่ายนี้ยังทำงานเวทีเรียนรู้ ที่อ.สามชุกจังหวัดสุพรรณ เป็นชมรมคน สามชุกเพื่อสิ่งแวดล้อมขึ้นมา และก็จะขยายออกไปอีก ในเบื้องต้นชุมชน พยายามรักษาสิ่งแวดล้อม ในหมู่บ้าน ดูความเป็นระเบียบเรียบร้อย ดูแลการจัดการกับขยะ แม่น้ำ ป่า และให้เยาวชนใน โรงเรียนมีส่วนร่วม (ซึ่งอาจเป็นการสร้างคนรุ่นใหม่ให้มีสำนึกต่อสิ่งแวดล้อม) นอกจากนั้นก็ทำ หน้าที่ประสานกับ วัด เนื่องจากวัดเป็นศูนย์กลางของคนสุพรรณอยู่ และวัดส่วนใหญ่ตั้งอยู่ริมน้ำ วัดจะทำอะไรก็ต้องมีเจ้าภาพ โรงเรียนและนักเรียนจึงเป็นเจ้าภาพในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมใน บริเวณวัด และแม่น้ำหน้าวัดด้วย การได้พระมาเป็นเครือข่ายก็ทำให้ชุมชนเชื่อถือ เนื่องจากพระยัง เป็นผู้นำชุมชนในอำเภอนี้ แต่ปัจจุบันยังมีพระที่เป็นนักพัฒนาน้อย และไม่มีความพร้อมในการ ทำงานกับชุมชน ทำให้เครือข่ายนี้ยังต้องสานต่อกัน ทำให้เครือข่ายนี้เป็นกลไกสำคัญในการ เชื่อมต่อองค์กรต่างๆ ในสังคมสุพรรณบุรี เนื่องจากผู้แทนเครือข่ายเองตระหนักว่า การสร้างคน ต้องมีการปรับเปลี่ยนความคิด ให้มีกิจกรรมที่ทำให้เข้าใจแนวคิด และการทำงานนั้นจะต้องอาศัย หลายหน่วยย่อย ซึ่งในกลุ่มนี้ได้มีการพัฒนาวิธีการทำวิทยุชุมชนจนทำให้วิทยุชุมชนสามชุกมี ชื่อเสียงในจังหวัด

เครือข่ายนี้ทำงานหลักในการเชื่อมประสานประชาสังคม องค์กรชุมชนต่าง มีวิเคราะห์ สังคม ความเป็นมาของปัญหาเพื่อให้เกิดสำนึกและเกิดการเคลื่อนไหวในชุมชน ซึ่งเครือข่ายนี้เห็น ว่าการวิเคราะห์สังคม เป็นปัจจัยสำคัญในการทำงานให้คนเห็นปัญหาร่วมกัน ประชาสังคมส่วนใหญ่ไม่ได้ประเด็นดังกล่าว การทำกิจกรรมต่างๆ จึงไม่ยั่งยืน กิจกรรมนั้นเป็นเพียงสิ่งที่เหนี่ยวนำ ให้เข้ามาเป็นกลุ่มเป็นสมาชิก บทบาทสำคัญของเครือข่ายคือกระตุ้นแนวความคิด เครือข่ายนี้เรียก ตัวเองในอีกชื่อหนึ่งว่าเป็น “สถาบันพัฒนาประชาสังคมภูมิภาคจังหวัดสุพรรณบุรี” จึงทำให้ เครือข่ายนี้เป็นแกนนำในการขับเคลื่อนขบวนการสมัชชาในระดับพื้นที่ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 แต่ด้วย ความที่สุพรรณเป็นพื้นที่เกษตรกรรม ประเด็นเรื่องเกษตรจึงกลายเป็นประเด็นในสมัชชาระดับ จังหวัด ทั้งที่ เครือข่ายชมรมคนรักสุพรรณ มีเครือข่ายอื่นๆ ร่วมทำงานด้วย **สิ่งที่เครือข่ายนี้ ดำเนินการและสานต่อแนวคิดจากเวทีสมัชชาและการปฏิรูปเห็นจะเป็นเรื่องของภูมิ ปัญญาพื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย** ซึ่งมีวิทยากรภาควิชาการจาในกระบวนการสมัชชาลง มาช่วยดูให้ด้วย เกิดเป็นศูนย์สุขภาพแพทย์แผนไทย มีผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงเรียนสามชุกเป็นแกน นำ พร้อมกับเป็นประธานชมรมมาคนรักสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรีด้วย ศูนย์นี้มีรายการสภา

ชาวบ้าน ที่ถ่ายทอดจากตลาดสด โดยวิทยุชุมชนสามชุก โดยมีชาวบ้านมาสอนการแพทย์แผนไทย มาให้ความรู้กันเอง มีการเปิดสอน โดยคนที่สอนนั้นผ่านการอบรมและสอบผ่านกระทรวง สาธารณสุขแล้ว

O ชมรมคนรักสุขภาพ จ.ราชบุรี

ชมรมนี้เกิดอย่างเป็นทางการเมื่อ ปีพ.ศ. 2545 ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนจาก สำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กลุ่มนี้เดิมคือ ชมรมวิ่ง-ชมรมจักรยาน เนื่องจาก ก่อนหน้านี้นักกลุ่มที่ทำงานกันมาได้รับความยอมรับจากสังคมเป็นอย่างมาก สสส.ได้เชิญให้เป็นที่ปรึกษาในที่ต่างๆ จึงได้มีการขอทุนสสส มาทำงานเลยต้องสร้างเป็น concept ขึ้นมาให้ราชบุรีเป็น ชุมชนคนรักสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการการทำงานที่ผ่านมากกว่า 19-20 ปี

การรวมกลุ่มครั้งแรกนั้นเป็นกลุ่มของข้าราชการอาจารย์ประมาณ 5-6 คน ในวิทยาลัยครู หรือสถาบันราชภัฏจอมบึงในปัจจุบัน รวมกลุ่มกันออกกำลังกาย เล่นกีฬา เนื่องจากแถวจอมบึง ค่อนข้างเงียบเป็นสังคมปิด ข้าราชการที่มาอยู่ต้องหากิจกรรมทำหลังเลิกงาน ต่อมา มีการขยายผล ไปสู่ราชการต่างสังกัด ชาวบ้าน ร้านค้า โดยเฉพาะนักศึกษา ที่มีการรวมกลุ่มกันเข้มแข็ง จำนวน สมาชิกเพิ่มขึ้นตามลำดับ จากที่ท่านอาจารย์ที่เป็นผู้ริเริ่มมาเมื่อ 30 ปีที่แล้ว ได้มาพบว่า การวิ่ง เป็นกิจกรรมที่คนทั่วไปสามารถทำได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก และคนจากหลายวัย หลายอาชีพก็ ทำร่วมกันได้ จึงมาจับที่การวิ่ง โดยเฉพาะ “วิ่งเพื่อสุขภาพ” และเมื่อ 19 ปีที่แล้ว เริ่มมีการจัดการ รณรงค์วิ่งอย่างเป็นทางการ เป็น “จอมบึงมาราธอน” ครั้งแรก มีคนในชุมชนและในจังหวัดเป็นส่วนใหญ่ พอจัดเป็นประจำทุกปี จึงมีสมาชิกผู้สนใจเพิ่มขึ้น จากในจังหวัด เพิ่มเป็นคนนอกจังหวัด และคนกรุงเทพ จากร้อยกว่าคน มาจนถึงปัจจุบันมีสมาชิก 5,000 คน เมื่อ 5 ปีที่แล้ว จัดให้มี กิจกรรม โสมเสถียร พักในสถาบันราชภัฏจอมบึงและกางเต็นในสนาม เล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ หลักๆ คือ วิ่ง และเพิ่มการขี่จักรยานเสือภูเขา เมื่อ 11 ปีที่ผ่านมา และเมื่อ 4-5 ปีที่แล้วก็เป็นชมรมว่ายน้ำ กิจกรรมเพื่อสุขภาพของกลุ่มนี้ก็คือการวิ่ง ขี่จักรยาน และว่ายน้ำ เป็นหลัก ช่วงหลังก็มีกิจกรรม อื่นๆ มาบูรณาการเช่น แอโรบิกก่อนออกวิ่ง ตอนเย็นเวลามีคนมาเป็นพันคน ก็จะจัดให้มีการแสดง บนเวที กีฬาสาธิต มีไม้พลอง มีแอโรบิก เป็นต้น มีเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ มีการทดสอบ สมรรถภาพร่างกายประกอบด้วย ปัจจุบันมีสมาชิกตั้งแต่วัยเด็กที่ครอบครัวพามาวิ่งจนถึง ผู้สูงอายุ สูงสุดประมาณ 79-80 ปี เป็นนักวิ่งมาราธอน

วัตถุประสงค์หลักของชมรม คือ การทำกิจกรรมเพื่อดูแล(สุขภาพ)ตัวเอง รวมกลุ่มเพื่อน เพื่อความสนุกสนาน เพื่อให้การอยู่ร่วมกันของคนในชุมชน ไม่น่าเบื่อ มีกิจกรรมร่วมกัน การจัดงานก็ทำให้ได้สัมผัสกับคนในชุมชนทั้งที่ใกล้เคียงและห่างไกล สมาชิกชมรมนั้นไม่จำกัดอาชีพและฐานะ หรือวัยวุฒิ มีทั้งข้าราชการ ชาวบ้าน ประชาชนทั่วไป คนในตลาด นักเรียน เป็นต้น

การทำกิจกรรมเมื่อเป็นชุมชนคนรักสุขภาพราชบุรี ได้มีการขยายกิจกรรมที่ทำอยู่ไปยังชุมชนต่างๆ เชื่อมโยงกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐเช่นการกีฬาแห่งประเทศไทย รวมทั้งโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ร่วมกิจกรรมรณรงค์เรื่องยาเสพติด กับปปส.จังหวัด การเชื่อมโยงบังกล่าวนั้น ชมรมเป็นผู้เข้าไปเริ่มโครงการเอง เป็นแกนในการทำงาน สามารถเอากีฬา ไปบูรณาการกับปัญหาเสพติด บางหน่วยงานก็มาชวนให้ไปร่วมงานหรือเป็นที่ปรึกษาให้

หน่วยงานของภาครัฐที่ชมรมนี้เข้าไปสนับสนุนมากที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชน มีอยู่ทั้งหมด 6 แห่ง ต่อมาพอมีสสส. หลายแห่งก็เริ่มทำโครงการของตัวเองขอไปที่สสส. ในเรื่องกิจกรรมรณรงค์เพื่อสุขภาพ ทางโครงการก็ไม่ได้เข้าไปสนับสนุนเรื่องการจัดกิจกรรมที่ต้องใช้งบประมาณ ส่วนใหญ่ให้เวลาไปร่วมวิ่ง ร่วมขี่จักรยาน ไม่ได้เป็นเจ้าของ ในสถาบันการศึกษา ทางชมรมได้จัดให้มีกิจกรรม “ตั้งคนเข้าป่า” คือ ให้นักเรียนได้มีการบูรณาการการออกกำลังกายกับการเรียนรู้เรื่องการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เขาได้เดิน-วิ่ง เข้าไปในป่าเพื่อเรียนรู้เรื่องพันธุ์ไม้ เรื่องวรรณคดีจากป่า นอกจากนั้น ชมรมยังสนับสนุนการทำกิจกรรมของ หน่วยทหาร โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมกีฬายาวน้ำกับให้กับเยาวชนที่ด้อยโอกาส มีการทำค่ายบูรณาการการกีฬา สุขภาพ คอมพิวเตอร์ ศิลปะ ดนตรี โดยเยาวชนเหล่านี้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทางชมรมและเครือข่ายต่างทางงบประมาณจากกิจกรรมอื่น มาสนับสนุน ทำให้เยาวชนในเขตเทศบาลได้พบกับเยาวชนนอกเขตเทศบาลที่อยู่ห่างไกลจริงๆ และเกิดการยอมรับนับถือกัน นอกนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะเป็นประเภทสมาคมกีฬา

การขยายผลของกิจกรรมที่ชมรมทำคือ การเกิดชมรมที่ชาวบ้านตั้งขึ้นมาอย่างที่ทำอำเภอโพธาราม ชมรมวิ่งตำบลบ้านสิงห์ แล้วทุกชมรมก็มีการทำสัญลักษณ์ให้เกิดความภูมิใจในชุมชนของตนเอง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าชมรมนี้มีชีวิตจิตใจและวิธีการทำงานของตนเองไม่ได้เป็นผลมาจาก กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแต่อย่างใด แต่กลับเป็นแรงเสริมหรือพลังสำคัญในการช่วยสร้างสุขภาพในระดับต่างๆ รวมทั้งการทำกิจกรรมเพื่อการผลักดันพรบ.สุขภาพ แม้จะไม่ได้เข้าไปมีส่วนในเชิงนโยบาย ในทางปฏิบัติชมรมนี้ได้ทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพและการสร้างสัมพันธภาพในสังคมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหา และบูรณาการกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน ข้ามกลุ่มสังคม (cross societal stratification)

O เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ต.ดอนแร่ จ.ราชบุรี

เครือข่ายนี้เพิ่งมีการริเริ่มมาเมื่อปี พ.ศ. 2545 ซึ่งดูเหมือนจะเป็นผลมาจากการที่แกนนำกลุ่มได้เข้าไปมีส่วนร่วมในเวทีสมัชชา และการดำเนินการร่วมกับคณะทำงานของการปฏิรูปสุขภาพ เลยนำนวนความคิดมาลงปฏิบัติในชุมชนของตนเอง ซึ่งได้ทุนสนับสนุนกิจกรรม

บางส่วนจาก สสส. และได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ของรัฐบางส่วน การจัดกิจกรรมออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ และกิจกรรมสำหรับเยาวชน ดูจะมีแนวโน้มที่จะพอไปได้ แต่ในกรณีของการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและการทำเกษตรปลอดสารนั้นยังเป็นเรื่องยาก เพิ่งมีการริเริ่มการรวบรวมวัฒนธรรมประเพณีเดิมที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือกับวัด ด้วยความที่แกนนำเป็นคนรุ่นใหม่ ที่เกิดและเติบโตมาในชุมชน โอกาสในการสร้างกิจกรรมที่ต่อเนื่องให้กับชุมชนยังพอมิแนวโน้ม ในขณะที่เดียวกันก็มีอุปสรรคในการได้รับความยอมรับบ้างเล็กน้อย ต้องอาศัยเวลาในการพูดคุยให้เกิดความเข้าใจในชุมชน ซึ่งแกนนำพยายามอยู่ แต่สมาชิกกลุ่มดูจะไม่ได้ให้ความสนใจกับสังคมภายนอกมากมายนัก ไม่ได้มีส่วนร่วมในการปฏิรูปและการเปลี่ยนแปลงใดๆ สังเกตได้จาก ในช่วงที่ไปสัมภาษณ์ เป็นช่วงที่มีไข้หวัดนกระบาด ชาวบ้านก็ยังปล่อยทิ้งไก่บ้านไก่ชน เดินไปทั่วหมู่บ้านและในไร่นาอย่างอิสระ เคยมีชาวบ้านเป็นลมตายในไร่ ถึง 3-4 รายจากการใช้สารเคมี แต่ก็ยังมีคนสนใจที่จะเปลี่ยนวิธีการผลิตมาเป็นแบบปลอดสารพิษน้อยมาก

๐ เครือข่ายเรารักแม่กลอง จ.สมุทรสงคราม นครปฐม และเพชรบุรี

การเกิดขึ้นของเครือข่ายนี้มาจากกลุ่มคนที่มีปัญหาในเรื่องการประกอบอาชีพในลุ่มน้ำแม่กลองและบริเวณปากอ่าว กับผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่เห็นความไม่ถูกต้องของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เครือข่ายนี้มีตั้งแต่ คนที่เคยเป็นครู เป็นนายธนาคาร ประธานหอการค้า สื่อมวลชนท้องถิ่น พ่อค้า เกษตรกรเลี้ยงกุ้งและทำไร่ ชาวประมง เป็นต้น แต่ละคนที่เข้ามาร่วมกันทำงานด้วยเหตุผลที่ต่างกัน แต่เครือข่ายมีวัตถุประสงค์ร่วมกันในการขับเคลื่อนหรือผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายต่อการดำเนินการที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เช่น การสร้างถนนมอเตอร์เวย์จากบางนาสู่สายใต้โดยตัดปากอ่าวไทย หรือแม้แต่การจัดการเรื่องทรัพยากรน้ำ การทำเขื่อนที่ทำให้คุณภาพน้ำและการหมุนเวียนของน้ำระหว่างน้ำจืดในทะเล น้ำกร่อยและน้ำหนุนจากทะเล ขาดดุลยภาพ ซึ่งทำให้มีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพของเกษตรกรในพื้นที่ ทั้งเรื่องการปลูกพืชและเลี้ยงสัตว์ในน้ำกร่อย แรงบันดาลใจที่สำคัญที่ทำให้เกิดการรวมตัวกันแล้วให้ประธานหอการค้าจังหวัดสมุทรสงครามเป็นประธานนั้น เนื่องจากบุคคลดังกล่าวได้เป็นผู้ริเริ่มเปิดทางให้สมาชิกที่รวมตัวเป็นเครือข่ายกลุ่มนี้เห็นข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นกับปัญหาในพื้นที่ โดยเฉพาะการศึกษาค้นคว้าวิจัย หาสาเหตุของปัญหาในชุมชน มาเผยแพร่สื่อสารให้เข้าใจทั่วกัน และร่วมกันแสดงศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาร่วมกัน

เริ่มจากการที่ แกนนำกลุ่ม (ประธานหอการค้าจังหวัด) ได้คลุกคลีทำงานกับชุมชนมาเป็นเวลานาน จากเดิมเป็นเจ้าของที่ธนาคารฝ่ายสินเชื่อ ที่ต้องสัมผัสกับปัญหาหนี้สินของชาวบ้านและการปล่อยสินเชื่อเพื่อการลงทุน ด้วยความสนใจส่วนตัวทำให้ต้องเข้าไปดูสถานะปัญหาที่แท้จริงให้รู้วัฒนธรรม ระเบียบวินัยของคนที่เขาจะปล่อยเงินให้กู้ ทำให้เห็นศักยภาพว่าหากให้ชาวสวน

ได้รับสินเชื่อไปมันจะช่วยเขาได้จริงหรือไม่ ทำอย่างไรเขาถึงจะอยู่รอด ต้องเดินทางทางเรือ เห็นลักษณะภูมิประเทศ เห็นคุณค่าของชีวิตคนที่ทำงานจริงๆ แต่ยังยากจน จึงพยายามทำความเข้าใจกับความยากจนที่เกิดขึ้นว่ามีสาเหตุมาจากอะไร จึงไปพบว่า ปัจจัยหลักในการผลิตคือ ดิน น้ำ และลม ซึ่งมีความสำคัญต่อชีวิตผู้คนที่ทำการเกษตรติดทะเล คนที่ประกอบอาชีพตามชายฝั่งทะเลรวมไปถึงคนที่ทำนาเกลือด้วย จึงตระหนักได้ว่า แต่ละกลุ่มอาชีพคนเหล่านี้มีความรู้ในการประกอบอาชีพกันคนละชุด คนทำมาหากินในแถบชายทะเลมีระบบนิเวศที่ซับซ้อนที่สุด เกณนำท่านนี้ได้พยายามศึกษาชีวิตคนที่เขาเข้าไปเกี่ยวข้องด้วยกว่า 20 ปี ทำให้ตระหนักเห็นความจำเป็นแล้วว่า หากปล่อยให้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นพัฒนาไปในทางลบมากขึ้น ชาวบ้านก็จะลำบากมากขึ้น และส่งผลกระทบกับทุกฝ่าย จึงเกิดการพูดคุยกันกับคนที่คิดคล้ายๆ กัน ที่ความพยายามที่จะรักษาอ่าวไทยให้กลับมามีชีวิตดังเดิม

หลายท่านได้ร่วมพูดคุยและฟังแนวคิดจากเกณนำแล้ว เกิดความคิดร่วมกัน ว่า **มันมีบทเรียนจำนวนมากที่ชาวบ้านทำแต่ไม่เคยเรียนรู้จากบทเรียน หรือเรียนรู้ร่วมกัน จึงเข้ามาสู่กระบวนการประชาคมคนรักแม่กลอง** มีการถอดบทเรียนจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่ง คนสมุทรสงคราม คนเมืองเพชร ก็เจอปัญหาคล้ายๆ กัน เรื่องมลภาวะในน้ำ ที่เป็นผลมาจากนโยบายของรัฐที่ไม่เอื้อต่อสิ่งแวดล้อม เช่นมีการให้ตั้งโรงงานใกล้กับแม่น้ำ มีการสร้างถนนตัดที่ดินที่เป็นนาเกลือ ต้องมีการระบายน้ำเข้าออก เป็นต้น ชุมชนคนรักแม่กลองจึงเกิดขึ้นประมาณเดือนกันยายน 2542 **สิ่งที่ทำในเบื้องต้นคือการจัดองค์ความรู้เรื่องน้ำ** ที่ชาวบ้านมีอยู่มาเรียบเรียงให้เป็นระบบ ให้เข้าใจง่าย เนื่องจากน้ำเป็นตัวกำหนดว่าจะทำกิจกรรมอะไร ในช่วงไหน คนทำประมงจะกลับเอาเรือลงทะเลหรือขึ้นมาซ่อมในช่วงใด เพราะอะไร กิจกรรมดังกล่าวขึ้นกับทั้งลมและน้ำ และเวลาน้ำขึ้นช่วงนี้ จะลงพืชเพาะปลูกอะไร ทำสวนทำอะไรจะเก็บผลได้ช่วงไหน คนอยู่ปากอ่าว หรือปากทะเล มีอาชีพหลากหลายต้องใช้น้ำและวิถีของน้ำเป็นตัวกำหนดชีวิตการทำมาหากินและความเป็นอยู่ทั้งหมด ในประเด็นนี้ เครือข่ายพยายามสื่อสารให้เข้าใจกับคนในชุมชน เนื่องจากคนที่เรียนในวิธีการเรียนแบบสมัยใหม่เขาไม่มีองค์ความรู้เช่นนี้ เขาก็ทำอาชีพผิดพลาดได้ ไม่เหมาะกับพื้นที่ หากเอาความรู้มาเชื่อมโยงกันระหว่างความรู้ใหม่และภูมิปัญญาท้องถิ่น ทางเครือข่ายคิดว่าจะเป็นการนำไปสู่การพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างเข้าใจสิ่งแวดล้อมและไม่ทำลาย

สมาชิกที่อยู่ในเครือข่ายเห็นประเด็นเดียวกัน ว่า **เครือข่ายดังกล่าวทำให้เขาได้มีการวิเคราะห์วางแผนอย่างเป็นระบบ** เข้าใจปัญหาตัวเองอย่างแท้จริง อย่างตัวอย่างสมาชิกจากแพรทนามแดง ที่เพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ แล้วพบว่าระบบการระบายน้ำที่ทำอยู่มันผิดธรรมชาติ การสร้างสะพานลงไปในทะเลก็ผิดธรรมชาติ สิ่งที่เขาและสมาชิกเครือข่ายทุกคนได้ตระหนักรู้จากการรวมตัวกันคือ ระดับความอุดมสมบูรณ์ในก้นอ่าวนี้ หายไป แม่น้ำทั้ง 5 สายที่ไหลลงปากอ่าวมี

สารปลอดปนเปื้อนจำนวนมาก ทะเลตื่นเงิน สิ่งมีชีวิตที่อาศัยอยู่ตามปากอ่าวสูญหายไปจำนวนมาก เขาเห็นว่าการพัฒนาที่ผิดหลักธรรมชาติ เปลี่ยนแปลงธรรมชาติ ทำให้ปากอ่าวที่เป็นแหล่งอาหาร (เนื่องจากบริเวณปากอ่าวจะเป็นที่ล้นน้ำมาเพาะพันธุ์ มาวางไข่ และเป็นที่อยู่อาศัยของกุ้งเคยที่นำมาทำกะปิ) กลายมาเป็นแหล่งสะสมของเสีย กระบวนการมีส่วนร่วมที่เขาได้เข้าร่วมอย่างในเวทีประชาพิจารณ์ การร่างพรบ.ประชาพิจารณ์ ทำให้เขาได้เผยแพร่ให้คนอื่นตระหนักถึงภัยที่กำลังคุกคามประชาชน ไม่เพียงแต่ในพื้นที่เท่านั้นแต่รวมไปถึงประชาชนทั่วประเทศ ภาครัฐเองยังขาดความเข้าใจในลักษณะนี้ เนื่องจากวิชาการที่เขาเรียนมานั้นไม่มีการศึกษาวิจัยเรื่องภูมิทัศน์ของปากอ่าวที่มีส่วนผสมของน้ำเค็มและน้ำจืด ในพื้นที่เขตร้อนในภูมิภาคนี้อย่างจริงจัง

การก่อตัวของเครือข่ายที่สำคัญคือการสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับ **สภาวะแวดล้อม และปัญหาการประกอบอาชีพที่มีฐานของทรัพยากรธรรมชาติ** บางท่านมองเห็นความล้มเหลวในระบบการศึกษาและสังคม ที่ทำให้คนมองไม่เห็นรากแก้วของปัญหาการพัฒนาประเทศ คนจำนวนมากจึงไม่มีความรู้สึกกับบ้านเกิด แต่เครือข่ายดังกล่าวทำให้เขาได้เห็นว่ามีชุมชนที่เขาเกิดเป็นชุมชนทรัพยากรทางปัญญา เป็นแหล่งที่เขาสามารถเรียนรู้ได้จากการปฏิบัติจริงที่ไม่มีตำราเล่มไหนบอกเขาได้ เครือข่ายจึงเป็นเสมือนกลไกที่ทำให้เขาเกิดความภาคภูมิใจในชุมชนของตนเองด้วยเช่นกัน

กลุ่มเครือข่ายนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเพราะกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ แต่มีพลังและศักยภาพมาก ในการขับเคลื่อนระดับนโยบาย ที่น่าเป็นบทเรียน ให้กับเครือข่ายอื่นๆ ในการสร้างองค์ความรู้ ก่อนที่จะทำการขับเคลื่อน และทำให้สังคมเกิดความตระหนักในปัญหาที่เขาเผชิญ และที่สำคัญองค์ความรู้นั้นไม่จำเป็นต้องเป็นองค์ความรู้ที่มาจากสถาบันวิชาการแต่เป็นความรู้จากชาวบ้าน จากภูมิปัญญาที่มีหลักการเหตุผล สอดคล้องกับหลักการทางวิทยาศาสตร์ โดยทั้งนี้แกนนำต้องรู้พอที่จะนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เชื่อมโยงให้เห็นประเด็น ก่อนที่จะขับเคลื่อน และยังสามารถสร้างให้เกิดเครือข่ายได้อย่างกว้างขวางโดยอิงองค์ความรู้ที่เกิดขึ้น

๐ กลุ่มไทเก็ก ในสวนลุมพินี กรุงเทพฯ

กลุ่มออกกำลังกายในสวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร มีอยู่จำนวนมากและหลากหลาย เป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นมาเกือบสามสิบปี ผู้ที่มาออกกำลังกายในสวนสาธารณะนี้มีทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ในวัยทำงาน วัยรุ่น และผู้สูงอายุ ในช่วงเช้าของวันหยุดราชการจะพบกลุ่มเหล่านี้ มาทำกิจกรรมมากมาย มีหลายกลุ่มหลายเวที บางกลุ่มเต้นแอโรบิค บางกลุ่มรำมวยจีน ออกกำลังกายแบบซึกัง และไทเก็ก บางท่านก็นั่งทำสมาธิภาวนา บางกลุ่มมีลีลาศเพื่อสุขภาพ จากการเข้าไปสังเกตการณ์และพูดคุยกับคนที่มา ณ ที่นี้นั้นพบว่า มีผู้คนมาจับจองพื้นที่ในบริเวณสวนลุมให้เป็นประจำกลุ่มมีโต๊ะและม้านั่งหลายแบบหลายสไตล์สามารถแยกได้ตามพื้นฐานนะ มีการสลับหรือเวียนป้าย

บอกชื่อกลุ่ม แต่ละกลุ่มจะมีเสื้อสีบอกสัญลักษณ์ของกลุ่ม และฐานะของคนในกลุ่ม คนเป็นผู้นำ ออกกำลังกายจะมีฟอร์มแบบหนึ่ง คนเป็นสมาชิกอีกแบบหนึ่ง แล้วแต่ว่าในแต่ละกลุ่มจะคิดกัน นอกจากนั้นแต่ละกลุ่มจะมีเครื่องเสียง ตู้เก็บอุปกรณ์ และอาหาร เครื่องดื่มไว้บริการตนเอง บางกลุ่มที่มีฐานะดีก็จะมีคนบริการให้ จากการสอบถามพบว่า เขาจัดการกันเองในกลุ่ม มีการลงขัน ร่วมกัน เป็นสังคมย่อยๆ ของการมาพบปะสังสรรค์ กลุ่มออกกำลังกายที่มีกลุ่มมีการจับจองพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และเป็นชาวไทยเชื้อสายจีน ที่มาออกกำลังกายที่สวนลุมเป็นประจำ เป็น คนที่อยู่ทั้งในฝั่งกรุงเทพมหานครและฝั่งกรุงเทพมหานคร

กลุ่มต่างๆ เหล่านี้จะเริ่มทยอยกันมาออกกำลังกายตั้งแต่ประมาณ 4-5 นาฬิกาในตอน เช้า และ เริ่มออกกำลังกายเรื่อยๆ ไป แล้วแต่ใครมาก่อนหลัง จนกระทั่งเวลา 8-9 นาฬิกา แล้วแต่ ความพอใจของแต่ละคน จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุหลายท่าน มีวินัยในการมาออกกำลังกาย เป็นอย่างมาก ไม่เคยขาดเลย ถือว่าเป็นกิจวัตรประจำวัน ที่ได้พูดคุยด้วย พบว่ามีผู้สูงอายุทำ อย่างนี้ ตั้งแต่เกษียณอายุจนปัจจุบันอายุ 80 กว่าปี “ยังรู้สึกแข็งแรงและมีการดูแลตรวจเช็ค สุขภาพเป็นประจำก็คิดว่าสุขภาพของตนนั้นดี และคิดว่าอาจจะดีกว่าเด็กรุ่นใหม่” การรวมกลุ่มก็ เป็นในลักษณะที่ “ใครสนใจลองไปทำตามครูคนไหน กลุ่มไหนสนใจก็ไปเป็นประจำ ไปถามเขา ส่วนใหญ่ไม่มีใครคิดหรือเรียกเก็บค่าสมาชิก” หากจะมีการเก็บค่าสมาชิก เงินนั้นจะนำไปเป็นค่า น้ำชาหรืออาหารว่างหากทางกลุ่มเตรียมให้ ซึ่งไม่ได้กำหนดเป็นอัตราตายตัว การเข้าร่วมกลุ่มจึง ถึงเป็นเรื่องแล้วแต่บุคคล

จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุที่มาออกกำลังกายยังไม่ทราบเรื่องเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ และไม่เคยได้ยินคำว่าสร้างนำซ่อม หรือ สมัชชาสุขภาพ ไม่เคยรับทราบและไม่เคย ไปร่วมงานเหล่านั้น แต่เห็นว่สิ่งที่เขาทำอยู่ก็ต่อสุขภาพอยู่แล้ว (เป็นที่น่าสังเกตว่า ในช่วงการ ร่างพรบ.สุขภาพในปีพ.ศ. 2545 มีกลุ่มผู้สูงอายุไท่เก๊กที่ออกกำลังกายที่สวนลุมพินีมาร่วมงาน ด้วย) จากการพูดคุยก็พบว่า กลุ่มไท่เก๊กมีหลายกลุ่มมาก แต่ละกลุ่มก็มีหลายสาย

ส่วนคนที่ เป็นปัจเจกการมาออกกำลังกาย ณ ที่นี้ค่อนข้างเป็นอะไรที่ส่วนตัว ที่เขาไม่ ต้องการพูดจาสังสรรค์กับใคร เพียงแต่มาใช้พื้นที่แล้วก็กลับไปประกอบภาระกิจ ของตนเอง ทำให้ ไม่สามารถสัมภาษณ์ได้สะดวกนัก

๐ กลุ่มแม่บ้านบางโหนด จ.สมุทรสาคร

กลุ่มแม่บ้านบางโหนด จังหวัดสมุทรสาครเป็นกลุ่มที่ทำกิจกรรมหลายด้านด้วยกัน จากการเข้าไปเยี่ยมกลุ่มพบว่ามีการทำงานฝีมือ ฝึกอาชีพหลายด้าน แต่ในปัจจุบันมีความเด่นในการ เขียนสีเครื่องขามเบญจรงค์ จนได้รับรางวัล จากการพูดคุยพบว่าในชุมชนเคยมีการรวมกลุ่มทำ กิจกรรมมากกว่านี้ เพราะได้รับการส่งเสริมจากราชการ แต่เนื่องจากคนส่วนใหญ่ทำงานในโรงงาน

มีการทำงานย้ายเข้าออกบ่อย ไม่ค่อยมีการรวมตัวเท่าไรนัก กลุ่มนี้ไม่ทราบเรื่องเกี่ยวกับการปฏิรูปหรือการสร้างสุขภาพแต่อย่างใด งานภายนอกชุมชนที่เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นงานแสดงสินค้า จากการสังเกตพบว่าสมาชิกที่เป็นช่างเขียนสี ส่วนใหญ่เป็นหญิงน้ำหนักเกิน อยู่ในภาวะ obese ทั้งสิ้น จากการสังเกตในหมู่บ้านก็พบว่ามีผู้หญิงอีกจำนวนมากที่มีลักษณะเช่นเดียวกัน รวมทั้งเยาวชนทั้งที่มีกลุ่มแอโรบิค แต่ไม่ได้รับความสนใจจากชาวบ้าน เวลาแอโรบิคจะมีเพียงผู้เข้าร่วมจำนวน 4-5 คน ทำให้เห็นว่าคนกลุ่มนี้ไม่ได้มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และรับรู้เรื่องการปฏิรูปสุขภาพแต่อย่างใด

4.6 บทวิเคราะห์และข้อสังเกต

จากการศึกษาพบว่า วิถีชีวิตเศรษฐกิจ ปี 2540 และ รัฐธรรมนูญฉบับปี 2540 เป็นแรงผลักดันที่ทำให้เกิดกลไก/องค์กรในการทำงานภาคประชาชนเป็นจำนวนมาก มีการปรับวิถีคิด และการทำงานอย่างเด่นชัด องค์กรเครือข่ายภาคประชาชนมีการทำงานที่เปลี่ยนแนวคิดสู่การสร้างแกนนำ การมีส่วนร่วม เพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง ดังที่เครือข่ายที่ศึกษานี้แสดงให้เห็น การปรับเปลี่ยนวิธีคิดนี้ยังหวังพึ่งภาครัฐน้อยลง ซึ่งมีปัจจัยหลายประการจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ที่ประชาชนเห็นความไม่ยั่งยืนจากโครงการพัฒนาที่หยิบยื่นให้จากภาครัฐ ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมที่ชาวบ้านประสบ ทำให้บางเครือข่ายเกิดความไม่มั่นใจในการดำเนินการจากภาครัฐบาลและเมือง องค์กรเหล่านี้จึงมีแนวคิดในการพึ่งตนเองมากขึ้น

การปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ใช้วิธีคิดแบบที่ให้ชาวบ้านพึ่งตนเองมากขึ้น เน้นการมีส่วนร่วมและการปรับกระบวนการทัศน์ต่างๆ นี้ น่าจะเป็นผลพวงส่วนหนึ่งของบรรยากาศทางสังคม ในช่วงเวลาดังกล่าว หลักการแนวคิดที่สร้างขึ้นมาจึงสอดคล้องกับ ปรัชญาการณที่มีอยู่แล้วในบริบทสังคมและวัฒนธรรม ผู้คนต้องพึ่งตนเอง เห็นปัญหาและพยายามหาทางแก้ด้วยตนเอง การก่อตัวของกลุ่มเครือข่ายเพื่อสุขภาพที่ศึกษานั้น ไม่อาจกล่าวได้ว่าเป็นผลมาจากการขับเคลื่อนทางสังคมของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเสียทีเดียว มีเพียงกลุ่มเดียวที่แกนนำชุมชนได้รับเอาแนวคิดจากการได้เข้าร่วมกระบวนการปฏิรูป มาปฏิบัติในชุมชนของตนเอง

ปัจจัยหนึ่งอาจเนื่องมาจากการรับรู้เกี่ยวกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในสังคม ที่ยังไม่กว้างขวางชัดเจนพอ แต่ละเครือข่ายจะรับรู้ในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพต่างกัน ขึ้นอยู่กับการได้เข้าไปเกี่ยวข้องมากน้อยในกระบวนการที่ต่างกัน บางเครือข่ายเห็นว่าการปฏิรูปเป็นการหยิบยกเอาสิ่งที่ประชาชนทำกันอยู่แล้วไปจัดไว้ในทำเนียบเวทีสมัชชาแล้วนำไปตีความใหม่ให้เป็นเรื่องของสุขภาพไป หรือมองอีกด้านหนึ่งเป็นการเก็บเกี่ยวประสบการณ์เดิมให้เข้ามาเป็นตัวอย่งให้กับคนอื่น โดยอ้างอิงว่าเป็นการสร้างสุขภาพ ซึ่งขึ้นอยู่กับการตีความและการตั้งโจทย์สำหรับการจัดระบบความสัมพันธ์ในเวทีสมัชชาสุขภาพที่ผ่านมา บางเวทีจะมีความชัดเจนในการเกี่ยว

ร้อยเรื่องราวที่มีอยู่เดิม เช่นเกษตรพื้นบ้าน เกษตรยั่งยืน ไปสู่เรื่องอาหารปลอดภัยและสุขภาพ ซึ่งแต่เดิมไม่ได้คิดถึงเรื่องนั้นแต่คิดถึงการดำรงชีพของเกษตรกรที่ล้มเหลวจากกระบวนการผลิตที่ไม่เอื้อต่อวิถีชีวิตคนในชนบท ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวนี้แตกต่างกันไป

บางประเด็นบางเนื้อหาของการจัดเวทีและการดึงกลุ่มต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมนั้น เป็นอีกส่วนหนึ่งที่ มีประโยชน์กับผู้มีความสนใจร่วมกันและสามารถใช้ประโยชน์จากเวทีสมัชชาได้ร่วมกัน แต่นั่นหมายความว่า คนที่ไม่ได้สนใจในเรื่องดังกล่าวอาจไม่เข้าไปมีส่วนร่วมเท่าที่ควร เช่น ในกรณีที่เราเห็นว่า เครือข่ายที่เข้าร่วมสมัชชาในปีนี้เป็นส่วนใหญ่เป็นเครือข่ายชุมชนและเอกชน มากกว่าเครือข่ายทางการแพทย์ เครือข่ายสุขภาพเด็ก ผู้หญิง ผู้พิการ หรือสุขภาพของคนในเมือง การรับรู้ต่อกระบวนการปฏิรูปจึงอยู่ในมุมจำกัด โดยเฉพาะเมื่อลงไปในระดับชุมชนจะเห็นว่ายังมีเพียงแกนนำเท่านั้นที่พอจะเข้าใจบ้าง (แต่ก็ยังไม่ตรงกันเสียทีเดียว โดยเฉพาะเรื่องหลักการสำคัญๆ ของการปฏิรูประบบสุขภาพ) ซึ่งกลับไปสู่ปัจจัยความสนใจระดับบุคคลมากกว่าทั้งกลุ่มชุมชน หรือองค์กร

กลุ่มเครือข่ายบางกลุ่มมีแผนงานที่สอดคล้องกับกระบวนการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งเวทีสมัชชาสุขภาพเป็นเวทีหนึ่งที่เราสามารถนำเรื่องที่เขาค้นคว้าเสนอต่อที่สาธารณะได้ การกำหนดประเด็นที่ครอบคลุมเกี่ยวข้องกับคนจำนวนมาก และหลายเครือข่ายที่มีความต้องการที่หลากหลายจึงเป็นเรื่องท้าทาย แต่หากมีเวทีที่หลากหลายตามประเด็นที่เครือข่ายประชาชนสนใจจริงๆ มีการทำงานอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้การปฏิรูปวิธีคิดและวิธีปฏิบัติที่จะนำไปสู่การสร้างสุขภาวะ ในมิติกาย จิต หรือสังคม เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากกว่าการจัดแบ่งตามเขตพื้นที่ เป็นรายจังหวัด ภาค หรือ ระดับชาติ ซึ่งความเกี่ยวข้อง (relevancy) ของประเด็นและผู้เข้าร่วมที่สนใจในเรื่องนั้น ลดหลั่นต่างกันไป ทั้งนี้ทั้งนั้นความเป็นไปได้ในการดำเนินการและงบประมาณย่อมเป็นอุปสรรคในดำเนินงานดังกล่าวให้สอดคล้องความต้องการ คำถามที่ยังคงต้องทิ้งไว้ให้คิด คือ สมัชชาที่ผ่านมาสร้างพลังทางสังคมอย่างที่ตั้งใจไว้ในระดับใดเมื่อเปรียบเทียบกับกรรับรู้ของคนทั้งประเทศต่อการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ

มุมมองและความหมายที่เครือข่ายต่างมีต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ นั้นพบว่า หลายกลุ่มเน้นไปที่การปฏิบัติให้เห็นเป็นรูปธรรม ซึ่งไม่สามารถบอกได้ว่าเขาคิดอย่างไรต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ว่าเป็นการปฏิรูป หรือการสร้างสุขภาพ หรือไม่ ในขณะที่บางกลุ่มเน้นการเปลี่ยนในวิธีคิดให้ชัดเจน ฝังลึกและนำไปดำเนินการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทุกกลุ่มยอมรับว่า การเปลี่ยนแปลงในลักษณะดังกล่าวมีมานานแล้ว ก่อนหน้าที่จะมีการเคลื่อนไหวจากกลุ่มเวทีสมัชชาสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงที่เครือข่ายเหล่านี้แสดงออกส่วนใหญ่แล้วเป็นการสวนกระแสสังคมโดยรวม หรือ สวนทางกับทิศทางการพัฒนาของรัฐ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าจับตามองว่า การสวนกระแสดังกล่าวนี้มีมา

ก่อนหน้าที่จะเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพจะดำเนินการ สิ่งที่สำคัญงานปฏิรูประบบสุขภาพทำนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการต่อยอดกระบวนการดังกล่าวให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ให้มีการยอมรับจากภาคอื่นๆ ข้าราชการ การแพทย์ สาธารณสุข การเมืองให้เริ่มมีการพิจารณากระบวนการสวนกระแสทิศทางการพัฒนา (ที่ไม่ยั่งยืน) ที่เกิดขึ้นมาในช่วงหนึ่งหรือสองทศวรรษนี้

สิ่งที่น่าสนใจในเรื่องของกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีสมัชชาสุขภาพที่ถูกสะท้อนโดยเครือข่ายที่ศึกษา คือ ความคิดที่เห็นการเข้าไปร่วมเวทีสมัชชานั้นเป็น “ดาบสองคม” ทำให้ชาวบ้านที่เข้าร่วมเวทีหลงใหลในบริโภคนิยม เนื่องจากการจัดเวทีและกระบวนการบนเวทีนั้นดำเนินในโรงแรม ติดแอร์ บรรยากาศที่โอเอียง ไม่สอดคล้องกับวิถีในท้องถิ่น ซึ่งการนำเสนอแบบนี้ถูกสะท้อนว่าชาวบ้านจะสนใจเนื้อหาน้อยลง เพราะไปพ่วงกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ปัจจัยเรื่องเวทีและบรรยากาศที่ไม่สอดคล้องกับพื้นที่ที่ต้องการให้ประชาชนเข้าร่วมนั้นจึงเป็นปัจจัยที่น่าต้องนำไปพิจารณา

ปัจจัยในเรื่องของ ผู้ประสานงาน เป็นประเด็นหนึ่งที่ถูกสะท้อนออกมาว่า จะได้รับการมีส่วนร่วมจากคนในท้องถิ่นได้มากน้อยเพียงใด และเข้าใจตรงกันเพียงใดขึ้นอยู่กับผู้ประสานงาน ที่เข้าใจและสามารถสื่อสารเตรียมการกับผู้เข้าร่วมเวทีก่อนการประชุมร่วมกันจากหลายภาคส่วน เพื่อปรับความพร้อมในการรับรู้ ให้มาเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้อย่างมีความหมาย มิฉะนั้นผลที่ออกมาคือเวทีนี้เป็นเพียงเวทีที่ให้มารับรู้ คาดหวังว่าจะให้เกิดการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริง และสร้างฐานเครือข่ายต่อไปนั้น ไม่อาจรับรองได้จากผลของการพบปะกันเพียงในเวทีสมัชชา

เครือข่ายที่เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพมีประสบการณ์กับสมัชชา และความคาดหวังต่อสมัชชาสุขภาพที่แตกต่างกัน คำถามที่เกิดขึ้นคือ สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรในชีวิตของพวกเขาบ้าง เปลี่ยนอะไรในสังคมระดับท้องถิ่น ระดับจังหวัดและระดับชาติ ข้อเสนอแนะที่เกิดขึ้นในเวทีนั้น มีการดำเนินการอย่างไรเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระดับต่างๆ ซึ่งเป็นข้อคิดที่พึงระลึกถึง เพราะหากการดำเนินการโดยไม่เห็นผลต่อเนื่องไปในทุกๆ ปีที่มีการจัดเวที ผู้เข้าร่วมกระบวนการอาจเกิดความไม่มั่นใจในการเข้าไปร่วมแสดงพลัง หากไม่มีผลอะไรเกิดขึ้น โดยเฉพาะในบรรยากาศทางการเมืองที่เปลี่ยนไป การขับเคลื่อนให้ประเด็นของท้องถิ่นได้รับการพิจารณาในระดับนโยบายอาจเป็นไปได้ยากขึ้น แล้วนโยบายระยะยาวของการขับเคลื่อนกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพจะเป็นอย่างไร หวังที่จะสัมฤทธิ์ผลอะไร ยังคงเป็นคำถามที่หลายเครือข่ายตั้งข้อสังเกต

บทเรียนที่ผู้ให้สัมภาษณ์ถ่ายทอดในทุกกลุ่ม ทำให้เห็นว่าคนที่มาร่วมกันจะรวมตัวกันเพื่อหาทางแก้ปัญหา โดยเฉพาะเมื่อปัญหานั้นเป็นเรื่องของชีวิต ปากท้อง และความเป็นความตายจากกระบวนการผลิตที่ไม่เหมาะสมกับการดำรงชีวิต หรือแม้กระทั่งความทุกข์จากความขาดแคลน ไม่มีกิจกรรมทำยามเหงา อย่างชมรมวิ่งและชมรมจักรยานที่กลายเป็นชมรมคนรักสุขภาพใน

ปัจจุบัน สำหรับปัญหาที่เป็นเรื่องชีวิต คนที่จะรวมใจรวมแรงกันทำงาน แล้วสำเร็จได้ ขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหา ตรงที่ปัญหานั้นจะต้องเป็นปัญหาที่สามารถใช้ปัญญาแก้ไขได้ หากต้องใช้เทคนิควิธี ความรู้ที่เกินปัญญาและสามัญสำนึก การประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญผู้เกี่ยวข้องมีความจำเป็นอย่างมาก

ในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ หากเริ่มจากหน่วยที่มีทุกขร่วมกัน อันเป็นผลเนื่องมาจากระบบสุขภาพและการสาธารณสุข การเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับระบบสุขภาพก็จะเป็นสิ่งที่ทำให้เห็นเป็นรูปธรรมได้ง่ายขึ้น ในขณะที่ผ่านมาประเด็นของการปฏิรูปไม่ได้ถูกสร้างจากปัญหาของการแพทย์และสาธารณสุขที่ประชาชนจะเล็งเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงนั้น ปัญหาสุขภาพะ ทั้ง 4 มิติที่เสนอในช่วงสั้นๆ ของการจัดเวทีแต่ละเวที ไม่สามารถซึมซับเข้าไปสู่ความรู้สึกอยากที่จะเปลี่ยนระบบสุขภาพทั้งระบบเท่าที่ควร ความเจ็บป่วยทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เกี่ยวข้องกับการนโยบายของรัฐอย่างเดียวหรือ หรือนโยบายรัฐเป็นรากเหง้าของความซับซ้อนของปัญหาที่ประชาชนไม่สามารถเชื่อมโยงได้ กลไกการปฏิรูปโดยผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพเป็นเพียงพื้นเฟื่องหนึ่งที่ยังไม่อาจแสดงให้เห็นผลของการดำเนินการได้ แต่กระบวนการก่อตัวของเครือข่ายต่างๆ ที่เริ่มจากทุกขที่ประชาชนเห็น และองค์ความรู้ที่วิเคราะห์เจาะลึกให้เห็นรากเหง้าของปัญหานั้นทำให้เครือข่ายเห็นทิศทางการขับเคลื่อนและวางแผนในการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมต่อไป ดังที่ปรากฏในการดำเนินงานของเครือข่ายรักแม่กลอง และ เครือข่ายเกษตรนาร่อง

บทที่ 5

การสำรวจความคิดเห็นและการรับรู้ของประชาชนต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ในเขตกรุงเทพมหานคร

การเก็บข้อมูล

การสำรวจความคิดเห็นและการรับรู้ของประชาชนต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาผลกระทบสุขภาพประชาชนในภาคกลาง โดยใช้ข้อมูลการศึกษาเชิงปริมาณสำหรับประชาชนในเมืองกรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาแนวความคิด ความเข้าใจเรื่องสุขภาพในมิติต่างๆ พฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกระบวนการ สัมชัญสุขภาพและข้อคิดเห็นต่อกิจกรรมเกี่ยวกับ การปฏิรูประบบสุขภาพ แบบสอบถามที่นำไปใช้ในการสำรวจ ได้ถูกออกแบบให้ตอบคำถามในประเด็นดังกล่าวโดยเฉพาะในทัศนคติที่ประชาชนมีต่อประเด็นต่างๆ ซึ่งคำถามเกี่ยวกับทัศนคติได้มีการทดสอบ ค่าความเชื่อถืออยู่ในระดับ .7 ถึง .8 แบบสอบถามได้ถูกกระจายไป สุ่มแบบ random sampling ในแหล่งชุมชนกลางเมืองกรุงเทพ เขตปทุมวัน และสี่มุมเมืองกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เขตดินแดง เขตจตุจักร เขตธนบุรี และ เขตบางนา การสำรวจอยู่บนฐานของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,000คน ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ตอบคำถามทุกคำถามในแบบสำรวจฯ ด้วยตนเอง โดยมีการชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการรักษาความลับ (confident) เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามแบบสอบถามทุกฉบับ ได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลเป็นที่เรียบร้อยโดยการลงนามในใบยินยอมของผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย (informed consent form) (ดูในเอกสารแนบลำดับที่ 2)

แบบสำรวจประกอบไปด้วยข้อมูล 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2. แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพ

ส่วนที่ 3. แบบสำรวจภาวะเจ็บป่วยและการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ 4. แบบสำรวจการรับรู้เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ

ส่วนที่ 5. แบบสำรวจการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ และข้อเสนอแนะ

การสำรวจครั้งนี้มีนอกจากจะได้รับข้อมูลดังกล่าวจากผู้ให้ข้อมูลแล้ว กระบวนการสำรวจและคำถามในแบบสอบถาม ยังทำให้เกิดการกระตุ้นให้ประชาชนในเมืองเกิดการรับรู้และข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยทราบเกี่ยวกับกระบวนการปฏิรูปโดยผ่านกลไกสมัชชาต่างๆ ซึ่งมีผู้ให้คำตอบหลายท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมหลังจากตอบแบบสอบถามแล้ว คาดว่าการตอบแบบสอบถามนี้จะช่วยกระตุ้นให้เกิดความสนใจติดตามกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิรูปไปพร้อมๆ กัน

5.1. ข้อมูลทั่วไป

จำนวนรวมของผู้ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ มีทั้งสิ้น 1988 คน จากจำนวนดังกล่าว แบ่งลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถามได้ ดังตารางที่ 1 เป็นผู้หญิง (56 %) มากกว่าผู้ชาย (43.6%) ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน (21-40 ปี) คิดเป็นร้อยละ 67.6 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด แบ่งเป็นกลุ่มทำงานในวัย 21-30 ปี จำนวนร้อยละ 48 และกลุ่มทำงานในวัย 31-40 ปี ประมาณร้อยละ 20 จากจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมีวัยรุ่นให้คำตอบประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ตอบแบบสอบถาม และมีผู้สูงอายุ ในวัย 50-60 ปี และมากกว่า 60 ปี อยู่เพียงร้อยละ 3.5 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสของผู้ตอบแบบสอบถามนั้นเป็นคนโสด ถึงร้อยละ 67.4 เป็นผู้สมรสแล้วเพียงร้อยละ 26.4

การศึกษาของผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 43.2 และ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 25.6 มีเพียงเกือบร้อยละ 11 ที่เป็นผู้ที่จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา และมีผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 8.5 ในขณะที่ผู้ที่จบการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2

ส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นนักศึกษา พนักงานเอกชน รับจ้างทั่วไป และรับราชการ โดยมีร้อยละ 28, 24, 18.2, และ 17.2 ตามลำดับ ผู้ที่ประกอบกิจการส่วนตัวมีจำนวนร้อยละ 7.2 มีตอบแบบสอบถามเพียงร้อยละ 3 ที่ไม่มีอาชีพ และร้อยละ 2 ที่ประกอบอาชีพหาบเร่ แผงลอย รถเข็น หรือเป็นลูกจ้างหน่วยงานราชการ

รายได้ของผู้ตอบแบบสอบถามโดยรวมแล้วอยู่ในระดับต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 80 ของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงรายได้ ประมาณ 3,500-6,500 บาทต่อเดือน (29.5%) และ 6,500-10,000 บาทต่อเดือน (24.9%) และมีผู้ที่ไม่มียาได้คิดเป็นร้อยละ 17.3 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

โดยรวมแล้วลักษณะทางประชากรสะท้อนความหลากหลายในอาชีพ การศึกษา และเศรษฐกิจของชนชั้นกลางทั่วไปในกรุงเทพมหานคร ทำให้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในตัวแปรเหล่านี้มีค่อนข้างมากเมื่อนำมาวิเคราะห์ผลทางสถิติร่วมกับตัวแปรอื่นๆ โดยเฉพาะในด้านทัศนคติ ซึ่งความแตกต่างในทัศนคติของคนเมืองมีความเป็นปัจเจกบุคคลสูง ซึ่งอาจไม่สัมพันธ์กับระดับความรู้ อาชีพ หรือ รายได้เท่าใดนัก ดังปรากฏในข้อมูลต่อไปนี้

5.2 ความคิดเห็นและการให้คุณค่าต่อความหมายของสุขภาพในมิติต่างๆ

ผู้วิจัยได้สร้างดัชนีที่สะท้อนสำรวจความคิดเห็นและให้คุณค่าต่อความหมายของสุขภาพในสี่มิติ คือ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และ สุขภาพทางจิตวิญญาณหรือปัญญา ดังนี้

1. ดัชนีสะท้อนความคิดเห็นและการให้คุณค่าต่อ สุขภาพกาย ได้แก่
 - ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารถูกสุขลักษณะทำให้สุขภาพดี
 - ท่านคิดว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ
 - ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพเป็นเรื่องส่วนบุคคล (คำถามเชิงลบสำหรับกระบวนการทัศน์ใหม่ในเรื่องสุขภาพ)
2. ดัชนีสะท้อนความคิดเห็นและการให้คุณค่าต่อ สุขภาพจิต ได้แก่
 - ท่านคิดว่าสุขภาพที่ดีนั้นรวมไปถึงการทำใจให้สบาย
 - ท่านคิดว่าสุขภาพนั้นเป็นเรื่องของจิตใจเท่านั้น
 - ท่านคิดว่าความเครียดไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (คำถามในเชิงลบ)
3. ดัชนีสะท้อนความคิดเห็นและการให้คุณค่าต่อ สุขภาพทางสังคม ได้แก่
 - ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพคือการทำให้สังคมรอบข้างเป็นสุข
 - ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพจะเป็นเรื่องของสังคมและสมาชิกในสังคม
 - ท่านคิดว่ามลพิษจากสิ่งแวดล้อมไม่สัมพันธ์กับเรื่องสุขภาพ (คำถามในเชิงลบ)
4. ดัชนีสะท้อนความคิดเห็นและการให้คุณค่าต่อ สุขภาพทางจิตวิญญาณ ได้แก่
 - ท่านคิดว่าการเข้าวัดฟังธรรมเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาสุขภาพ
 - ท่านคิดว่าการมีศีลธรรมและจริยธรรมเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสุขภาพ
 - ท่านคิดว่าการขาดสติในการดำรงชีวิตไม่ส่งผลให้เจ็บป่วย (คำถามในเชิงลบ)

ดัชนีเหล่านี้วัดในภาพรวมของการให้ความหมายในกระบวนการทัศน์ใหม่ของคำว่า สุขภาพ ในการปฏิรูปครั้งนี้ คือ สุขภาพเป็นเรื่องที่มากกว่าการไม่มีโรคและสุขภาพะทางกาย แต่หมายรวมถึง กาย จิตใจ สังคม (การอยู่ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ เอื้ออาทร) และ จิตวิญญาณ ประกอบกับความพยายามที่จะมองทุกส่วนของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ไม่แยกส่วนระหว่างสุขภาพของปัจเจกบุคคลออกจากสุขภาพของสังคมโดยรวม

ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถแสดงความคิดเห็นได้ 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีลำดับคะแนนตั้งแต่ 5 ถึง 1 ตามลำดับ

สำหรับคำพูดที่เป็นเชิงบวกกับประเด็น และคะแนนจะเป็น 1-5 ในคำพูดที่เป็นเชิงลบกับแนวคิดหลักในการปฏิรูประบบสุขภาพ

จากการสำรวจพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นด้วยกับข้อความที่สะท้อนความคิดในเชิงบวกต่อมิติสุขภาพทางกายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 99 ของคำตอบ และให้ความสำคัญต่อสุขภาพทางจิตใจในเรื่องของการทำให้สบาย คิดเป็นร้อยละ 95 ค่าเฉลี่ยของการให้คุณค่าเรื่องกายและจิตในสามประเด็นนี้สูงถึง 4.59, 4.64, และ 4.42 ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 5 (ดูรายละเอียดในตารางที่ 2.1)

การให้คุณค่ากับสุขภาพทางจิตวิญญาณ หรือ ปัญญา โดยเฉพาะ การเข้าวัดฟังธรรม การมีศีลธรรมและจริยธรรม ว่าเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดสุขภาพ โดยที่มีผู้เห็นด้วยในค่าเฉลี่ย 3.88 และ 3.86 ตามลำดับ แยกเป็นร้อยละ 60 เห็นด้วยกับการเข้าวัดฟังธรรม และร้อยละ 15.6 เห็นด้วยอย่างมาก ในขณะที่กว่าร้อยละ 60 ไม่เห็นด้วยที่จะมองว่าการขาดสติในการดำรงชีวิตไม่ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วย

การให้คุณค่ากับสุขภาพทางสังคมอยู่ในเกณฑ์ที่สูงเช่นกัน โดยเฉพาะประเด็นเรื่องการทำให้สังคมรอบข้างเป็นสุข เฉลี่ยเห็นด้วยในระดับที่ 3.87 หรือร้อยละ 57 เห็นด้วย และ ร้อยละ 16 เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีผู้เห็นด้วยกับทัศนคติว่าการสร้างสุขภาพเป็นเรื่องของสังคมและสมาชิกในสังคม โดยค่าเฉลี่ยเห็นด้วยอยู่ในระดับที่ 3.81 ซึ่งในสองประเด็นด้านสุขภาพทางสังคมยังมีส่วนที่ไม่แน่ใจกับการนิยามสุขภาพในทัศนศึกษาดังกล่าวถึงร้อยละ 25 หรือ 1 ใน 4 ของผู้ตอบแบบสอบถามไม่แน่ใจกับแนวคิดดังกล่าว

ในดัชนีของทัศนคติในเชิงลบต่อนิยามสุขภาพนั้นค่อนข้างมีความเบี่ยงเบนในกลุ่มผู้ตอบสูง กล่าวคือมีผู้ตอบทั้งที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย กระจายอยู่ในอัตราที่ค่อนข้างสูง ถึงแม้คนส่วนใหญ่โดยรวมจะไม่เห็นด้วยกับทัศนคติในเชิงลบดังกล่าว การมองเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของบุคคลมีการกระจายของคำตอบค่อนข้างสูง ทั้งไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และเห็นด้วย แต่โดยเฉลี่ยแล้ว จะไม่ค่อยแน่ใจว่าสุขภาพนั้นเป็นเรื่องส่วนบุคคลหรือไม่

ผู้ตอบแบบสอบถามโดยรวมค่อนข้างเห็นด้วยกับแนวคิดใหม่ในการมองเรื่องสุขภาพทั้งสี่มิติ และพร้อมที่จะยอมรับว่า เรื่องสังคม และจิตวิญญาณซึ่งเป็นเรื่องใหม่นั้นมีส่วนสำคัญต่อการสร้างสุขภาพ

จากการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยทางประชากรที่อาจมีผลต่อความคิดและการให้ คุณค่าต่อความหมายของสุขภาพในมิติต่าง ๆ นั้น (ดูรายละเอียดในตารางที่ 2.2 ถึง ตารางที่ 2.7) พบว่าปัจจัยเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ สะท้อนความคิดเห็นที่ไม่แตกต่างกันมากจากภาพรวมของผู้ตอบแบบสอบถาม กล่าวคือ ไม่ว่าผู้ตอบจะเป็นชายหรือหญิง

ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ที่ต่างกัน ความคิดเห็นและการให้คุณค่าเกี่ยวกับคำนิยาม สุขภาพในทุกประเด็นนั้นไม่แตกต่างกันมากนัก ยกเว้นในปัจจัยเรื่องอายุ ที่ทำให้ความคิดเห็น แตกต่างกันในบางส่วน

ปัจจัยเรื่องเพศ พบว่าผู้หญิงส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวความคิดของการมองสุขภาพทั้ง สีมิตีค่อนข้างมากกว่าผู้ชาย ยกเว้นเพียงหนึ่งประเด็นที่ผู้หญิงค่อนข้างจะมองว่าการสร้างสุขภาพ จะเป็นเรื่องส่วนบุคคลมากกว่าผู้ชาย ซึ่งค่อนข้างสอดคล้องกับจิตวิทยาของผู้หญิงที่มักมอง จากข้างใน ยอมรับการกระทำที่เป็นผลดีหรือผลเสียที่ขึ้นอยู่กับตัวเอง โทษตัวเองมากกว่าผู้ชาย (ดูตาราง 2.2)

ปัจจัยเรื่องอายุ จากการศึกษาพบว่า ความแตกต่างในเรื่องอายุมีผลต่อการมอง ประเด็นเรื่องสุขภาพในมิติทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณค่อนข้างสูง โดยเฉพาะเมื่อ เปรียบเทียบระหว่างช่วงวัย (generation) โดยที่ผู้สูงอายุในระดับ 60 ปีขึ้นไป นอกจากจะเห็นว่า สุขภาพกายจะมีความสำคัญแล้ว ยังให้คุณค่าและเห็นความสำคัญของ สุขภาพทางจิต และจิต วิญญาณ มากกว่าคนในวัยอื่น โดยเฉพาะเรื่องการเข้าวัดฟังธรรม ในขณะที่คนในกลุ่มอายุ 41- 50 ให้ความสำคัญต่อเรื่องการมีศีลธรรมและจริยธรรมมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในขณะที่กลุ่มอายุน้อยกว่า 20 และตั้งแต่ 20 ถึง 30 ปี ให้คุณค่าต่อการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อรักษา สุขภาพมากกว่าค่าเฉลี่ยของผู้ตอบและกลุ่มอายุอื่นๆ ทั้งหมด

ปัจจัยเรื่องการศึกษา พบว่า แนวความคิดของสุขภาพในมิติต่างๆ ที่สะท้อนหลักการ ของการปฏิบัติ ได้รับการยอมรับและเห็นด้วยจากกลุ่มที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากกว่า กลุ่มอื่น และให้คุณค่ากับมิติสุขภาพในกระบวนทัศน์ใหม่มากกว่าค่าเฉลี่ยโดยรวม โดยกลุ่มนี้มีความคิดเห็นแตกต่างจากผู้จบการศึกษาระดับประถมมากที่สุด ความสามารถในการเชื่อมโยง ปัญหาการเจ็บป่วยทางกายกับภาวะสุขภาพในด้านอื่น (จากคำถามที่เป็นเชิงลบ) ก็ยังพบว่า กลุ่มที่อยู่ในระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรีเห็นด้วยมากกว่าสิ่งแวดล้อม ความเครียด และการไม่มีสติในการดำรงชีวิตมีผลต่อการเจ็บป่วยทางกาย เป็นที่น่าแปลกตรงที่ผู้จบ การศึกษาระดับประถมและมัธยมตอนต้น ค่อนข้างเห็นว่าการสร้างสุขภาพไม่ใช่เรื่องของบุคคล (ทั้งนี้ผู้ตอบส่วนใหญ่เองก็ไม่ค่อยแน่ใจกับเรื่องนี้เท่าใดนะ) และไม่ใช่เรื่องของจิตในเพียงอย่าง เดียว ในขณะเดียวกัน ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมเห็นด้วยว่า การเข้าวัดฟังธรรมเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาสุขภาพในระดับที่ใกล้เคียงกับผู้จบระดับปริญญาตรี (ดูรายละเอียดใน ตาราง 2.4)

เมื่อพิจารณาในกลุ่มระดับการศึกษาพบว่า ทุกกลุ่มจะให้คุณค่ากับการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการทำให้สบายว่าเป็นองค์ประกอบ สำคัญที่ยั่งยืนที่ทำให้สุขภาพดี โดยที่ทุกกลุ่มเห็นด้วยมากที่สุดว่าการออกกำลังกายทำให้

สุขภาพดี นอกเหนือจากสามประเด็นนี้แล้ว พบว่าผู้จบการศึกษาระดับประถมให้คุณค่ากับการเข้าวัดฟังธรรม การมีศีลธรรมจริยธรรม และการทำให้สังคมรอบข้างเป็นสุข มากกว่าประเด็นอื่นๆ ตามลำดับ ผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมต้นให้คุณค่ากับการเข้าวัดฟังธรรมมากเป็นอันดับต้นรองจากสามประเด็นหลัก และให้คุณค่ากับการสร้างสังคมให้เป็นสุขและการมีศีลธรรมจริยธรรมมากในระดับเฉลี่ยที่เท่ากัน กลุ่มผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย ให้ความสำคัญกับทั้งสามประเด็นในระดับที่เท่ากัน

ผู้ที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา และประกาศนียบัตรวิชาชีพ เห็นด้วยมากกับการทำสังคมรอบข้างให้เป็นสุข มากเป็นอันดับแรกรองจากสามอันดับต้น และเห็นด้วยค่อนข้างมากกว่าการสร้างสุขภาวะเป็นเรื่องของสังคมและสมาชิกในสังคม กับการมีศีลธรรมจริยธรรม ตามลำดับ

ในขณะที่ ผู้จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เห็นด้วยมากกว่า มลพิษจากสิ่งแวดล้อมมีส่วนสัมพันธ์กับสุขภาพอย่างยิ่ง รองลงมาคือ ความเครียด และการทำสังคมรอบข้างให้เป็นสุข โดยให้ทุกคนในสังคมมีส่วนในการสร้างสุขภาวะ ซึ่งคล้ายคลึงกับทัศนคติของผู้ที่จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี ตรงที่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามลพิษจากสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อสุขภาพ ในขณะที่ รองลงมาคือ ทัศนคติว่าการเข้าวัดฟังธรรมเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาสุขภาพ และการทำสังคมรอบข้างให้เป็นสุข (ดูรายละเอียดในตาราง 2.4)

ปัจจัยเรื่องอาชีพ ถึงแม้ว่าปัจจัยเรื่องอาชีพโดยรวมมีผลต่อความแตกต่างในทัศนคติเรื่องสุขภาพไม่มากนัก แต่ยังมีประเด็นที่น่าสนใจอยู่บางประการ โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้ที่ไม่มีอาชีพ ผู้ประกอบกิจการส่วนตัว และหาบเร่แผงลอย ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่แม้แยกตามรายอาชีพแล้วยังพบว่าเห็นด้วยกับทัศนคติเรื่องการรักษาสุขภาพด้วยการออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งเรื่องการรักษาอาหารที่ถูกสุขลักษณะและการทำให้สบาย ผู้ที่ประกอบกิจการส่วนตัวค่อนข้างจะเห็นด้วยกับการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะมากเป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วยการออกกำลังกายและการทำให้สบาย

นอกเหนือจากสามประเด็นข้างต้นแล้ว พบว่า ผู้ที่ไม่มีอาชีพ ผู้รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ และคนที่มีอาชีพอื่นๆ ในกลุ่มหาบเร่ แผงลอย รถเข็น มีความเห็นด้วยอย่างยิ่งกับทัศนคติว่าการเข้าวัดฟังธรรมเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาสุขภาพ มากกว่าประเด็นอื่นๆ ในขณะที่ผู้ที่ทำงานเป็นพนักงานในภาคเอกชน และนักเรียนนักศึกษาเห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามลภาวะจากสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเจ็บป่วย ส่วนผู้ประกอบกิจการส่วนตัวเห็นด้วยกับประเด็นว่าการสร้างสุขภาวะคือการทำให้สังคมรอบข้างเป็นสุข ผู้ที่รับจ้างทั่วไปมีความเห็นด้วยในประเด็นทุกประเด็นอย่างไม่มีความแตกต่างมากนัก (ดูรายละเอียดในตารางที่ 2.5)

ปัจจัยเรื่องรายได้ มีความสัมพันธ์กับความคิดและการให้คุณค่าต่อสุขภาพในมิติต่างๆ น้อยมาก มีเพียงบางประเด็นที่เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน คือ ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,000

บาทต่อเดือนขึ้นไป ให้ความสำคัญต่อการทำให้สังคมรอบข้างเป็นสุข ความเครียด และมลภาวะในสิ่งแวดล้อม ว่ามีผลต่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มรายได้อื่นๆ ทั้งหมด ผู้ที่ไม่มีรายได้ และรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จนถึงไม่มีรายได้ นั้น จะให้ความสำคัญต่อการเข้าวัดฟังธรรม และการมีศีลธรรมมากกว่าประเด็นอื่น ส่วนคนที่มียาได้อยู่ในระดับกลางระหว่าง 10,000-20,000 บาท มีความเห็นด้วยกับทุกประเด็นอย่างไม่มีความแตกต่างกันมากนัก ยกเว้นเรื่องการเมืองว่าการทำให้สังคมรอบข้างเป็นสุขเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสุขภาวะ อยู่ในระดับทัศนคติที่ใกล้เคียงกับผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (ดูรายละเอียดในตารางที่ 2.6)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางประชากรกับทัศนคติและการให้คุณค่าต่อ

ความหมายสุขภาพ จากการประมวลและวิเคราะห์ผลทางสถิติ (ดูรายละเอียดในตารางที่ 2.7) พบว่า ปัจจัยเรื่องเพศมีผลต่อทัศนคติค่อนข้างมีนัยสำคัญเฉพาะในเรื่องสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ โดยที่ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญต่อเรื่องนี้มากกว่าผู้ชาย ปัจจัยเรื่องอายุมีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญกับแนวคิดเรื่องสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุยิ่งน้อยยิ่งเห็นความสำคัญของกายและสิ่งแวดล้อมมากกว่าผู้สูงอายุ ในขณะที่ผู้สูงอายุจะให้ความสำคัญกับสุขภาพทางจิตวิญญาณมากกว่าคนที่อายุน้อยกว่า

ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญค่อนข้างมากกว่าปัจจัยอื่นๆ และเป็นความสัมพันธ์ในทางบวกกับทัศนคติและการให้คุณค่าต่อความหมายสุขภาพในเกือบทุกกรณีไม่ว่าจะเป็นในด้านสุขภาพ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยที่การผู้ที่มีการศึกษาที่สูงยิ่งให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าว

ปัจจัยเรื่องอาชีพ มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญในทางบวก กับสุขภาพกายและจิตใจ เป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่รายได้ ไม่ค่อยมีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญกับทัศนคติเท่าใดนัก ยกเว้นในกรณีเรื่องความเครียดและการทำให้สังคมรอบข้างเป็นสุข

5.3 การปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลสุขภาพและภาวะการเจ็บป่วย

การศึกษาภาวะการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตนในเรื่องสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนให้เห็น แนวโน้มที่ประชาชนทั่วไปจะปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพว่ามีความสอดคล้องกับ กระบวนทัศน์ใหม่ในการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ประชาชนควรจะเข้าใจว่าสุขภาพดีหรือไม่มันมีผลเชื่อมโยงมาจากปัจจัยทั้งส่วนตัว ชุมชน สังคม ทั้งในด้านกาย ใจ และสิ่งแวดล้อม และพร้อมที่จะพึ่งตนเองมากกว่าพึ่งแพทย์ โดยเฉพาะการพึ่งตนเองจากการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน ซึ่งสำหรับคนในเมืองกรุงเทพฯ แล้ว วิธีการปฏิบัติตนอาจแตกต่างไปจากหลักการของการปฏิรูป และภาพรวมของคนในส่วนภูมิภาค

จากการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 1988 คน นั้นระบุว่า ในรอบปีที่ผ่านมาตนมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น เป็นหวัด เจ็บคอ ประมาณร้อยละ 77.3 โดยแบ่งเป็นเจ็บป่วยประมาณ 1-5 ครั้ง ถึงร้อยละ 88.4 มีผู้ตอบแบบสอบถามเพียงร้อยละ 17 ที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยเลยในรอบปีที่ผ่านมา และมีประมาณร้อยละ 7.6 ที่มีอาการเจ็บป่วยหนัก คิดเป็นร้อยละ 90 ที่มีอาการป่วยหนักประมาณ 1-3 ครั้ง นอกจากนี้ยังมีผู้เจ็บป่วยเนื่องจากอุบัติเหตุ ประมาณร้อยละ 7.4 ของผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้จำแนกเป็นผู้ที่เคยได้รับอุบัติเหตุ 1 ครั้ง ร้อยละ 68.9 และประมาณ 2-3 ครั้งร้อยละ 25.7 ซึ่งค่อนข้างเป็นจำนวนค่อนข้างมากสำหรับกลุ่มตัวอย่าง และที่เหลือคือกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของผู้ตอบแบบสอบถาม (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.1)

เมื่อถามถึงความเข้าใจในสาเหตุของการเจ็บป่วย ผู้ตอบสามารถตอบได้มากกว่า 1 สาเหตุ ทำให้พบว่า จากจำนวนผู้ตอบทั้ง 1988 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 58.9 คิดว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจากการไม่ออกกำลังกาย ในขณะที่ร้อยละ 55.2 คิดว่าการเจ็บป่วยของตนเกิดจากการไม่ดูแลสุขภาพตนเอง และร้อยละ 44.8 คิดว่ามีสาเหตุมาจากสภาวะเครียดทางจิตใจ ซึ่งคนส่วนใหญ่คิดว่าเป็นผลจากการทำงานหนัก มีประมาณร้อยละ 34.1 มีการเจ็บป่วยที่มาจากการติดเชื้อจากที่สาธารณะหรือคนข้างเคียง ประมาณร้อยละ 28.9 ส่วนผู้ตอบประมาณ เกือบร้อยละ 10 ที่คิดว่าความเจ็บป่วยเกิดจากความไม่ปลอดภัยในสังคม ร้อยละ 7.3 เป็นความประมาทของผู้อื่น (สัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ) ส่วนอื่นๆ นั้นมีผู้ระบุว่า มีสาเหตุมาจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี สภาพร่างกายของตนเองที่เปลี่ยนแปลง ความประมาทของตนเอง และความยากจน ตามลำดับ รวมคิดเป็นร้อยละ 3.6 เท่านั้น แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ยังมองเห็นความเจ็บป่วยที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมส่วนตัว มากกว่าสภาวะแวดล้อมหรือสภาพสังคม

เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยแล้วผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนในยามเจ็บป่วย ดังนี้ อันดับหนึ่งคือ การซื้อยาแผนปัจจุบันกินเอง (62.4%) ไปพบแพทย์ทันทีที่มีอาการ (38.2%) ปล่อยให้หายเอง (26.3%) และมีการพบแพทย์หลังจากมีอาการหนักแล้ว (23.8%) มีคนเพียงจำนวนน้อยที่ปรึกษาคนใกล้ชิด (12.8%) หรือ ซื้อยาแผนโบราณกินเอง (5.8%) หรือใช้วิธีอื่นๆ (1.2%) เช่น ใช้ยาสามัญประจำบ้าน พักผ่อน ออกกำลังกาย หรือไปทำงานตามปกติ มีคนในเมืองจำนวนน้อยมากที่จะไปหาพระ ไหว้พระ หรือ สวดมนต์ เมื่อเจ็บป่วย (.4%) (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.3) แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ยังต้องพึ่งพิงแพทย์และยาแผนปัจจุบันเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการซื้อยากินเอง ร้านขายยาเป็นจุดสำคัญที่คนเข้าไปพึ่งพาเพื่อดูแลตนเองในยามป่วย ซึ่งคาดว่าสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยที่พบทั่วไปว่าคนส่วนใหญ่มีปัญหากการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยเท่านั้นในรอบปีที่ผ่านมา

ในด้านการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ พบว่า โดยเฉลี่ยผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร มักปฏิบัติตามแพทย์สั่งเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยโดยเร็ว (ค่าเฉลี่ยที่ 3.78) และดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ (เฉลี่ย 3.41) แต่มักไม่ค่อยดูแลสุขภาพตนเองด้วยการไปตรวจสุขภาพประจำปี (เฉลี่ยเพียง 2.67) โดยที่ผู้ตอบแบบสอบถามเพียงร้อยละ 8.8 ที่ดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ ร้อยละ 30.8 และ 53.8 ปฏิบัติตนด้วยการดูแลสุขภาพสม่ำเสมอ บ่อยครั้งและบางครั้งตามลำดับ ปฏิบัติตามแพทย์สั่ง บ่อยถึงบ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66 ปฏิบัติตามแพทย์สั่งเป็นบางครั้งร้อยละ 29.5 ในขณะที่มีผู้ที่ไม่ไปตรวจสุขภาพประจำปีหรือแทบจะไม่ตรวจสุขภาพประจำปีประมาณร้อยละ 45 และมีการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นบางครั้ง ร้อยละ 34.5 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (52.4%) ป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยการหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ทำให้เสียสุขภาพเพียงบางครั้ง (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.4)

ความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพ จากการสำรวจพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนมากที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกับหลักการปฏิรูประบบสุขภาพ ในเรื่องที่ว่า การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน (ค่าเฉลี่ยที่ 4.28 หรือคิดเป็นร้อยละ 91) และคิดว่าการรวมกลุ่มกิจกรรมในการออกกำลังกายในชุมชนอย่างสม่ำเสมอช่วยให้สุขภาพดีขึ้น (ค่าเฉลี่ยที่ 4.16 คิดเป็นร้อยละ 90) ในขณะที่คนอีกจำนวนมาก ยังคิดว่า รัฐควรจะเป็นผู้ที่เข้ามาดูแลสุขภาพของประชาชนให้มากกว่าที่เป็นอยู่ (85%) ส่วนการดูแลสุขภาพที่ขึ้นกับแพทย์นั้นพบว่า ประชาชนเริ่มที่ความไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วยที่จะ ให้การดูแลป้องกันความเจ็บป่วยควรจะขึ้นอยู่กับแพทย์และพยาบาลเท่านั้น (77%) ซึ่งสอดคล้องกับบางส่วนของหลักการปฏิรูป ในขณะที่หากเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้ว คนกว่าร้อยละ 40 เห็นว่าแพทย์ควรเป็นผู้รักษาโรค แต่มีประมาณร้อยละ 50 กว่าคนที่เริ่มไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วย กับมุมมองดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามยังมีความคิดเห็นที่ ค่อนข้างต่างกันและกระจายในมุมมองที่ว่า การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของตนเอง ร้อยละ 20 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 41 เห็นด้วย ร้อยละ 19 ไม่เห็นด้วย (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.5)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ พบว่า ในเรื่องเพศผู้ชายมีแนวโน้มที่จะดูแลตัวเองมากกว่าผู้หญิงทั้งในเรื่องการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและการไปตรวจสุขภาพประจำปี ในขณะที่ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแพทย์สั่งมากกว่าชาย และมีความตระหนักที่จะระวังตนในการป้องกันตนจากความเจ็บป่วยด้วยการหลีกเลี่ยงการไป

ในสถานที่ที่ทำให้เสียสุขภาพมากกว่าชาย (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.6) แต่ความแตกต่างนี้มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญน้อยมาก (เปรียบเทียบกับตารางที่ 3.16) ส่วนทัศนคติที่สอดคล้องกับหลักการปฏิรูปสุขภาพในการดูแลสุขภาพนั้นพบว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเห็นด้วยมากกว่าชาย ในทัศนคติว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน และการรวมกลุ่มกิจกรรมเพื่อออกกำลังกายในชุมชนอย่างสม่ำเสมอช่วยให้สุขภาพของตนดีขึ้น รวมทั้งไม่คิดว่ารัฐควรจะให้ดูแลสุขภาพให้มากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ (โดยเฉลี่ยแล้วผู้หญิงค่อนข้างเห็นด้วยกับทุกทัศนคติ) ยกเว้นผู้ชายที่เริ่มมีแนวโน้มที่จะไม่แน่ใจว่าการดูแลสุขภาพเป็นความรับผิดชอบต่อตนเองเท่านั้น ทั้งชายและหญิงยังคิดว่าแพทย์และพยาบาลมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแล รักษา และป้องกันความเจ็บป่วย (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.7)

ปัจจัยเรื่องอายุ เมื่อแยกตามอายุกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถาม ในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มที่จะดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีการไปตรวจสุขภาพประจำปี ปฏิบัติตนตามแพทย์สั่ง ป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วย มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ปฏิบัติตามแพทย์สั่งค่อนข้างมากกว่าการปฏิบัติในด้านอื่นและมากกว่ากลุ่มอายุกลุ่มอื่นทั้งหมด พบว่าข้อปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่สำคัญที่สุดสำหรับทุกกลุ่มอายุ คือ การปฏิบัติตนตามแพทย์สั่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยโดยเร็ว และโดยเฉลี่ยแล้ว การดูแลสุขภาพด้วยการไปตรวจสุขภาพประจำปีนั้นจะได้รับการปฏิบัติมากในกลุ่มผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า มาก อย่างเห็นได้ชัด (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.8) และความแตกต่างในเรื่องการตรวจสุขภาพ แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างปัจจัยเรื่องอายุกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ (เปรียบเทียบกับตารางที่ 3.16)

ปัจจัยเรื่องอายุยังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับทัศนคติในการมองว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.17) โดยจะพบว่าผู้ที่มีอายุยิ่งน้อยยิ่งมีแนวโน้มที่จะเห็นด้วยกับทัศนคติว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.9) ในขณะที่ผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป) มีทัศนคติที่เห็นด้วยอย่างมากกับการรวมกลุ่มกิจกรรมในการออกกำลังกายในชุมชนอย่างสม่ำเสมอช่วยให้สุขภาพของตนดีขึ้น ปัจจัยเรื่องอายุยังค่อนข้างเกี่ยวข้องกับมุมมองที่เกี่ยวข้องกับการพึ่งพาแพทย์และพยาบาล โดยที่ผู้สูงอายุกับเห็นด้วยค่อนข้างน้อยต่อความคิดที่จะให้แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ดูแล รักษา และป้องกันความเจ็บป่วยเท่านั้น เมื่อเทียบกับกลุ่มที่อายุน้อยกว่า ในขณะที่ปัจจัยเรื่องอายุไม่ค่อยมีผลต่อความคิดในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.9)

ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษา จากการสำรวจพบว่าปัจจัยเรื่องการศึกษามีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญต่อการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพในบางประเด็น และทัศนคติในการดูแลสุขภาพในทุกประเด็นที่ทำการศึกษา (ดูรายละเอียดเปรียบเทียบตัวแปรในตารางที่ 3.16 และ ตารางที่ 3.17)

ผู้ที่ตอบแบบสอบถามแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ นั้นขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา คือยิ่งมีการศึกษามากยิ่งมีการดูแลสุขภาพค่อนข้างมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาในระดับอื่นๆ โดยเฉพาะตั้งแต่ระดับอนุปริญญาและประกาศนียบัตรวิชาชีพจนถึงระดับปริญญาตรี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคนโดยทั่วไป การไปตรวจสุขภาพประจำปีของคนที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีนั้นมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติบ่อยครั้งกว่าผู้ที่จบการศึกษาต่ำกว่า แต่ทั้งนี้ คนที่จบปริญญาตรียังมีการไปตรวจสุขภาพประจำปีต่ำกว่าคนที่จบในระดับชั้นประถมและมัธยมต้น (ซึ่งเป็นคนที่สูงวัยกว่า) ในกรณีที่เจ็บป่วยก็จะพบว่า ผู้ที่มีความรู้มากกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไปค่อนข้างจะปฏิบัติตนตามแพทย์สั่งเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยโดยเร็วมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ทั้งหมด แต่ในทางกลับกัน คนที่จบชั้นประถม (สูงอายุกว่า) จะมีความระวังและรู้จักป้องกันตนจากการเจ็บป่วยมากกว่า กลุ่มที่จบการศึกษาในระดับอื่นๆ ที่ปฏิบัติในระดับใกล้เคียงกัน (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.10)

ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเรื่อง การร่วมกลุ่มกิจกรรมในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กับ การให้รัฐเข้ามาดูแลสุขภาพของประชาชนให้มากขึ้น นั้นเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยในเชิงลบ (ตารางที่ 3.17) กล่าวคือ ยิ่งมีระดับการศึกษาน้อย ยิ่งมีแนวโน้มที่จะเห็นด้วยกับแนวคิดว่าการร่วมกลุ่มกิจกรรมในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นต่อการทำให้สุขภาพดีขึ้น และมีแนวโน้มที่จะไม่เห็นด้วยว่ารัฐควรเข้ามาดูแลสุขภาพของคนให้มากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ว่าจบการศึกษาในระดับใดค่อนข้างเห็นด้วยอย่างมากที่จะมองว่า การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของคนทุกคน ส่วนในเรื่องบทบาทแพทย์ ในการรักษา ดูแลและป้องกัน นั้น ผู้ตอบแบบสอบถามในทุกกลุ่มระดับการศึกษามีความเห็นค่อนข้างต่างกันมาก โดยเฉพาะระหว่างคนที่จบการศึกษาระดับประถมกับผู้ที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา ประกาศนียบัตรวิชาชีพ และผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ว่าแพทย์เท่านั้นที่จะทำให้หายจากการเจ็บป่วยได้ หรือแพทย์และพยาบาลเท่านั้นที่จะเป็นผู้ดูแลและป้องกันความเจ็บป่วย โดยผู้มีการศึกษาระดับสูงกว่าค่อนข้างเห็นด้วยกับแนวคิดดังกล่าว และคนกลุ่มเดียวกันนี้ (การศึกษาระดับสูง) ก็ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วยกับทัศนคติที่มองว่าสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองเท่านั้น ในขณะที่ส่วนใหญ่ค่อนข้างเห็นสอดคล้องกันว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของคน (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.11)

ปัจจัยเรื่องอาชีพ การดูแลสุขภาพตนเองโดยเฉพาะในเรื่องการไปตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปัจจัยด้านอาชีพ (ตารางที่ 3.16) ซึ่งพบว่า ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ จะมีแนวโน้มไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ รองลงมาคือ กลุ่มไม่มีอาชีพ (เป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่) พนักงานในภาคเอกชน และผู้ประกอบการกิจการส่วนตัว ตามลำดับ กลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะได้รับการตรวจสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ คือ นักเรียน/นักศึกษา และผู้ที่ทำงานหาบเร่/แผงลอย/รถเข็น ตามลำดับ ส่วนในประเด็นอื่นๆ ของการดูแลสุขภาพนั้น อาชีพไม่ใช่ปัจจัยสำคัญมากนั้น แต่โดยรวมแล้ว ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจจะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ และปฏิบัติตามแพทย์สั่งค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ยกเว้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีอาชีพ (ส่วนใหญ่คือผู้สูงอายุ) (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.12)

ปัจจัยเรื่องอาชีพมีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญกับทัศนคติในเรื่องการดูแลสุขภาพ เพียง 3 ประเด็นคือ เรื่องมุมมองของการออกกำลังกายกับการทำให้สุขภาพดีขึ้น เรื่องมุมมองว่าสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน และ ทัศนคติที่มองเห็นแพทย์เป็นผู้ทำให้หายจากการเจ็บป่วย ผู้ที่ไม่มีอาชีพ และนักเรียนนักศึกษา และข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ตามลำดับ ค่อนข้างจะเห็นด้วยมากกว่ากลุ่มอื่นๆ กับทัศนคติที่มองว่าการรวมกลุ่มกิจกรรมในการออกกำลังกายในชุมชนอย่างสม่ำเสมอทำให้สุขภาพดีขึ้น ในขณะที่ กลุ่มผู้ประกอบการกิจการส่วนตัวและนักเรียน/นักศึกษา มีแนวโน้มเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน ในอัตราที่มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ส่วนในเรื่องของทัศนคติในการมองว่าแพทย์เท่านั้นที่ทำให้คนหายจากการเจ็บป่วยได้ค่อนข้างได้รับการเห็นด้วยจากกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาและพนักงานภาคเอกชนมากกว่ากลุ่มอื่น (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.13)

ปัจจัยเรื่องรายได้ มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญกับตัวแปรเรื่องการปฏิบัติตามดูแลสุขภาพและความคิดเห็นต่อการดูแลสุขภาพค่อนข้างน้อย (ดูค่าเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ในตารางที่ 3.16 และ 3.17) ทั้งนี้จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่า กลุ่มที่แจ้งว่าไม่มีรายได้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพค่อนข้างดี และใกล้เคียงกับผู้ที่มีรายได้มากกว่ารายได้โดยเฉลี่ยของกลุ่มประชากรที่ศึกษา นอกจากนี้ยังทำให้กลุ่มที่ไม่มีรายได้นี้มีทัศนคติที่ใกล้เคียงกับผู้ที่มีรายได้โดยเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอื่น

จากการศึกษาพบว่า มีเพียงประเด็นเดียวที่ทำให้เห็นว่ารายได้มีผลต่อการปฏิบัติตามเพื่อดูแลสุขภาพเป็นอย่างมากคือ การดูแลสุขภาพด้วยการไปตรวจสุขภาพประจำปีอยู่เสมอ ซึ่งมีเฉพาะกลุ่มคนที่มีรายได้ ตั้งแต่หนึ่งหมื่นบาทขึ้นไปที่ค่อนข้างจะปฏิบัติในเรื่องนี้ และกลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 20,000-30,000 บาทต่อเดือน มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอหรือบ่อยครั้ง

กว่าคนที่ไม่มีรายได้ในกลุ่มอื่นๆ ส่วนผู้ที่ไม่มีรายได้ในสองกลุ่มหลังตั้งแต่ 20,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มักจะปฏิบัติตามแพทย์สั่งเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย มากกว่ากลุ่มอื่นๆ (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.14)

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพกับปัจจัยเรื่องรายได้นั้นพบว่า กลุ่มที่มีรายได้น้อย ตั้งแต่ 10,000 บาทต่อเดือน จนถึง ผู้ที่ไม่มีรายได้ มีแนวโน้มเห็นด้วยอย่างยิ่งกับการร่วมกลุ่มกิจกรรมในการออกกำลังกายในชุมชน อย่างสม่ำเสมอ ช่วยทำให้สุขภาพของเขาดีขึ้น โดยที่ผู้ที่ไม่มียาได้เห็นด้วยกับประเด็นนี้มากที่สุด ส่วนผู้ที่มีรายได้มากกว่าสองหมื่นบาทขึ้นไปไม่ค่อยเห็นด้วยว่าแพทย์และพยาบาลเท่านั้นที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย แต่ในทุกกลุ่มรายได้ค่อนข้างเห็นด้วยอย่างมากกับมุมมองว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.15)

5.4. การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิรูปและการมีส่วนร่วมในสมัชชาสุขภาพ

5.4.1. การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิรูป

จากการสำรวจประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1988 คน พบว่ามีผู้ที่ตอบเรื่องการรับรู้ต่อการปฏิรูปจำนวน 1955 คน ในจำนวนนี้ ร้อยละ 39.7 ระบุว่าทราบว่าการปฏิรูประบบสุขภาพ อีกร้อยละ 34.5 ไม่ทราบว่าการปฏิรูป และ ร้อยละ 25.7 ไม่แน่ใจว่าที่ทำอยู่นั้นเป็นการปฏิรูปหรือไม่ (ดูในตารางที่ 4.1) แต่เมื่อสอบถามต่อไปว่าหาท่านทราบว่ามีการปฏิรูป ท่านเข้าใจว่าการปฏิรูประบบสุขภาพเกี่ยวข้องกับเรื่องใด (ให้ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ปรากฏว่าสิ่งที่คนส่วนใหญ่ คิดถึงว่าเป็นการปฏิรูป อันดับแรกคือ การรณรงค์ออกกำลังกาย (71.7% ของจำนวนรวมของผู้ตอบในเรื่องนี้) อันดับสองคือ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท) (62%) อันดับสามคือ เรื่องการ การรณรงค์การกินอาหารปลอดภัย (46%) และอันดับรองลงมา คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (34.3 %) การปรับโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุข (18.5%) และในอันดับสุดท้ายคือ การร่างและรณรงค์ให้มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (13.6%) (ดูรายละเอียดในตารางที่ 4.2) แสดงให้เห็นว่าประชาชนในกรุงเทพมหานคร มีการรับรู้เกี่ยวกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพโดยการนำจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ น้อยมาก ทั้งที่มีการจัดสมัชชาระดับชาติในกรุงเทพมหานคร และมีการออกสื่อวิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ และสื่ออื่นๆ ในกรุงเทพฯ เป็นจำนวนมาก

เมื่อแยกดูปัจจัยทางประชากรเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องระบบสุขภาพ พบว่า ลักษณะทางประชากรของผู้ที่ตอบว่าทราบว่าการปฏิรูป (39.7% ของประชากรตัวอย่าง) ส่วนใหญ่เป็นหญิง (59.1%) อยู่ในกลุ่มอายุ ระหว่าง 21-30ปี (49.4%) และอายุระหว่าง 31-40 ปี (20.4%) ตามลำดับ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (49.3%) เป็นนักเรียน/นักศึกษา (29.8%) และ

พนักงานเอกชน (24.5%) มีรายได้ประมาณ 3,500-6,500 บาทต่อเดือน (27.7%) และ รายได้ประมาณ 6,500-10,000 บาทต่อเดือน (25.6%) (ดูรายละเอียดในตารางที่ 4.3.1 ถึง ตารางที่ 4.3.3)

แต่เมื่อดูลักษณะทางประชากรแยกการรับรู้ต่อการปฏิรูปฯ พบว่า ผู้ชายส่วนใหญ่ไม่ทราบ ว่ามีการปฏิรูป (39.3%) ในขณะที่ผู้หญิงส่วนใหญ่ตอบว่าทราบ (41.7%) (ดูตารางที่ 4.3.1) ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่ตอบว่าทราบ (39.6%) เช่นเดียวกับกลุ่มอายุ ตั้งแต่ 21-30 และ 31-40 ปีส่วนใหญ่บอกว่าทราบ (40.5% และ 41.7% ตามลำดับ) ในขณะที่คนที่มีความอายุ 41-50, 51-60, และ 60 ปี ขึ้นไปส่วนใหญ่ตอบไม่ทราบ (40.3%, 39.3%, และ 54.5% ตามลำดับ) ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมถึงมัธยมต้นส่วนใหญ่ (52.2% และ 40.9%) ตอบว่าไม่ทราบเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ในขณะที่ผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย (39.4%) ระดับอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร (36.4%) ปริญญาตรี (45.0%) และสูงกว่าปริญญาตรี (45.0%) มีแนวโน้มที่จะตอบว่าทราบเกี่ยวกับการปฏิรูป (ดูตารางที่ 4.3.2)

ทางด้านอาชีพ จะพบว่าคนที่ไม่มีอาชีพ และกลุ่มที่รับจ้างทั่วไป ส่วนใหญ่ (44.4% และ 43.4% ตามลำดับ) มักตอบว่าไม่ทราบ ส่วนคนรับราชการหรือเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ (43.6%) พนักงานเอกชน (40.6%) ผู้ประกอบกิจการส่วนตัว (39.0%) นักเรียนนักศึกษา (42.1%) และคนหาบเร่แผงลอยรถเข็น (36.4%) ส่วนใหญ่จะตอบว่าทราบเกี่ยวกับการปฏิรูประบบ หากแต่เมื่อเปรียบเทียบทางด้านรายได้แล้ว ไม่ว่าจะมียังระดับรายได้แตกต่างกันเท่าไร ทุกกลุ่มจะแสดงตนว่าทราบเกี่ยวกับการปฏิรูปทั้งสิ้น ยกเว้น กลุ่มที่มีรายได้สูงสุด คือ ตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไปที่ตอบว่าไม่ทราบหรือไม่แน่ใจในอัตราส่วนเท่าๆ กัน (ดูตารางที่ 4.3.3)

จากการศึกษาพบว่าความเข้าใจเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นคือเรื่อง การรณรงค์ ออกกำลังกาย นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท) และการรณรงค์อาหารปลอดภัย เป็นสามอันดับแรก เมื่อจำแนกลักษณะทางประชากร พบว่า ไม่มีความแตกต่างทางประชากรในทุกๆ ด้านเกี่ยวกับความเข้าใจว่ากิจกรรมของการปฏิรูปที่สำคัญคือในสามเรื่องดังกล่าว (ดูรายละเอียดใน ตารางที่ 4.4) ประชากรกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และเข้าใจว่าการร่างและการรณรงค์ให้มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินั้นเป็นส่วนหนึ่งและเป็นส่วนสำคัญในการปฏิรูปฯ ในจำนวนที่น้อยที่สุด (13%) ซึ่งลักษณะทางประชากรของผู้ที่รับรู้เรื่องนี้ มีสัดส่วนเทียบเท่ากับสัดส่วนของประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ลักษณะทางประชากรมีจำนวนมาก โอกาสที่ผู้ตอบในข้อนี้ก็มากตาม เช่นผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คำตอบส่วนใหญ่ในข้อนี้ก็เป็นผู้หญิง เช่นกัน (ดูรายละเอียดในตารางที่ 4.4)

5.4.2. การมีส่วนร่วมในการประชุมสมัชชาสุขภาพ

จากการสำรวจพบว่า คนส่วนใหญ่ไม่เคยได้ยินคำว่าสมัชชาสุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถามมักจะพยายามผู้เก็บข้อมูลว่ามันคืออะไร แต่ส่วนใหญ่จะพยายามให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบตามความเข้าใจของตน จากคำตอบทั้งหมดมีเพียงร้อยละ 12.8 ที่ทราบว่ามีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ อีกร้อยละ 10.9 ระบุ ทราบว่ามีสมัชชาแต่ไม่ได้เข้าร่วมเวที และมีเพียง 25 คน ที่ระบุว่าเคยร่วมเวทีสมัชชา โดยมีผู้ระบุว่าเคยร่วมสมัชชาพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2534, 2538, 2540, และ 2543 ปีละ 1 คน เคยร่วมสมัชชาพื้นที่ในปี 2544 จำนวน 2 คน ปี พ.ศ. 2546 จำนวน 4 คน และ ปี พ.ศ. 2547 จำนวน 1 คน ซึ่งค่อนข้างคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงที่มีการเริ่มสมัชชาพื้นที่ในปี พ.ศ. 2544 และในช่วงเวลาที่ออกไปสัมภาษณ์นั้น ยังไม่มีการจัดสมัชชาพื้นที่ในปี พ.ศ. 2547 ส่วนผู้ที่ระบุว่าเคยเข้าร่วมสมัชชามีความคลาดเคลื่อนเช่นกัน คือ มีผู้ระบุในข้อนี้เพียงสี่คน แต่ระบุว่าไปสมัชชาสุขภาพระดับชาติในปี พ.ศ. 2539 จำนวน 1 คน ไม่สามารถระบุปีได้ 1 คน และระบุว่าได้ไปร่วมสมัชชาสุขภาพระดับชาติในปี พ.ศ. 2545 จำนวน 2 คน ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่ปรากฏ มีผู้ที่ระบุว่าเคยไปร่วมสมัชชาทั้งสองระดับมี 5 คน แต่ไม่มีผู้ใดระบุปี พ.ศ. ได้ จึงถือว่าจำนวนที่เชื่อถือได้เคยเข้าร่วมสมัชชามีน้อยมาก ไม่ถึงร้อยละ 1 ของจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่าง (ดูรายละเอียดในตารางที่ 4.5)

ถึงแม้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่เคยมีส่วนร่วมในสมัชชา ผู้วิจัยได้พยายามให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงทัศนคติต่อการมีสมัชชาสุขภาพที่ควรจะเป็น ตามความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถาม

5.4.3 ความคิดเห็นต่อสมัชชาสุขภาพ (ตามความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถาม)

ในการสำรวจครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามในความคิดเห็นจาก การทำวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้ภาพสะท้อนจากคำบอกเล่าของผู้ที่เคยเข้าร่วมสมัชชาในภาคกลาง ประกอบกับเป้าหมายของการจัดสมัชชา มาเป็นแนวคำถามเพื่อทราบทัศนคติของคนทั่วไป ว่าการมีสมัชชาสุขภาพนั้นควรจะมีผลในทางใดได้บ้าง สิ่งสำคัญตามวัตถุประสงค์ของสมัชชาคือ การใช้สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นเวทีที่ผลักดันให้เกิดนโยบายที่เอื้อสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกันก็มีเสียงสะท้อนจากหลายฝ่ายที่ตั้งคำถามนอกเวทีสมัชชาว่า สมัชชาจะทำให้เกิดประโยชน์อะไรกับสุขภาพบ้าง จึงทำให้เกิดเป็นคำถาม 12 ข้อให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นตามความเข้าใจว่าสมัชชาควรส่งประโยชน์หรือเป็นเวทีประเภทใด ถึงแม้ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จะไม่ได้ไปร่วมเวทีสมัชชาก็ตาม

ในประเด็นที่เกี่ยวกับประโยชน์ด้านสุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นต่อสมัชชาสุขภาพ (ดูรายละเอียดในตารางที่ 4.6) ตามลำดับดังนี้

อันดับ 1 ผู้ตอบแบบสอบถามค่อนข้างเห็นด้วยมากกว่าเวทีสมัชชาสุขภาพ (ควรหรืออาจจะ) ทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น (ค่าเฉลี่ย 3.92) คือเห็นด้วยถึงร้อยละ 63.5 และเห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 14.7

อันดับ 2 ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นว่า เวทีสมัชชา (ควรหรืออาจจะ) ทำให้เกิดความรู้ที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ (ค่าเฉลี่ย 3.91) คือเห็นด้วยถึงร้อยละ 62.3 และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 13.8

อันดับ 3 ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นว่า เวทีสมัชชาสุขภาพ (ควรหรืออาจจะ) ทำให้คนในชุมชนหันมาสนใจกับสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 3.88) คือเห็นด้วยถึงร้อยละ 60.0 และเห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 14.4

อันดับ 4 ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นว่า เวทีสมัชชาสุขภาพ (ควรหรืออาจจะ) ทำให้รัฐบาลหันมาให้ความสำคัญกับชีวิตและสุขภาพของคนในสังคม (ค่าเฉลี่ย 3.82) คือเห็นด้วยร้อยละ 53.7 และเห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 15.0

อันดับที่ 5 ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นว่า เวทีสมัชชาสุขภาพ (ควรหรืออาจจะ) เห็นเวทีที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ค่าเฉลี่ย 3.81) คือเห็นด้วยร้อยละ 59.1 และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 11.8

นอกจากนี้ จำนวนผู้ตอบมากกว่าครึ่ง เห็นด้วยกับแนวคิดที่ว่าสมัชชาสุขภาพควรทำให้ผู้เข้าร่วมสมัชชามีสุขภาพดี ทำให้เกิดพลังในการทำงานร่วมกันกับเครือข่าย และทำให้เกิดพลังทางการเมืองในการปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ แต่ในจำนวนนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามอีก 1 ใน 3 ไม่แน่ใจกับแนวคิดดังกล่าวทั้งสามเรื่องนี้

ส่วนมุมมองในทางลบต่อสมัชชานั้น พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความไม่แน่ใจกับประเด็นเหล่านั้นถึงกว่าร้อยละ 40 ได้แก่ประเด็นที่ว่า สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดภาระงานมากขึ้น (ไม่แน่ใจร้อยละ 53.4 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 23.9 เห็นด้วยร้อยละ 17.2) สมัชชาฯ ทำให้ชุมชนเสียเวลามาร่วมกิจกรรม (ไม่แน่ใจร้อยละ 40 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 35.4) และสมัชชาฯ ทำให้ชุมชนขาดรายได้เพื่อมาร่วมกิจกรรม (ไม่แน่ใจร้อยละ 40และไม่เห็นด้วยร้อยละ 36.3) ซึ่งค่อนข้างตรงข้ามกับความคิดเห็นที่ระบุว่า สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีทำให้เกิดการเรียกร้องสิทธิประโยชน์ที่นอกเหนือจากสุขภาพ (ขึ้นกับการตีความขอบเขตของคำว่าสุขภาพ) ซึ่งทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ค่อนข้างเห็นด้วยกับประเด็นนี้ คิดเป็นร้อยละ 35.4 และเห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 8.3 ในขณะที่มีผู้ไม่แน่ใจกับประเด็นนี้ถึงร้อยละ 46.7 (ดูรายละเอียด ในตารางที่ 4.6)

ปัจจัยทางประชากรกับความคิดเห็นต่อสมัชชา

ปัจจัยเรื่องเพศ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความคิดเห็นต่อสมัชชาในหลายประเด็นด้วยกัน (ดูเปรียบเทียบในตาราง 4.12) ผู้หญิงและผู้ชายมีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในประเด็นต่อไปนี้ ผู้หญิงไม่ค่อยเห็นด้วยกับความคิดว่าสมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนต้องเสียเวลามาร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้ชาย ไม่เห็นด้วยกับความคิดว่าสมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนต้องขาดรายได้เพื่อมาร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้ชาย และไม่เห็นด้วยว่าสมัชชาทำให้เกิดการเรียกร้องสิทธิประโยชน์ที่นอกเหนือจากสุขภาพมากกว่าผู้ชาย ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันผู้หญิงยังเห็นด้วยมากกว่าผู้ชาย ในความคิดที่ว่าสมัชชาทำให้คนในชุมชนหันมาสนใจสุขภาพ ทำให้ผู้เกิดความรู้นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ และทำให้รัฐบาลหันมาให้ความสำคัญกับชีวิตและสุขภาพของประชาชน (ดูรายละเอียดในตารางที่ 4.7)

ปัจจัยเรื่องอายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความคิดเห็นเรื่องสมัชชาเพียงสองกรณี คือ ประเด็นที่ว่าสมัชชาทำให้คนในชุมชนหันมาสนใจสุขภาพมากขึ้น กับสมัชชาทำให้เกิดพลังทางการเมืองในการปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งทำให้เห็นว่า อายุที่แตกต่างกันมีอิทธิพลต่อความคิดเห็นในสองเรื่องนี้ คือ ผู้ที่อายุน้อยกว่าจะเห็นด้วยกับความคิดว่าสมัชชาสุขภาพทำให้คนในชุมชนหันมาสนใจกับสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี เห็นด้วยกับประเด็นนี้มากที่สุดและมากกว่ากลุ่มอายุอื่น เช่นเดียวกับที่ประเด็นเรื่องพลังทางการเมือง ซึ่งมีกลุ่มอายุที่น้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มที่อายุมากกว่า 60 ปี ค่อนข้างจะเห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าวมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ส่วนในประเด็นอื่นๆ พบว่า คนในกลุ่มอายุ 21-60 ปี เห็นด้วยอย่างยิ่งกับแนวคิดว่สมัชชาควรทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น และทำให้เกิดความรู้ที่นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ ในขณะที่คนที่อายุมากกว่า 60 ปี คือ สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และรัฐบาลหันมาให้ความสำคัญกับชีวิตและสุขภาพของคนในสังคม (ค่าเฉลี่ยในระดับ 4.00 ในทุกกรณี) ฉะนั้นจะเห็นว่าเป้าหมายของสมัชชาสุขภาพค่อนข้างสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่น (ดูรายละเอียดในตารางที่ 4.8 และดูค่านัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในตารางที่ 4.12)

ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษา ความแตกต่างในระดับการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่มีผลต่อความคิดเห็นต่อสมัชชาสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต้อยอย่างมีนัยสำคัญ (ดูตารางที่ 4.12) พบว่า ผู้ที่จบการศึกษาในระดับที่ยังน้อยกว่าเท่าไร ยิ่งทำให้เห็นด้วยมาก

ขึ้นกับความคิดที่ว่าสมัชชาควรทำให้ผู้เข้าร่วมสมัชชามีสุขภาพดี ในขณะที่ความคิดเห็นต่อในประเด็นอื่นๆ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดพลังในการทำงานร่วมกับเครือข่าย เป็นเวทีที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ เป็นเวทีที่ทำให้เกิดพลังทางการเมือง จะพบว่า ผู้มีการศึกษามากกว่าจะเห็นด้วยกับประเด็นเหล่านี้มากขึ้นตามระดับการศึกษา ในขณะที่การศึกษาก็ยังมีส่วนต่อความไม่เห็นด้วยกับแนวคิดที่สมัชชาทำให้เสียเวลาหรือขาดรายได้ โดยที่ผู้มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่าจะไม่เห็นด้วยกับประเด็นนี้มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาน้อยกว่าตามลำดับ

เมื่อเทียบภายในกลุ่มระดับความรู้แล้วพบว่า ลำดับความคิดเห็นที่ผู้ตอบแบบสอบถามให้เป็นอันดับต้นๆ จำแนกตามระดับการศึกษา (ดูรายละเอียดในตารางที่ 4.9) ดังนี้

- ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมเห็นด้วยมากกับความคิดว่าสมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น สามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ และ ทำให้รัฐบาลหันมาให้ความสำคัญกับชีวิตและสุขภาพของคนในสังคม เป็นอันดับต้นๆ ตามลำดับ

- ผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมต้น เห็นด้วยอย่างมากกับความคิดว่า สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น ทำให้คนในชุมชนหันมาสนใจกับสุขภาพ และทำให้เกิดความรู้ที่นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ ตามลำดับ

- ผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย เห็นด้วยอย่างมากกับความคิดว่า สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ และทำให้คนในชุมชนหันมาสนใจเรื่องสุขภาพ ตามลำดับ

- ผู้ที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญาและประกาศนียบัตร เห็นด้วยอย่างมากกับความคิดว่า สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้ที่นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทำให้คนในชุมชนหันมาสนใจกับสุขภาพ และทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น ตามลำดับ

- ผู้ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี เห็นด้วยอย่างมากกับความคิดว่า สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้ที่จะนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น และทำให้ชุมชนหันมาสนใจกับสุขภาพ ตามลำดับ

ปัจจัยเรื่องอาชีพและรายได้ มีความสัมพันธ์กับความคิดเกี่ยวกับสมัชชาน้อยมากหรือไม่ มีนัยสำคัญเท่าใดนัก กล่าวคือ ความแตกต่างเรื่องอาชีพและรายได้ไม่ได้บอกความแตกต่างในเรื่องความคิดอย่างชัดเจน คนมีรายได้มากกว่าอาจมีความคิดเห็นเหมือนกับผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น (ดูรายละเอียดเพิ่มเติม ในตารางที่ 4.10 และ 4.11)

5.5. การมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ

การมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพนี้ ศึกษาจากประเภทของการมีส่วนร่วมในการรณรงค์เรื่องสุขภาพ และการเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และความคิดเห็นต่อกิจกรรมของ “การปฏิรูปที่ควรจะเป็น” ซึ่งประกอบด้วย รายการคำตอบที่ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ และ สามารถระบุประเภทของกิจกรรม หรือกลุ่มที่เป็นสมาชิกเพิ่มเติมได้

จากการสำรวจประเภทของการมีส่วนร่วมในการรณรงค์สุขภาพ พบว่า จากคำตอบในข้อนี้ทั้งหมด มีผู้ที่ระบุว่าเคยเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ การเดินเฉลิมพระเกียรติเป็นอันดับหนึ่ง (28.0%) ร่วมเดิน-วิ่งมาราธอนเป็นอันดับสอง (26.4%) และ รวมพลคนเสื้อเหลือง เป็นอันดับสาม (23.0%) ในขณะที่มีผู้เข้าร่วมการรณรงค์ ตลาดนัดสุขภาพมีประมาณร้อยละ 12.9 และรวมพลคนสร้างสุขมีประมาณร้อยละ 10.5 ผู้ที่ระบุกิจกรรมอื่นๆ มีเพียงจำนวนน้อย ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการต่อต้านยาเสพติด (ดูรายละเอียดในตารางที่ 5.1)

จากจำนวนผู้ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 1988 มีผู้ที่ระบุว่าเป็นสมาชิกชมรมที่เกี่ยวข้องกว่า 1133 ราย (ทั้งนี้บางคนอาจเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมได้มากกว่า 1 กลุ่ม) พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามเป็นสมาชิกชมรมแอโรบิกมากที่สุด (23.1%) รองลงมาคือ การเป็นสมาชิกฟิตเนส/สปา (8.5%) เป็นสมาชิกเครือข่าย “ชมรมคนรักสุขภาพ” (4.4%) เป็นสมาชิกเครือข่าย “โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ” (3.6%) เป็นสมาชิกกลุ่ม/องค์กรทางศาสนา (3.6%) เป็นสมาชิกผู้รับการนวดแผนไทย (3.3%) และเป็นสมาชิกชมรมแพทย์แผนไทย/สมุนไพร (2.8%) ตามลำดับ แต่ในขณะที่ การเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน การปฏิรูประบบสุขภาพมีผู้ระบุว่าเป็นอยู่จำนวน 19 คน หรือเพียงร้อยละ 1 ของผู้ตอบแบบสอบถามในข้อนี้ (ดูรายละเอียดในตารางที่ 5.2) แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานในด้านนี้ได้รับความนิยมต่างกัน ชมรมแอโรบิกมากที่สุดและน่าจะสอดคล้องกับที่มีการรณรงค์ทั่วประเทศ ในขณะเดียวกันทางเลือกสำหรับคนเมืองที่น่าสนใจคือการเป็นสมาชิกฟิตเนสหรือสปา อย่างไรก็ตามการดำเนินการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทั้งชมรมคนรักสุขภาพและเครือข่ายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้รับการตอบรับจากคนในเมืองอยู่ในเกณฑ์ที่ดีเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ

ในการสอบถามความคิดเห็นต่อกิจกรรมของการ “ปฏิรูประบบสุขภาพ” ที่ควรจะเป็น พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นว่า ควรจะเป็นกิจกรรมด้านสุขภาพที่ทำร่วมกันภายในชุมชน (59.1%) (ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ได้รับการสัมภาษณ์เจาะลึกในต่างจังหวัด) รองลงมาผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่าให้ทำกิจกรรมอะไรก็ได้ให้ประชาชนสุขภาพดีขึ้น (49.5%)

ความคิดเห็นที่เป็นรูปธรรมที่ผู้ตอบแบบสอบถามเลือก คือ ร้อยละ 42.4% ผู้ตอบแบบสอบถามอยากให้ทำเป็นการเผยแพร่ความรู้/ ประสบการณ์ของผู้ที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 34.9 อยากให้เป็นการประชุมวิชาการเพื่อให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ร้อยละ 30.3 ต้องการเห็นกิจกรรมรณรงค์ที่เป็นตัวอย่าง ที่เป็นรูปธรรมของการสร้างสุขภาพ และ ร้อยละ 23.9 อยากให้มีเวทีสร้างความตระหนักรู้ต่อสาธารณชนในการสร้างสุขภาพ ส่วนเรื่องการระดมพลังเพื่อกฎ กติกา/ระเบียบสังคม/หรือกฎหมาย ด้านสุขภาพ หรือการทำเวทีระดมสมอง เป็นเรื่องที่มีคนเลือกน้อยที่สุด คือเพียงร้อยละ 10 (ดูรายละเอียด ในตารางที่ 5.3) ในประเด็นนี้ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปพูดคุยในคณะทำงานในการจัดเวทีเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ว่ารูปแบบที่เหมาะสมกับคนในเมืองควรเป็นอย่างไร

5.6. บทวิเคราะห์และข้อสังเกต

ผลจากการสำรวจแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้กรุงเทพมหานครจะเป็นพื้นที่ที่มีประชาชนมีเศรษฐกิจฐานะที่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าคนในพื้นที่อื่น และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับที่ดี แต่ความเป็นสังคมเมืองขนาดใหญ่ ทำให้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในสังคมเป็นไปอย่างผิวเผิน โอกาสในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและความคิดเห็นระหว่างบุคคลเป็นไปอย่างจำกัด ถึงแม้ในสังคมจะเริ่มมีช่องทางในการสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นมากขึ้น ทั้งทางสื่อวิทยุหรือโทรทัศน์ ด้วยการโทรศัพท์เข้าไปพูดคุย การส่งข้อความแสดงความคิดเห็น หรือ ร่วมโหวตในรายการต่างๆ โอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และเรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่นๆ นั้นมีค่อนข้างหลากหลาย ที่แต่ละบุคคลสามารถเลือกรับรู้เฉพาะในสิ่งที่ตนสนใจได้เช่นกัน

ผลจากการสำรวจนี้ ทำให้เห็นว่า ทักษะคิดและการให้คุณค่าต่อความหมายของ สุขภาพ ในมิติทางกายนั้น มีมากกว่าอย่างอื่น และมองว่าสุขภาพเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล สิ่งที่เป็นเรื่องของนามธรรม เรื่องจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือภูมิปัญญาพื้นบ้าน เรื่องของวัฒนธรรม เป็นเรื่องที่ไกลตัวสำหรับคนในเมืองหลวงที่จะคำนึงถึง และยังไม่เห็นความสำคัญเท่าที่ควร ถึงแม้ความเป็นห่วงต่อสถานะทางสังคมจะมีค่อนข้างสูง (โดยเฉพาะสำหรับคนที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป) แต่พฤติกรรมที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพของคนส่วนใหญ่นั้น ยังอิงอยู่กับการปฏิบัติโดยปัจเจกบุคคล และการพึ่งแพทย์หรือยา มากกว่า การคำนึงถึงสถานะทางสังคม หรือกลไกในระดับนโยบาย

พฤติกรรมของการสร้างสุขภาพและการพึ่งตนเองที่คนในเมืองหลวง ส่วนใหญ่จะออกไปในรูปของการออกกำลังกาย ซึ่งกำลังเป็นที่นิยมในสังคม (เห็นได้จากการมีลานออกกำลังกายในพื้นที่ต่างๆ และการเพิ่มขึ้นของสถานบริการเพื่อสุขภาพฟิตเนส) และเป็นผลจากการรณรงค์ของภาครัฐในเรื่องการดูแลสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย และคิดว่าหากไม่ออกกำลังกายแล้วจะทำ

ให้สุขภาพเสื่อมโทรม และมีความเจ็บป่วยตามมาได้ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนส่วนใหญ่ยังไม่คำนึงถึงการตรวจสุขภาพแต่อย่างใด ซึ่งทำให้เห็นว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพนั้นยังเน้นเรื่องของกาย และจำกัดอยู่เพียงแค่การออกกำลังกาย หากมีการเจ็บป่วยก็มักจะใช้ยาแผนปัจจุบันและหาแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับสภาวะของสังคมแบบเมือง อย่างไรก็ตามแนวโน้มใหม่ที่เกิดขึ้นกับคนกว่าร้อยละ 60 เริ่มไม่แน่ใจว่าการดูแลสุขภาพทั้งในทางป้องกันและรักษานั้นควรขึ้นอยู่กับแพทย์และพยาบาลฝ่ายเดียว นั่นหมายถึงแนวโน้มที่ค่อนข้างจะเริ่มเห็นความสำคัญว่า บุคคลต้องเริ่มหันมาใส่ใจตนเองให้มากขึ้น ซึ่งที่น่าแปลกใจเห็นจะเกิดจากกลุ่มคนผู้สูงอายุ ที่เห็นว่าการรวมกลุ่มทำกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกันมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพมากกว่าการไปพบแพทย์หรือปล่อยให้เจ้าหน้าที่ของแพทย์หรือพยาบาลอย่างเดียว และกลุ่มผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีแนวโน้มที่ไม่เห็นด้วยว่ารัฐควรจะเข้ามาจัดการดูแลมากกว่าที่เป็นอยู่ การทำกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันของชุมชนน่าจะมีความสำคัญมากกว่า ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาสูงเห็นว่าเรื่องสุขภาพเป็นของทุกคนแต่รัฐยังคงมีหน้าที่สำคัญในการดูแลรักษาพยาบาล

การรับรู้ต่อการปฏิรูประบบสุขภาพและการจัดสมัชชาสุขภาพของคนในเขตกรุงเทพมหานครนั้น มีค่อนข้างน้อย แม้กระทั่งผู้ที่ตอบว่าทราบและรับรู้เกี่ยวกับการปฏิรูป ยังเข้าใจว่า การรณรงค์ออกกำลังกาย นโยบาย 30 บาท และการรณรงค์การบริโภคอาหารปลอดภัย เป็นประเด็นสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่ง เรื่องของกระบวนการร่างและรณรงค์ให้มี พระราชบัญญัติสุขภาพนั้นมีผู้รับรู้น้อยที่สุด ทั้งที่การปฏิรูประบบสุขภาพและการประชาสัมพันธ์ให้คนเข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพในกรุงเทพมหานครนั้น มีอย่างกว้างขวาง ซึ่งในประเด็นนี้ไม่พบความแตกต่างในกลุ่มประชากรแต่อย่างใด

การมีส่วนร่วมในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ นั้น มีจำนวนยังน้อยกว่าการรับรู้เป็นอย่างมาก และเมื่อตรวจสอบไปถึงการให้ระบุปีพ.ศ. ที่เข้าร่วมสมัชชาและจำนวนครั้งที่เข้าร่วมสมัชชา นั้น มีผู้ระบุได้ถูกต้องเพียงสองคน จากผู้ตอบแบบสอบถามเกือบสองพันคน แสดงให้เห็นว่าคนกรุงเทพ ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพ หรือรับรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้แต่อย่างใด ซึ่งเป็นสภาวะที่คาดการณ์ได้ว่าคนส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมองเป็นเรื่องไกลตัว ต่างจากการปฏิรูประบบการศึกษาที่ผู้ที่มีบุตรและเยาวชนเองสามารถรู้สึกถึงผลกระทบโดยตรงต่ออนาคตของเขา ทำให้มีการแสดงความคิดเห็นผ่านสื่อต่างๆ ได้ง่าย แต่กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพดูเหมือนจะเป็นเรื่องที่คนส่วนใหญ่ยังไม่เห็นประโยชน์ของการมีกฎหมายใหม่สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ หรือประโยชน์ของการเข้าร่วมสมัชชา เพื่อไปแลกเปลี่ยนความคิดหรือเรียนรู้กับประชาคมอื่นๆ แต่อย่างใด

อีกประการหนึ่งคนกรุงเทพฯส่วนใหญ่ไม่มีสังกัด เครือข่ายที่เด่นชัด กลุ่มบุคคลบางกลุ่ม อาจเป็นสมาชิกของการออกกำลังกาย หรือสมาคมต่างๆ แต่ commitment ที่มีต่อการปฏิบัติภารกิจร่วมกันอาจแตกต่างกันไป เนื่องจากภาวะการณ์ดำรงชีพซึ่งไม่เปิดโอกาสให้ทำกิจกรรมอื่นๆ ได้ โดยเฉพาะ กิจกรรมเพื่อส่วนรวมแบบที่เป็นนามธรรมเช่นสมัชชาสุขภาพ ซึ่งต่างจากการเป็นอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยหรือกิจกรรมอื่นๆ

สิ่งที่คนในกรุงเทพมหานครคาดหวังจากการมีเวทีสมัชชาสุขภาพ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (ที่เราสามารถเข้าไปเก็บเกี่ยว ชื้อหาได้) น่าจะเป็นในลักษณะ สัมมนาวิชาการเสียส่วนใหญ่ แต่ยังเน้นความรู้ที่นำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งน่าจะทำให้ชุมชนและรัฐบาลหันมาสนใจกับชีวิตและสุขภาพกันมากขึ้น แต่คนส่วนใหญ่ยังไม่แน่ใจว่าจะเป็นไปได้ และไม่แน่ใจว่าการจัดสมัชชาจะได้รับความร่วมมือจากประชาชนส่วนใหญ่ และหากจะต้องไปร่วมกิจกรรม อาจเป็นภาระ หรือขาดรายได้ ซึ่งลักษณะดังกล่าวทำให้เห็นว่าคนกรุงเทพฯยังเน้นการ “รับ” (ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลข่าวสารหรือประโยชน์จากกิจกรรม) มากกว่าการให้ (contribution) โดยเฉพาะในเรื่องของเวลาที่จะต้องสละไปร่วมกิจกรรม และเน้นที่บุคคลมากกว่าชุมชน หรือสังคม มีหลายจุดที่คนกรุงเทพฯดูเหมือนอยากให้ชุมชนเกิดการทำงานร่วมกัน แต่ไม่มั่นใจว่าในความเป็นจริงจะเป็นไปได้

การรณรงค์ใดๆ กับคนกรุงเทพมหานครนั้นคงจะทำแบบหวานแหว่ไปทั้งหมดไม่ได้ เพราะจะมีคนคิดว่าเป็นเรื่องของตนน้อยมาก การให้ general information ดีสำหรับการประชาสัมพันธ์ การให้การรับรู้เบื้องต้น แต่หากจะให้เกิดการมีส่วนร่วมต้องเจาะกลุ่มเป้าหมาย สร้างกระบวนการและยุทธศาสตร์ในการโน้มน้าวหรือจูงใจมากกว่า การประกาศแต่อย่างเดียว ควรพิจารณาอรรถประโยชน์จากการดำเนินการที่สามารถจะแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมประกอบด้วย

5.7 รายงานผลทางสถิติ

การสำรวจความคิดเห็นและการรับรู้ของประชาชนต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ
ในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 1. ลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	valid %
เพศ		
- ชาย	858	43.6
- หญิง	1108	56.4
- ไม่ระบุ	22	
รวม	1988	100%
อายุ		
- ต่ำกว่า 20	384	19.3
- 21-30	955	48.0
- 31-40	390	19.6
- 41-50	185	9.3
- 51-60	58	2.9
- มากกว่า 60	12	.6
รวม	1986	100
สถานภาพสมรส		
- โสด	1339	67.4
- สมรส	525	26.4
- หย่าร้าง/หม้าย	59	3.0
- ไม่ตอบ	65	3.3
รวม	1988	100
ระดับการศึกษา		
1. ประถมศึกษา	168	8.5
2. มัธยมต้น	196	9.9
3. มัธยมปลาย	506	25.6
4. อนุปริญญา/ปวช/ปวส	215	10.9
5. ปริญญาตรี	855	43.2
6. สูงกว่าปริญญาตรี	40	2.0
7. ไม่ตอบ	8	.4
รวม	1988	100

ตารางที่ 1. (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	valid %
อาชีพ		
- ไม่มีอาชีพ	59	3.0
- รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	339	17.2
- พนักงานเอกชน	476	24.1
- รับจ้างทั่วไป (รวมลูกจ้างโรงงาน ร้านค้า ตลาด)	360	18.2
- ประกอบกิจการส่วนตัว	143	7.2
- นักเรียน/นักศึกษา	552	28.0
- อื่นๆ (หาบเร่/ แผงลอย /รถเข็น/ ลูกจ้างหน่วยงานราชการ)	45	2.2
- ไม่ตอบ	15	--
รวม	1988	100%
รายได้		
- ไม่มีรายได้	343	17.3
- รายได้ต่ำกว่า 3,500 บาทต่อเดือน	110	5.6
- 3,500-6,500 บาทต่อเดือน	584	29.5
- 6,501-10,000 บาทต่อเดือน	494	24.9
- 10,001-20,000 บาทต่อเดือน	336	17.0
- 20,000-30,000 บาทต่อเดือน	69	3.5
- 30,000 บาทขึ้นไป	45	2.3
- ไม่ตอบ	7	--
รวม	1988	100%

ส่วนที่ 2

ตารางที่ 2.1 ความคิดเห็นและการให้คุณค่าต่อความหมายของสุขภาพในมิติต่างๆ

ความคิดเห็นต่อสุขภาพ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (%)	เห็น ด้วย (%)	ไม่ แน่ใจ (%)	ไม่เห็น ด้วย (%)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (%)	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ Std.Deviation
1. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารที่ถูก สุขลักษณะ ทำให้สุขภาพดี	60.3	37.9	1.1	0.2	0.1	4.59 .534
2. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ	64.8	34.0	1.1	-----	0.1	4.64 .515
3. ท่านคิดว่าสุขภาพที่ดีนั้นรวมไปถึงการ ทำใจให้สบาย	46.3	49.4	3.9	0.3	0.1	4.42 .592
4. ท่านคิดว่าการเข้าวัดฟังธรรมเป็นส่วน หนึ่งของการรักษาสุขภาพ	15.6	59.2	23.5	1.4	0.3	3.88 .680
5. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ คือ การ ทำให้สังคมรอบข้างเป็นสุข	16.0	57.0	25.0	1.9	0.1	3.87 .691
6. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ เป็นเรื่อง ส่วนบุคคล *	3.1	18.9	38.6	33.6	5.8	2.80 .919
7. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ เป็นเรื่อง ของสังคม และสมาชิก ในสังคม	16.5	52.5	26.4	4.4	0.2	3.81 .764
8. ท่านคิดว่าสุขภาพนั้นเป็นเรื่องของ จิตใจเท่านั้น *	4.3	17.7	25.7	46.5	5.8	3.32 .971
9. ท่านคิดว่าการมีศีลธรรม และจริยธรรม เป็นส่วนหนึ่งของ การสร้างสุขภาพ	14.6	66.9	19.3	3.7	0.5	3.86 .716
10.ท่านคิดว่าความเครียดไม่เกี่ยวข้องกับ การเจ็บป่วย *	3.6	11.4	14.7	50.3	20.0	3.72 1.023
11.ท่านคิดว่ามลพิษจากสิ่งแวดล้อมไม่ สัมพันธ์กับเรื่องสุขภาพ *	3.5	10.4	10.1	47.5	28.4	3.87 1.050
12.ท่านคิดว่าการขาดสติในการดำรงชีวิต ไม่ส่งผลให้เจ็บป่วย *	3.3	11.1	18.1	46.5	21.0	3.71 1.024

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น และมีแนวโน้มที่จะคิดสอดคล้องกับ
กระบวนการใหม่ในการให้ความหมายกับสุขภาพ

ตารางที่ 2.2 ปัจจัยเรื่องเพศกับความคิดและการให้คุณค่าต่อความหมายของ สุขภาพในมิติต่างๆ

ความคิดเห็นต่อสุขภาพ	ชาย $\bar{X}$ Std.Diviation	หญิง $\bar{X}$ Std.Diviation	รวม $\bar{X}$ Std.Diviation
1. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ทำให้สุขภาพดี	4.57 .534	4.61 .533	4.59 .534
2. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ	4.62 .527	4.65 .505	4.64 .515
3. ท่านคิดว่าสุขภาพที่ดีนั้นรวมไปถึงการทำใจให้สบาย	4.37 .615	4.46 .571	4.42 .592
4. ท่านคิดว่าการเข้าวัดฟังธรรมเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาสุขภาพ	3.84 .718	3.92 .647	3.88 .680
5. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ คือ การทำให้สังคมรอบข้างเป็นสุข	3.86 .702	3.88 .682	3.87 .691
6. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ เป็นเรื่องส่วนบุคคล *	2.83 .941	2.78 .901	2.80 .919
7. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ เป็นเรื่องของสังคม และสมาชิก ในสังคม	3.81 .777	3.81 .755	3.81 .764
8. ท่านคิดว่าสุขภาพนั้นเป็นเรื่องของจิตใจเท่านั้น *	3.27 .986	3.36 .959	3.32 .971
9. ท่านคิดว่าการมีศีลธรรม และจริยธรรม เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสุขภาพ	3.82 .743	3.90 .694	3.86 .716
10.ท่านคิดว่าความเครียดไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย *	3.64 1.051	3.79 .999	3.72 1.023
11.ท่านคิดว่ามลพิษจากสิ่งแวดล้อมไม่สัมพันธ์กับเรื่องสุขภาพ *	3.78 1.112	3.94 .994	3.87 1.050
12.ท่านคิดว่าการขาดสติในการดำรงชีวิตไม่ส่งผลให้เจ็บป่วย *	3.60 1.087	3.79 .966	3.71 1.024

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

ตารางที่ 2.3 ปัจจัยเรื่องอายุกับความคิดและการให้คุณค่าต่อความหมายของ สุขภาพในมิติต่างๆ
(Compare Means of Age factor influencing Conceptualization and Meaning of Health)

ความคิดเห็นต่อสุขภาพ	>20 — χ Std.	21-30 — χ Std.	31-40 — χ Std.	41-50 — χ Std.	51-60 — χ Std.	<60 — χ Std.	รวม — χ Std.
1. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารที่ถูก สุขลักษณะ ทำให้สุขภาพดี	4.64 .502	4.61 .519	4.55 .567	4.52 .522	4.39 .701	4.64 .505	4.59 .534
2. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ	4.69 .495	4.67 .500	4.57 .516	4.57 .568	4.33 .574	4.64 .505	4.64 .515
3. ท่านคิดว่าสุขภาพที่ดีนั้นรวมไปถึงการทำ ใจให้สบาย	4.47 .586	4.42 .573	4.39 .608	4.35 .645	4.31 .568	4.27 .786	4.42 .591
4. ท่านคิดว่าการเข้าวัดฟังธรรมเป็นส่วน หนึ่งของการรักษาสุขภาพ	3.83 .708	3.87 .662	3.91 .700	3.96 .679	3.88 .600	4.09 .701	3.88 .679
5. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ คือ การทำ ให้สังคมรอบข้างเป็นสุข	3.85 .700	3.87 .682	3.86 .703	3.97 .685	3.74 .690	3.90 .738	3.87 .691
6. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ เป็นเรื่อง ส่วนบุคคล *	2.74 .891	2.82 .914	2.80 .94n	2.79 .984	2.86 .833	2.36 .505	2.80 .918
7. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ เป็นเรื่องของ สังคม และสมาชิก ในสังคม	3.84 .768	3.82 .758	3.74 .782	3.90 .720	3.72 .812	3.55 .688	3.81 .763
8. ท่านคิดว่าสุขภาพนั้นเป็นเรื่องของจิตใจ เท่านั้น *	3.35 .975	3.35 .955	3.32 1.001	3.17 1.007	3.24 .865	2.45 .688	3.32 .972
9. ท่านคิดว่าการมีศีลธรรม และจริยธรรม เป็นส่วนหนึ่งของ การสร้างสุขภาพ	3.82 .740	3.85 .711	3.88 .732	4.00 .631	3.79 .720	3.90 .568	3.86 .714
10.ท่านคิดว่าความเครียดไม่เกี่ยวข้องกับ การเจ็บป่วย *	3.70 1.054	3.77 .999	3.71 1.015	3.60 1.056	3.53 1.047	2.91 1.044	3.72 1.023
11.ท่านคิดว่ามลพิษจากสิ่งแวดล้อมไม่ สัมพันธ์กับเรื่องสุขภาพ *	3.85 1.117	3.97 .978	3.73 1.098	3.75 1.105	3.66 1.085	3.18 .982	3.87 1.051
12.ท่านคิดว่าการขาดสติในการดำรงชีวิตไม่ ส่งผลให้เจ็บป่วย *	3.68 1.042	3.76 .998	3.69 1.029	3.64 1.077	3.40 1.107	3.18 .982	3.71 1.025

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

ตารางที่ 2.4 ปัจจัยเรื่องการศึกษาเกี่ยวกับความคิดและการให้คุณค่าต่อความหมายของ สุขภาพในมิติต่างๆ
(Compare Means of Education factor influencing Conceptualization and Meaning of Health)

ความคิดเห็นต่อสุขภาพ	ประถม $\bar{X}$ Std.	ม.ต้น $\bar{X}$ Std.	ม.ปลาย $\bar{X}$ Std.	อนุปริณ $\bar{X}$ Std.	ป.ตรี $\bar{X}$ Std.	< ป.ตรี $\bar{X}$ Std.	รวม $\bar{X}$ Std.
1. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารที่ถูก สุขลักษณะ ทำให้สุขภาพดี	4.38 .599	4.50 .531	4.58 .522	4.57 .567	4.66 .506	4.54 .505	4.59 .534
2. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ	4.44 .533	4.55 .529	4.62 .546	4.59 .556	4.71 .464	4.65 .483	4.64 .515
3. ท่านคิดว่าสุขภาพที่ดีนั้นรวมไปถึงการทำ ใจให้สบาย	4.19 .528	4.30 .604	4.36 .640	4.44 .551	4.51 .560	4.45 .597	4.42 .591
4. ท่านคิดว่าการเข้าวัดฟังธรรมเป็นส่วน หนึ่งของการรักษาสุขภาพ	3.91 .656	3.83 .737	3.87 .657	3.85 .647	3.90 .690	4.05 .639	3.88 .679
5. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ คือ การทำ ให้สังคมรอบข้างเป็นสุข	3.67 .714	3.79 .652	3.87 .709	3.91 .637	3.92 .693	3.93 .656	3.87 .691
6. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ เป็นเรื่อง ส่วนบุคคล *	2.85 .821	2.86 .897	2.74 .855	2.78 .943	2.81 .964	2.78 .974	2.80 .918
7. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ เป็นเรื่องของ สังคม และสมาชิก ในสังคม	3.56 .729	3.64 .775	3.79 .723	3.88 .745	3.90 .771	3.68 .859	3.81 .763
8. ท่านคิดว่าสุขภาพนั้นเป็นเรื่องของจิตใจ เท่านั้น *	2.97 .965	3.11 .986	3.20 9.88	3.40 .891	3.47 .942	3.68 1.023	3.32 .972
9. ท่านคิดว่าการมีศีลธรรม และจริยธรรม เป็นส่วนหนึ่งของ การสร้างสุขภาพ	3.80 .727	3.79 .792	3.87 .749	3.87 .677	3.89 .681	3.87 .686	3.86 .714
10.ท่านคิดว่าความเครียดไม่เกี่ยวข้องกับ การเจ็บป่วย *	3.45 .922	3.49 1.020	3.52 1.080	3.72 .995	3.93 .957	3.79 1.239	3.72 1.023
11.ท่านคิดว่ามลพิษจากสิ่งแวดล้อมไม่ สัมพันธ์กับเรื่องสุขภาพ *	3.49 1.042	3.58 1.139	3.80 1.087	3.80 1.116	4.05 .962	4.23 .832	3.87 1.051
12.ท่านคิดว่าการขาดสติในการดำรงชีวิตไม่ ส่งผลให้เจ็บป่วย *	3.37 1.012	3.61 1.074	3.59 1.070	3.75 1.037	3.85 .966	3.75 .927	3.71 1.025

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

ตารางที่ 2.5 ปัจจัยเรื่องอาชีพกับความคิดและการให้คุณค่าต่อความหมายของ สุขภาพในมิติต่างๆ
(Compare Means of Occupation Factor influencing Conceptualization and Meaning of Health)

ความคิดเห็นต่อสุขภาพ	0 $\bar{X}$ Std.	1 $\bar{X}$ Std.	2 $\bar{X}$ Std.	3 $\bar{X}$ Std.	4 $\bar{X}$ Std.	5 $\bar{X}$ Std.	6 $\bar{X}$ Std.
1. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารที่ถูก สุขลักษณะ ทำให้สุขภาพดี	4.51 .679	4.58 .518	4.58 .527	4.46 .600	4.71 .457	4.67 .483	4.59 .497
2. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ	4.52 .538	4.64 .506	4.61 .492	4.54 .552	4.64 .549	4.71 .495	4.61 .493
3. ท่านคิดว่าสุขภาพที่ดีนั้นรวมไปถึงการทำ ใจให้สบาย	4.38 .537	4.39 .578	4.39 .568	4.31 6.09	4.48 .637	4.51 .571	4.41 .726
4. ท่านคิดว่าการเข้าวัดฟังธรรมเป็นส่วน หนึ่งของการรักษาสุขภาพ	4.12 .590	3.92 .627	3.85 .649	3.78 .706	3.99 .741	3.88 .697	4.09 .676
5. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ คือ การทำ ให้สังคมรอบข้างเป็นสุข	3.76 .779	3.87 .723	3.89 .668	3.74 .681	4.07 .709	3.89 .667	4.00 .715
6. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ เป็นเรื่อง ส่วนบุคคล *	2.67 .932	2.83 .965	2.82 .927	2.79 .873	2.81 .967	2.80 .907	2.59 .844
7. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ เป็นเรื่องของ สังคม และสมาชิก ในสังคม	3.72 .874	3.84 .710	3.78 .777	3.68 .763	3.97 .782	3.87 .763	3.84 .688
8. ท่านคิดว่าสุขภาพนั้นเป็นเรื่องของจิตใจ เท่านั้น *	3.07 .962	3.23 .994	3.42 .911	3.17 .997	3.27 1.075	3.43 .956	3.18 .870
9. ท่านคิดว่าการมีศีลธรรม และจริยธรรม เป็นส่วนหนึ่งของ การสร้างสุขภาพ	3.98 .662	3.88 .685	3.81 .703	3.79 .761	3.98 .746	3.89 .707	4.02 .664
10.ท่านคิดว่าความเครียดไม่เกี่ยวข้องกับ การเจ็บป่วย *	3.29 1.035	3.66 1.079	3.87 .934	3.60 .984	3.68 1.114	3.80 1.034	3.57 1.043
11.ท่านคิดว่ามลพิษจากสิ่งแวดล้อมไม่ สัมพันธ์กับเรื่องสุขภาพ *	3.34 1.183	3.79 1.095	4.00 .947	3.72 1.082	3.86 1.134	3.96 1.027	3.80 1.025
12.ท่านคิดว่าการขาดสติในการดำรงชีวิตไม่ ส่งผลให้เจ็บป่วย *	3.36 1.013	3.67 1.070	3.84 .971	3.58 1.037	3.69 1.102	3.74 .999	3.64 1.059

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

หมายเหตุ 0 = ไม่มีอาชีพ, 1 = รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ, 2 = พนักงานเอกชน, 3 = รับจ้างทั่วไป (รวมลูกจ้างโรงงาน
ร้านค้า ตลาด), 4 = ประกอบกิจการส่วนตัว, 5 = นักเรียน/นักศึกษา, 6 = อื่นๆ (หาบเร่/ แผงลอย /รถเข็น/ ลูกจ้างหน่วยงาน
ราชการ)

ตารางที่ 2.6 ปัจจัยเรื่องรายได้กับความคิดและการให้คุณค่าต่อความหมายของ สุขภาพในมิติต่างๆ
(Compare Means of Income Factor influencing Conceptualization and Meaning of Health)

ความคิดเห็นต่อสุขภาพ	0 $\bar{X}$ Std.	1 $\bar{X}$ Std.	2 $\bar{X}$ Std.	3 $\bar{X}$ Std.	4 $\bar{X}$ Std.	5 $\bar{X}$ Std.	6 $\bar{X}$ Std.
1. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารที่ถูก สุขลักษณะ ทำให้สุขภาพดี	4.68 .467	4.54 .553	4.51 .565	4.60 .530	4.62 .533	4.58 .526	4.76 .435
2. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ	4.72 .505	4.64 .502	4.58 .524	4.62 .505	4.64 .499	4.71 .457	4.58 .723
3. ท่านคิดว่าสุขภาพที่ดีนั้นรวมไปถึงการทำ ใจให้สบาย	4.50 .572	4.40 .624	4.35 .563	4.38 .593	4.46 .587	4.62 .517	4.40 .915
4. ท่านคิดว่าการเข้าวัดฟังธรรมเป็นส่วน หนึ่งของการรักษาสุขภาพ	3.94 .673	3.88 .726	3.81 .650	3.90 .676	3.87 .689	4.06 .662	3.91 .874
5. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ คือ การทำ ให้สังคมรอบข้างเป็นสุข	3.90 .666	3.84 .736	3.78 .709	3.87 .675	3.96 .690	4.00 .664	4.11 .573
6. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ เป็นเรื่อง ส่วนบุคคล *	2.71 .901	2.83 .901	2.87 .865	2.81 9.15	2.74 1.003	2.74 .987	2.84 .999
7. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ เป็นเรื่องของ สังคม และสมาชิก ในสังคม	3.90 .784	3.67 .770	3.72 .742	3.85 .725	3.81 .800	3.92 .802	4.04 .796
8. ท่านคิดว่าสุขภาพนั้นเป็นเรื่องของจิตใจ เท่านั้น *	3.35 .944	3.29 .984	3.23 .961	3.33 .985	3.35 .994	3.59 .934	3.53 .944
9. ท่านคิดว่าการมีศีลธรรม และจริยธรรม เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสุขภาพ	3.94 .722	3.82 .706	3.79 .741	3.87 .696	3.91 .653	3.94 .745	3.96 .824
10.ท่านคิดว่าความเครียดไม่เกี่ยวข้องกับ การเจ็บป่วย *	3.71 1.084	3.50 1.107	3.64 1.018	3.70 .976	3.85 1.006	4.03 .907	3.91 1.019
11.ท่านคิดว่ามลพิษจากสิ่งแวดล้อมไม่ สัมพันธ์กับเรื่องสุขภาพ *	3.94 1.047	3.72 1.076	3.78 1.044	3.87 1.065	3.88 1.055	4.16 .933	4.18 .984
12.ท่านคิดว่าการขาดสติในการดำรงชีวิตไม่ ส่งผลให้เจ็บป่วย *	3.70 1.015	3.54 1.072	3.65 1.009	3.75 1.037	3.73 1.049	3.90 .860	3.96 1.043

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

หมายเหตุ 0 = ไม่มีรายได้, 1 = รายได้ต่ำกว่า 3,500 บาทต่อเดือน, 2 = 3,500-6,5000 บาทต่อเดือน, 3 = 6,501-10,000 บาทต่อเดือน, 4 = 10,001-20,000 บาทต่อเดือน, 5 =20,000-30,000 บาทต่อเดือน, 6 = 30,000 บาทขึ้นไป

ตารางที่ 2.7 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางประชากรกับความคิดและการให้คุณค่าต่อความหมายของสุขภาพในมิติต่างๆ (Correlation between socio-demographic characteristic and conceptualization of health)

ความคิดเห็นต่อสุขภาพในมิติต่างๆ	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้
1. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ทำให้สุขภาพดี	.037 .102	-.088* .000	.141* .000	.092* .000	.000 .986
2. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ	.028 .218	-.119* .000	.144* .000	.086* .000	-.036 .108
3. ท่านคิดว่าสุขภาพที่ดีนั้นรวมไปถึงการทำให้สบาย	.078* .001	-.064* .005	.170* .000	.097* .000	-.002 .931
4. ท่านคิดว่าการเข้าวัดฟังธรรมเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาสุขภาพ	.058* .010	.050* .026	.021 .343	.025 .277	.007 .752
5. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ คือ การทำให้สังคมรอบข้างเป็นสุข	.011 .624	.012 .601	.093* .000	.037 .098	.056* .014
6. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ เป็นเรื่องของบุคคล *	-.028 .215	.006 .779	-.004 .875	-.018 .436	.008 .729
7. ท่านคิดว่าการสร้างสุขภาพะ เป็นเรื่องของสังคม และสมาชิก ในสังคม	.002 .935	-.019 .402	.129* .000	.055* .014	.020 .378
8. ท่านคิดว่าสุขภาพนั้นเป็นเรื่องของจิตใจเท่านั้น *	.043 .056	-.060* .008	.181* .000	.055* .015	.036 .110
9. ท่านคิดว่าการมีศีลธรรม และจริยธรรม เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสุขภาพ	.053* .018	.042 .060	.040 .077	.039 .081	.005 .811
10. ท่านคิดว่าความเครียดไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย *	.070* .002	-.053* .019	.185* .000	.037 .098	.068* .000
11. ท่านคิดว่ามลพิษจากสิ่งแวดล้อมไม่สัมพันธ์กับเรื่องสุขภาพ *	.075* .001	-.074* .001	.181* .000	.046* .042	.030 .183
12. ท่านคิดว่าการขาดสติในการดำรงชีวิตไม่ส่งผลให้เจ็บป่วย *	.093* .000	-.047* .038	.141* .000	.015 .499	.048* .032

หมายเหตุ ใช้สถิติ บรรทัด 1 = Pearson Correlation

บรรทัด 2 = Sig (2-tailed)

ส่วนที่ 3 การเจ็บป่วยและการปฏิบัติตนในเรื่องสุขภาพ

ในรอบปีที่ผ่านมาผู้ตอบแบบสอบถามมีอาการเจ็บป่วยในลักษณะต่างๆ กันดังนี้

ตารางที่ 3.1 การเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา

การเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา	จำนวน	%
1. ไม่มีอาการเจ็บป่วย	337	17.0
2. เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่นเป็นหวัด เจ็บคอ	1537	77.3
a. เจ็บป่วยประมาณ 1-5 ครั้ง	1251	88.4
b. เจ็บป่วยประมาณ 6-10 ครั้ง	130	9.2
c. เจ็บป่วยประมาณ 10-15 ครั้ง	8	.6
d. เจ็บป่วยประมาณ 16-20 ครั้ง	7	.5
e. เจ็บป่วยมากกว่า 20 ครั้ง	19	1.3
3. เจ็บป่วยหนัก (ต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล)	152	7.6
a. เจ็บป่วยประมาณ 1-3 ครั้ง	133	90.5
b. เจ็บป่วยประมาณ 4-6 ครั้ง	11	7.5
c. เจ็บป่วยประมาณ 7-10 ครั้ง	3	2.0
4. เกิดการเจ็บป่วยเนื่องจากอุบัติเหตุ	148	7.4
a. เกิดอุบัติเหตุ 1 ครั้ง	102	68.9
b. เกิดอุบัติเหตุ 2-3 ครั้ง	38	25.7
c. เกิดอุบัติเหตุ 4-5 ครั้ง	4	5.2
d. เกิดอุบัติเหตุ มากกว่า 5 ครั้ง	4	5.2
5. มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง	73	3.7

ตารางที่ 3.2 ความเข้าใจในสาเหตุของการเจ็บป่วย

ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของท่านเกิดจากสาเหตุใด(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	จำนวน	% ของผู้ตอบข้อนี้
1. การทำงานหนัก	563	34.1
2. การไม่ดูแลสุขภาพตัวเอง	912	55.2
3. การไม่ออกกำลังกาย	972	58.9
4. ความเครียดทางจิตใจ	739	44.8
5. การติดเชื้อจากสถานที่สาธารณะหรือคนข้างเคียง	477	28.9
6. ความประมาทของผู้อื่น	121	7.3
7. ความไม่ปลอดภัยในสังคม	161	9.8
9. อื่นๆ ระบุ	61	3.6
a. ความประมาทของตนเอง	6	
b. สภาพแวดล้อมไม่ดี	46	
c. สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลง	8	
d. ความยากจน	1	

ตารางที่ 3.3 การปฏิบัติตนในยามเจ็บป่วย

การปฏิบัติตนในยามเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	จำนวน	%
1. ซื้ยยาแผนปัจจุบันกินเอง	1031	62.4
2. ซื้ยยาแผนโบราณกินเอง	96	5.8
3. ปล่อยให้หายเอง	435	26.3
4. ไปพบแพทย์ทันที	630	38.2
5. ไปพบแพทย์หลังจากที่อาการหนักแล้ว	393	23.8
6. ไปหาพระ/ไหว้พระ/สวดมนต์	7	.4
7. ปรึกษาคนใกล้ชิด	212	12.8
8. อื่นๆ (ระบุ)	21	1.2
a. ใช้ยาสามัญประจำบ้าน	14	
b. พักผ่อน / ออกกำลังกาย	7	
c. ไปทำงานตามปกติ	2	

ตารางที่ 3.4 การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ

ข้อความ	ปฏิบัติ บ่อยที่สุด %	ปฏิบัติ บ่อย %	ปฏิบัติ บางครั้ง %	แทบจะไม่ ปฏิบัติ %	ไม่ปฏิบัติ %	ค่าเฉลี่ย Std.
1. ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ	8.8	30.8	53.8	5.9	.6	3.41 .761
2. ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการไปตรวจ สุขภาพประจำปีอยู่เสมอ	5.0	16.0	34.5	29.7	14.8	2.67 1.066
3. ในกรณีที่ท่านเจ็บป่วย ท่านปฏิบัติตนตามแพทย์สั่ง เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยโดยเร็ว	17.0	49.1	29.5	3.9	.6	3.78 .790
4. แม้รู้ว่าเป็นสถานที่ที่ทำให้ท่านเสียสุขภาพได้ แต่ ท่านก็ไม่เคย ระวัง หรือป้องกันจากการเจ็บป่วย *	3.4	17.5	52.4	17.8	8.8	3.11 .911

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

ตารางที่ 3.5 ความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง %	เห็นด้วย % %	ไม่แน่ใจ %	ไม่ เห็นด้วย %	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ Std.
1. แพทย์เท่านั้นที่ทำให้ท่านหายจากการเจ็บป่วยได้	9.8	33.9	27.9	25.7	2.6	2.77 1.021
2. ท่านคิดว่าความร่วมมือกลุ่มกิจกรรมในการออกกำลังกาย ในชุมชน อย่างสม่ำเสมอ ช่วยทำให้สุขภาพของท่านดีขึ้น	27.7	62.5	8.3	1.3	0.2	4.16 .636
3. ท่านคิดว่าดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน	38.6	52.5	7.6	1.5	0.1	4.28 .676
4. ท่านคิดว่าดูแลสุขภาพเป็นความรับผิดชอบต่อ ตนเองเท่านั้น *	16.5	41.3	20.3	19.3	2.6	2.50 1.063
5. ท่านคิดว่า รัฐควรจะให้เข้ามาดูแลสุขภาพของ ประชาชนให้มากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ *	35.8	50.9	10.5	2.3	0.4	1.80 .746
6. ท่านคิดว่า แพทย์และพยาบาลเท่านั้นที่มีหน้าที่ในการ ดูแลสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วย *	4.7	18.1	20.3	47.1	9.8	3.39 1.038

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

ตารางที่ 3.6 ปัจจัยเรื่องเพศกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ

(Compare means of gender and health care practice)

ข้อความ	ชาย $\bar{x}$ Std.	หญิง $\bar{x}$ Std.	รวม $\bar{x}$ Std.
1. ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ	3.45 .784	3.38 .738	3.41 .761
2. ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการไปตรวจสุขภาพประจำปีอยู่เสมอ	2.70 1.078	2.64 1.057	2.67 1.066
3. ในกรณีที่ท่านเจ็บป่วย ท่านปฏิบัติตนตามแพทย์สั่ง เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยโดยเร็ว	3.75 .813	3.80 .771	3.78 .790
4. แม้รู้ว่าเป็นสถานที่ที่ทำให้ท่านเสียสุขภาพได้ แต่ท่านก็ไม่เคย ระวัง หรือป้องกันจากการเจ็บป่วย *	3.08 .934	3.13 .892	3.11 .911

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

ตารางที่ 3.7 ปัจจัยเรื่องเพศกับความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพ
(Compare means of gender and attitude toward health care)

ข้อความ	ชาย $\bar{X}$ Std.	หญิง $\bar{X}$ Std.	รวม $\bar{X}$ Std.
1. แพทย์เท่านั้นที่ทำให้ท่านหายจากการเจ็บป่วยได้	2.71 1.044	2.83 1.001	2.77 1.021
2. ท่านคิดว่าการร่วมกลุ่มกิจกรรมในการออกกำลังกายในชุมชน อย่างสม่ำเสมอ ช่วยทำให้สุขภาพของท่านดีขึ้น	4.15 .682	4.18 .597	4.16 .636
3. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน	4.24 .701	4.31 .655	4.28 .676
4. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นความรับผิดชอบต่อตนเองเท่านั้น *	2.52 1.059	2.49 1.066	2.50 1.063
5. ท่านคิดว่า รัฐควรจะเข้ามาดูแลสุขภาพของประชาชนให้มากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ *	1.78 .755	1.82 .739	1.80 .746
6. ท่านคิดว่า แพทย์และพยาบาลเท่านั้นที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วย *	3.37 1.057	3.41 1.023	3.39 1.038

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

ตารางที่ 3.8 ปัจจัยเรื่องอายุกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ
(Compare means of age and health care practice)

ข้อความ	>20 $\bar{X}$ Std.	21-30 $\bar{X}$ Std.	31-40 $\bar{X}$ Std.	41-50 $\bar{X}$ Std.	51-60 $\bar{X}$ Std.	<60 $\bar{X}$ Std.	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ Std.
1. ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ	3.43 .712	3.39 .755	3.41 .782	3.44 .772	3.50 .863	3.82 .874	3.41 .761
2. ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการไปตรวจสุขภาพประจำปีอยู่เสมอ	2.38 .972	2.58 1.045	2.83 1.069	3.10 1.077	3.41 1.027	3.55 1.036	2.67 1.066
3. ในกรณีที่ท่านเจ็บป่วย ท่านปฏิบัติตนตามแพทย์สั่ง เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยโดยเร็ว	3.77 .779	3.79 .772	3.76 .808	3.78 .841	3.75 .851	4.18 .874	3.78 .790
4. แม้รู้ว่าเป็นสถานที่ที่ทำให้ท่านเสียสุขภาพได้ แต่ท่านก็ไม่เคย ระวัง หรือป้องกันจากการเจ็บป่วย *	3.10 .867	3.07 .893	3.14 .919	3.24 1.023	3.16 1.014	3.27 .905	3.11 .911

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

ตารางที่ 3.9 ปัจจัยเรื่องอายุกับความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพ
(Compare means of age and attitude toward health care)

ข้อความ	>20 $\bar{X}$ Std.	21-30 $\bar{X}$ Std.	31-40 $\bar{X}$ Std.	41-50 $\bar{X}$ Std.	51-60 $\bar{X}$ Std.	<60 $\bar{X}$ Std.	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ Std.
1. แพทย์เท่านั้นที่ทำให้ท่านหายจากการเจ็บป่วยได้	2.90 .944	2.86 .998	2.65 1.072	2.53 1.075	2.28 1.098	2.09 .701	2.77 1.021
2. ท่านคิดว่าการร่วมกลุ่มกิจกรรมในการออกกำลังกายในชุมชน อย่างสม่ำเสมอ ช่วยทำให้สุขภาพของท่านดีขึ้น	4.19 .561	4.16 .642	4.16 .651	4.11 .695	4.14 .736	4.36 .505	4.16 .636
3. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน	4.36 .640	4.27 .693	4.28 .657	4.23 .702	4.07 .623	4.09 .539	4.28 .676
4. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นความรับผิดชอบต่อตนเองเท่านั้น *	2.52 1.022	2.50 1.054	2.45 1.082	2.63 1.133	2.46 1.036	2.45 1.214	2.50 1.063
5. ท่านคิดว่า รัฐควรจะทำให้ประชาชนให้มากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ *	1.84 .737	1.82 .734	1.74 .755	1.77 .813	1.91 .763	1.73 .467	1.80 .746
6. ท่านคิดว่า แพทย์และพยาบาลเท่านั้นที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วย *	3.35 1.006	3.41 1.040	3.48 1.004	3.36 1.095	3.04 1.190	2.55 .934	3.39 1.038

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

ตารางที่ 3.10 ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษากับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ
(Compare means of education and health care practice)

ข้อความ	ประถม $\bar{X}$ Std.	ม.ต้น $\bar{X}$ Std.	ม.ปลาย $\bar{X}$ Std.	อนุปริญญา $\bar{X}$ Std.	ป.ตรี $\bar{X}$ Std.	< ป.ตรี $\bar{X}$ Std.
1. ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ	3.37 .814	3.32 .732	3.38 .741	3.43 .758	3.46 .755	3.44 .821
2. ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการไปตรวจสุขภาพประจำปีอยู่เสมอ	2.74 1.031	2.67 1.068	2.74 1.071	2.67 1.028	2.58 1.064	3.23 1.180
3. ในกรณีที่ท่านเจ็บป่วย ท่านปฏิบัติตามตามแพทย์สั่ง เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยโดยเร็ว	3.71 .901	3.69 .876	3.75 .795	3.74 .807	3.83 .742	3.92 .587
4. แม้รู้ว่าเป็นสถานที่ที่ทำให้ท่านเสียสุขภาพได้ แต่ท่านก็ไม่เคย ระวัง หรือป้องกันจากการเจ็บป่วย *	3.21 1.024	3.14 1.028	3.10 .909	3.10 9.16	3.10 .865	3.11 .754

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

ตารางที่ 3.11 ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษากับความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพ
(Compare means of education and attitude toward health care)

ข้อความ	ประถม $\bar{X}$ Std.	ม.ต้น $\bar{X}$ Std.	ม.ปลาย $\bar{X}$ Std.	อนุปริญญา $\bar{X}$ Std.	ป.ตรี $\bar{X}$ Std.	< ป.ตรี $\bar{X}$ Std.
1. แพทย์เท่านั้นที่ทำให้ท่านหายจากการเจ็บป่วยได้	2.35 1.012	2.38 1.035	2.73 .993	2.85 1.011	2.95 .992	2.74 1.044
2. ท่านคิดว่าการร่วมกลุ่มกิจกรรมในการออกกำลังกายในชุมชน อย่างสม่ำเสมอ ช่วยทำให้สุขภาพของท่านดีขึ้น	4.19 .636	4.24 .633	4.15 .649	4.18 .628	4.15 .630	3.95 .647
3. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน	4.20 .684	4.25 .630	4.22 .702	4.35 .660	4.31 .670	4.21 .656
4. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นความรับผิดชอบต่อตนเองเท่านั้น *	2.36 1.044	2.55 1.104	2.46 1.012	2.48 1.095	2.55 1.067	2.72 1.169
5. ท่านคิดว่า รัฐควรจะทำให้ท่านดูแลสุขภาพของประชาชนให้มากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ *	1.88 .743	1.87 .788	1.83 .787	1.79 .736	1.76 .711	1.84 .789
6. ท่านคิดว่า แพทย์และพยาบาลเท่านั้นที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วย *	3.16 1.078	3.24 1.072	3.37 1.042	3.44 1.027	3.47 1.015	3.28 1.075

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

ตารางที่ 3.12 ปัจจัยเรื่องอาชีพกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ
(Compare means of occupation and health care practice)

ข้อความ	0 $\bar{X}$ Std.	1 $\bar{X}$ Std.	2 $\bar{X}$ Std.	3 $\bar{X}$ Std.	4 $\bar{X}$ Std.	5 $\bar{X}$ Std.	6 $\bar{X}$ Std.
1. ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ	3.29 .832	3.55 .738	3.38 .749	3.37 .770	3.33 .846	3.43 .724	3.25 .839
2. ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการไปตรวจสุขภาพประจำปีอยู่เสมอ	2.95 1.151	3.23 .998	2.67 1.014	2.57 1.036	2.58 1.151	2.39 .998	2.43 1.160
3. ในกรณีที่ท่านเจ็บป่วย ท่านปฏิบัติตามตามแพทย์สั่ง เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยโดยเร็ว	3.98 .790	3.85 .745	3.73 .751	3.65 .883	3.89 .738	3.83 .767	3.57 .974
4. แม้รู้ว่าเป็นสถานที่ที่ทำให้ท่านเสียสุขภาพได้ แต่ท่านก็ไม่เคย ระวัง หรือป้องกันจากการเจ็บป่วย *	3.29 1.039	3.15 .974	3.10 .864	3.12 .941	3.03 .978	3.09 .873	3.07 .759

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

หมายเหตุ 0 = ไม่มีอาชีพ, 1 = รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ, 2 = พนักงานเอกชน, 3 = รับจ้างทั่วไป (รวมลูกจ้างโรงงาน ร้านค้า ตลาด), 4 = ประกอบกิจการส่วนตัว, 5 = นักเรียน/นักศึกษา, 6 = อื่นๆ (หาบเร่/ แผงลอย /รถเข็น/ ลูกจ้างหน่วยงานราชการ)

ตารางที่ 3.13 ปัจจัยเรื่องอาชีพกับความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพ
(Compare means of occupation and attitude toward health care)

ข้อความ	0 — $\bar{X}$ Std.	1 — $\bar{X}$ Std.	2 — $\bar{X}$ Std.	3 — $\bar{X}$ Std.	4 — $\bar{X}$ Std.	5 — $\bar{X}$ Std.	6 — $\bar{X}$ Std.
1. แพทย์เท่านั้นที่ทำให้ท่านหายจากการเจ็บป่วยได้	2.14 .999	2.71 1.070	2.89 .983	2.60 1.014	2.76 1.074	2.90 .982	2.75 1.037
2. ท่านคิดว่าการร่วมกลุ่มกิจกรรมในการออกกำลังกาย ในชุมชน อย่างสม่ำเสมอ ช่วยทำให้สุขภาพของท่านดีขึ้น	4.30 .462	4.19 .664	4.10 .617	4.14 .674	4.06 .762	4.22 .575	4.18 .724
3. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน	4.25 .615	4.24 .687	4.20 .700	4.22 .702	4.39 .595	4.36 .656	4.18 .724
4. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นความรับผิดชอบต่อ ตนเองเท่านั้น *	2.47 1.054	2.51 1.080	2.55 1.055	2.44 1.045	2.45 1.149	2.52 1.054	2.50 1.023
5. ท่านคิดว่า รัฐควรจะเข้ามาดูแลสุขภาพของ ประชาชนให้มากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ *	1.72 .590	1.83 .752	1.77 .756	1.89 .799	1.76 .875	1.80 .680	1.57 .625
6. ท่านคิดว่า แพทย์และพยาบาลเท่านั้นที่มีหน้าที่ในการ ดูแลสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วย *	3.07 1.126	3.42 1.050	3.54 .992	3.32 1.023	3.38 1.060	3.33 1.056	3.30 1.047

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

หมายเหตุ 0 = ไม่มีอาชีพ, 1 = รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ, 2 = พนักงานเอกชน, 3 = รับจ้างทั่วไป (รวมลูกจ้างโรงงาน ร้านค้า ตลาด), 4 = ประกอบกิจการส่วนตัว, 5 = นักเรียน/นักศึกษา, 6 = อื่นๆ (หาบเร่/ แผงลอย /รถเข็น/ ลูกจ้างหน่วยงานราชการ)

ตารางที่ 3.14 ปัจจัยเรื่องรายได้กับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ
(Compare means of income and health care practice)

ข้อความ	0 $\bar{X}$ Std.	1 $\bar{X}$ Std.	2 $\bar{X}$ Std.	3 $\bar{X}$ Std.	4 $\bar{X}$ Std.	5 $\bar{X}$ Std.	6 $\bar{X}$ Std.
1. ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ	3.39 .764	3.34 .800	3.38 .744	3.42 .713	3.51 .785	3.38 .811	3.38 .936
2. ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการไปตรวจสุขภาพประจำปีอยู่เสมอ	2.41 .968	2.50 1.076	2.61 1.063	2.70 1.004	2.92 1.089	3.15 1.261	2.91 1.294
3. ในกรณีที่ท่านเจ็บป่วย ท่านปฏิบัติตนตามแพทย์สั่งเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยโดยเร็ว	3.83 .772	3.82 .833	3.72 .833	3.72 .744	3.83 .781	4.03 .791	4.00 .647
4. แม้รู้ว่าเป็นสถานที่ที่ทำให้ท่านเสียสุขภาพได้ แต่ท่านก็ไม่เคย ระวัง หรือป้องกันจากการเจ็บป่วย*	3.12 .879	3.18 1.007	3.11 .927	3.10 .905	3.07 .908	3.18 .880	3.16 .878

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

หมายเหตุ 0 = ไม่มีรายได้, 1 = รายได้ต่ำกว่า 3,500 บาทต่อเดือน, 2 = 3,500-6,5000 บาทต่อเดือน, 3 = 6,501-10,000 บาทต่อเดือน, 4 = 10,001-20,000 บาทต่อเดือน, 5 =20,000-30,000 บาทต่อเดือน, 6 = 30,000 บาทขึ้นไป

ตารางที่ 3.15 บั๊จจยรื่งรายไต้กับความคึดเห็นในการดูแลสุขภาพ
(Compare means of income and attitude toward health care)

ข้อความ	0 — χ Std.	1 — χ Std.	2 — χ Std.	3 — χ Std.	4 — χ Std.	5 — χ Std.	6 — χ Std.
1. แพทย์เท่านั้นที่ทําให้ท่านหายจากการเจ็บป่วยได้	2.77 .984	2.81 1.061	2.69 1.011	2.87 1.000	2.79 1.049	2.84 1.205	2.51 1.036
2. ท่านคิดว่าการร่วกลุ่มกิจกรรมในการออกกําลังกายในชุมชน อย่างสม่ำเสมอ ช่วยทำให้สุขภาพของท่านดีขึ้น	4.24 .593	4.17 .624	4.18 6.14	4.17 .629	4.07 .677	4.01 .702	4.11 .804
3. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน	4.36 .685	4.29 .649	4.24 .669	4.25 .688	4.27 .688	4.38 .547	4.36 .609
4. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นความรับผิดชอบต่อนองท่านั้น *	2.44 1.015	2.48 .975	2.51 1.061	2.46 1.056	2.59 1.091	2.69 1.175	2.56 1.176
5. ท่านคิดว่า รัฐควรจจะเข้ามาดูแลสุขภาพของประชาชนให้มากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ *	1.77 .642	1.87 .785	1.84 .757	1.80 .755	1.80 .782	1.60 .784	1.76 .802
6. ท่านคิดว่า แพทย์และพยาบาลเท่านั้นที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วย *	3.27 1.029	3.24 1.148	3.40 1.045	3.44 1.000	3.45 1.058	3.56 .904	3.38 1.173

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายังไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

หมายเหตุ 0 = ไม่มีรายได้, 1 = รายได้ต่ำกว่า 3,500 บาทต่อเดือน, 2 = 3,500-6,5000 บาทต่อเดือน, 3 = 6,501-10,000 บาทต่อเดือน, 4 = 10,001-20,000 บาทต่อเดือน, 5 =20,000-30,000 บาทต่อเดือน, 6 = 30,000 บาทขึ้นไป

ตารางที่ 3.16 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางประชากรกับ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ (Correlation between socio-demographic characteristic and attitude toward health care)

ข้อความ	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้
1. ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ	-.049 .030	.024 .295	.058* .010	-.005 .831	.036 .105
2. ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการไปตรวจสุขภาพประจำปีอยู่เสมอ	-.029 .198	.235* .000	-.037 .105	-.174* .000	.169* .000
3. ในกรณีที่ท่านเจ็บป่วย ท่านปฏิบัติตนตามแพทย์สั่งเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยโดยเร็ว	.032 .162	.007 .740	.066* .003	.018 .437	.024 .289
4. แม้รู้ว่าเป็นสถานที่ที่ทำให้ท่านเสียสุขภาพได้ แต่ท่านก็ไม่เคยระวัง หรือป้องกันจากการเจ็บป่วย	.032 .159	.043 .059	-.029 .205	-.019 .395	-.009 .687

หมายเหตุ ใช้สถิติ บรรทัด 1 = Pearson Correlation

บรรทัด 2 = Sig (2-tailed)

ตารางที่ 3.17 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางประชากรกับ ความคิดเห็นต่อการดูแลสุขภาพ (Correlation between socio-demographic characteristic and health care practice)

ข้อความ	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้
1. แพทย์เท่านั้นที่ทำให้ท่านหายจากการเจ็บป่วยได้	.058* .010	-.148* .000	.193* .000	.068* .002	.007 .740
2. ท่านคิดว่าการร่วมกลุ่มกิจกรรมในการออกกำลังกายในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ช่วยทำให้สุขภาพของท่านดีขึ้น	.024 .279	-.018 .417	-.039* .084	.047* .038	-.078* .000
3. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน	.052* .023	-.069* .002	.054* .016	.085* .000	-.022 .332
4. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นความรับผิดชอบต่อตนเองเท่านั้น	-.013 .566	.005 .811	.045* .047	.006 .780	.042 .061
5. ท่านคิดว่า รัฐควรจะทำให้มาดูแลสุขภาพของประชาชนให้มากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่	.031 .165	-.024 .289	-.054* .017	-.029 .197	-.012 .601
6. ท่านคิดว่า แพทย์และพยาบาลเท่านั้นที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย	.022 .336	-.029 .195	.087* .000	-.040 .078	.063* .005

หมายเหตุ ใช้สถิติ บรรทัด 1 = Pearson Correlation

บรรทัด 2 = Sig (2-tailed)

ส่วนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิรูปและการมีส่วนร่วมในสมัชชาสุขภาพ

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ที่รับรู้ว่าการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย

การรับรู้	จำนวน	%
1. ไม่ทราบว่าการปฏิรูปเรื่องสุขภาพ	675	34.5
2. ทราบว่าการปฏิรูปสุขภาพ	777	39.7
3. ไม่แน่ใจว่าทำอยู่นั้นเป็นการปฏิรูปหรือไม่	503	25.7
รวม	1955	100

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ระบุว่าทราบว่าการปฏิรูปต่อความเข้าใจในกิจกรรมของการปฏิรูป

ความเข้าใจว่าการปฏิรูประบบสุขภาพเกี่ยวข้องกับเรื่องใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	จำนวน	% ของผู้ตอบในข้อนี้
1. การรณรงค์ออกกำลังกาย	942	71.7
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	451	34.3
3. การปรับโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุข	367	18.5
4. การรณรงค์การกินอาหารปลอดภัย	605	46.1
5. การทำให้คนไทยได้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท)	814	62.0
6. การร่างและรณรงค์ให้มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	178	13.6

ตารางที่ 4.3.1 จำนวนและร้อยละของการรับรู้ต่อการปฏิรูประบบสุขภาพจำแนกโดยลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร	ไม่ทราบ	ทราบ	ไม่แน่ใจ	รวม
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
เพศ				
- ชาย	332 (39.3) (59.8)	315 (37.3) (40.9)	198 (23.4) (39.6)	845 (43.6)
- หญิง	334 (30.6) (50.2)	455 (41.7) (59.1)	302 (27.7) (60.4)	1091 (56.4)
รวม	666 (34.4)	770 (39.8)	500 (25.8)	1936 (100)

ตารางที่ 4.3.2 จำนวนและร้อยละของการรับรู้ต่อการปฏิรูประบบสุขภาพจำแนกโดยลักษณะประชากร (ต่อ)

ลักษณะประชากร	ไม่ทราบ	ทราบ	ไม่แน่ใจ	รวม
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
อายุ				
- ต่ำกว่า 20	127 (33.5) (18.8)	150 (39.6) (19.4)	102 (26.9) (20.3)	379 (19.4)
- 21-30	319 (33.8) (47.3)	386 (40.5) (49.4)	243 (25.7) (48.4)	945 (48.4)
- 31-40	127 (33.5) (18.8)	158 (41.7) (20.4)	94 (24.8) (18.7)	379 (19.4)
- 41-50	73 (40.3) (10.8)	60 (33.1) (7.7)	48 (26.5) (9.6)	181 (9.3)
- 51-60	22 (39.3) (3.3)	20 (35.7) (2.6)	14 (25.0) (2.8)	56 (2.9)
- มากกว่า 60	6 (54.5) (0.9)	4 (36.4) (0.5)	1 (9.1) (0.2)	11 (0.6)
รวม	674 (34.5)	775 (39.7)	502 (25.7)	1951 (100)
ระดับการศึกษา				
- ประถมศึกษา	82 (52.2) (12.2)	37 (23.6) (4.8)	38 (24.2) (7.6)	157 (8.1)
- มัธยมต้น	79 (40.9) (11.7)	64 (33.2) (8.3)	50 (25.9) (10.0)	193 (9.9)
- มัธยมปลาย	167 (33.6) (24.8)	196 (39.4) (25.3)	134 (27.0) (26.7)	497 (25.5)
- อนุปริญญา/ปวช./ปวส	67 (31.3) (10.0)	78 (36.4) (10.1)	69 (32.2) (13.8)	214 (11.0)
- ปริญญาตรี	266 (31.4) (39.5)	382 (45.0) (49.3)	200 (23.6) (39.9)	848 (43.5)
- สูงกว่าปริญญาตรี	12 (30.0) (1.8)	18 (45.0) (2.3)	10 (25.0) (2.0)	40 (2.1)
รวม	673 (34.5)	775 (39.8)	501 (25.7)	1949 (100)

ตารางที่ 4.3.3 จำนวนและร้อยละของการรับรู้ต่อการปฏิรูประบบสุขภาพจำแนกโดยลักษณะประชากร (ต่อ)

ลักษณะประชากร	ไม่ทราบ	ทราบ	ไม่แน่ใจ	รวม
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
อาชีพ				
- ไม่มีอาชีพ	24 (44.4) (3.6)	19 (35.2) (2.5)	11 (20.4) (2.2)	54 (2.8)
- รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	94 (27.9) (14.0)	147 (43.6) (19.0)	96 (28.5) (19.2)	337 (17.3)
- พนักงานเอกชน	160 (34.2) (23.9)	190 (40.6) (24.5)	118 (25.2) (23.6)	468 (24.1)
- รับจ้างทั่วไป (รวมลูกจ้างโรงงาน ร้านค้า ตลาด)	152 (43.4) (22.7)	116 (33.1) (15.0)	82 (23.4) (16.4)	350 (18.0)
- ประกอบกิจการส่วนตัว	49 (34.8) (7.3)	55 (39.0) (7.1)	37 (26.2) (7.4)	141 (7.3)
- นักเรียน/นักศึกษา	177 (32.2) (26.4)	231 (42.1) (29.8)	141 (25.7) (28.3)	549 (28.3)
- อื่นๆ (หาบเร่/ แผงลอย /รถเข็น/ ลูกจ้างหน่วยงานราชการ)	14 (31.8) (2.1)	16 (36.4) (21.1)	14 (31.8) (2.8)	44 (2.3)
รวม	670 (34.5)	774 (39.8)	499 (25.7)	1943 (100)
รายได้				
- ไม่มีรายได้	119 (35.3) (17.7)	130 (38.6) (16.7)	88 (26.1) (17.6)	337 (17.3)
- รายได้ต่ำกว่า 3,500 บาทต่อเดือน	35 (32.4) (5.2)	51 (47.2) (6.6)	22 (20.4) (4.4)	108 (5.5)
- 3,500-6,500 บาทต่อเดือน	207 (36.1) (30.7)	215 (37.5) (27.7)	151 (26.4) (30.2)	573 (29.4)
- 6,501-10,000 บาทต่อเดือน	163 (33.4) (24.2)	199 (40.8) (25.6)	126 (25.8) (25.2)	488 (25.0)
- 10,001-20,000 บาทต่อเดือน	111 (33.5) (16.5)	145 (43.8) (18.7)	75 (22.7) (15.0)	331 (17.0)
- 20,000-30,000 บาทต่อเดือน	23 (33.3) (3.4)	24 (34.8) (3.1)	22 (31.9) (4.4)	69 (3.5)
- 30,000 บาทขึ้นไป	16 (35.6) (2.4)	13 (28.9) (1.7)	16 (35.6) (3.2)	45 (2.3)
รวม	674 (34.5)	777 (39.8)	500 (25.6)	1951 (100)

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ระบุว่าทราบว่าการปฏิรูปต่อความเข้าใจในกิจกรรมของการปฏิรูปจำแนกโดยลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร % of total N	P1	P2	P3	P4	P5	P6	total
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	N
เพศ							
- ชาย	370 (28.5)	186 (14.3)	152 (11.7)	241 (18.5)	327 (25.2)	81 (6.2)	526
- หญิง	565 (43.5)	262 (20.2)	213 (16.4)	360 (27.7)	481 (37.0)	96 (7.4)	774
รวม (100%)	935	448	365	601	808	177	1300
อายุ							
- ต่ำกว่า 20	192 (14.7)	77 (5.9)	63 (4.8)	119 (9.1)	156 (11.9)	31 (2.4)	257
- 21-30	470 (35.9)	225 (17.2)	193 (14.7)	305 (23.3)	424 (32.4)	86 (6.6)	636
- 31-40	178 (13.6)	89 (6.8)	68 (5.2)	113 (8.6)	148 (11.3)	37 (2.8)	263
- 41-50	74 (5.6)	42 (3.2)	28 (2.1)	49 (3.7)	66 (5.0)	15 (1.1)	112
- 51-60	21 (1.6)	16 (1.2)	12 (.9)	16 (1.2)	17 (1.3)	6 (.5)	36
- มากกว่า 60	4 (.3)	---	3 (.2)	2 (.2)	3 (.2)	3 (.2)	6
รวม (100%)	939	449	367	604	814	178	1310
ระดับการศึกษา							
- ประถมศึกษา	52 (4.0)	16 (1.2)	7 (.5)	21 (1.6)	37 (2.8)	6 (.5)	86
- มัธยมต้น	77 (5.9)	45 (3.4)	29 (2.2)	52 (4.0)	67 (5.1)	11 (.8)	117
- มัธยมปลาย	245 (18.7)	120 (9.2)	93 (7.1)	148 (11.3)	216 (16.5)	36 (2.8)	339
- อนุปริญญา/ปวช/ปวส	99 (7.6)	51 (3.9)	46 (12.6)	64 (4.9)	90 (6.9)	22 (1.7)	148
- ปริญญาตรี	449 (34.4)	206 (15.8)	176 (13.5)	302 (23.1)	383 (29.3)	93 (7.1)	589
- สูงกว่าปริญญาตรี	17 (1.3)	11 (.8)	14 (1.1)	16 (1.2)	20 (1.5)	8 (.6)	28
รวม (100%)	939	449	365	603	813	176	1307

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ระบุว่าทราบว่าการปฏิรูปต่อความเข้าใจในกิจกรรมของการปฏิรูปจำแนกโดยลักษณะประชากร (ต่อ)

ลักษณะประชากร	P1	P2	P3	P4	P5	P6	total
% of total N	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	N
อาชีพ							
- ไม่มีอาชีพ	24 (1.8)	13 (1.0)	9 (.7)	18 (1.4)	20 (1.5)	4 (.3)	35
- รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	190 (14.6)	98 (7.5)	75 (5.8)	118 (9.1)	149 (11.4)	31 (2.4)	245
- พนักงานเอกชน	226 (17.3)	88 (6.8)	84 (6.4)	149 (11.4)	207 (15.9)	47 (3.6)	316
- รับจ้างทั่วไป (รวมลูกจ้างโรงงาน ร้านค้า ตลาด)	128 (9.8)	73 (5.6)	52 (4.0)	72 (5.5)	103 (7.9)	22 (1.7)	208
- ประกอบกิจการส่วนตัว	63 (4.8)	42 (3.2)	28 (2.1)	46 (3.5)	58 (4.5)	17 (1.3)	94
- นักเรียน/นักศึกษา	285 (21.9)	125 (9.6)	108 (8.3)	187 (14.4)	253 (19.4)	52 (4.0)	375
- อื่นๆ (หาบเร่/ แผงลอย /รถเข็น/ ลูกจ้างหน่วยงานราชการ)	21 (1.6)	9 (.7)	8 (.6)	10 (.8)	20 (1.5)	4 (.3)	30
รวม (100%)	937	448	364	600	810	177	1303
รายได้							
- ไม่มีรายได้	166 (12.7)	70 (5.4)	71 (5.4)	103 (7.9)	141 (10.8)	33 (2.5)	224
- รายได้ต่ำกว่า 3,500 บาทต่อเดือน	60 (4.6)	27 (2.1)	21 (1.6)	36 (2.8)	50 (3.8)	9 (.7)	75
- 3,500-6,5000 บาทต่อเดือน	275 (21.0)	132 (10.1)	89 (6.8)	164 (12.5)	228 (17.4)	32 (2.4)	377
- 6,501-10,000 บาทต่อเดือน	233 (17.8)	115 (8.8)	89 (6.8)	151 (11.6)	205 (15.7)	49 (3.7)	331
- 10,001-20,000 บาทต่อเดือน	166 (12.7)	79 (6.0)	72 (5.5)	112 (8.6)	143 (10.9)	37 (2.8)	225
- 20,000-30,000 บาทต่อเดือน	26 (2.0)	14 (1.1)	15 (1.1)	26 (2.0)	28 (2.1)	11 (.8)	46
- 30,000 บาทขึ้นไป	14 (1.1)	13 (1.0)	10 (.8)	12 (.9)	18 (1.4)	7 (.5)	29
รวม (100 %)	940	450	367	604	813	178	1307

หมายเหตุ P1 = การรณรงค์ออกกำลังกาย, P2 = การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ,
P3 = การปรับโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุข, P4 = การรณรงค์การกินอาหารปลอดภัย,
P5 = การทำให้คนไทยได้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท),
P6 = การร่างและรณรงค์ให้มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ทราบว่าการประชุมสมัชชาสุขภาพ และประเภทของสมัชชาที่เคยเข้าร่วม

การรับรู้และการมีส่วนร่วมในสมัชชาสุขภาพ	จำนวน	%
1. ทราบว่าการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	254	12.8
2. ทราบว่ามีสมัชชาแต่ไม่ได้เข้าร่วมด้วย	217	10.9
3. ทราบว่ามีสมัชชาและเคยเข้าร่วมสมัชชา		
a. สมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่	16	.8
b. สมัชชาสุขภาพระดับชาติ	4	.2
c. สมัชชาสุขภาพทั้งระดับพื้นที่และระดับชาติ	5	.3

หมายเหตุ เมื่อให้ระบุปีพ.ศ. ที่เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพ พบว่า มีผู้ระบุว่า

- a. ได้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ในปีพ.ศ. 2534 (1คน) 2538(1 คน) 2540(1คน) 2543(1คน) 2544 (2 คน) 2545(2 คน) 2546(4 คน) 2547 (1 คน)
- b. ได้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพระดับชาติในปีพ.ศ. 2539 (1คน) 2545 (2คน) ไม่สามารถบอกพ.ศ. ได้จำนวน 1 คน
- c. ไม่มีผู้ใดระบุพ.ศ.ที่เข้าร่วมสมัชชาทั้งสองระดับได้

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยและร้อยละของความคิดเห็นต่อสมัชชาสุขภาพ (ตามที่ได้ตอบเข้าใจ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง %	เห็นด้วย % %	ไม่แน่ใจ %	ไม่เห็น ด้วย %	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง %	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ Std.
1. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น	14.7	63.5	20.8	0.7	0.3	3.92 .635
2. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้ที่นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้	13.8	62.3	21.3	0.6	0.2	3.91 .621
3. สมัชชาสุขภาพทำให้ผู้เข้าร่วมสมัชชามีสุขภาพดี	11.8	50.4	34.4	3.4	0.4	3.69 .734
4. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดพลังในการทำงานร่วมกันกับเครือข่าย	9.5	51.0	37.6	1.8	0.2	3.68 .675
5. สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	12.1	59.1	26.6	1.9	0.3	3.81 .671
6. สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีที่ทำให้เกิดการเรียกร้องสิทธิประโยชน์ที่นอกเหนือจากสุขภาพ *	8.3	35.4	46.7	9.6	0.6	2.58 .791
7. สมัชชาสุขภาพทำให้คนในชุมชนหันมาสนใจกับสุขภาพ	14.4	60.0	24.1	0.9	0.2	3.88 .645
8. สมัชชาสุขภาพทำให้รัฐบาลหันมาให้ความสำคัญกับชีวิตและสุขภาพของคนในสังคม	15.0	53.7	26.4	2.4	0.5	3.82 .729
9. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดภาระงานมากขึ้น *	3.5	17.2	53.4	23.9	2.0	3.04 .795
10. สมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนต้องเสียเวลามาร่วมกิจกรรม *	3.6	16.8	39.9	35.4	4.1	3.20 .890
11. สมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนต้องขาดรายได้ เพื่อมาร่วมกิจกรรม *	3.3	15.7	40.0	36.3	4.7	3.23 .886
12. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดพลังทางการเมืองในการปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ	7.9	49.7	42.7	8.6	1.1	3.45 .802

หมายเหตุ

ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

ตารางที่ 4.7 ปัจจัยเรื่องเพศกับความคิดเห็นต่อสมัชชา

(Compare Means of Gender and Attitude on Health Assembly)

ความคิดเห็นต่อสมัชชาสุขภาพ	ชาย $\bar{X}$ (Std.)	หญิง $\bar{X}$ (Std.)	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ (Std.)
1. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น	3.89 (.659)	3.94 (.616)	3.92 (.635)
2. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้ที่นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้	3.85 (.648)	3.95 (.598)	3.91 (.621)
3. สมัชชาสุขภาพทำให้ผู้เข้าร่วมสมัชชามีสุขภาพดี	3.68 (.743)	3.70 (.728)	3.69 (.734)
4. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดพลังในการทำงานร่วมกันกับเครือข่าย	3.67 (.676)	3.69 (.675)	3.68 (.675)
5. สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.81 (.675)	3.80 (.667)	3.81 (.671)
6. สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีที่ทำให้เกิดการเรียกร้องสิทธิประโยชน์ที่นอกเหนือจากสุขภาพ *	2.52 (.807)	2.62 (.771)	2.58 (.791)
7. สมัชชาสุขภาพทำให้คนในชุมชนหันมาสนใจกับสุขภาพ	3.84 (.662)	3.91 (.630)	3.88 (.645)
8. สมัชชาสุขภาพทำให้รัฐบาลหันมาให้ความสำคัญกับชีวิตและสุขภาพของคนในสังคม	3.78 (.734)	3.86 (.726)	3.82 (.729)
9. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดภาระงานมากขึ้น *	3.02 (.819)	3.06 (.774)	3.04 (.795)
10. สมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนต้องเสียเวลามาร่วมกิจกรรม *	3.11 (.897)	3.27 (.880)	3.20 (.890)
11. สมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนต้องขาดรายได้ เพื่อมาร่วมกิจกรรม *	3.16 (.911)	3.30 (.861)	3.23 (.886)
12. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดพลังทางการเมืองในการปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ	3.45 (.831)	3.45 (.777)	3.45 (.802)

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายังไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

ตารางที่ 4.8 ปัจจัยเรื่องอายุกับความคิดเห็นต่อสมัชชาสุขภาพ

(Compare Means of Age factor influencing Attitude toward Health Assembly)

ความคิดเห็นต่อสมัชชาสุขภาพ	>20 — χ Std.	21-30 — χ Std.	31-40 — χ Std.	41-50 — χ Std.	51-60 — χ Std.	<60 — χ Std.	รวม — χ Std.
1. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น	.390 .586	3.91 .632	3.93 .653	3.91 .703	4.05 .686	4.09 .302	3.92 .635
2. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้ที่นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้	3.92 .567	3.91 .631	3.91 6.18	3.87 .683	3.91 .662	4.00 .447	3.91 .621
3. สมัชชาสุขภาพทำให้ผู้เข้าร่วมสมัชชามีสุขภาพดี	3.76 .672	3.65 .735	3.75 .756	3.66 .767	3.72 .790	3.70 .823	3.69 .734
4. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดพลังในการทำงานร่วมกันกับเครือข่าย	3.72 .622	3.65 .676	3.72 .692	3.61 .713	3.79 .674	3.64 .924	3.68 .675
5. สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.86 .662	3.80 .676	3.81 .671	3.72 .662	3.83 .704	4.00 .447	3.81 .671
6. สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีที่ทำให้เกิดการเรียกร้องสิทธิประโยชน์ที่นอกเหนือจากสุขภาพ *	2.57 .778	2.58 .806	2.54 .788	2.63 .736	2.73 .820	2.45 .688	2.58 .791
7. สมัชชาสุขภาพทำให้คนในชุมชนหันมาสนใจกับสุขภาพ	3.94 .665	3.88 .638	3.86 .645	3.80 .622	3.72 .670	3.82 .603	3.88 .645
8. สมัชชาสุขภาพทำให้รัฐบาลหันมาให้ความสำคัญกับชีวิตและสุขภาพของคนในสังคม	3.88 .729	3.80 .729	3.83 .719	3.77 .766	3.86 .661	4.00 .667	3.82 .729
9. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดภาระงานมากขึ้น *	3.04 .830	3.06 .795	2.98 .779	3.10 .747	2.90 .831	2.82 .603	3.04 .795
10. สมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนต้องเสียเวลามาร่วมกิจกรรม *	3.22 .937	3.23 .895	3.12 .858	3.21 .803	3.09 .931	3.00 1.000	3.20 .890
11. สมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนต้องขาดรายได้ เพื่อมาร่วมกิจกรรม *	3.23 .908	3.26 .903	3.17 .852	3.25 .823	3.14 .862	3.00 .775	3.23 .886
12. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดพลังทางการเมืองในการปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ	3.56 .708	3.45 .838	3.40 .811	3.34 .782	3.33 .664	3.55 .820	3.45 .802

หมายเหตุ

ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

ตารางที่ 4.9 ปัจจัยเรื่องการศึกษากับความคิดเห็นต่อสมัชชาสุขภาพ

(Compare Means of Education factor influencing Attitude toward Health Assembly)

ความคิดเห็นต่อสมัชชาสุขภาพ	ประถม $\bar{X}$ Std.	ม.ต้น $\bar{X}$ Std.	ม.ปลาย $\bar{X}$ Std.	อนุปริญ $\bar{X}$ Std.	ป.ตรี $\bar{X}$ Std.	< ป.ตรี $\bar{X}$ Std.	รวม $\bar{X}$ Std.
1. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น	3.87 .670	4.03 .587	3.91 .641	3.87 .625	3.92 .633	3.85 .700	3.92 .635
2. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้ที่นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้	3.80 .658	3.91 .569	3.92 .617	3.89 .622	3.93 .618	3.93 .730	3.91 .621
3. สมัชชาสุขภาพทำให้ผู้เข้าร่วมสมัชชามีสุขภาพดี	3.73 .760	3.83 .685	3.71 .723	3.65 .712	3.66 .740	3.65 .834	3.69 .734
4. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดพลังในการทำงานร่วมกันกับเครือข่าย	3.56 .724	3.68 .647	3.67 .671	3.62 .689	3.71 .666	3.75 .707	3.68 .675
5. สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.65 .706	3.81 .637	3.81 .679	3.82 .661	3.83 .666	3.87 .695	3.81 .671
6. สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีที่ทำให้เกิดการเรียกร้องสิทธิประโยชน์ที่นอกเหนือจากสุขภาพ *	2.67 .772	2.58 .855	2.57 .763	2.56 .775	2.59 .800	2.36 .707	2.58 .791
7. สมัชชาสุขภาพทำให้คนในชุมชนหันมาสนใจกับสุขภาพ	3.76 .676	3.95 .665	3.86 .636	3.89 .623	3.89 .645	3.85 .622	3.88 .645
8. สมัชชาสุขภาพทำให้รัฐบาลหันมาให้ความสำคัญกับชีวิตและสุขภาพของคนในสังคม	3.78 .697	3.87 .731	3.81 .728	3.79 .799	3.83 .720	3.80 .687	3.82 .729
9. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดภาระงานมากขึ้น *	2.99 .790	3.03 .897	2.97 .774	3.09 .772	3.08 .789	3.00 .751	3.04 .795
10. สมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนต้องเสียเวลามาร่วมกิจกรรม *	3.10 .887	3.13 1.005	3.17 .903	3.21 .834	3.24 .872	3.31 .800	3.20 .890
11. สมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนต้องขาดรายได้ เพื่อมาร่วมกิจกรรม *	3.13 .865	3.15 .997	3.20 .884	3.20 .884	3.13 .859	3.31 .864	3.23 .886
12. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดพลังทางการเมืองในการปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ	3.29 .810	3.38 .843	3.44 .810	3.47 .732	3.49 .795	3.56 .788	3.45 .802

หมายเหตุ

ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

ตารางที่ 4.10 ปัจจัยเรื่องอาชีพกับความคิดเห็นต่อสมัชชาสุขภาพ

(Compare Means of Occupation Factor influencing Attitude toward Health Assembly)

ความคิดเห็นต่อสมัชชาสุขภาพ	0 — χ Std.	1 — χ Std.	2 — χ Std.	3 — χ Std.	4 — χ Std.	5 — χ Std.	6 — χ Std.
1. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น	4.12 .600	3.98 .610	3.91 .603	3.87 .690	3.99 .673	3.87 .632	3.95 .582
2. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้ที่นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้	4.14 .581	3.95 .611	3.87 .590	3.83 .662	3.98 .662	3.92 .624	3.95 .492
3. สมัชชาสุขภาพทำให้ผู้เข้าร่วมสมัชชามีสุขภาพดี	3.95 .766	3.75 .737	3.65 .722	3.66 .759	3.71 .807	3.68 .702	3.64 .727
4. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดพลังในการทำงานร่วมกันกับเครือข่าย	3.85 .705	3.69 .667	3.65 .653	3.64 .678	3.67 .744	3.72 .666	3.62 .795
5. สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.86 .667	3.82 .653	3.78 .659	3.78 .670	3.77 .748	3.86 .663	3.80 .715
6. สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีที่ทำให้เกิดการเรียกร้องสิทธิประโยชน์ที่นอกเหนือจากสุขภาพ *	2.63 .702	2.59 .784	2.59 .784	2.60 .818	2.59 .760	2.53 .802	2.57 .737
7. สมัชชาสุขภาพทำให้คนในชุมชนหันมาสนใจกับสุขภาพ	3.93 .728	3.90 .631	3.84 .630	3.83 .648	3.91 .658	3.92 .658	3.88 .600
8. สมัชชาสุขภาพทำให้รัฐบาลหันมาให้ความสำคัญกับชีวิตและสุขภาพของคนในสังคม	3.95 .718	3.81 .719	3.78 .721	3.77 .723	3.86 .736	3.88 .736	3.79 .750
9. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดภาระงานมากขึ้น *	3.16 .727	3.08 .780	3.05 .801	3.03 .745	2.86 .827	3.05 .816	2.83 .908
10. สมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนต้องเสียเวลามาร่วมกิจกรรม *	3.29 .909	3.23 .850	3.17 .904	3.18 .898	3.09 .892	3.24 .898	3.12 .861
11. สมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนต้องขาดรายได้ เพื่อมาร่วมกิจกรรม *	3.21 .948	3.26 .849	3.24 .892	3.18 .863	3.24 .864	3.25 .914	3.17 .961
12. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดพลังทางการเมืองในการปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ	3.35 .767	3.41 .800	3.44 .807	3.39 .804	3.42 .849	3.54 .778	3.36 .906

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

หมายเหตุ 0 = ไม่มีอาชีพ, 1 = รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ, 2 = พนักงานเอกชน, 3 = รับจ้างทั่วไป (รวมลูกจ้างโรงงาน ร้านค้า ตลาด), 4 = ประกอบกิจการส่วนตัว, 5 = นักเรียน/นักศึกษา, 6 = อื่นๆ (หาบเร่/ แผงลอย /รถเข็น/ ลูกจ้างหน่วยงานราชการ)

ตารางที่ 4.11 ปัจจัยเรื่องรายได้กับความคิดเห็นต่อสมัชชาสุขภาพ

(Compare Means of Income Factor influencing Attitude toward Health Assembly)

ความคิดเห็นต่อสมัชชาสุขภาพ	0 $\bar{X}$ Std.	1 $\bar{X}$ Std.	2 $\bar{X}$ Std.	3 $\bar{X}$ Std.	4 $\bar{X}$ Std.	5 $\bar{X}$ Std.	6 $\bar{X}$ Std.
1. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น	3.90 .658	3.89 .643	3.89 .592	3.96 .615	3.94 .651	3.81 .753	3.93 .837
2. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้ที่นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้	3.97 .644	3.87 .595	3.87 .610	3.94 .618	3.92 .605	3.74 .634	3.93 .720
3. สมัชชาสุขภาพทำให้ผู้เข้าร่วมสมัชชามีสุขภาพดี	3.73 .738	3.63 .678	3.70 .732	3.75 .697	3.63 .774	3.55 .796	3.67 .798
4. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดพลังในการทำงานร่วมกันกับเครือข่าย	3.75 .678	3.62 .704	3.63 .671	3.73 .644	3.65 .701	3.59 .649	3.69 .763
5. สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.84 .691	3.78 .646	3.80 .670	3.80 .693	3.80 .617	3.87 .640	3.86 .795
6. สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีที่ทำให้เกิดการเรียกร้องสิทธิประโยชน์ที่นอกเหนือจากสุขภาพ *	2.57 .826	2.60 .760	2.58 .785	2.60 .809	2.56 .763	2.51 .723	2.58 .783
7. สมัชชาสุขภาพทำให้คนในชุมชนหันมาสนใจกับสุขภาพ	3.93 .707	3.86 .648	3.85 .628	3.91 .627	3.86 .628	3.84 .678	3.82 .657
8. สมัชชาสุขภาพทำให้รัฐบาลหันมาให้ความสำคัญกับชีวิตและสุขภาพของคนในสังคม	3.91 .746	3.72 .731	3.80 .720	3.83 .699	3.82 .753	3.70 .792	3.80 .726
9. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดภาระงานมากขึ้น *	3.04 .817	2.96 .808	3.03 .776	3.02 .816	3.08 .767	3.14 .791	2.98 .839
10. สมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนต้องเสียเวลามาร่วมกิจกรรม *	3.28 .897	3.06 .936	3.20 .903	3.19 .903	3.16 .831	3.24 .848	3.14 .930
11. สมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนต้องขาดรายได้ เพื่อมาร่วมกิจกรรม *	3.28 .925	3.05 .890	3.22 .879	3.26 .877	3.25 .880	3.26 .857	3.18 .860
12. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดพลังทางการเมืองในการปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ	3.52 .812	3.47 .823	3.45 .765	3.41 .837	3.42 .782	3.56 .856	3.33 .769

หมายเหตุ ในข้อที่มีเครื่องหมาย * หากคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งไม่เห็นด้วยกับข้อนั้น

หมายเหตุ 0 = ไม่มีรายได้, 1 = รายได้ต่ำกว่า 3,500 บาทต่อเดือน, 2 = 3,500-6,500 บาทต่อเดือน, 3 = 6,501-10,000 บาทต่อเดือน, 4 = 10,001-20,000 บาทต่อเดือน, 5 = 20,000-30,000 บาทต่อเดือน, 6 = 30,000 บาทขึ้นไป

ตารางที่ 4.12 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางประชากรกับความคิดเห็นต่อสมัชชา

(Correlation between socio-demographic characteristic and Attitude toward Health Assembly)

ความคิดเห็นต่อสมัชชาสุขภาพ	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้
1. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น	.042 .065	.032 .160	-.011 .613	-.037 .099	.016 .492
2. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดความรู้ที่นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้	.079* .001	-.011 .631	.037 .105	.015 .519	-.027 .230
3. สมัชชาสุขภาพทำให้ผู้เข้าร่วมสมัชชามีสุขภาพดี	.016 .494	-.007 .764	-.057* .012	-.013 .582	-.031 .166
4. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดพลังในการทำงานร่วมกันกับเครือข่าย	.018 .432	-.005 .832	.050* .026	.024 .285	-.026 .259
5. สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	-.007 .762	-.030 .184	.053* .020	.038 .096	-.004 .857
6. สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีที่ทำให้เกิดการเรียกร้องสิทธิประโยชน์ที่นอกเหนือจากสุขภาพ	.061* .008	.018 .438	-.024 .293	-.032 .153	-.004 .854
7. สมัชชาสุขภาพทำให้คนในชุมชนหันมาสนใจกับสุขภาพ	.051* .025	-.069* .002	.029 .199	.035 .128	-.026 .256
8. สมัชชาสุขภาพทำให้รัฐบาลหันมาให้ความสำคัญกับชีวิตและสุขภาพของคนในสังคม	.053* .019	-.017 .451	.008 .709	.042 .064	-.035 .126
9. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดภาระงานมากขึ้น	.026 .253	-.020 .380	.044 .054	-.019 .398	.014 .543
10. สมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนต้องเสียเวลามาร่วมกิจกรรม	.085* .000	-.035 .119	.056* .013	.016 .490	-.028 .218
11. สมัชชาสุขภาพทำให้ชุมชนต้องขาดรายได้ เพื่อมาร่วมกิจกรรม	.078* .001	-.024 .283	.078* .001	.007 .759	.003 .880
12. สมัชชาสุขภาพทำให้เกิดพลังทางการเมืองในการปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ	-.002 .916	-.074* .001	.073* .001	.056* .013	-.039 .086

หมายเหตุ ใช้สถิติ บรรทัด 1 = Pearson Correlation

บรรทัด 2 = Sig (2-tailed)

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาวะ

ตารางที่ 5.1 ประเภทของการมีส่วนร่วมในการรณรงค์สุขภาพ

ท่านเคยเข้าร่วมในการรณรงค์สุขภาพในเรื่องใดต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	จำนวน	%
1. รวมพลคนสร้างสุข	208	10.5
2. รวมพลคนเสื้อเหลือง	458	23.0
3. เดิน-วิ่งมาราธอน	524	26.4
4. เดินเฉลิมพระเกียรติ	557	28.0
5. ตลาดนัดสุขภาพ	256	12.9
6. อื่นๆ ระบุ (กิจกรรมที่เกี่ยวกับการต่อต้านยาเสพติด)	10	0.5
รวมผู้ที่มีส่วนร่วม	1441	72.5

ตารางที่ 5.2 การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ท่านเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	จำนวน	%
1. เป็นสมาชิกชมรมแอโรบิค	460	23.1
2. เป็นสมาชิกฟิตเนส / สป้า	169	8.5
3. เป็นสมาชิกชมรมแพทย์แผนไทย / สมุนไพร	56	2.8
4. เป็นสมาชิกผู้รับการนวดแผนไทย	65	3.3
5. เป็นสมาชิกกลุ่ม / องค์กร ทางศาสนา	71	3.6
6. เป็นสมาชิกกลุ่มดูแลสุขภาพ เช่น ไทเก๊ก รำกระบอง ธรรมชาติบำบัด โยคะ ฯ	55	2.8
7. เป็นสมาชิกเครือข่าย “ชมรมคนรักสุขภาพ”	88	4.4
8. เป็นสมาชิกเครือข่าย “โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ”	72	3.6
9. เป็นสมาชิก “สมัชชาสุขภาพ”	27	1.4
10. เป็นคณะกรรมการ / คณะทำงาน การปฏิรูประบบสุขภาพ	19	1.0
11. เป็นสมาชิกชมรมวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข	30	1.5
12. อื่นๆ ระบุ (คุ้มครองผู้บริโภค)	1	.1
13. ไม่เป็นสมาชิกของกลุ่ม / องค์กร / เครือข่าย ใดๆ	1133	57.0

ตารางที่ 5.3 ความคิดเห็นต่อกิจกรรมของ “การปฏิรูประบบสุขภาพ” ที่ควรจะเป็น

ท่านคิดว่ากิจกรรมของ“การปฏิรูประบบสุขภาพ”ควรเป็นไปในรูปแบบใด	จำนวน	%
1. เป็นกิจกรรมทางด้านสุขภาพที่ร่วมกันภายในชุมชน	1174	59.1
2. เป็นการประชุมทางวิชาการ เพื่อให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	693	34.9
3. เป็นการเผยแพร่ความรู้ / ประสิทธิภาพของผู้ที่ประสบความสำเร็จ ในการเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	843	42.4
4. เป็นการระดมพลังเพื่อการออกกฎ/ กติกา/ ระเบียบสังคม/ หรือกฎหมายด้านสุขภาพ	230	11.6
5. เป็นเวทีสร้างความตระหนักต่อสาธารณชน ในการสร้างสุขภาพ	476	23.9
6. จัดกิจกรรมรณรงค์ที่เป็นตัวอย่าง อย่างเป็นรูปธรรมของการสร้างสุขภาพ	603	30.3
7. เป็นเวทีระดมสมอง	214	10.8
8. ทำอะไรก็ได้ให้ประชาชนสุขภาพดีขึ้น	985	49.5
9. อื่นๆ ระบุ		
a. อยู่ภายใต้กฎหมายโดยไม่เดือดร้อนต่อสังคมส่วนใหญ่	1	.1
b. สร้างลานกีฬาให้แหล่งชุมชน	2	.1
c. จัดกิจกรรมปฏิบัติธรรม	1	.1

บทที่ 6

บทสรุปและวิเคราะห์กลไกสุขภาพภาคประชาชน

กลไกสุขภาพภาคประชาชนที่ทำการศึกษ ในเวทีและนอกเวทีสมัชชาสุขภาพที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2546 นี้ สะท้อนภาพบางประการของ กระบวนทัศน์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่คาดหวังให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและสังคมมากขึ้น ฟังก์ชันการบริการจากภาครัฐน้อยลง ด้วยกระบวนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทั้งในเรื่องของวิถีคิด การให้คุณค่า และวิถีการปฏิบัติ ต้องผ่านกระบวนการสื่อสาร การจัดเวทีสมัชชา ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการถ่ายทอดแนวคิดสู่สาธารณะชน ให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การศึกษานี้จึงสะท้อนภาพส่วนหนึ่งที่เกิดจากเวทีสมัชชา บทบาทและระดับของการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิรูปแตกต่างกัน นอกจากนั้นผลจากการจัดการและสร้างกระบวนทัศน์ผ่านสื่อ และกระบวนการในเวทีและนอกเวทีสมัชชานั้น ควรจะนำไปสู่กลไกกำกับสุขภาพในภาคประชาชน ระดับพื้นที่ การศึกษาเครือข่ายและการก่อกำเนิดขของเครือข่ายที่อุดมตัวอย่างศึกษานี้จะเป็นภาพสะท้อนผลของการดำเนินการดังกล่าวได้บางส่วน

จากการศึกษายังพบว่า การรับรู้ของประชาชนที่เข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพในครั้งนี้มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดระหว่างผู้ที่เคยเข้าร่วมสมัชชาเมื่อปีที่ผ่านมากับผู้ที่มาร่วมเวทีคราวนี้เป็นครั้งแรก ซึ่งในคราวนี้ผู้ที่มาใหม่จะไม่ทราบว่เวทีสมัชชาดังกล่าวนี้เป็นไปเพื่อกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ หรือการผลักดันร่างพระราชบัญญัติ เนื่องจากประเด็นดังกล่าวไม่ได้ถูกนำมาแสดงให้เห็นอย่างเด่นชัด ผู้ที่เข้าร่วมเวทีโดยเฉพาะเวทีทางด้านการเกษตรมักเข้าใจกันว่าเป็นการเข้าร่วมเวทีเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเกษตร หรือเป็นการเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นที่ตนมีประสบการณ์ การเชื่อมโยงกับประเด็นเพื่อการปฏิรูปจึงอ่อนด้อยลงไป ยกเว้น เวทีที่เป็นเรื่องของนโยบายสาธารณะซึ่งมีการทำงานอย่างต่อเนื่องชัดเจน และมีประเด็นคมชัดมากขึ้น

อย่างไรก็ตามเวทีสมัชชายังเป็นเวทีที่เน้นการสร้างการรับรู้ ซึ่งไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าจะส่งผลในการเรียนรู้ภายหลังการเข้าร่วมเวที ถึงแม้จะมีความพยายามสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนนั้นยังคงอยู่ในแวดวงที่จำกัด เช่น มีการเยี่ยมชมกระบวนการทางการเกษตร การสาธิตการเกษตรปลอดสารพิษ ระหว่างจังหวัด การแลกเปลี่ยนในกลุ่มภาคีอื่นๆ หรือระหว่างภาคีนั้นยังไม่ปรากฏ ซึ่งเมื่อสัมภาษณ์คนในจังหวัดที่มีการจัดเวทีสมัชชา คนที่ไม่เข้าร่วมเวที จะไม่ทราบถึงเรื่องราวต่างๆ ที่เวทีสมัชชานำเสนอ การจัดเวทีสาธารณะดังกล่าวยังไม่สามารถเชื้อเชิญผู้คนที่อยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้กระทั่งคนที่

ทำงานในโรงแรม หรือ พนักงานที่อยู่ในบริเวณที่จัดงานยังไม่ทราบว่าเรื่องที่กำลังจัดประชุมพูดคุย นั้นเกี่ยวข้องกับชีวิตเขา หรือ เขาควรมีส่วนร่วมอย่างไร

เมื่อผู้สุมตัวอย่างเครือข่ายสุขภาพเพื่อให้ทราบว่าการจัดกระบวนการดังกล่าวทำให้เกิด เครือข่ายประชาคมอย่างไร หรือมีการขยายผลของการเคลื่อนไหวอย่างไร จากการศึกษพบว่า เครือข่ายสุขภาพที่มีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูปในภาคกลางที่ผ่านมานั้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม องค์การที่มีการก่อตั้งมานาน ก่อนที่จะมีการขับเคลื่อนการปฏิรูป การมีเวทีสมัชชาสุขภาพ เป็นเพียง อีกหนึ่งโอกาสที่สร้างพื้นที่สาธารณะให้กับเครือข่ายเหล่านี้ได้แสดงศักยภาพของตนแก่สังคม นำ สิ่งที่เคยปฏิบัติมาเผยแพร่และแลกเปลี่ยนกับกลุ่มอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะพอใจการได้เข้าร่วมเวทีใน ระดับหนึ่ง แต่ไม่อาจหวังว่าเวทีนี้จะเป็เวทีที่เขาจะใช้เพื่อการขับเคลื่อนประเด็นที่เขาห่วงใยอยู่ แต่ละกลุ่มองค์กรมีเป้าหมายของการดำเนินการต่างกัน การขยายเครือข่ายเฉพาะประเด็นของตน จึงไม่อาจขึ้นกับการขับเคลื่อนเพื่อสุขภาพอย่างเดียว สิ่งที่น่าสนใจคือบางกลุ่มอาจมองว่า สมัชชา สุขภาพและการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพเพียงเก็บเกี่ยวเอาสิ่งที่เขาทำอยู่แล้วไป เพิ่ม คุณค่าทางด้านสุขภาพผนวกเข้ามาเป็นอีกเรื่องหนึ่งกับการเคลื่อนไหวของเขา จากกลุ่มที่ศึกษา มี เพียงกลุ่มเดียวที่พบว่าเป็ผลมาจากการที่แกนนำชุมชนได้เข้าร่วมเวทีและสร้างชมรมในท้องถิ่น ขึ้นมาเพื่อดำเนินรอยตามสิ่งที่ได้รับรู้มาจากสมัชชาสุขภาพ แต่ยังไม่อาจมั่นใจในความยั่งยืนของ กลุ่มได้เนื่องจากยังต้องใช้ทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินการจากภายนอกชุมชน

จากการศึกษาเปรียบเทียบสังคมในจังหวัดอื่นๆ ในภาคกลาง กับกรุงเทพมหานครและ ปริมณฑล พบว่า ถึงแม้กรุงเทพมหานครจะเป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสาร ศูนย์กลางการดำเนินการ ปฏิรูประบบสุขภาพ และศูนย์รวมใหญ่ในการจัดสมัชชาสุขภาพ แต่คนในกรุงเทพมหานครกลับ เป็กลุ่มที่รับรู้และเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิรูปน้อยที่สุด แม้กระทั่งกลุ่มที่สนใจในด้านสุขภาพ เช่นกลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มผู้สูงอายุ จากแบบสอบถามยังพบว่า แทบไม่มีคนกรุงเทพตระหนัก หรือรับรู้เลยว่ามีสมัชชาสุขภาพเกิดขึ้นแล้วในประเทศไทย หรือไม่เคยแม้แต่จะได้ยินเกี่ยวกับ พระราชบัญญัติสุขภาพ สิ่งที่เขาคิดว่าเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ การรณรงค์จากภาครัฐ ทั้ง ในเรื่องของ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการสามสิบบาท เรื่องการออกกำลังกาย และเรื่อง การรณรงค์อาหารปลอดภัยของกระทรวงสาธารณสุข

กลไกสุขภาพภาคประชาชนในภาคกลางและกรุงเทพมหานคร จึงอยู่ขอบเขตที่จำกัด และไม่สามารถบอกถึงความยั่งยืนของกระบวนการได้ เนื่องจากการรับรู้และการมีส่วนร่วมในขบวนการ ขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพยังไม่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ในกลุ่มประชากรทั่วไป

6.1. มิติใหม่ในความคิดเรื่องสุขภาพ

กระบวนการที่สำคญหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพคือ การปรับความคิดเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ให้ครอบคลุมความเป็นมนุษย์ในทุกมิติทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา (หรือจิตวิญญาณ) สิ่งเหล่านี้ถูกถ่ายทอดในกระบวนการให้ความรู้ กระบวนการอภิปราย แสดงปาฐกถา หากแต่เรื่องนี้เป็นเรื่องที่เป็นนามธรรม ที่ไม่อาจวัดได้ว่า สิ่งที่ถูกแสดงเป็นคำพูดเป็นตัวหนังสือเหล่านั้น จะสามารถแสดงความรู้ทั้งหมดที่ต้องการสื่อ และเนื้อหาเหล่านั้นจะเป็นที่เข้าใจของคนทั่วไปได้จริง จากการสัมภาษณ์จะพบว่าคนที่สามารถตอบในประเด็นเหล่านี้มักจะตอบตามที่จำกันมาจากหนังสือ จากสิ่งที่ได้ยิน แต่ไม่อาจยกตัวอย่างได้ หรือเมื่อลองใช้มาตรวัดความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับตัวอย่างที่จะขยายมุมมองสุขภาพออกไปเป็นเรื่องอื่นๆ มากกว่า กาย หรือ จิตใจแล้วจะพบว่า คนส่วนใหญ่ยังรับรู้และเห็นว่า กาย ยังเป็นมิติที่สำคัญที่สุดของสุขภาพ มิติทางสังคม และ ปัญญาเป็นเรื่องที่รับรู้่น้อยที่สุด และที่สำคัญกว่านั้นคนที่คิดว่าเข้าใจในเรื่องนี้นั้นยังเล็งเห็นว่า เรื่องสังคม (รวมไปถึงการเมือง และเศรษฐกิจ) และปัญญา (หรือจิตวิญญาณ รวมไปถึงวัฒนธรรม ศาสนา จริยธรรม) นั้น เป็นเพียงปัจจัย (factors) ที่ทำให้สุขภาพกายดี แต่ยังไม่อาจเข้าถึงความคิดว่า สุขภาพสังคมที่ดีเป็นอย่างไร สุขภาพทางปัญญา/จิตวิญญาณ เป็นอย่างไร และสร้างได้อย่างไร

มิติสุขภาพในกระบวนการที่ใหม่ สะท้อนออกมาในเวทีสาธารณะในหลายรูปแบบ ทั้งในเรื่องการพูด แสดงนิทรรศการ สาธิต บรรยาย การละเล่นพื้นเมือง ประเพณี และพิธีกรรมต่างๆ ทั้งในระดับเวทีสมัชชาสุขภาพพื้นที่ ระดับจังหวัด และ สมัชชาแห่งชาติ ประสิทธิภาพที่ได้จากเวทีเหล่านี้พบว่า เวทีสมัชชาระดับพื้นที่ที่คนส่วนใหญ่มีวัฒนธรรมร่วมกัน จะมีผลต่อความคิดของผู้เข้าร่วมเวทีมากกว่าสมัชชาระดับชาติ เนื่องจากการแสดงออกทางวัฒนธรรมที่เข้าใจกันได้ถึงจิตวิญญาณของคนในท้องถิ่น คนต่างท้องถิ่นอาจมีความลึกซึ้งแตกต่างกันไป ทั้งนี้ ความเข้าใจ ความรู้สึกได้เหล่านี้ สำหรับคนส่วนใหญ่แล้วไม่สามารถแสดงเป็นคำพูด (articulate) ได้อย่างชัดเจน จึงไม่อาจเห็นความเข้าใจของผู้ร่วมเวทีต่อมิติอื่นๆ ทางสุขภาพ นอกเหนือจากเรื่องกาย

เมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกของคนในท้องถิ่นที่มีเครือข่าย จะพบว่าสมาชิกในหลายเครือข่ายจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับมิติอื่นๆ ของสุขภาพได้ระดับหนึ่ง โดยเฉพาะผู้ที่ปฏิบัติและเห็นจริงในสิ่งที่ตนทำ เช่นเครือข่ายเกษตรนาร่อง มูลนิธิข้าวขวัญ เครือข่ายลุ่มน้ำแม่กลอง เนื่องจากสามารถเชื่อมโยงแนวคิด และการปฏิบัติได้ระดับหนึ่ง แต่นั่นไม่อาจบอกได้ว่าสมาชิกที่ไม่ใช่แกนนำแล้วจะคิดหรือปฏิบัติได้ ความหลากหลายและแตกต่างกันของคนในภาคกลาง อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนในสังคมไม่อาจเข้าถึงสิ่งที่นำเสนอสู่สาธารณะได้อย่างเข้าใจ โดยเฉพาะคนที่อยู่ในเขตเมืองที่ไม่ได้ร่วมกระบวนการเรียนรู้แลกเปลี่ยน

6.2. ความหมายและคุณค่าที่ให้อต่อ พระราชบัญญัติสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า สำหรับปีนี้เวทีสมัชชาสุขภาพสำหรับภาคกลางและเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้นำเรื่องเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติสุขภาพมาเสนอในเวทีน้อยมาก โดยเฉพาะในเวทีระดับย่อยรายจังหวัด ที่เน้นเรื่องการเกษตรทางเลือก การเกษตรปลอดสาร ต่างๆ นั้น ไม่ค่อยมีประเด็นเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพ อย่างมากที่สุดที่นำมาเสนอ คือ การเล่าถึงภูมิหลังและความคืบหน้าเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติ อย่างไรก็ตามคนที่เข้าร่วมเวทีสมัชชาในปีนี้เป็นครั้งแรกจะไม่ทราบเรื่องเหล่านี้หรือเข้าใจเรื่องเหล่านี้ได้ ในหลายเวทีพบว่า การเชื่อมโยงให้เห็นคุณค่าของประเด็นย่อยที่นำเสนอต่อการมีพระราชบัญญัติสุขภาพนั้น ยังมีน้อยอยู่

ทั้งนี้ การเสนอเรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพขึ้นมาในเวทีสมัชชาครั้งแรกนั้น มีความประสงค์ที่จะใช้พระราชบัญญัติเป็นเครื่องมือในการรวมคนในสังคมให้มีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมดำเนินการ หรือ สร้างอุดมการณ์ในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน ระบบการดูแล ป้องกัน และ สร้างสุขภาพในหลายมิติ โดยให้ทุกภาคี ทุกส่วนของสังคมเข้ามาร่วมให้มากที่สุด ความพยายามนั้นเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่ไม่เคยมีมาก่อน หากแต่ในปีนี้ เนื้อหาแก่นสารของพระราชบัญญัติถูกนำมาถกเถียงน้อยลงมาก ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้เข้าร่วมเวทีไม่ทราบหรือไม่ชัดเจนว่าตนเข้าร่วมเวทีการเกษตร หรือ เวทีสุขภาพ หรือเป็นเพียงการประชุมเครือข่ายเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ทำให้เมื่อถามถึงความเข้าใจต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ หลายคนจึงไม่ทราบว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นเกี่ยวข้องหรือเป็นเรื่องของการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างไร

ในเวทีในเวทีสมัชชาระดับชาติ ประเด็นเรื่องการยื่นข้อเสนอถึงการปฏิรูประบบสุขภาพ มีชัดเจนกว่าในเวทีสมัชชาระดับย่อย ซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมเวทีหลายส่วนที่ตามติดสถานการณ์และเป็นแกนนำระดับจังหวัดระดับภาค ได้เสนอประเด็นเพื่อนำไปสู่นโยบายได้ อย่างไรก็ตาม การนำเสนอประเด็นเพื่อนำไปสู่บัญชานั้น หากแต่ยังขาดความชัดเจนว่าปัญหาใดควรจะมีการจัดการในระดับพื้นที่ ปัญหาใดควรจัดการในระดับชาติ ซึ่งทำให้การเสนอนั้นไม่ได้รับความมั่นใจจากผู้เข้าร่วมเวทีเท่าใดนัก จากการพูดคุยนอกเวทีและกับเครือข่ายพบว่าผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพไม่มั่นใจว่าสิ่งที่เขาเสนอไปนั้นจะได้รับการตอบรับจากหน่วยงานใด ทำให้ความคิดที่จะเข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพเพื่อผลักดันประเด็นปัญหาของท้องถิ่นมีน้อยลง เนื่องจากเห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมเวทีน้อยกว่าที่ควรเป็น ถึงแม้ยังมีความหวังว่าการจัดเวทีสมัชชาจะไม่บรรลุสู่เป้าหมายของการผลักดันให้เกิดกฎหมายสำคัญเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ

ประเด็นติดตามเรื่องกระบวนการรับรองและความคืบหน้าจากการดำเนินการของภาครัฐที่จะให้มี พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เริ่มส่อเค้าของความไม่แน่นอน ทั้งที่ พระราชบัญญัติฉบับนี้จะเป็นธรรมเนียมที่ทำให้คนส่วนใหญ่ได้รับประโยชน์จากกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแล ป้องกัน สร้างและส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ในระดับองค์กรหรือหน่วยงานภาครัฐจะพบว่า นักการ

สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ให้ความสนใจในกระบวนการดังกล่าวน้อยลง ซึ่งต่างจากในปีแรกที่จัดเวทีสมัชชาสุขภาพ ที่กลุ่มภาคีเหล่านี้มีส่วนแสดงความคิดเห็นและรับฟังกระบวนการต่างๆ มากกว่า

สำหรับคนในจังหวัดในเมืองของภาคกลางแล้ว การถามถึงการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่ไม่ทราบ แต่คิดว่า โครงการสามสิบบาทรักษาทุกโรค หรือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการปฏิรูปที่สำคัญของระบบสาธารณสุข ส่วนคนในเขตกรุงเทพมหานคร เห็นคุณค่าของการรณรงค์เรื่องการออกกำลังกายว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงแบบปฏิรูป คนส่วนใหญ่ที่ตอบคำถามในการสำรวจเพื่อการวิจัยครั้งนี้ ไม่ทราบถึงพระราชบัญญัติสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ หรือการปฏิรูประบบสุขภาพในลักษณะที่คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพและสำนักงานปฏิรูปทำอยู่เท่าที่ควร ทั้งนี้ไม่ว่าจะมีแหล่งข่าวให้เข้าถึงมากเท่าใด คนกรุงเทพฯ คงจะให้ความสนใจต่อกระบวนการเหล่านี้น้อยกว่าเรื่องที่เขาต้องห่วงใยในการดำเนินชีวิตประจำวัน คนส่วนใหญ่ยังคิดว่าเรื่องของการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของแพทย์และการสาธารณสุขมากกว่าเรื่องที่สังคมหรือบุคคลจะเข้าไปเกี่ยวข้อง หรือมีส่วนร่วมได้

6.3. การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสังคม

การจัดให้มีเวทีสาธารณะเพื่อการสร้างสุขภาพของคนในสวนรวม ผ่านกระบวนการต่างๆ ที่หลายภาคีมีส่วนร่วมในการจัดการ คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ มีเป้าหมายชัดเจนที่ต้องการให้คนในสังคมมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสังคม ไม่ว่าจะเป็นคนในภาครัฐ เอกชน ชุมชน เกษตรกร พนักงาน เจ้าหน้าที่ ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก โดยจะเห็นได้ว่า ตลอดเวลาที่ผ่านมา มีความพยายามขับเคลื่อนให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในลักษณะเป็นสมัชชาย่อย สมัชชาเฉพาะพื้นที่ เฉพาะประเด็น เฉพาะกลุ่มวิชาชีพ รวมถึงสมัชชาสำหรับเด็ก หากแต่ในปี พ.ศ. 2546 นี้ ลักษณะสมัชชาดังกล่าวจะอ่อนตัวลงกว่าในปีแรก การรวมตัวของคนระดับฐานรากของสังคมในบางกลุ่มแสดงให้เห็นความเข้มแข็งที่มีเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเกษตรกร และชุมชนที่รักท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายลุ่มน้ำ เครือข่ายเฉพาะท้องถิ่น ในขณะที่กลุ่มอื่นๆ กลับมีส่วนร่วมน้อยลง กว่าปีแรกที่มีการระดมพลังของคนหลายภาคี ในทุกระดับ จะเห็นว่าในปีนี้ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ระดับท้องถิ่น มีส่วนร่วมน้อยกว่าที่เป็นอยู่

ในการขับเคลื่อนเพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพของสังคม โดยรวมของภาคกลางแล้ว จะเห็นว่า มีการเกิดขึ้นของกลุ่ม ชมรม ชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพ เพื่อการสร้างสุขภาพเพิ่มขึ้นมากมาย ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งมาจากการรณรงค์ของภาครัฐ นำโดยกระทรวงสาธารณสุขให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งคนที่มาร่วมกระบวนการนั้นอาจไม่ทราบเรื่องราวเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพในสังคมตามอุดมการณ์ของขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพที่นำโดยการร่วมร่าง

พระราชบัญญัติสุขภาพ นอกจากนั้นยังมีหน่วยงานอื่นๆ ที่เข้ามาร่วมมรดงค์ในการสร้างสุขภาพในสังคม โดยเฉพาะสำนักงานกองทุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีทุนสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นและหน่วยงานต่างๆ จัดกิจกรรม เพื่อสุขภาพหรือเพื่อการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ภาคปฏิบัติของอุดมคติที่มีอยู่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินั้น แสดงออกโดยผ่านการขึ้นำจากภาครัฐและองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับสื่อในสังคมที่ขยายภาพลักษณ์ของคนที่มีสุขภาพดี ห่วงใยสุขภาพ ที่แพร่ภาพและสื่อต่างๆ ออกไปในสังคม รวมไปถึง ผู้บริโภคที่หันเข้ามาดูแลสุขภาพด้วยการบริโภคสินค้าเพื่อสุขภาพกันมากขึ้น โดยเฉพาะคนในเขตเมืองแทบทุกจังหวัด ทั้งนี้ทำให้ไม่อาจบอกได้ว่า สิ่งนี้ปรากฏนี้เป็นผลจากระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพด้วยกลไกสมัชชา หรือ กลไกอื่นๆ ที่คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปนำเสนอไว้ ในเวทีสาธารณะต่างๆ

ประการใดก็ตาม การมีสมัชชาสุขภาพยังถือว่าเป็นมิติใหม่ของการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ประสบการณ์ ที่ผสมผสานกันกับการทำงานเพื่อให้เกิดการผลักดันทางด้านนโยบายสาธารณะ และกระบวนการสมัชชานั้นยังเป็นกระบวนการที่ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการคิด จัด และร่วมปฏิบัติมากกว่า การจัดงานสาธารณะที่รัฐเป็นผู้จัด ทำให้เวทีนี้เป็นเวทีสำหรับประชาชน เป็นกลไกภาคประชาชน ที่ร่วมกับภาคีอื่นๆ อย่างชัดเจน หากภาคีอื่นๆ เข้ามารับรู้ เกี่ยวข้อง เป็นภาคีกันอย่างแท้จริงแล้ว เวทีสมัชชาเหล่านี้ก็น่าจะมีส่วนร่วมของคนในวงการอื่นๆ ทั้งรัฐ เอกชน นักการเมือง นักธุรกิจ นักวิชาการ วิชาชีพแพทย์ และพยาบาลมากกว่าที่ปรากฏอยู่ในเวทีที่ผ่านมา

สำหรับคนในกรุงเทพมหานคร การมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพะในสังคมเกิดขึ้นน้อยมาก หากจะเกิดขึ้นก็จะเป็นลักษณะส่วนบุคคลมากกว่า การรวมพลังเป็นกลุ่มทำงานร่วมกัน

6.4. ความต่อเนื่องของผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูป

ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยทั่วไปแล้วแบ่งเป็นคณะทำงาน และผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาทั่วไป ในคณะทำงานมีทั้งกลุ่มนักวิชาการ นักพัฒนาเอกชน องค์กรอิสระ ประชาชนเครือข่าย วิชาชีพแพทย์และพยาบาลบางส่วน และนักการเมืองระดับท้องถิ่น ส่วนผู้ที่เข้าร่วมเวทีนั้นเป็นประชาชนทั่วไปรวมกับกลุ่มอื่นๆ ที่กล่าวมาข้างต้น กับนักการเมืองระดับชาติ จากการสังเกตการณ์ พบว่า ในปีนี้ สัดส่วนของคณะทำงานจะเน้นหนักไปที่องค์กรภาคประชาชนระดับท้องถิ่นและนักพัฒนาเอกชน เป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่กลุ่มอื่นๆ นั้นมีส่วนร่วมน้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มนักวิชาการ วิชาชีพแพทย์และพยาบาล และนักการเมืองท้องถิ่น ซึ่งภาพดังกล่าวยังปรากฏในกลุ่มผู้เข้าร่วมเวทีสมัชชาในทุกเวทีอีกด้วย

จากองค์ประกอบที่เปลี่ยนไป ทำให้เห็นว่าความต่อเนื่อง (continuity) ในกระบวนการนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ต้องมีการรื้อฟื้นทบทวน ทั้ง วิธีคิด เป้าหมาย หลักการ และกระบวนการของ

การปฏิรูประบบสุขภาพ เพราะคนส่วนหนึ่งที่มาร่วมในแต่ละปีจะเป็นคนใหม่เสมอ ส่วนคนที่เคยมีส่วนร่วมหายไป ความไม่ต่อเนื่องของผู้เคยมีส่วนร่วม ในกระบวนการต่างๆ นี้ทำให้ต้องตั้งคำถามว่า เหตุใดคนบางกลุ่มถึงไม่มาร่วมในฐานะคณะทำงาน หรือ ในฐานะผู้ร่วมประชุม เขาเห็นคุณค่าเห็นความสำคัญ หรือมีความเชื่อมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงในครั้งนี้หรือไม่ หรือ เป็นเพียงเพราะมีการสื่อสารที่ไม่ทั่วถึง ในฐานะผู้เข้าร่วมกระบวนการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญนั้น กระบวนการดังกล่าวต้องอาศัยทั้ง พลังในเชิงปริมาณ และคุณภาพของคนที่เกี่ยวข้องที่มีการมีส่วนร่วม ที่มี commitment ร่วมกัน

การที่เวทีสมัชชาสุขภาพคงไว้ด้วยการทำงานของคนเพียงบางกลุ่ม ความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของที่จะดำเนินการร่วมกันย่อมมีต่างกันไปตามความใกล้ชิด คำนึงกับกลุ่มที่ได้รับบทบาทสำคัญ ประเด็นที่ถูกนำมาเสนอก็ย่อมเป็นไปตามแนวทางที่กลุ่มนั้นจัดวางไว้ การก้าวไปข้างหน้าจึงเป็นไปอย่างขาดความพร้อมเพียง ขาดการประสานร่วมมือจากทุกภาคีตามอุดมการณ์ที่เคยตั้งไว้ ซึ่งหัวใจของการปฏิรูปจะต้องมีภาคีจากทุกภาคส่วน ซึ่งนั่นหมายถึงต้องมีประเด็นที่สะท้อนความเปลี่ยนแปลงในทุกหน่วยหรือองค์ประกอบ ถึงแม้จะเป็นไปไม่ได้ในทุกเรื่องแต่ควรมีการกระจายประเด็นให้ครอบคลุมคนในหลายๆ ภูมิภาค

เมื่อเวทีมีเนื้อหาไม่ตรงกับสิ่งที่คนในส่วนอื่นๆ สนใจ คนเหล่านั้นย่อมไม่เห็นสมัชชาและการเข้าร่วมกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นว่าเป็นเรื่องของตนเอง commitment จากคนกลุ่มนั้นๆ ย่อมไม่เกิด หรือมีก็น้อยมาก บางกลุ่มอาจทำไปเพราะถูกขอร้องมา เกรงใจ แต่เริ่มมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันน้อยลง ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของเจ้าของในประเด็น ในการคิด ในการวางกระบวนการ ในการร่วมคิดและตัดสินใจ เป็นต้น เพราะฉะนั้นจะแยกความเป็นเจ้าของและ commitment ของคนที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมไม่ทำให้เกิดประสิทธิผล เพราะทั้งสองส่วนนี้เป็นปัจจัยสนับสนุนซึ่งกันและกัน ประกอบกับ ปัจจัยเสริมในเรื่องอื่นๆ เช่น การมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็น การจัดการ การวางแผน และติดตามผล

6.5. กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มคนหมู่มากเป็นเรื่องยากแก่การจัดการและการติดตามผลสำเร็จของการเรียนรู้นั้น นอกจากนั้น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับคนในหลายระดับ หลายภูมิภาค หลายเป้าหมาย นั้นยิ่งกระทำได้ยาก ในระดับชาวบ้าน พบว่า การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากของจริงในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเขาและเป็นเรื่องใกล้ตัว จะได้รับความสนใจและร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ระดับหนึ่ง แต่จะให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันในระดับใดนั้นยังไม่อาจบอกได้อย่างชัดเจน นอกจากในทางปฏิบัติที่มีกลุ่มเกษตรกรชาวนาที่แลกเปลี่ยนกันไปดู

วิธีปลูกไธนาสวนผสม การทำนาโดยไม่ใช้สารเคมีที่เป็นพิษต่อร่างกาย จากพื้นที่หนึ่งสู่อีกพื้นที่หนึ่ง แต่ในกลุ่มอื่นๆ นั้น การออกไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทางปฏิบัตินั้นไม่สามารถวัดได้

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวาระ/ประเด็น เป็นอีกกรณีหนึ่งที่ต้องผ่านกระบวนการที่ต่างกัน บางประเด็นอาจต้องอาศัยประสบการณ์มาแสดง แต่บางประเด็นต้องใช้วิธีการพูดคุย ถกแถลง อภิปรายให้เกิดความกระจ่าง ซึ่งฝ่ายที่รับจะต้องมีมโนทัศน์ (conceptualize) ตามไปด้วย หากคนที่เข้าร่วมกระบวนการไม่เข้าใจในประเด็นที่ตนถนัด หรือกระบวนการนั้นไม่ตรงกับสิ่งที่เขามีประสบการณ์ความรู้ หรือความสามารถที่จะเข้าใจได้ ในหลายองค์ประกอบเหล่านี้ กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก็จะมีประสิทธิภาพ ในการสร้างกระบวนการจึงต้องคิดถึงเป้าหมายว่าเราต้องการให้ใครแลกเปลี่ยนอะไรกับใคร ความถนัดและทักษะของเขาใกล้เคียงกันหรือไม่ กระบวนการเหล่านี้ย่อมยากแก่การจัดการให้ถูกต้องเหมาะสมระหว่างคนและประเด็น

อีกด้านหนึ่งนั้นพบว่า กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เน้นเครือข่ายในชนบท ทำให้เห็นได้ว่าคนในเมืองส่วนใหญ่ไม่มีส่วนร่วมรับรู้ และไม่มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มอื่นๆ เท่าใด เนื่องจากทั้งประเด็นและประสบการณ์ที่นำเสนอไม่น่าสอดคล้องกับภาวะที่เขาเผชิญอยู่ หากมีเวทีสำหรับผู้บริโภคที่ได้รับการเอาเปรียบหรือได้รับการเลือกปฏิบัติจากการรับบริการในระบบสุขภาพ หรือ ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการใช้บริการสาธารณสุข บางส่วนคนเมืองอาจมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่นได้ แต่ที่ผ่านมามีปัญหาของคนเมืองยังเป็นประเด็นที่อ่อนสำหรับกระบวนการดังกล่าว

6.6. การสร้างวาทกรรมใหม่

ในโลกสุขภาพที่ผ่านมา จะพบว่ามีความพยายาม สร้างวาทกรรมเกี่ยวกับสุขภาพใหม่ะจากเวทีสมัชชาและสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนทางสังคม ขณะนี้ คำศัพท์ หรือ วลี ที่ถูกนำเสนอ เพื่อสร้างวาทกรรมใหม่ๆ นั้นได้แก่ “สร้างนำซ่อม” “ประชาคมสุขภาพ” “สุขภาพยั่งยืน” “สุขภาพองค์กรรวม” “รวมพล คนรักสุขภาพ” “ถักทอ ร้อยรัด เชื่อมประสาน โยงใย เครือข่าย” “ประสานเครือข่าย” “สมานฉันท์” คำและวลีเหล่านี้ต่างเป็นคำที่ถูกนำมาใช้ในเวทีสมัชชาสุขภาพ และสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ในปีแรกๆ นั้น คำเหล่านี้ ถูกนำมาใช้ได้อย่างประทับใจ/กินใจผู้ร่วมงานแต่ยังไม่เข้าใจความหมายหรือคุณค่าที่นำเสนอพร้อมกับคำต่างๆ ในขณะเดียวกัน จะเห็นได้ว่าในปีนี้ แกนนำชุมชน เครือข่ายที่เป็นผู้ร่วมจัดเวที ได้นำเอาคำเหล่านี้มาใช้ในเวทีทุกระดับ เพื่อสื่อสารกับคนทั่วไป สร้างให้เกิดความคุ้นเคย (familiarization) ของคำเหล่านี้ในเวทีประชาคมต่างๆ ผลของกระบวนการดังกล่าวทำให้เห็นภาพการก่อตัวของการสร้างวาทกรรมที่เกิดขึ้นจากกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนักการเมือง และภาครัฐนำเอาคำเหล่านี้ มาใช้ในเวทีอื่นๆ หรือการรณรงค์ของกระทรวง

สาธารณสุขเอง เช่น การสร้างน้ำซอม ซึ่งถูกนำไปใช้ในการเมืองที่มีลักษณะคล้ายๆ กัน คือ สี่ปี ซอม สี่ปีสร้าง รวมพลคนรักสุขภาพ ไปสู่การรวมพลคนเสื้อเหลือง (ออกกำลังกายแบบแอโรบิกกันทั่วประเทศ) เวทีประชาคม ก็ถูกนำไปใช้ในการรณรงค์เรื่องการมีส่วนร่วมในระดับต่างๆ คำว่า สมานฉันท์ ก็ได้รับเข้าไปผนวกในนโยบายสมานฉันท์เพื่อความสงบในภาคใต้ หรือ กลายเป็น คณะกรรมการสมานฉันท์ เป็นต้น แม้กระทั่งคำว่า เชื้ออาหาร ที่เป็นที่คั่งครุ่นในการพูดคุยในเวทีปฏิรูป กลายเป็นคำหนึ่งที่ติดตลาดการเมือง ไปพร้อมกัน เช่นนโยบายเชื้ออาหาร คำหรือวลี เหล่านี้กินใจ กลายเป็นวาทกรรมใหม่ในสังคม แต่ถูกนำไปใช้และตีความอย่างหลากหลายโดยกลุ่มคนที่ต่างกัน ซึ่งไม่ได้หมายความว่า จะมีแนวโน้มที่เชื่อหรือคิดไปในแนวเดียวกัน

ส่วนวาทกรรมของคำว่า “สมัชชา” ผู้ศึกษาเห็นว่า สมัชชาสุขภาพ ได้เปลี่ยนภาพลักษณ์ที่ คนเคยคิดยึดติดว่าเป็นเรื่องที่ต่อต้านภาครัฐ โดยเฉพาะ จากคำว่า สมัชชาคนจน มาเป็นภาพที่ หมายถึงการร่วมกันคิดร่วมกันทำของคนหลายกลุ่ม คล้ายๆ กับ general assembly ขององค์การสหประชาชาติ ความสำเร็จในระดับหนึ่งเห็นได้ชัดขึ้นในปีที่สองนี้ ในขณะที่ปีแรกสมัชชายังเป็นที่สงสัยต่อประชาชนทั่วไป ในปีที่สองคำว่าสมัชชาสุขภาพมีภาพไปในทางบวกมากขึ้น แต่ในทางกลับกัน คนมีส่วนร่วมในเวทีสมัชชามีความหลากหลายลดลง คนที่มาร่วมใหม่ในปีนี้อาจไม่เข้าใจใน มโนทัศน์ของคำนี้แต่อย่างใด ซึ่งเป็นที่น่าเสียดายที่ เวทีสมัชชาสุขภาพได้รับการตอบรับที่ดีในปีแรก แต่การสานต่อจากเวทีแรกมาเวทีของปีที่สองนี้พบว่ายังมีช่องว่างในการดึงคนเข้าร่วม กระบวนการ และโน้มเอียงไปทางให้มีทีมงานและผู้เข้าร่วม ที่ไม่ได้มาจากส่วนราชการ ภาครัฐ ภาคการเมือง เท่าที่ควร ในขณะที่เดียวกันภาครัฐเองก็มีวาทกรรมของกระบวนการประชุมที่เป็นที่ติดหูกว่า คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการหรือ ในคำใหม่สำหรับชาวบ้านทั่วไป คือ workshop ซึ่งมีความหมายต่างกันในลักษณะที่ทำให้คนสับสนได้เช่นกัน เพราะในเวทีสมัชชาสุขภาพบางส่วนมี ลักษณะคล้ายอภิปรายผสมผสานกับการทำ workshop กลุ่มย่อย และการสาธิตต่างๆ เป็นต้น

6.7. ภาพลักษณ์ของการเกิดเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

จากการศึกษาพบว่า การเกิดเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในภาคกลางนั้นมี ประวัติศาสตร์อันยาวนาน จากกระบวนการพัฒนาประเทศและผลกระทบของการพัฒนา พบว่า องค์การพัฒนาเอกชนในภาคกลางนั้นมีจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่แล้วองค์กรเหล่านี้ทำงานตั้งคำถาม กับสังคมและสร้างแกนนำในชุมชนเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะองค์การพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร เครือข่ายชาวนาและประชาชนในภาคเกษตรกรรมในภาคกลางมีความเข้มแข็ง ระดับหนึ่ง สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ผ่านมาทำให้เขาเกิดการรวมตัวเพื่อสร้างชุมชน เพื่อ การผลิตที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต ส่วนใหญ่จะผ่านวิกฤตในกระบวนการผลิตเพื่อการค้าที่ใช้ สารเคมีมาตลอด ในขณะที่การดำเนินชีวิตของเขา กลับลดคุณภาพลง การต่อสู้ของเครือข่าย

เหล่านี้เริ่มต้นมานานด้วยปัจจัยทางเศรษฐกิจ และภาวะสังคมที่เปลี่ยนไปจากผลกระทบของกระบวนการผลิตนั้น ภายหลังจึงมาเชื่อมโยงกระบวนการทำงานของเขาให้เข้ากับแนวคิดเรื่องการสร้างสุขภาพ ซึ่งสมาชิกในเครือข่ายตระหนักถึงเรื่องนี้ แต่ยังไม่มีความมั่นใจว่าสิ่งที่เขาทำสามารถขยายไปสู่สังคมภาพรวมได้ เนื่องจากสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจ และการเมืองนั้นรวดเร็วและขยายตัวมากกว่าที่ชุมชนท้องถิ่นจะรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง และมีสติที่จะตอบรับพลังทางสังคมในลักษณะของเครือข่ายเกษตรนาร่อง เกษตรปลอดสารนี้เป็นเครือข่ายที่สร้างกระแสความตระหนักถึงการสร้างสุขภาพที่น่าสนใจ อย่างใดก็ตามกระแสบริโภคนิยมยังครอบงำสังคมส่วนใหญ่อยู่ ถึงแม้จะมีคนห่วงใยสุขภาพมากขึ้น แต่ส่วนใหญ่ยังคิดว่า สิ่งดีๆ กับชีวิตนี้ได้มาด้วยการซื้อหาและการบริโภค

เครือข่ายที่เป็นกลไกขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงในสังคมส่วนใหญ่ที่สามารถขยายฐานสมาชิกเครือข่ายนั้นส่วนใหญ่พบว่า เป็นผลมาจาก การมีปัญหาร่วมกันและมีความคิดเห็นต่อการแก้ปัญหาไปในทางเดียวกัน เช่น เครือข่ายเกษตรนาร่อง เครือข่ายลุ่มน้ำ และชมรมจักรยานที่กลายมาเป็นชุมชนคนรักสุขภาพ บางเครือข่ายเกิดมานานกว่า 20 ปี ถึงแม้จะไม่ได้เริ่มต้นด้วยการสร้างสุขภาพ หรือเป็นกลไกเพื่อสุขภาพ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพและคณะทำงานนับว่ามีความเชี่ยวชาญในการเชื่อมประสานให้เครือข่ายเหล่านี้มาอยู่ในกระบวนการสร้างสุขภาพตามแนวทางหรือหลักการของการปฏิรูประบบสุขภาพได้อย่างดี **ซึ่งกระบวนการเชื่อมประสานเครือข่ายเหล่านี้** ผ่านกระบวนการคิดจากมุมมองที่ต้องการสร้างชุมชนในทางที่เป็นบวก (positive) ที่สร้างสุข ด้านหนึ่งทำให้เกิดการ เลือกที่จะ encompass เครือข่ายบางกลุ่มที่จะสร้าง positive network ในสังคม ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่ดี ซึ่งสะท้อนหลักการและแนวคิดต่อการสร้างสังคมอุดมคติ ที่ย้อนกลับสู่ธรรมชาติและสร้างความภาคภูมิใจในภูมิปัญญาชาวบ้าน ท้องถิ่น การเอื้ออาทร สมานฉันท์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เหล่านี้เป็นประเด็นที่สะท้อนและตอกย้ำแนวคิดของการปฏิรูปที่ดี อย่างไรก็ตามในอีกมุมมองหนึ่ง เครือข่ายอีกหลายเครือข่ายก็ไม่ได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงและบางเครือข่ายไม่ได้รับการให้คุณค่ากับสิ่งที่เขาทำอยู่ก่อน

เครือข่ายที่เกิดจากปัญหาของการบริการในระบบสุขภาพปัจจุบัน เช่นเครือข่ายผู้ป่วย เครือข่ายผู้บริโภค เครือข่ายผู้พิการ ชมรมแม่ไม่ขับ เครือข่ายผู้ป่วยโรคเอดส์ ชมรมแม่และเด็ก หรือ ผู้ปกครองเด็กพิเศษ เช่น ธารลชีเมียว ออทิสติก กลับไม่ได้อยู่ในกระบวนการขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพในปีนี่ยเลย ซึ่งเป็นจุดที่น่าทบทวน หากเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับปัญหาสามารถมองเห็นปัญหาจากระบบร่วมกัน ซึ่งรวมไปถึงกลุ่มหมอพื้นบ้าน เครือข่ายแพทย์ชนบท เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ หากมีกระบวนการพูดคุยอย่างเป็นกลาง อาจเสริม บริบทของสุขภาพ ในกระบวนการปฏิรูป ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าในเวทีสมัชชาระดับพื้นที่ในภาคกลาง จะไม่พบการพูดคุยในประเด็นการบริการสุขภาพ หรือกำลังคนในระบบสุขภาพ

ในบริบทใหม่ แต่ในเวทีสมัชชาสุขภาพระดับชาติจะมีเวทีในประเด็นเรื่องระบบบริการและกำลังคนอย่างชัดเจน ทำให้เครือข่ายที่เคยเข้าร่วมในเวทีระดับพื้นที่ไม่มีส่วนร่วมกับเวทีระดับชาติในเรื่องนี้ได้อย่างมีความหมาย (lack of meaningful participation from people organization)

เมื่อคำนึงถึงการปฏิรูปโดยใช้ชุมชนเป็นแกนนำ อาจจะต้องคำนึงถึงชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพร่วมกัน ให้มากขึ้น ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า มีชุมชนจำนวนมากที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อสุขภาพของคนทั้งชุมชน เช่นชุมชนที่แม่เมาะ จังหวัดลำปาง เหมืองแร่โปแตส ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับในภาคกลางในชุมชนที่ได้รับผลกระทบในระดับพื้นที่น่าจะมีในหลายจุด เช่น บ้านคลิตี้ จังหวัดกาญจนบุรี

ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมุมมองของคณะทำงาน และ criteria ในการเลือกเครือข่ายเข้าสู่กระบวนการปฏิรูปสุขภาพ บริบทของสุขภาพน่าจะเป็นประเด็นหนึ่ง ที่ทำให้คนเห็นปัญหาร่วมกัน ได้มีโอกาสมาพูดคุยในประเด็นนี้ร่วมกัน และเสนอแนวทางที่เกี่ยวข้องกับระบบและการบริการสุขภาพ ได้ชัดเจนขึ้น

6.8. ความหวังที่มีต่อการรวมพลังในสมัชชาสุขภาพ

จากการพูดคุยกับเครือข่ายต่างๆ นั้นพบว่า ความหวังที่มีต่อการรวมพลังในสมัชชาสุขภาพนั้น ยังไม่ชัดเจน เนื่องจากเขาเริ่มมีความไม่แน่ใจต่อเป้าหมายที่กระบวนการนี้ต้องการสร้าง หากจะให้เป็นไปเพื่อการให้มีกฎหมาย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ แล้ว กระบวนการในเวทีสมัชชาและประเด็นจะต้องเน้นย้ำไปที่เรื่องนี้อย่างชัดเจน แต่ในปีนี้นักเครือข่ายเริ่มเห็นความแตกต่างในประเด็นที่แต่ละกลุ่มสนใจ ซึ่งขาดจุดร่วมกัน ขาดธงชัยที่จะเปลี่ยนแปลง ร่วมกันยกเว้นกลุ่มที่ทำเรื่องเดียวกัน ดังนั้นจะเห็นความกระจ่ายของประเด็น

เครือข่ายที่เข้าร่วมกระบวนการบางกลุ่มเห็นว่า เวทีสมัชชาสุขภาพเป็นเพียงเวทีหนึ่งที่จะช่วยเสริม การเคลื่อนไหวในประเด็นที่เขาดำเนินการอยู่แล้ว ซึ่งเขาไม่อาจหวังได้มากกว่าเป้าหมายในเชิงนโยบายจะประสบความสำเร็จอย่างแท้จริง บางเครือข่ายคิดว่าเขาขับเคลื่อนในประเด็นของเขาเองโดยตรงกับกลุ่มการเมืองระดับท้องถิ่น จะชัดเจนและเห็นผลมากกว่า การผลักดันระดับชาติ โดยเฉพาะในบรรยากาศทางการเมืองปัจจุบัน ซึ่งพลังทางการเมืองในภาคประชาชนเริ่มอ่อนตัว หรือไม่อาจเคลื่อนการเมืองได้เนื่องจากกระบวนการทางการเมืองปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้น และเป็นกระบวนการขนาดใหญ่ ทั้งนี้ขึ้นกับมุมมองของเครือข่าย บางเรื่องเป็นเรื่องที่ต้องผลักดันระดับชาติ การขับเคลื่อนด้วยภาคประชาชนระดับท้องถิ่นนั้นอาจไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ การขับเคลื่อนภายในกระบวนการทางการเมือง ผ่านรัฐสภา ผ่านคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน หรือวุฒิสภาอาจมีความจำเป็นมากกว่า

6.9. ข้อสังเกตต่อการสร้างพลังขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพด้วยกลไกสมัชชาในภาคกลาง

เมื่อเทียบกับหลักการของการปฏิรูประบบสุขภาพ จะสังเกตได้ว่า การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในปีพ.ศ.2546 นี้ กระบวนการขับเคลื่อนด้วย สามประสาน คือพลังทางการเมือง ทางสังคม และ ความรู้ นั้น เป็นสามเหลี่ยมที่ไม่เท่ากัน โดยที่ครั้งนี้จะเน้นพลังภาคประชาชน ของสังคมส่วนหนึ่ง ในขณะที่การมีส่วนร่วมของภาคการเมืองและวิชาการนั้นยังมียู้อย่างจำกัด สามเหลี่ยมเขยื้อนฐานนั้นอาจเป็นสามเหลี่ยมที่ยังแข็งแกร่งในด้านเดียวอาจช่วยทำให้เกิดพลังผลักดันให้ภูเขานั้นเคลื่อนได้บางส่วน ในขณะที่บรรยากาศทางการเมืองปัจจุบันภาครัฐ มีทั้งพลังทางการเมืองและธุรกิจ ที่เข้มแข็ง เมื่อเอาพลังสังคมเพียงส่วนเดียว ก็ไม่อาจเป็นหลักประกันว่าข้อเสนอทางนโยบายจะได้รับการสนใจจากส่วนอื่นๆ และคงคาดหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ไม่มากนัก

การปฏิวัติเงียบนี้อาจจะเจียบจนทำให้คนส่วนใหญ่สามารถรับรู้ได้น้อยว่ามีกระบวนการเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และสามารถแสดงความคิดเห็นหรือมีส่วนร่วมกับการบวนการได้ไม่เต็มที่ โดยเฉพาะคนที่วิถีชีวิตแบบคนเมือง ทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและในต่างจังหวัด ในกรณีดังกล่าวพลังทางสังคมที่เกิดขึ้นจะผลักดันภาคประชาชนในบางส่วน บางภาคเท่านั้น

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า หากภาคีใดมีการทำงานอย่างต่อเนื่องมีเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในโครงการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปที่ทำงานเต็มเวลาเป็นผู้ประสานงานและผลักดันคนในภาคส่วนนั้น การทำงานของภาคีเหล่านั้นจะมีความคืบหน้ามากกว่ากลุ่มอื่นๆ เช่น ในกลุ่มนโยบายสาธารณะ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามี โครงการศึกษาผลกระทบจากนโยบายสาธารณะต่อสุขภาพ (HIA) ที่ผลักดันให้ภาคีเครือข่ายได้มีการเคลื่อนไหวผลักดันในประเด็นต่างทั้งในท้องถิ่นและเวทีพหุคูณย่อยๆ ตลอดทั้งปี ก่อนที่จะมีกระบวนการรวมตัวขนาดใหญ่ในเวทีสมัชชาชาติ คนที่มีส่วนร่วมเพียงบางส่วนจะมีความเข้าใจได้ไม่เท่ากับกลุ่มที่มีความก้าวหน้ามาโดยตลอด

กระบวนการนี้เป็นไปตามธรรมชาติของการเคลื่อนไหวในสังคม (social mobilization) กระบวนการขับเคลื่อนส่วนใหญ่สามารถรวมตัวได้ในระยะหนึ่งกับคนจำนวนมาก และหลังจากการเคลื่อนไหวใหญ่สงบลง พลังจะค่อยๆ อ่อนตัว เหลือเพียงแกนกลางบางส่วนที่เข้มแข็ง หากไม่มีการ rejuvenate กระบวนการ ให้มีคนมารวมพลังอีก แกนนั้นจะหายไป

แต่ทั้งนี้ กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพมีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ทำให้เกิด rejuvenation ของการเคลื่อนไหว อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง หากมีกระบวนการที่ effective พลังนั้นก็ขับเคลื่อนต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ในกระบวนการดังกล่าวก็คงต้องมีการสร้างศักยภาพ (capacity building) ของหมู่คนที่จะสามารถรวมพลังในทุกๆ ปีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดสปีริตของการทำงานร่วมกัน