

บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ
ของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

โดย

นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย
สาธารณสุขนิเทศก์ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ)
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 60
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2560 - 2561

บทคัดย่อ

เรื่อง บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

ผู้วิจัย นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย **หลักสูตร** วปอ. รุ่นที่ 60

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ด้วยวิธีวิจัยแบบเชิงปริมาณ (Quantitative Method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่ได้รับการแต่งตั้งปี 2559 ใน 8 อำเภอ ได้แก่ แก่งคอย มวกเหล็ก ดอนพุด จังหวัดสระบุรี, ท่าหลวง ลำสนธิ จังหวัดลพบุรี, ลำลูกกา เมือง จังหวัดปทุมธานี และอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2561 โดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติการวิเคราะห์ถดถอย และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติตามบทบาทของ พขอ. ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการ “ร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมประเมินผล” มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนด้าน “ร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ” และด้าน “ร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็ม” อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านกายและกายภาพ ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม อยู่ในระดับมาก ส่วนการลดความเหลื่อมล้ำและการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความคิด ปัญหา และวินัย อยู่ในระดับปานกลาง ผลของการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำสามารถทำนายผลได้ร้อยละ 28.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.01) ข้อค้นพบเชิงคุณภาพ พบว่า การขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของ พขอ. มีเพียง 1 พื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้อย่างชัดเจน พื้นที่ส่วนใหญ่อยู่ระหว่างการดำเนินงานให้มีความชัดเจน ทั้งนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจของคณะกรรมการทุกภาคส่วนในแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต ศักยภาพของทีมนำ ต้นทุนทางสังคม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของประชาชน และภาระงาน ส่วนของภาครัฐ ข้อเสนอ ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมให้ครบทุกขั้นตอน โดยเฉพาะการร่วมคิด ร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมเติมเต็ม และร่วมประเมินผล การขับเคลื่อนจากเลือกคนที่มีจิตอาสาสร้างความเข้าใจร่วมกัน มีกลไกทุกระดับ ค้นหาต้นทุนสังคม ใช้ข้อมูล ร่วมพัฒนา และติดตามต่อเนื่อง” ข้อเสนอเชิงนโยบาย ยกกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้อยู่ในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระตุ้น ส่งเสริม และสร้างความเข้าใจในการใช้หลักคิดแบบพอประมาณ เป็นเหตุเป็นผล ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในกระบวนการต่าง ๆ และสนับสนุนให้ พขอ. เป็นหน่วยที่จะบูรณาการนโยบายและทำความเข้าใจให้กับผู้เกี่ยวข้องให้ชัดเจนก่อนขยายต่อ

Abstract

Title : The influence of Role of District Health Board on quality of life development and reducing inequality of people in Health Region 4

Filed : Social Psychology

Name : Dr. Somyote Srijaranai

Course NDC Class 60

This research aimed to investigate the role of District Health Board (DHB) and the effect on quality of life development and reducing inequality of people in Health Region 4. The purposive sampling was done to include the samples who were the DHB in 8 Districts (Kaengkhoi, Don phut, Muak lek, Tha luang, Lam sonthi, Lam luk ka, Moungh Phathumthani, and Nonthaburi). The data collection employed by mixed methods; qualitative and quantitative methods during February and March 2018. The questionnaires were analyzed using descriptive statistics and regression analysis while qualitative data was used content analysis. The results revealed that the overall level of DHB role was in moderate level. When considering in each aspect, it was found that driving and evaluating participation were high average whereas encouraging and reinforcing operations or participation in problem definition, strategic plan, data collection and evaluation, and the replenishment of resources were in moderate level. The overall of quality of life development and reducing inequality of people were in high level. The physical aspect and psychosocial aspect were in high level. While cognitive and discipline aspect and reducing inequality were in moderate level. DHB role could predict on improving quality of life development and reducing inequality of people by 28.3 percent significantly (p -value 0.01). The qualitative analysis revealed that one district can operate clearly while rest of districts are being in phase of beginning operation of quality of life development of the people in the area by participation of the DHB.. However, there are limitations including a better understanding of the DHB in the development of quality of life, the potential of the lead team, social capital, information, participation of people, and workload of public sectors. The recommendations from this study including increasing participation of DHB particularly step of planning, data collection and evaluation. Choosing volunteered man, creating a common understanding, building mechanisms at all levels, using reliable information, finding social capital and continuous monitoring are needed in driving quality of life development of DHB. As well as at policy level should increase the significance of quality of life development to all sectors, promote and enhance the understanding of application the Sufficiency Economy Philosophy, and support DHB to integrate policies into practice.

Abstract

Title : The influence of Role of District Health Board on quality of life development and reducing inequality of people in Health Region 4

Filed : Social Psychology

Name : Dr. Somyote Srijaranai

Course NDC Class 60

This research aimed to investigate the role of District Health Board (DHB) and the effect on quality of life development and reducing inequality of people in Health Region 4. The purposive sampling was done to include the samples who were the DHB in 8 Districts (Kaengkhoi, Don phut, Muak lek, Tha luang, Lam sonthi, Lam luk ka, Moungh Phathumthani, and Nonthaburi). The data collection employed by mixed methods; qualitative and quantitative methods during February and March 2018. The questionnaires were analyzed using descriptive statistics and regression analysis while qualitative data was used content analysis. The results revealed that the overall level of DHB role was in moderate level. When considering in each aspect, it was found that driving and evaluating participation were high average whereas encouraging and reinforcing operations or participation in problem definition, strategic plan, data collection and evaluation, and the replenishment of resources were in moderate level. The overall of quality of life development and reducing inequality of people were in high level. The physical aspect and psychosocial aspect were in high level. While cognitive and discipline aspect and reducing inequality were in moderate level. DHB role could predict on improving quality of life development and reducing inequality of people by 28.3 percent significantly (p -value 0.01). The qualitative analysis revealed that one district can operate clearly while rest of districts are being in phase of beginning operation of quality of life development of the people in the area by participation of the DHB.. However, there are limitations including a better understanding of the DHB in the development of quality of life, the potential of the lead team, social capital, information, participation of people, and workload of public sectors. The recommendations from this study including increasing participation of DHB particularly step of planning, data collection and evaluation. Choosing volunteered man, creating a common understanding, building mechanisms at all levels, using reliable information, finding social capital and continuous monitoring are needed in driving quality of life development of DHB. As well as at policy level should increase the significance of quality of life development to all sectors, promote and enhance the understanding of application the Sufficiency Economy Philosophy, and support DHB to integrate policies into practice.

คำนำ

ประเทศไทยจะมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในประเทศไทยนี้เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญ หากแต่ว่าการที่จะทำให้คุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้นั้นเป็นภารกิจที่ต้องเกิดจากความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของทุกภาคส่วน ทุกองค์กร และที่สำคัญจากประชาชนทุกคน เพื่อการพัฒนาให้ไปถึงเป้าหมายที่ต้องการ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นหนึ่งกลไกที่เป็นการร่วมกันของภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน โดยมีบทบาทหน้าที่ที่จะต้องดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ ซึ่งการที่จะช่วยเติมเต็มส่งเสริมการดำเนินงานให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การได้ข้อมูลทางวิชาการที่เป็นงานวิจัยเป็นหนึ่งใน การสนับสนุนที่จำเป็น

ข้อมูลในรายงานนี้ เป็นข้อมูลที่ผ่านกระบวนการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่จะเป็นคำตอบสำหรับการสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อไป

(นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 60

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
คำนำ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	
สารบัญแผนภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	3
วิธีดำเนินการวิจัย	3
ข้อตกลงเบื้องต้น	5
ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย	5
คำจำกัดความ	6
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
นโยบาย แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ	9
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน	
ประชาชน เป็นศูนย์กลางตามแนวทาง “ประชารัฐ”	11
การมีส่วนร่วม (Participation)	19
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท (Role Concepts and Theory)	25
แนวคิดคุณภาพชีวิต (Quality of Life)	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	32
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	33
การวิเคราะห์ข้อมูล	35
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	36
การวิเคราะห์ข้อมูล	36

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	37
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	37
ปัจจัยเอื้อสู่ความสำเร็จ	60
ข้อจำกัด	62
ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	63
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	66
สรุป	66
อภิปรายผล	68
ข้อเสนอแนะ	70
บรรณานุกรม	72
ภาคผนวก	75
ผนวก ก เครื่องมือในการวิจัย	76
ประวัติย่อผู้วิจัย	83

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4-1	คุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 146)	38
4-2	ระดับการปฏิบัติตามบทบาทของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 (n = 146)	42
4-3	การพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน (n=146)	50
4-4	การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของบทบาทของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความ เหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4	53

สารบัญแผนภาพ

		หน้า
แผนภาพที่		
2-1	วงจรการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen และ Uphoff	22

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมุ่งสู่การพัฒนาความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ด้วยการมียุทธศาสตร์ชาติระยะยาว 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 เพื่อที่จะนำไปสู่การพัฒนาให้คนไทยมีความสุขและตอบสนองต่อการบรรลุซึ่งผลประโยชน์แห่งชาติ ในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างรายได้ระดับสูง เป็นประเทศพัฒนาแล้ว และสร้างความสุขของคนไทย สังคมมีความมั่นคง เสมอภาคและเป็นธรรม ประเทศสามารถแข่งขันได้ในระบบเศรษฐกิจนำพาประเทศมุ่งสู่การเป็น Thailand 4.0 โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ซึ่งการที่จะขับเคลื่อนให้บรรลุตามเป้าหมายดังกล่าวได้ การทำงานอย่างมีส่วนร่วมบูรณาการการทำงานร่วมกันด้วยการใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนตามแนวทางประชารัฐ ถือเป็นกลไกที่สำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม (ปรเมธี วิมลศิริ, 2559)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกที่ถูกคาดหวังว่าจะช่วยให้การขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์ของชาติได้อย่างแท้จริง โดยอาศัยภาวะการนำร่วม (Collective Leadership) ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการกำหนดความต้องการของพื้นที่แปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของพื้นที่อย่างใกล้ชิด จริงจังและต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ ของประชาชนในพื้นที่ตามแนวคิด “คนอำเภอเดียวกัน ไม่ทอดทิ้งกัน” และ “คนไทย ใส่ใจดูแลกัน” (Thailand Caring and Sharing Society) World Health Organization (1987) : Harare Declaration ได้ยืนยันว่าระบบสุขภาพอำเภอ มีองค์ประกอบต่างๆ ที่ส่งผลให้เกิดศักยภาพของการพึ่งพาตนเอง มีความแตกต่างไปจากระบบสุขภาพตำบลและระบบสุขภาพจังหวัด เพราะองค์ประกอบของระบบสุขภาพตำบลมีน้อยกว่า ในขณะที่องค์ประกอบต่างๆ ที่มีอยู่ภายในระบบสุขภาพจังหวัดมีความใกล้ชิดประชาชนน้อยกว่าระบบสุขภาพอำเภอ ดังนั้นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจึงเป็นระดับที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการเป็นตัวของตัวเอง พึ่งตนเองและพึ่งพาตนเอง ซึ่งการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้มีการลงนามความร่วมมือ (MOU : Memorandum of Understanding) ระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งได้ MOU กับพื้นที่ 73 พื้นที่ที่เริ่มการดำเนินการในปี 2559 และจะมีการขยายเป็น 200 พื้นที่ในปี 2560

บทเรียนจากการสังเคราะห์ประสบการณ์ของพื้นที่ที่ได้ดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ใน 15 พื้นที่ จาก 73 พื้นที่ พบว่า ประเด็นปัญหาที่มีการดำเนินการจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อ การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมการลดอุบัติเหตุ รวมไปถึงการดูแลให้มีอาหารปลอดภัย มีการสนับสนุนนโยบายที่มียุทธศาสตร์ และจากบทเรียนระบุว่า การดำเนินการของคณะกรรมการ ยังคงต้องได้รับการสนับสนุนและพัฒนาต่อไป (เอกสารประกอบการประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตสุขภาพที่ 8, 2560) สอดคล้องกับข้อค้นพบจากเยี่ยมนิเทศการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4 ก็พบว่า บางพื้นที่สามารถดำเนินการพัฒนางานในรูปแบบของการร่วมกับภาคีเครือข่ายได้อย่างเป็นรูปธรรม เกิดผลการดำเนินงานที่เป็นเชิงกระบวนการของการขับเคลื่อนที่ค่อนข้างดี ประชาชนได้รับผลงานจากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในขณะที่บางพื้นที่กำลังเริ่มต้นดำเนินการ ซึ่งทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับต้นทุนเดิมของแต่ละพื้นที่ประกอบกับการดำเนินงานที่เป็นไปตามแนวทางพระราชบัญญัติที่คณะกรรมการซึ่งถูกคัดเลือกและแต่งตั้งมาจากหลายภาคส่วนให้มาทำงานร่วมกัน จากที่มีบทบาทอื่น ๆ ทางสายงานหรือทางสังคมเมื่อได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ก็อาจจะต้องใช้เวลาที่จะปรับตัว และปฏิบัติตาม อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รวมทั้งผลที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนในพื้นที่จากการปฏิบัติตามบทบาทนี้ โดยเฉพาะในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งมีจังหวัดนำร่องดำเนินการด้วย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ว่าเป็นอย่างไรและผลของการดำเนินการตามบทบาทนั้นส่งผลให้พัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ ได้อย่างไร ซึ่งก็จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญที่จะสะท้อนการดำเนินการในพื้นที่จริง รวมไปถึงการได้ข้อเสนอที่อาจจะช่วยสนับสนุนให้การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติในบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อศึกษาระดับการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน ในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 4
3. เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติในบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 4
4. เพื่อเสนอแนวทางในการสนับสนุนการดำเนินงานตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มีหลักการ แนวคิด เป้าหมายตามร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ..... รวมทั้งบทเรียนที่ได้จากการสังเคราะห์ประสบการณ์ของพื้นที่ที่ได้ดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ในปีที่ผ่านมา โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. สสำรวจความเห็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยผ่านวิธีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาคำตอบระดับการปฏิบัติตามบทบาทตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน ผลของการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 4 และเพื่อที่จะทราบสถานการณ์การดำเนินการในพื้นที่ และให้ได้มาซึ่งข้อเสนอที่จะเป็นแนวทางในการสนับสนุนการดำเนินงานตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่

2. ประชากรที่จะศึกษา ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพ ที่มีชื่อในคำสั่งแต่งตั้งในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่นำร่องที่มีการ MOU การดำเนินการในปี 2559 ที่อยู่ในจังหวัด และในเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วยอำเภอและจังหวัด ดังนี้ 1. จังหวัดปทุมธานี อำเภอเมือง ลำลูกกา 2. จังหวัดนนทบุรี อำเภอเมือง 3. จังหวัดสระบุรี อำเภอแก่งคอย ดอนพุด และมวกเหล็ก และ 4. จังหวัดลพบุรี อำเภอท่าหลวง และลำสนธิ

3. ระยะเวลาของการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2560 ถึง มีนาคม 2561 ซึ่งยังเป็นช่วงที่ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ยังไม่ได้ประกาศเป็นราชกิจจานุเบกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้วิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) เพื่อที่จะให้ได้ข้อค้นพบที่จะสะท้อนปรากฏการณ์ทั้งเชิงกว้างและเชิงลึกในการที่จะนำไปสู่การได้ข้อเสนอแนวทางในการสนับสนุนการดำเนินงานตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งเป็น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ในพื้นที่เป้าหมาย ที่มีการทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชน เป็นศูนย์กลางตามแนวทางพระราชบัญญัติ 2559 ที่อยู่ในจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 เป็นประชากรทั้งหมด ประกอบด้วย 4 จังหวัด 8 อำเภอ ดังนี้

- 1.1.1 เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองนนทบุรี อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
- 1.1.2 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแก่งคอย ดอนพุด และมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี
- 1.1.3 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำสนธิ และท่าหลวง จังหวัดลพบุรี
- 1.1.4 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง และลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

1.2 ประชาชนในพื้นที่ดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเลือกมาแบบ เฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ดำเนินการ มาไม่น้อยกว่า 1 ปี เลือกจากพื้นที่ดำเนินการ ใน 4 จังหวัด ๆ ละ 1 อำเภอ ๆ ละ 5 ราย จะเป็นการสามารถ สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ เป็นผู้ที่ไม่มีความบกพร่องทางกาย จิตใจและสติปัญญา รวมทั้งมีความสมัคร ใจในการให้ข้อมูล

1.3 ผู้บริหารระดับจังหวัด ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือรองผู้ว่าราชการจังหวัด ที่ได้รับมอบหมาย จังหวัดละ 1 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือการวิจัยสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative) ได้แก่

- 2.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2.1.2 แบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- 2.1.3 แบบสอบถามระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการลดความเหลื่อมล้ำ

ให้กับประชาชนในพื้นที่ ที่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้นเอง ตามหลักการ แนวคิดว่าด้วยบทบาทของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผลของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ

2.2 เครื่องมือการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative) จะใช้แนวคำถามตามประเด็น ในวัตถุประสงค์การวิจัย ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ศึกษาชื่อยานามและจำนวนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตาม คำสั่งแต่งตั้ง ในปีที่ผ่านมาของพื้นที่ใน 4 จังหวัด 8 อำเภอ เพื่อวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 ประสานผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของแต่ละจังหวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากประชากรเป้าหมาย

3.3 ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลเข้าพบกลุ่มเป้าหมาย ชี้แจง วัตถุประสงค์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา เมื่อกลุ่มเป้าหมายเข้าใจ และยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ จึงทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และนัดหมายขอเข้าพบเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม

3.4 ผู้วิจัยขอรับแบบสอบถามกลับ และถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกและ สนทนากลุ่ม นำไปวิเคราะห์และประมวลผลต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติ ได้แก่

4.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับการปฏิบัติตามบทบาทและระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ

4.2 สถิติการวิเคราะห์ถดถอย (Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ผลของการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน

4.3 วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เน้นด้านความรู้สึคนึกคิด จิตใจ ตีความหมายเรียงเรียงเป็นร้อยแก้ว และสรุปประเด็นแยกเป็นหมวดหมู่

ข้อตกลงเบื้องต้น

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นบทบาทและผลที่คาดว่าจะได้รับ โดยอ้างอิงบทเรียนที่ได้จากการสังเคราะห์ประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้องที่ได้ผ่านการดำเนินงานภายใต้หลักการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ในพื้นที่นาร่อง 15 พื้นที่ จาก 73 พื้นที่ ปี 2559 รวมทั้งเอกสารชี้แจงแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากหน่วยงานระดับกระทรวง เป็นสำคัญ

ผู้ที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และอยู่ในพื้นที่ในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งถือว่าได้รับมอบหมายให้มีบทบาทหน้าที่ตามคำสั่งแต่งตั้งนั้นแล้วด้วย ดังนั้น การเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพกับกลุ่มเป้าหมายนี้จึงถือว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงที่จะสะท้อนปรากฏการณ์ได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบถึงสถานการณ์และระดับการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รวมทั้งผลจากการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้แก่ประชาชนในพื้นที่
2. ทราบถึงมุมมองและความคาดหวังของภาคส่วนต่าง ๆ และของประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้แก่ประชาชนในพื้นที่
3. ทราบปัญหา ข้อจำกัด และปัจจัยเอื้อสู่ความสำเร็จ และข้อเสนอแนะสำหรับนำมาปรับใช้ในการสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

คำจำกัดความ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ

หมายถึง

บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งและมอบหมายบทบาทหน้าที่ตามคำสั่ง ให้เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ที่ประกอบด้วย นายอำเภอ ผู้แทนจากส่วนราชการ ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านในอำเภอ ผู้แทนภาคเอกชน และผู้แทนภาคประชาชนที่อยู่ในแต่ละพื้นที่อำเภอ

บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตระดับอำเภอ

หมายถึง

ขับเคลื่อน

ระดับการปฏิบัติหรือมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในบทบาทในด้านการกระตุ้น-หนุนเสริม หรือการร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ ด้านการเติมส่วนขาดหรือร่วมรับผิดชอบร่วมเติมเต็ม และด้านการขับเคลื่อนการดำเนินงานและติดตามประเมินผล หรือร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมประเมินผล

1. การกระตุ้น หนุน เสริม เป็นการปฏิบัติหรือมีส่วนร่วมสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานในบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการได้มาซึ่งการกำหนด ปัญหา เป้าหมาย ทิศทางแผน ยุทธศาสตร์ แผนงาน และแผนงบประมาณในการรวมทั้งการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ รวมทั้งชุมชนให้เข้าร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน จึงเรียกด้านนี้ว่า “ร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ”
2. การเติมส่วนขาด เป็นการปฏิบัติหรือมีส่วนร่วมสนับสนุนส่งเสริมการบริหารจัดการทรัพยากรที่เหมาะสมทั้งจากที่ได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลางและแหล่งต่างๆ ในและนอกพื้นที่ รวมทั้งมีการสร้างพัฒนาและปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ และพัฒนาสุขภาวะจึงเรียกด้านนี้ว่า “ร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็ม”

		<p>3. การขับเคลื่อนการดำเนินงาน และติดตาม ประเมินผล เป็นการปฏิบัติหรือมีส่วนร่วม สนับสนุน ส่งเสริม เชื่อมโยงงานอย่างเป็นระบบด้วยการประสานสัมพันธ์ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งทีมแนวราบ/แนวตั้ง ให้มีการ เชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบ รวมถึง การร่วมติดตาม ประเมินผล และสะท้อนการ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในพื้นที่ อย่างต่อเนื่อง จึงเรียกด้านนี้ว่า “ร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมรับผลงาน”</p>
<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิต</p>	<p>หมายถึง</p>	<p>การเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านกาย และกายภาพ ด้านจิตใจ อารมณ์สังคม และด้านความคิด ปัญญา และวินัย ตามการรับรู้ของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในระยะเวลาตั้งแต่ ได้รับแต่งตั้ง จนถึงปัจจุบันที่เก็บข้อมูล แต่ละด้านเป็น ดังนี้ 1. พัฒนาด้านกายและกายภาพ หมายถึง การรับรู้ การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ได้รับการป้องกัน ควบคุมโรค ลดการบาดเจ็บ ลดอุบัติเหตุ ลดการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บ มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ และได้รับการช่วยเหลือให้ผ่านความ ทุกข์ยาก 2. พัฒนาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม หมายถึง การรับรู้ ถึงการเปลี่ยนแปลงที่ประชาชนมีความสุขทาง จิตใจมีครอบครัวอบอุ่น เป็นที่พึ่งยึดเหนี่ยวทางใจให้กัน เป็นคนที่มีคุณค่ามีประโยชน์ต่อชุมชน มีความรู้สึกเป็น เจ้าของชุมชน อยากมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนของ ตนเองให้ดีขึ้น รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ไม่ถูกทอดทิ้ง ไม่ถูกแบ่งแยก มีการยอมรับและยกย่องเมื่อทำความดี 3. พัฒนาด้านความคิด ปัญญา วินัย หมายถึง การรับรู้ ถึงการเปลี่ยนแปลงที่ประชาชน มีการเรียนรู้เพิ่มเติม เพิ่มทักษะความรอบรู้ให้ตนเอง ใช้ความคิดสร้างสรรค์ ประสพการณ์ต่างๆ ในการช่วยให้ตนเองดำเนินชีวิต ด้วยการพึ่งพาตนเอง พร้อมจะเอื้อเพื่อแบ่งปันต่อผู้อื่น มีความเคารพและปฏิบัติตามกฎกติกา ข้อบังคับ กฎเกณฑ์ของชุมชน สังคม เพื่อสนับสนุนให้ชุมชนอยู่ดี เป็นสุข</p>

การลดความเหลื่อมล้ำ	หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับประชาชนในพื้นที่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทั่วถึง ให้มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สามารถเข้าถึงการบริการของรัฐได้อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม เข้าถึงการบริการทางสุขภาพ ได้รับการดูแล ผ่านการจัดระบบบริการทางสุขภาพที่เหมาะสมกับปัญหาทุกกลุ่มวัย รวมทั้งได้รับการเอาใจใส่ดูแลกัน ไม่มีใครถูกทอดทิ้งไว้ข้างหลังตามการรับรู้ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4	หมายถึง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอในพื้นที่ที่ทำข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในปี 2559 ประกอบด้วย เครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองนนทบุรี อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอแก่งคอย ดอนพุด และมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำสนธิ และท่าหลวง จังหวัดลพบุรี และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง และลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี
เขตสุขภาพที่ 4	หมายถึง เครือข่ายบริการทางสุขภาพ ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี สระบุรี ลพบุรี ปทุมธานี อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี และนครนายก

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้ประชาชนในพื้นที่ ในเขตสุขภาพที่ 4 มีเอกสารและ รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. นโยบาย แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวทาง “ประชารัฐ”
3. การมีส่วนร่วม (Participation)
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท (Role Concepts and Theory)
5. แนวคิดคุณภาพชีวิต (Quality of Life)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นโยบาย แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ

นโยบายประเทศไทย 4.0 ได้นำพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ รัชกาลที่ 9 มาถอดรหัสเป็น 2 ยุทธศาสตร์สำคัญคือ 1. การสร้างความเข้มแข็งจากภายใน (Strength from Within) 2. การเชื่อมโยงกับประชาคมโลก (Connect to the World) หากการสร้างความเข้มแข็งจากภายในคือ Competitiveness การเชื่อมโยงกับโลกภายนอกก็คือ Connectivity ซึ่งทั้ง Competitiveness และ Connectivity ทั้งสองประการต้องดำเนินควบคู่กันในการ สร้างความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนให้กับสังคมไทย ด้วยการปรับทิศทางการพัฒนาที่ความสมดุล จำเป็นอย่างยิ่งในการ เน้นมี 2 มิติ อันประกอบด้วย 1. ความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ (Economic Wealth) 2. ความอยู่ดี มีสุขของผู้คนในสังคม (Social Well-beings) 3. การรักษาสีเขียวสิ่งแวดล้อม (Environmental Wellness) 4. การยกระดับศักยภาพและคุณค่าของมนุษย์ (Human Wisdom) รวมถึงแนวคิดการพัฒนาคนไทย ให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21 และการเตรียมคนไทย 4.0 สูโลกที่หนึ่ง ผ่าน 4 กระบวนการ เรียนรู้ดังกล่าว จะเป็นหัวใจสำคัญในการเปลี่ยนผ่านสังคมไทยไปสู่ “สังคมไทย 4.0” นั่นคือ สังคมที่มีความหวัง (Hope) สังคมที่เปี่ยมสุข (Happiness) และสังคมที่มีความสมานฉันท์ (Harmony) รากฐานการพัฒนา Thailand 4.0 จึงเริ่มต้นที่ “คนไทยทุกคน” ความสำคัญของการสร้างและพัฒนา กลไกในระดับพื้นที่ เพื่อพัฒนาให้เกิดกลไกขับเคลื่อนที่คนไทยส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง (Inclusive Growth Engine) โดยพัฒนากรอบในระดับพื้นที่ให้เข้มแข็ง เชื่อมโยงกับส่วนกลาง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดต่าง ๆ เป็นแพลตฟอร์มให้คนไทย ที่อยู่ทั่วประเทศได้ใช้ประโยชน์จากโครงสร้าง เสริมศักยภาพครอบครัวและชุมชน ในเรื่องการพัฒนา

สุขภาพ คุณภาพชีวิตชุมชน โดยประชาชนทุกคนทุกกลุ่มดูแลใส่ใจกันพึ่งพากันได้ จึงจะเกิดความเข้มแข็งมั่นคงในมิติสังคม

ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของทุกประเทศองค์การอนามัยโลกได้เสนอว่าระบบสุขภาพเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยไม่จำกัดเพียงระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ระบุว่าระบบสุขภาพจะต้องส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคมโดยการพัฒนาระบบสุขภาพต้องคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ที่มีความหลากหลายทั้งจากภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และอื่นๆ โดยจะต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งกับการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชนบนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมภิบาล ความรู้และปัญญา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยคนจากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพรวมทั้งต้องมุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

ในปัจจุบันระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลกประสบปัญหาท้าทายที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความหลากหลาย ทั้งโครงสร้างของประชากรที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนการเกิดปัจจัยภัยคุกคามสุขภาพของประชาชนจากภาวะโรคที่มีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น การเกิดโรคอุบัติใหม่ในพืชและสัตว์ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คนมีแนวโน้มซับซ้อน รุนแรง และควบคุมยากขึ้น การเคลื่อนย้ายของประชากร การเข้ามาทำงานของแรงงานต่างชาติ ทั้งการเกิดภัยธรรมชาติที่จะมีความรุนแรงและมีความถี่มากขึ้น ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ของคนกลุ่มต่าง ๆ ขณะเดียวกันโรคมะเร็งและอุบัติเหตุยังถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 2 อันดับแรกของคนไทย ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้มีแนวโน้มที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการใช้ชีวิตของประชาชน ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างมาก โดยยังขาดระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง ด้านการป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ขาดกลไกการมีส่วนร่วมและการบูรณาการในการบริหารจัดการ เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชากรในระดับพื้นที่และท้องถิ่น กฎหมายและข้อระเบียบบางประการยังไม่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดีในระดับชุมชน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเสริมศักยภาพและบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามสุขภาพ โดยชุมชนเอง อันเป็นหลักการที่สำคัญเพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนของการพัฒนา

ระบบสุขภาพชุมชนเป็นระบบการดูแลรักษาสุขภาพ มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกันและทับซ้อนกัน 3 ส่วนที่ไม่แยกขาดจากกันคือ 1. การดูแลตนเองของภาคประชาชน (Popular sector) 2. การแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) 3. การแพทย์ภาควิชาชีพ (Professional sector) อาทิ การแพทย์ตะวันตก ปรากฏการณ์ที่ยังเป็นความจริงทุกยุคสมัยคือ ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ประชาชนจัดการนั้น ไม่สามารถใช้วิธีการใดเพียงวิธีการเดียวได้ แม้แต่อาการที่พบทั่วไปเช่น ไข้ ซึ่งมีความรู้ในการเยียวยาได้หลายวิธีร่วมกัน นอกจากนั้น ในกระบวนการดูแลรักษาความเจ็บป่วยและแก้ไข ปัญหาสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขด้านบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ชุมชนและสังคม ในมิติต่างๆ อย่างมากด้วย เช่น แม้อาการท้องเสียและท้องผูกส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไม่มากนัก แต่อาจกระทบเศรษฐกิจได้ทุกระดับหากต้องสั่งซื้อยาแผนปัจจุบันจากนอกประเทศมาใช้

การสร้างระบบสุขภาพอำเภอให้เกิดการจัดการคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่มีความยั่งยืน ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมและภาวะการนำให้เกิดขึ้นจากทุกภาคส่วนหรือเครือข่ายการทำงานในพื้นที่เรื่องสุขภาพเกี่ยวโยงสังคมอย่างแยกขาดจากกันไม่ได้ ปัญหาสุขภาพจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อลดช่องว่าง การเชื่อมต่อของระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพในพื้นที่อำเภอ เป็นองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วนที่เข้ามาเสริมกัน ให้เกิดสุขภาพของอำเภอ

ดังนั้น ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งขึ้นกว่าเดิม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่สามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - พ.ศ.2564) ที่เสนอให้มีการมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) รวมถึงการส่งเสริมการให้ความสำคัญของมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies) เพื่อให้ทุกภาคส่วนตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้ “พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของรัฐ ประชาสังคม และเอกชนตามแนวทางประชารัฐ เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ นับเป็นจุดคานงัดที่สำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติโดยดำเนินการนำร่องผ่านพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 73 อำเภอ ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิรูปเพื่อเปลี่ยนฐานของระบบบริการจากโรงพยาบาลเป็นฐานสู่การมีพื้นที่เป็นฐาน และจากบริการภายในระบบที่มีโรคเป็นศูนย์กลางสู่บริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณลักษณะของ การมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง (ร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ...)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชน เป็นศูนย์กลางตามแนวทาง “ประชารัฐ”

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและตามสภาพของพื้นที่ ความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน

โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป ตามแนวคิด “คนไทย ใส่ใจดูแลกัน” มีเป้าหมายเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำ โดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เน้นหนักในผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชยะ สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การใช้ชีวิตแบบสังคมเมือง ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

เมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2560 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร ได้ให้สัมภาษณ์ว่า คณะรัฐมนตรี (ครม.) มีมติเห็นชอบร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. โดยในร่างระเบียบดังกล่าว กำหนดให้แต่ละอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วยผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชนและผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ โดยมีนายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสำนักงานเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่กำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และร่วมมือทุกฝ่ายดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ส่วนในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต ประกอบด้วยผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน มีผู้อำนวยการเขตเป็นประธานกรรมการ ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นสำนักงานเลขานุการ

ทั้งนี้ คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมอนามัย ปลัดกรุงเทพมหานคร เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกรรมการ โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่กำหนดนโยบาย และทิศทางการพัฒนา สนับสนุนและแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตอย่างเป็นทางการในราชกิจจานุเบกษา

ระบบบริการสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) โดยเน้นระบบบริการปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐานและมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง นำมาพิจารณาจัดกลุ่มเป็นวาระการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (ตามแผนภาพที่ 2-1) ได้ 3 วาระ ประกอบด้วย

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) เป็นจุดคานงัดสำคัญ (Main Lever) เปลี่ยน “ฐาน” ของ “ระบบ” และ “บริการ” โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ ภาวะการนำ และธรรมาภิบาล

2. ทีมผู้ให้บริการแนวตั้ง/แนวราบ (Matrix Team) เป็นการขับเคลื่อนหลัก (Key Driver) เปลี่ยน “ศูนย์กลาง” ของ “ระบบ” และ “การให้บริการ” โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย กำลังคน การให้บริการ ยา-เครื่องมือ-และเทคโนโลยี

3. ระบบข้อมูล/กลไกการเงิน เป็นมาตรการ (เครื่องมือ) สำคัญที่ช่วยในการ “เปลี่ยน” และ “ขับเคลื่อน” และเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาควบคู่กัน จากการศึกษาข้อมูลนอกจากเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเพิ่มคุณภาพบริการแล้ว ยังเป็นเงื่อนไขพื้นฐานในการทำให้กลไกการเงินถูกนำไปใช้เป็น “เครื่องมือ” เพื่อเพิ่มผลิตภาพให้กับระบบได้อย่างมีพลัง

ผลที่คาดว่าจะได้รับการปฏิรูปประกอบด้วย การเพิ่มการเข้าถึง เพิ่มความครอบคลุม เพิ่มคุณภาพ และเพิ่มความปลอดภัย ให้กับระบบบริการ ส่งผลต่อการเพิ่มสุขภาวะ เพิ่มความเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน ลดความเสี่ยงทางการเงินและทางสังคม ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพให้กับระบบบริการโดยรวม

ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องทำการศึกษาดูแบบการบริหารจัดการระดับพื้นที่โดยใช้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ โดยจะขับเคลื่อนให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการเพื่อให้ผลการศึกษาสอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาของประเทศ (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย, 2560) กรอบความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งต้องการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไกของเครือข่ายที่ประสานการทำงานร่วมกันเป็นการดำเนินงานที่ต้องการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของตนเอง ซึ่งนับเป็นแนวทางใหม่ที่จุดมุ่งหมายอยู่ที่ประชาชน ไม่ใช่โรคร้าย การทำงานจึงเคลื่อนย้ายไปฐานล่าง เพิ่มพลังจากพื้นที่สู่การบริหารระดับบน เพื่อตอบโจทย์บริบทของพื้นที่ที่มีความจำเพาะ ชับซ้อน หลากหลายของแต่ละพื้นที่ การขับเคลื่อนในลักษณะดังกล่าว จำเป็นต้องใช้การดำเนินงานผ่านพื้นที่นำร่อง (Pilot Implementation) เพื่อเพิ่มความชัดเจนและพิจารณาความสัมพันธ์กับโครงสร้างเดิมที่มีอยู่ในระบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ดำเนินการเพื่อให้ผลการศึกษาสอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาของประเทศเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และบูรณาการร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ที่เหมาะสมกับพื้นที่ และเพื่อให้มีการจัดการทรัพยากร ด้านบุคลากร เทคโนโลยีสารสนเทศ องค์กรความรู้และงบประมาณร่วมกัน

1. บทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ดังนี้

1.1 กระทรวงมหาดไทย : มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1.1.1 ดำเนินการให้เกิดระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นทางการและมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นทางการ และยั่งยืน

1.1.2 สนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์กรความรู้และงบประมาณ รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างมีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

1.1.3 สนับสนุนให้หน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ และสนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล

1.1.4 สร้างความรู้ ความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่และพนักงาน ทั้งภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย ทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

1.2 กระทรวงสาธารณสุข (หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1.2.1 สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นทางการ เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

1.2.2 สนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์กรความรู้ และงบประมาณ รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างมีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

1.2.3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพในการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุน “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” และการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่

1.2.4 สร้างความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และประชาชนทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นรูปธรรม

1.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) : มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1.3.1 สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน

1.3.2 สนับสนุนการพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ

1.3.3 สนับสนุน วิชาการ องค์ความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)”

1.4 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1.4.1 สนับสนุนทรัพยากร ด้านงบประมาณ วิชาการ องค์ความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ

1.4.2 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” ประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสมรรถนะในการจัดการปัจจัยที่กำหนดสถานะสุขภาพทางสังคม และความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy)

1.4.3 สื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชน และเครือข่ายสุขภาพ มีความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วม ในการจัดการสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิต

2. บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) ประกอบด้วยสมาชิกที่ได้รับการแต่งตั้งหรือเลือกตั้งหรือคัดเลือก จากทั้งภาคสาธารณสุข ภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น และชุมชน ในอำเภอนั้นๆ มีวาระในการปฏิบัติงานตามที่กำหนด และมีหน้าที่ ในการสนับสนุนและติดตามประเมินผลการดำเนินการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม รวมถึงประสานงานกับทุกภาคส่วนในการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพหลักๆ และประเด็นด้านการจัดการระบบและองค์กรต่าง ๆ ภายในอำเภอเป็นอย่างดี สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา นโยบายสุขภาพที่เหมาะสมและนโยบายสาธารณะที่คำนึงถึงสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนสอดคล้องกับทิศทางและนโยบายของประเทศ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จะทำหน้าที่ในการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนสามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านวิชาชีพและการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ที่อาจสังเคราะห์ให้เห็นภาพรวมโดยแบ่งได้เป็น 4 ประการดังนี้ (เอกสารประกอบการประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.:DHB) เขตสุขภาพที่ 8, วันที่ 25 กันยายน 2560 โรงแรม นภาลัย จังหวัดอุดรธานี)

2.1 กระตุ้น-หนุนเสริม-เติมเต็ม ตามพลวัตรในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) รับรู้และประเมินสภาวะสุขภาพ-ปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง-ภาวะ ความรู้-และปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและสภาวะ พร้อมกับ วางแผน ดำเนินการตามแผน บนพื้นฐานของการขับเคลื่อน ที่ให้ความสำคัญกับศักยภาพของรายบุคคล ครอบครัว-ชุมชน โดย ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการทำให้เกิดความร่วมมือขององค์ประกอบและภาคส่วนต่างๆ เพื่อ แก้ปัญหาสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง ลดภาวะคุกคามทางสุขภาพ เพื่อสภาวะของประชาชน ตามพลวัตร ในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ

2.2 เติมส่วนขาด ในส่วนที่ยังไม่สามารถครอบคลุมตามความจำเป็นทางสุขภาพของ พื้นที่อำเภอ จากทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรหรือสนับสนุนจากส่วนกลาง: สร้าง-พัฒนา-และปรับปรุง ชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาสุขภาพ ตามความจำเป็นและความจำเป็นบริบท ของพื้นที่อำเภอ (Specific package) บนพื้นฐานของการ ระดม-ใช้-และพัฒนาทรัพยากรและ ศักยภาพที่มีอยู่ภายในระบบสุขภาพ เพื่อเสริมกับชุดสิทธิประโยชน์และทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรร หรือสนับสนุนจากส่วนกลาง

2.3 สร้างการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบใน DHS:สร้างและพัฒนาผู้ให้บริการให้การ ดูแล (รวมการดูแลตนเอง) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแล สถานบริการให้การดูแล และภาคีเครือข่าย ให้มี การเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งให้การสนับสนุนนโยบาย “คลินิกหมอ ครอบครัว (Primary Care Cluster)” บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบ สุขภาพอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยทำให้การเชื่อมโยงระหว่างแพทย์ ทีมแนวราบ/แนวตั้ง และภาคีเครือข่าย (Matrix Teams/Links/Networks) สามารถเชื่อมและยึดโยง กับประชาชนได้อย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน

2.4 ติดตามและให้ความสำคัญกับสถานะและความอยู่รอดทางการเงินในภาพรวม ของระบบสุขภาพอำเภอ รับรู้สถานะทางการเงินของโรงพยาบาล สถานบริการปฐมภูมิในชุมชน ทีมผู้ ให้บริการ ให้การดูแล ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของทีมแนวราบ แนวตั้งและภาคีเครือข่าย (Matrix Teams,Links,Networks) ที่มีการเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบในระบบสุขภาพ อำเภอ เพื่อร่วมแก้ปัญหาและระดมทรัพยากรตามความจำเป็นของบริบทของพื้นที่อำเภอ ในกรณีที่มี ปัญหาเกี่ยวกับสถานะหรือความอยู่รอดทางการเงิน ทั้งนี้การทำหน้าที่ “กระตุ้น-หนุนเสริม-เติมเต็ม ตามพลวัตรในภาพรวมของ DHS” ควรดำเนินการด้วยการมีแผนยุทธศาสตร์ในภาพรวม แผนปฏิบัติการ กระบวนการควบคุม-กา กับ-ประเมินสถานการณ์ และการประเมินผล อย่างไรก็ตามในการทำให้ ระบบสุขภาพอำเภอมีคุณลักษณะที่สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ จากระบบที่มี “โรงพยาบาลเป็นฐานและโรคเป็นศูนย์กลาง” สู่ระบบที่มี “พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็น ศูนย์กลาง” และทำให้ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” เพื่อ “สภาวะ”ของประชาชนทุกคนใน อำเภอ DHB ควรทำหน้าที่ได้ครบทั้ง 4 ประการ

นอกจากนี้บทเรียนจากประสบการณ์ของการดำเนินการภายใต้ MOU ใน 73 พื้นที่บ้านพื้นฐานของการมี คำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) ที่ลงนาม โดยผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญ ในการทำให้บทบาทหน้าที่ของ DHB มีคำสั่งรองรับอย่างเป็นทางการ จากคำสั่งดังกล่าวในภาพรวมกำหนดให้มีบทบาทหน้าที่ (บางแห่งเรียกว่าอำนาจหน้าที่) ซึ่งเป็นฐาน สำคัญเพื่อใช้สำหรับการขยายผลดังต่อไปนี้

1. พิจารณาเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของอำเภอ แผนการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตประจำปี รวมถึงงบประมาณ
2. พิจารณาเห็นชอบรายงานความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตทุกไตรมาส รับทราบและเห็นชอบการจัดหาและนำทรัพยากรต่าง ๆ จากหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ภายในอำเภอมาใช้ร่วมกันรวมถึงการดำเนินนวัตกรรมในการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนภายในอำเภอ
3. ติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าของแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ
4. สนับสนุนให้มีกลไกการประกันคุณภาพ โดยมีการติดตามทั้งภายในและภายนอกเกี่ยวกับสินทรัพย์สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ ทรัพยากรทางการเงินและบุคลากรในระดับอำเภอ
5. รับฟัง ข้อร้องเรียน คำอุทธรณ์ คำร้องทุกข์ จากประชาชน ชุมชน สาธารณะ และจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ
6. สนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอโดยรวมถึงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐภาคเอกชนท้องถิ่น และชุมชน
7. สนับสนุนและส่งเสริมกลไกต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภออย่างยั่งยืน ตั้งแต่กระบวนการในการวางแผน การนำไปปฏิบัติ การติดตามและการประเมินผล
8. สนับสนุนให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ของชุมชนที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนและชุมชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม และมีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า โดยมุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
9. แต่งตั้งคณะทำงานที่ประกอบด้วยสมาชิกจากภาคสาธารณสุข และอาจรวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชนท้องถิ่นและชุมชน ทำหน้าที่รับผิดชอบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการประจำปี
10. แต่งตั้งคณะทำงานต่างๆของอำเภอ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอที่มีประสิทธิภาพ

ในช่วงเริ่มต้นของการมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) เนื่องจากการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ พัฒนาบริการ และการดำเนินการ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีพื้นที่เป็นฐาน จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการผ่านการรับรู้สัมผัสและเข้าถึงสภาพปัญหาที่มีความซับซ้อน จากองค์ประกอบของทั้งความยากเชิงเทคนิควิชาการ (Technically complicated problems) และความยากเชิงสังคม (Socially complicated problems) ดังนั้น องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จึงควรประกอบด้วย จำนวนและกระบวนการสรรหา จะมีความชัดเจนมากขึ้น หลังจากมีการดำเนินการนำร่องในพื้นที่จริง

3. การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปี 2561

(ตัวชี้วัดระดับกระทรวง ปี 2561 (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย,กระทรวงสาธารณสุข)

เป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง อยู่ในหมวด Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ) การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้โครงการการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ 13 ร้อยละ 50 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ โดยให้ค่านิยามคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการ เป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่ การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืนสืบไป

คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม (ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.

2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต มาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่นตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome) ร้อยละของอำเภอที่มี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม (ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ที่มีคุณภาพร้อยละ 50

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome) การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องโดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ”พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้นได้ถูกวางแนวทางที่จะเห็นได้ว่าต้องเกิดได้จากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับนโยบาย ลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่ โดยการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ดังนั้น แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation) จึงมีส่วนสำคัญที่จะอธิบายความร่วมมือของคณะกรรมการหรือหน่วยงาน องค์กรประชาชนที่เกี่ยวข้อง

การมีส่วนร่วม (Participation)

การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นสังคมเล็กหรือสังคมขนาดใหญ่ ได้มีส่วนช่วยเหลืออย่างเต็มที่ต่อสังคมนั้น ๆ อันได้แก่ การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ เช่น การพิจารณาปัญหา การตั้ง นโยบาย การตัดสินใจ ประเด็นสำคัญต่าง ๆ เกี่ยวกับการพัฒนาประชาชาติและการประเมินความต้องการของสังคมนั้นๆ (องค์การสหประชาชาติ อังโน จินตวีร์ เกษมสุข, 2554) ก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย เพราะมีผลในทางจิตวิทยาเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาเครือข่าย และที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่าย ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนเครือข่ายที่ดีที่สุด และองค์การสหประชาชาติ (1975) ให้ข้อเสนอแนะในที่ประชุมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ไว้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น คำที่ไม่อาจกำหนดนิยามความหมายเดียวที่ครอบคลุมได้ เพราะความหมายของการมีส่วนร่วมอาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ หรือแม้แต่ในประเทศเดียวกันก็ตาม ดังนั้น การนิยามความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน ควรมีลักษณะจำกัดเฉพาะในระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองหนึ่ง ๆ เท่านั้น อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวได้ขยายความการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าครอบคลุมประเด็นดังนี้ (กรมอนามัย, 2550)

ประเด็นที่ 1 การมีส่วนร่วมของประชาชนครอบคลุมการสร้างโอกาสที่เอื้อให้สมาชิกทุกคนของชุมชนและของสังคมได้ร่วมกิจกรรมซึ่งนำไปสู่ และมีอิทธิพลต่อกระบวนการ พัฒนา และเอื้อให้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน

ประเด็นที่ 2 การมีส่วนร่วมสะท้อนการเข้าเกี่ยวข้องโดยสมัครใจ และเป็นประชาธิปไตย ในกรณีนี้คือการเอื้อให้เกิดการพยายามพัฒนา การแบ่งสรรผลประโยชน์จากการพัฒนา โดยเท่าเทียมกัน และการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมาย นโยบายและการวางแผนดำเนินการโครงการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม

การมีส่วนร่วม (Participation) คือ เป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของการความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกัน จะต้องมีการเกิดความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้นของการที่มีคนมาร่วมกันได้ควร จะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมด ที่ทำโดยกลุ่มหรือในนามกลุ่มนั้น กระทำผ่านองค์การ ดังนั้น องค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้ (ยุพาพร รุ่งงาม, 2545 : 5)

ดร.ถวิลวดี บุรีกุล (2551) เปรียบกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของทุกฝ่าย และยังอาจเป็นการปูพื้นฐานมั่นคงสำหรับวิวัฒนาการไปสู่การปกครองตนเองของท้องถิ่นได้ในบั้นปลาย และได้ กล่าวถึง จุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเริ่มต้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่แต่ละคนมีผล ประโยชน์เกี่ยวข้องและสนใจเป็นเรื่อง ๆ เช่น การสร้างแหล่งกักเก็บน้ำฝน การศึกษา การสาธารณสุข เป็นต้น ข้อสำคัญกิจกรรมเหล่านี้จะต้องสัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการของชาวบ้าน การมีส่วนร่วมยังอธิบายได้ในหลายมิติ ทั้งในแง่ของมิติความลึกทั้งในเชิงกว้าง

1. การมีส่วนร่วมในความหมายที่แคบ คือ การพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมช่วยเหลือโดยสมัครใจโดยประชาชนต่อโครงการใดโครงการหนึ่งของโครงการสาธารณะต่าง ๆ ที่คาดว่าจะส่งผลต่อการพัฒนาชาติ แต่ไม่ได้หวังจะให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงโครงการ หรือวิจารณ์เนื้อหาของโครงการ

2. การมีส่วนร่วมในความหมายที่กว้าง หมายถึง การให้ประชาชนในชนบทรู้สึกตื่นตัว เพื่อที่จะทราบถึงการรับความช่วยเหลือ และตอบสนองต่อโครงการพัฒนา ขณะเดียวกันก็สนับสนุนความคิดริเริ่มของคนในท้องถิ่น

3. ในเรื่องของการพัฒนาชนบท การมีส่วนร่วม คือ การให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ กระบวนการดำเนินการ และร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนา นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องความพยายามที่จะประเมินผลโครงการนั้น ๆ ด้วย

4. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้นอาจเข้าใจอย่างกว้าง ๆ ได้ว่า คือ การที่ประชาชนได้เข้าร่วมอย่างแข็งขันในกระบวนการตัดสินใจต่าง ๆ ในเรื่องที่จะมีผลกระทบต่อเขา

5. การมีส่วนร่วมในชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนจะมีทั้ง สิทธิ และหน้าที่ที่จะเข้าร่วมในการแก้ปัญหาของเขา มีความรับผิดชอบมากขึ้นที่จะสำรวจตรวจสอบความจำเป็นในเรื่องต่าง ๆ การระดมทรัพยากรท้องถิ่น และเสนอแนวทางแก้ไขใหม่ ๆ เช่นเดียวกับการก่อตั้งและดำรงรักษาองค์กรต่าง ๆ ในท้องถิ่น

6. การมีส่วนร่วมนั้นจะต้องเป็นกระบวนการดำเนินการอย่างแข็งขัน ซึ่งหมายถึงว่าบุคคลหรือกลุ่มที่มีส่วนร่วมนั้นได้เป็นผู้มีความริเริ่มและได้มุ่งใช้ความพยายาม ตลอดจนความเป็นตัวของตัวเองที่จะดำเนินการความริเริ่มนั้น

7. การมีส่วนร่วม คือ การที่ได้มีการจัดการที่จะใช้ความพยายามที่จะเพิ่มความสามารถที่จะควบคุมทรัพยากรและระเบียบในสถาบันต่าง ๆ ในสภาพสังคมนั้น ๆ ทั้งนี้ โดยกลุ่มที่ดำเนินการและความเคลื่อนไหวที่จะดำเนินการนี้ไม่ถูกควบคุมโดยทรัพยากรและระเบียบต่าง ๆ (วันชัย วัฒนศัพท์, 2543 : 19) การมีส่วนร่วมของประชาชนยังจัดเป็นรูปแบบหนึ่งของแนวความคิดในการกระจายอำนาจจากส่วนกลางมาสู่ส่วนท้องถิ่น เพราะประชาชนในท้องถิ่น คือ ผู้ที่รู้ปัญหาและความต้องการ

ของท้องถิ่นตนเองดีกว่าผู้อื่น การมีส่วนร่วมของประชาชน จึงเป็นการเปิดกว้างในความคิดเห็นโดย การสื่อสารในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประชาชน ซึ่งในแต่ละประเด็นนั้นไม่สามารถใช้เกณฑ์ใดเกณฑ์ หนึ่งมาตัดสินใจได้เหมือนกัน เงื่อนไขพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 3 ประการ คือ

7.1 ต้องมีอิสรภาพ หมายถึง ประชาชนมีอิสระที่จะเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ การเข้า ร่วมจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ การถูกบังคับให้เข้าร่วมไม่ว่าจะในรูปแบบใดไม่ถือว่าเป็นการมี ส่วนร่วม

7.2 ต้องมีความเสมอภาค ประชาชนที่เข้าร่วมในกิจกรรมใดจะต้องมีสิทธิเท่า เทียบกับผู้เข้าร่วมคนอื่น ๆ

7.3 ต้องมีความสามารถ ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายจะต้องมีความสามารถ พอที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมนั้นๆ หมายความว่า ในบางกิจกรรมแม้จะกำหนดว่าผู้เข้าร่วมมีสิทธิ เสรีภาพและเสมอภาค แต่กิจกรรมที่กำหนดไว้มีความซับซ้อน เกินความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย การมีส่วนร่วมย่อมเกิดขึ้นไม่ได้

1. ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation Spectrum)

อรพินท์ สพอโชคชัย อธิบายถึงระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน 5 ระดับ เพื่อผู้ที่ เกี่ยวข้องและหน่วยงานภาครัฐจะเลือกตัดสินใจออกแบบการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมจากระดับ การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในภาครัฐ ตั้งแต่ระดับการเข้ามามีส่วนร่วมน้อยที่สุด ถึงระดับการเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในระดับที่ 5 มีรายละเอียด ดังนี้

ระดับที่ 1 การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) คือ การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน เกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ของหน่วยงานภาครัฐเป็นระดับที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอน น้อยที่สุด ซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนในการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับงานของภาครัฐ โดยหน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลที่เป็นจริงถูกต้อง ทันสมัย และประชาชนสามารถ เข้าถึงได้ รูปแบบการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้ เช่น การจัดทำสื่อเผยแพร่ การพาชมสถานที่จริง การจัด กิจกรรมเปิดบ้าน และ เว็บไซต์ (Website)

ระดับที่ 2 การปรึกษาหารือ (Consult) คือ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล เท็จจริง ความรู้สึกและความคิดเห็นประกอบการตัดสินใจ ดังนั้นประชาชนมีบทบาทในฐานะการให้ ข้อมูลการตัดสินใจเป็นของหน่วยงานภาครัฐรูปแบบการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้ เช่น การสำรวจ ความคิดเห็น และ การประชุมสาธารณะ

ระดับที่ 3 การให้เข้ามามีบทบาท (Involve) คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามา มีส่วนร่วมทำงานตลอดกระบวนการตัดสินใจหรือเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบาย การวางแผนโครงการ และวิธีการทำงานโดยหน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่จัดระบบอำนวยความสะดวก ยอมรับการเสนอแนะ และการตัดสินใจร่วมกับภาคประชาชน การมีส่วนร่วมระดับนี้มักดำเนินการ ในรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ

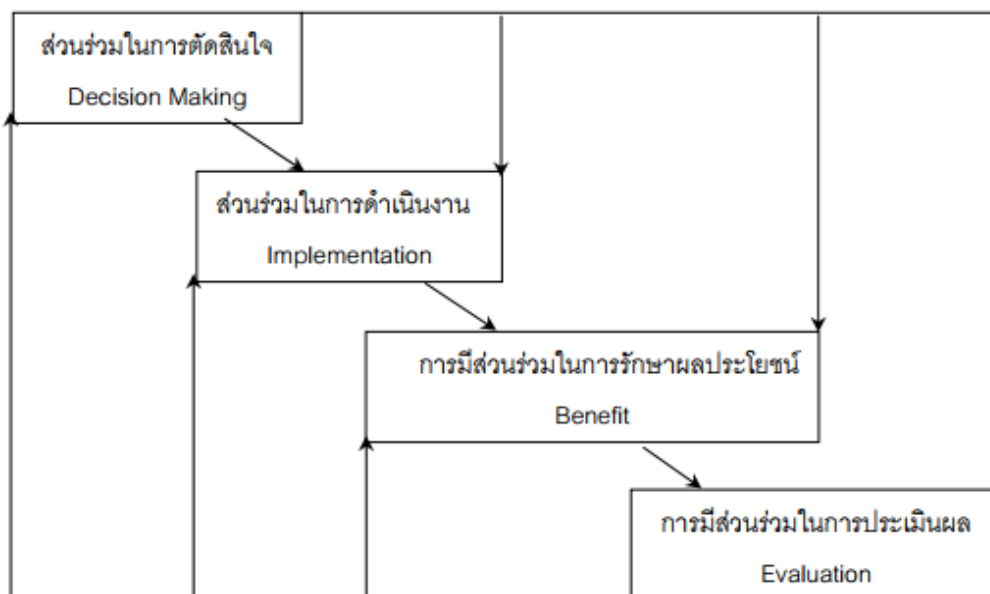
ระดับที่ 4 การสร้างความร่วมมือ (Collaborate) คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในระดับสูง โดยประชาชนและภาครัฐจะทำงานร่วมกันในกระบวนการของการ ตัดสินใจ เช่น คณะกรรมการร่วมภาครัฐ และเอกชน คณะที่ปรึกษาภาคประชาชน

ระดับที่ 5 การให้อำนาจแก่ประชาชน (Empower) คือ เป็นระดับที่ให้บทบาทแก่ประชาชนในระดับที่สูงที่สุด เพราะให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ รัฐจะดำเนินการตามการตัดสินใจนั้น ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับสูงสุดนี้เน้นให้ประชาชนเป็นเจ้าของดำเนินการกิจ และภาครัฐมีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนเท่านั้น รูปแบบการมีส่วนร่วมในระดับนี้ เช่น การลงประชามติ และการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งโดยกระบวนการประชาคม

Cohen และ Uphoff (1980: 219-222) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making)
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation)
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit)
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

แผนภาพที่ 2-1 : วงจรการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen และ Uphoff



ที่มา : Cohen and Uphoff 1980 : 219-222

องค์การอนามัยโลกและกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (WHO and UNICEF, 1978 : 41) ได้เสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมโดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

1. การวางแผน ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดอันดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีติดตามประเมินผล และประการสำคัญคือ ต้องตัดสินใจด้วยตนเอง
2. การดำเนินกิจกรรม ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและบริหารการใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการจัดสรรควบคุมทางการเงิน
3. การใช้ประโยชน์ ประชาชนต้องมีความสามารถในการนำกิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการพึ่งระดับของการพึ่งตนเองและการควบคุมทางสังคม

4. การได้รับประโยชน์ ประชาชนต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชน
ในพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นผลประโยชน์ส่วนตัว สังคม หรือในรูปวัตถุก็ได้

สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ (2545) ได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้เป็น 6 ระดับ คือ
ระดับที่ 1 ร่วมรับรู้

ระดับที่ 2 ร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น

ระดับที่ 3 ร่วมพิจารณา ร่วมตัดสินใจ

ระดับที่ 4 ร่วมดำเนินการ

ระดับที่ 5 ร่วมติดตาม ตรวจสอบและประเมินผล

ระดับที่ 6 ร่วมรับผล

ระดับที่ 1 ร่วมรับรู้ หมายถึง รัฐได้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือ
กิจกรรมแก่ประชาชน เมื่อรัฐมีความคิดริเริ่มหรือมีนโยบายที่จะให้มีโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ แล้ว
เปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับรู้โดยการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน หรือให้สิทธิแก่ประชาชนในการ
เข้าถึงข้อมูล ข่าวสารของราชการที่มอบให้แก่ประชาชนนั้น นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการให้ประชาชน
ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เนื่องจากข้อมูลข่าวสารจะบอกถึงโครงการหรือกิจกรรมที่กำลัง
จะเกิดขึ้นความจำเป็นและ ความสำคัญที่จะต้องให้มีโครงการหรือกิจกรรมนั้น รวมถึงการดำเนินการ
และมาตรการต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้เพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสิ่งแวดล้อม
จากโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารนี้ถือว่าเป็นสิทธิประการหนึ่งของประชาชน
ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ระดับที่ 2 ร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น หมายถึง เมื่อประชาชนได้ร่วมรับรู้ข้อมูล
ข่าวสาร จากรัฐแล้วประชาชนก็จะร่วมค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ความจำเป็นและความต้องการ
ที่ต้องให้มี โครงการหรือกิจกรรมนั้นพร้อมร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อหน่วยงานเจ้าของโครงการหรือ
กิจกรรม หรือหน่วยงาน หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจนำไปใช้ประกอบการพิจารณาต่อไป

ระดับที่ 3 ร่วมพิจารณา ร่วมตัดสินใจ หมายถึง ร่วมพิจารณาเห็นด้วยหรือไม่เห็น
ด้วยกับโครงการหรือกิจกรรม การเลือกพื้นที่ตั้งโครงการ โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่จะตั้ง
โครงการควร จะมีส่วนร่วมพิจารณารับหรือปฏิเสธไม่ให้โครงการตั้งในพื้นที่หากเห็นว่ามาตรการ
ที่จะใช้ในการลด ผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบไม่ชัดเจนและไม่เปิดโอกาส
ให้ประชาชนมีส่วนร่วมตรวจสอบด้วย

ระดับที่ 4 ร่วมดำเนินการ หมายถึง ร่วมในการลงทุน ร่วมในการคัดเลือกผู้ปฏิบัติงาน
หรือร่วมปฏิบัติงานเองในระดับการมีส่วนร่วมนี้อาจจะทำได้ไม่ในทุกประเภทของโครงการ เช่น
หากเป็นโครงการที่จำเป็นต้องใช้ผู้มีความรู้เฉพาะด้านผู้ชำนาญการหรือเทคโนโลยีขั้นสูงแล้ว บางครั้ง
เป็นความ ยุ่งยากที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมปฏิบัติงานได้แต่หากเป็นโครงการหรือกิจกรรมระดับ
ท้องถิ่น เช่น การจัดการป่า ลุ่มน้ำหรือทรัพยากรอื่นที่ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านได้ ชาวบ้านหรือประชาชน
ในท้องถิ่นก็เข้า ร่วมดำเนินการได้ หรือเป็นการร่วมดำเนินการด้วยการลงทุนถือหุ้นก็ย่อมถือว่า
มีการร่วมดำเนินการได้

ระดับที่ 5 ร่วมติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล หมายถึง การร่วมตรวจสอบและติดตาม การดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ ว่าเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมแล้วได้นำมาตรการลด ผลกระทบมาใช้หรือไม่ก็มีการใช้ระบบการติดตามตรวจสอบเพื่อป้องกันปัญหาเกิดขึ้นหรือไม่การมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม อย่างมาก เพราะประชาชนจะทำหน้าที่คอยเฝ้าระวังและเตือนภัย (Watch Dog) การดำเนินงาน โครงการเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาได้ทัน่วงทีก่อนที่จะมีผลร้ายเกิดขึ้น และเมื่อมีการดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมแล้ว ก็ต้องมีการประเมินผลว่าการดำเนินการนั้น ๆ บรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด มีการนำมาตรการการป้องกัน ปัญหาสิ่งแวดล้อมมาใช้หรือไม่ และผลของการดำเนินการเป็นอย่างไร เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการพิจารณานำเอา มาตรการที่เหมาะสมมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับที่ 6 ร่วมรับผล หมายถึง การดำเนินการโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินไปแล้ว ย่อมได้มาซึ่งผลประโยชน์และผลกระทบทั้งที่เป็นผลกระทบด้านบวกและผลกระทบด้านลบทั้งต่อ ประชาชน และต่อสิ่งแวดล้อม โดยที่ประชาชนหลีกเลี่ยงไม่พ้นที่จะต้องรับเอาผลที่เกิดขึ้นมานั้น

การมีส่วนร่วมของประชาชนทั้ง 6 ระดับนั้นหากประชาชนได้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมด้วยทุกระดับแล้วย่อมถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

โคเฮน และ อัพฮอฟฟ์ (Cohen and Up Hoff, 1980 : 213-235) ได้กล่าวถึง ระดับการมีส่วนร่วมโดยมีแบ่งเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมด้านการวางแผน (Planning) คือ การมีส่วนร่วมในการประชุม ให้ความคิดเห็นในกระบวนการจัดวางแผนงาน โครงการ การกำหนดเป้าหมาย การดำเนินงาน งบประมาณ และทรัพยากรการดำเนินการล่วงหน้าของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

2. การมีส่วนร่วมด้านการจัดแสวงหาทรัพยากร (Allocation) คือ การมีส่วนร่วม ในการดำเนินการช่วยเหลือ จัดหา หรือสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์หรือเงินค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ตามแผนงาน โครงการต่าง ๆ ร่วมกับโรงเรียนของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

3. การมีส่วนร่วมในการร่วมมือประสานงาน (Co-ordination) คือ การมีส่วนร่วม ในการให้ความร่วมมือปฏิบัติงาน ติดต่อสื่อสาร รับผิดชอบร่วมกับโรงเรียนของคณะกรรมการสถานศึกษา ขั้นพื้นฐาน

4. การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล (Evaluation) คือ การมีส่วนร่วมในการ กำหนดเกณฑ์รูปแบบ ตรวจสอบการทำงานตามแผนงาน โครงการต่าง ๆ ร่วมกับโรงเรียนของ คณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชน ประชาชนจะต้องมีอิสระทางความคิด มีความรู้ ความสามารถในการกระทำและมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมนั้นๆ โดยหลักการมีส่วนร่วมของ ประชาชน หรือผู้เข้าร่วมจะต้องมีลักษณะการเข้าร่วมอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุด ไม่ใช่เป็น การจัดเวทีการมีส่วนร่วมครั้งเดียว ตัวอย่างเช่น ในการแก้ปัญหาของชุมชนควรเปิดโอกาสให้ประชาชน เข้าร่วมตั้งแต่ต้นจนจบ อรทัย ก๊กผล (2552 : 19) อธิบายไว้ว่า ดังนี้

1. เริ่มต้นตั้งแต่การเกิดจิตสำนึกในตนเองและถือเป็นภาระหน้าที่ของตนในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือชุมชนที่ตนอยู่
2. ร่วมคิดด้วยกันว่าอะไรที่เป็นปัญหาของชุมชน มีสาเหตุอย่างไร และจะจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป้าหมายอย่างไร และควรที่จะจัดการปัญหาใดก่อนหลัง
3. ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานว่าจะจัดกิจกรรมหรือโครงการอะไร จะแบ่งงานกันอย่างไร ใช้งบประมาณมากน้อยเพียงใด จะจัดหางบประมาณมาจากที่ใด และใครจะมาเป็นผู้ดูแลรักษา
4. ร่วมดำเนินงาน ประชาชนจะต้องร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ เต็มกำลังความรู้ความสามารถของตนเอง
5. ร่วมกันติดตามประเมินผล ตลอดเวลาที่ทำงานร่วมกันประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตรวจสอบถึงปัญหาอุปสรรคและร่วมกันในการหาทางแก้ปัญหา เพื่อให้งานหรือภารกิจดังกล่าวสามารถสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย
6. ร่วมรับผลประโยชน์ ประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชนแล้วย่อมที่จะได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งอาจไม่จำเป็นที่จะต้องอยู่ในรูปของเงิน วัสดุสิ่งของ แต่อาจเป็นความสุขสบาย ความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นก็ได้

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท (Role Concepts and Theory)

บทบาท มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในด้านต่างๆ ทั้งพฤติกรรมทางกาย และพฤติกรรมทางวาจา ได้ถูกให้นิยามไว้ว่า ทำให้เกิดความเป็นบุคคลและเปรียบได้เสมือน “บท” ของตัวละครที่กำหนดให้ผู้แสดงในละครเรื่องนั้นๆ เป็นตัว (ละคร) อะไร มีบทบาทต้องแสดงอย่างไร ถ้าแสดงผิดบทบาทหรือไม่สมบทก็อาจถูกเปลี่ยนตัวไม่ให้แสดงไปเลยในความหมายเช่นนี้ “บทบาท” ก็คือการกระทำต่าง ๆ ให้ผู้แสดงต้องทำราบใดที่อยู่ใน “บท” นั้น หรือหมายถึงหน้าที่ หรือพฤติกรรมที่สังคมกำหนดและคาดหวังให้บุคคลกระทำ เพื่อให้ทั้งคู่สัมพันธ์มีการกระทำระหว่างทางสังคมได้ รวมทั้งสามารถคาดการณ์พฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นได้ (งามพิศ สัตย์สงวน, 2537)

อัลพอร์ต (Allport, 1930 : 122 ; อ้างถึงใน สุภา สุกุลเงิน, 2545 : 15-16) ได้ให้แนวคิดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงบทบาทของบุคคล ดังนี้

1. บทบาทที่สังคมคาดหวัง หมายถึง บทบาทที่สังคมคาดหวังให้บุคคลปฏิบัติตามความคาดหวังที่กำหนดโดยสังคมและสถานภาพที่บุคคลนั้นครองอยู่
2. การรับรู้บทบาท หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ในบทบาทของตนเองว่าควรจะมีบทบาทอย่างไร และสามารถมองเห็นบทบาทของตนเองได้ตามการที่ได้รับ ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความต้องการของบุคคลนั่นเอง โดยที่การรับรู้ในบทบาทและความต้องการของบุคคลก็ขึ้นอยู่กับลักษณะฐานส่วนบุคคล ตลอดจนเป้าหมายในชีวิตและค่านิยมของบุคคลที่สวมบทบาทนั้น
3. การยอมรับรับรู้บทบาท จะเกิดขึ้นเมื่อความสอดคล้องของบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและบทบาทที่ตนรับอยู่ การได้ยอมรับบทบาทเป็นเรื่องเกี่ยวกับความเข้าใจในบทบาทและการสื่อสารระหว่างสังคมและบุคคลนั้น ทั้งนี้เพราะบุคคลจะไม่ได้ยินดี ยอมรับบทบาทเสมอไป แม้ว่า

จะได้รับการคัดเลือกหรือถูกแรงผลักดันจากสังคมให้รับตำแหน่งและมีบทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติตาม เพราะถ้าหากบทบาทที่ได้รับนั้นทำให้ได้รับผลเสียหรือเสียประโยชน์

ในขณะที่ พวงเพชร สุรัตน์กวีกุล (2542) และสุดา ภิรมย์แก้ว (2541) ได้จำแนกบทบาท เป็น 3 ลักษณะที่คล้ายกัน Alport

1. บทบาทในอุดมคติ (Ideal Role) ได้แก่ บทบาทอันกำหนดไว้ตามความคาดหวังของ บุคคลทั่วไปในสังคมเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติเป็นแบบฉบับที่สมบูรณ์ ซึ่งผู้ที่มีสถานภาพนั้น ๆ ควรกระทำแต่อาจมีใครที่ทำหรือไม่มีใครทำตามนั้นก็ไม่ได้

2. บทบาทที่บุคคลรับรู้ (Perceived Role) เป็นบทบาทอันบุคคลคาดคิดด้วยตนเองว่า ควรเป็นอย่างไร ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับทัศนคติค่านิยม บุคลิกภาพ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลด้วย

3. บทบาทที่บุคคลแสดงออกจริง (Enacted or Actual Role) เป็นบทบาทที่บุคคล ปฏิบัติจริง ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์เฉพาะหน้าในขณะนั้นด้วย จึงทำให้การแสดงบทบาทมีความแตกต่างกันไป

รีดเดอร์ (Reader) (อ้างใน วีระ เพลงรัมย์, 2543) ได้กล่าวถึง เหตุผลในการกระทำ สิ่งหนึ่งสิ่งใด (บทบาท) ของมนุษย์เกิดจากปัจจัย ดังนี้

1. เป็นเป้าประสงค์หรือจุดประสงค์ (Goal) เป็นความมุ่งหมายที่จะให้บรรลุในการ กระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดผู้กระทำจะมีการกำหนดเป้าประสงค์ไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว

2. ความเชื่อ (Belief Orientation) เกิดจากความคิด ความรู้ ที่ผู้กระทำเข้าใจในเรื่องใด เรื่องหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ และการเลือกกระทำทางสังคม

3. ค่านิยม (Value Standard)

4. นิสัยและธรรมเนียม (Habit and Customs) เป็นแบบอย่างพฤติกรรมที่สังคม กำหนดไว้แล้วส่งต่อกันด้วยประเพณี หากละเมิดก็จะถูกบังคับด้วยการที่สังคมไม่เห็นชอบด้วย

5. การคาดหวัง (Expectation) เป็นท่าทีของบุคคลอื่นมีต่อพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้อง กับตน โดยคาดหวังหรือต้องการให้บุคคลนั้นประพฤติหรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนต้องการ

6. ข้อผูกพัน (Commitment) คือสิ่งที่ผู้กระทำเชื่อว่า ถูกผูกพันที่จะต้องกระทำให้ สอดคล้องกับสถานการณ์นั้น ๆ

7. การบังคับ (Force) เป็นตัวที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้กระทำตัดสินใจกระทำการได้เร็วขึ้น

สรุปได้ว่า สถานภาพหนึ่ง ๆ บุคคลอาจมีบทบาทที่ต้องกระทำหลายด้าน กล่าวคือ ต้องแสดง บทบาทตอบสนองกลุ่มคนหลายกลุ่ม การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล เป็นบทบาทของ สถานภาพที่แสดงออกจริง ซึ่งอาจเป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง หรือเป็นการแสดง บทบาทตามการรับรู้และตามความคาดหวังของตนเอง การที่บุคคลใดจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้ดี เพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับระดับการยอมรับบทบาทนั้น ๆ ของบุคคลที่ได้ครองตำแหน่งนั้น ทั้งนี้ก็มีปัจจัย หลายอย่างที่เป็นเหตุผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทนั้น ๆ ของแต่ละคน เพราะต่างคนต่างมีนิสัย ความสามารถ การอบรม กำลังใจ มวลเหตุจูงใจ ความพอใจในสิทธิหน้าที่สภาพของจิตใจและร่างกาย ที่ไม่เหมือนกัน ฉะนั้นบทบาทจึงเป็นเพียงรูปการ (Aspect) ทางพฤติกรรมของตำแหน่ง

คุณภาพชีวิต (Quality of life)

1. สถานการณ์คุณภาพชีวิตของประชาชน

การสร้างระบบสุขภาพประชาชนหรือสุขภาพที่ประชาชนสามารถเรียนรู้เพื่อดูแลใส่ใจตนเองและคนในชุมชนได้ การดูแลรักษาสุขภาพคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น พิจารณากลุ่มปัญหาสุขภาพที่ป้องกันและควบคุมได้ เช่น พบว่าความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (BMI \geq 25 กก.:ตร.ม.) คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 24.7 (17.6 ล้านคน) อ้วนลงพุง (รอบเอว \geq 90 ซม. ในชายและ \geq 80 ซม. ในหญิง) ร้อยละ 32.1 (16.2 ล้านคน) ความชุกของโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.9 โรคความดันโลหิตสูง 21.4 และภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 19.4 หรือ โรคที่สร้างทุกข์ภาวะ เช่น การเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งหัวใจหลอดเลือดสมองเบาหวานความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น 1.2 – 1.6 เท่าเป็น 505, 684, 845 และ 1,149 ต่อแสนประชากร ในช่วง พ.ศ. 2548-2551 และ 2551-2552 ตามลำดับ หากไม่สามารถสกัดกั้นหรือหยุดยั้งปัญหาได้จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยมีภาวะแทรกซ้อนพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจตามมาอย่างมหาศาลการป้องกันและฟื้นฟูชีวิตให้มีคุณภาพจึงจำเป็นต้องเพิ่มสมรรถนะความรู้เท่าทันของภาคประชาชนในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้มีความพอเพียงจากการบริโภคที่เหมาะสมการออกกำลังกายเพียงพอและดูแลใส่ใจอารมณ์อย่างเหมาะสมตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและสุขภาพพอเพียงในการป้องกันแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพและผลกระทบจากโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตและนำไปสู่การสร้างสุขภาพะได้ยั่งยืน (คณะอนุกรรมการสถิติสาขาสุขภาพฯ, 2557 : 9)

2. คุณภาพชีวิต (Quality of life)

ได้มีการให้คำนิยามกล่าวถึง ความสุข ความอยู่ดีมีสุข ของบุคคลและสังคมที่มีบริบทของสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การศึกษาการเมือง และศาสนาสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ รายได้ การมีงานทำ ความเสมอภาค เทคโนโลยี ความผูกพันในสังคม มาเกี่ยวข้องแม้ว่ามิติหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตส่วนหลักมีความเหมือนกันและจะมีมิติหรือองค์ประกอบบางอย่างที่มีความแตกต่างกัน ขึ้นกับความแตกต่างระหว่างบุคคล บริบทอื่นๆ เช่น พื้นที่/สิ่งแวดล้อม รายได้

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตที่สำคัญดังนี้ (กิติกร มีทรัพย์, 2536 : 64-65) 1 สุขภาพกาย (Physical Health) ความสามารถต่าง ๆ ทางร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด การนอนหลับ ความสามารถในการเคลื่อนไหว เป็นต้น 2. สุขภาพจิตใจ (Mental Health) เช่น ความสำราญใจ ความคิด ความจำ และอารมณ์ เป็นต้น 3. ระดับของความเป็นอิสระ (Level of Independence) เช่น ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพึ่งพิงวัตถุต่าง ๆ หรือการบำบัดรักษา ความสามารถในการทำงาน เป็นต้น 4. ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship) เช่น การสัมผัสทางสังคม การสนับสนุนจากครอบครัว ความสามารถในการดูแลครอบครัว ศาสนา เป็นต้น 5. สิ่งแวดล้อม (Environment) ความเป็นอิสระ ความปลอดภัยทางกายภาพและความมั่นคงคุณภาพของสิ่งแวดล้อมของบ้าน สถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นต้น สรุป จากแนวคิดเบื้องต้นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

ควรประกอบด้วยความสุขสมบูรณ์ของร่างกายจิตใจรวมถึงสภาพแวดล้อมสังคมและการใช้ชีวิตประจำวันอันเป็นที่พึงพอใจของแต่ละบุคคล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการดำเนินงานภายใต้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามร่างระเบียบ เป็นระยะเริ่มต้น ดังนั้นการศึกษาโดยตรงต่อเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ./DHB) จึงยังไม่ปรากฏ ซึ่งในการทบทวนวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการอื่นๆ

อำนาจ เหมือนวงศ์ธรรม (2556) ศึกษาบทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามความคาดหวัง และที่ปฏิบัติจริง และเพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนาบทบาทผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการส่งเสริมโครงการตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลมี 2 ประเภท คือ 1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการวิจัย พบว่า 1. ปัญหาและอุปสรรคต่อการแสดงบทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ปฏิบัติจริงอยู่ในระดับมาก 2. ผลการเปรียบเทียบระดับการแสดงบทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมโครงการตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามความคาดหวัง และการปฏิบัติจริง พบว่า ระดับการแสดงบทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมโครงการตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามการปฏิบัติจริง สูงกว่าความคาดหวัง 3. แนวทางการพัฒนา บทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมการพัฒนาโครงการตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า 1. ด้านกายภาพของสถานที่ต้องมีการจัดสถานที่ไว้ เพื่อการดำเนินงานของโครงการฯ ทั้งที่หน่วยงานและสำหรับกลุ่มฯ ที่เข้าร่วมโครงการ 2. ด้านการบริหารจัดการ ควรมีการปรับโครงสร้างองค์กรฯ ให้มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง รวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณและเครื่องมืออุปกรณ์ ให้เพียงพอแก่ความต้องการ และนำแนวทางการบูรณาการมาใช้ในการปฏิบัติงาน 3. ด้านบุคลากร มีแผนพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน เช่น ฝึกอบรม ศึกษาดูงาน 4. ด้านปัจจัย ภายนอก ควรมีการรณรงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือของสมาชิก และวางแผนการฝึกอบรม/ ศึกษาดูงาน ให้สอดคล้องกับเวลาว่างของสมาชิก ตลอดจนทำให้เกิดความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วีชราภรณ์ จันทนุกุล (2560) ได้ศึกษาระดับบทบาทและเพื่อศึกษาข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุต่อบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24,156 คน ผลการวิจัยพบว่า ระดับบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน ปรากฏผลดังนี้ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านสภาพแวดล้อม รองลงมาคือ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ตามลำดับ จากการศึกษาได้มีข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุต่อบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ว่า

1. ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุเสนอแนะให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่ ออกตรวจสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ควรจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคแจกให้แก่ผู้สูงอายุ ควรมีการอำนวยความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่ ติดตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ควรมีการตรวจสอบกรรมวิธีในการประกอบอาหาร ของแต่ละครัวเรือนว่าได้มาตรฐานหรือไม่

2. ด้านจิตใจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรส่งเสริมให้เกิดผู้นำด้านอาชีพภายในกลุ่ม ผู้สูงอายุ ควรจัดให้มีกิจกรรมเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติธรรมหรือกิจกรรมทำบุญตักบาตรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุ การปฏิบัติธรรมหรือฝึกจิตใจให้สงบสุข ควรส่งเสริมให้เกิดการสร้างงานสร้างอาชีพ แก่ผู้สูงอายุ ควรจัดให้มีกิจกรรมรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ควรจัดกิจกรรมยกย่องผู้สูงอายุ ดีเด่นในแต่ละชุมชน ตำบลอย่างต่อเนื่องทุกปี

2.1 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดให้มีการพบปะ กันระหว่างผู้สูงอายุแต่ละท้องที่เพื่อให้เกิดการทำกิจกรรมนันทนาการแก่ผู้สูงอายุ ควรจัดตั้งชมรม สมาคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ควรให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและ ดำเนินการ

2.2 ด้านสภาพแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีมาตรการจัดหาถังขยะไว้ ทุกครัวเรือน ควรส่งเสริมให้ประชาชนแต่ละครัวเรือนจัดบ้านพักที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสม สะอาดอากาศถ่ายเทได้สะดวก ควรมีการตรวจสอบความสะอาดปลอดภัยของน้ำประปาที่แจกจ่าย ออกมาสู่ชุมชน ควรจัดให้มีคณะกรรมการดูแลเกี่ยวกับ ความปลอดภัยภายในหมู่บ้าน และควรจัดให้ มีกิจกรรมรณรงค์การรักษาความสะอาดของชุมชน หมู่บ้านเพื่อให้มีสภาพแวดล้อมที่ดีและเอื้ออำนวย ต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ

พระอธิการเชื่อน เขมธมโม (2556) ศึกษาระดับความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อบทบาทของพระสงฆ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน เพื่อเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของ ประชาชนที่มีต่อบทบาทของพระสงฆ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล 3. เพื่อเสนอแนะบทบาทของพระสงฆ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนดำเนินการวิจัย โดยวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ผลการวิจัย พบว่า

1. บทบาทพระสงฆ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนพื้นที่ อ.ห้วยคต จ. อุทัยธานี ทั้ง 3 ด้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4., S.D. =0.504) เมื่อ พิจารณา เป็นรายด้าน พบว่า ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตตามหลักธรรมทาง พระพุทธศาสนาและ การดำรงชีวิตตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98, S.D. =0.623) ส่วนในด้านการเป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องการเป็นพระสงฆ์นักพัฒนาและใช้แนวคิดเศรษฐกิจ พอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของวัดอยู่ใน ระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.04, S.D. =0.509) และด้านการสนับสนุน ส่งเสริม ประสานงานจาก ภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน พบว่า ประชาชน มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ -3.98, S.D. =0.564)

2. บทบาทพระสงฆ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนพื้นที่ อ.ห้วยคต จ. อุทัยธานี จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อบทบาทพระสงฆ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนกรณีศึกษาคณะสงฆ์ อ.ห้วยคต จ.อุทัยธานีแตกต่างกัน ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้

พระมหาทองชัย บุรณพิสุทธ์ (2545) ศึกษาเรื่อง บทบาทของวัดกับชุมชนเมืองในเขตบางรัก กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงบทบาทของวัดต่อชุมชนที่ปรากฏตามหลักการแห่งธรรมวินัย บทบาทของวัดต่อชุมชนเมืองที่เป็นอยู่จริงในปัจจุบัน บทบาทที่เหมาะสมของวัดต่อชุมชนในปัจจุบันและศึกษาถึงความสัมพันธ์ของวัดกับชุมชนผลการศึกษาพบว่า บทบาทของวัดกับชุมชนเมืองเขตบางรัก แบ่งเป็น 7 ด้านใหญ่ ๆ คือ 1. บทบาทด้านการศึกษา 2. บทบาทด้านการท่องเที่ยว 3. บทบาทด้านพิธีการทางศาสนา 4. บทบาทด้านสังคมสงเคราะห์ชุมชน 5. บทบาทด้านเป็นสถานที่พักผ่อน ออกกำลังกาย และกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ 6. บทบาทด้านการเป็นที่พึ่งพิงทางจิตใจ 7) บทบาทด้านเป็นแหล่งอนุรักษ์มรดกทางศิลปวัฒนธรรมไทย ซึ่งบทบาทเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นไปตามหลักการแห่งพระธรรมวินัยและอุดมคติทางศาสนามีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของชุมชนเมืองในระดับหนึ่ง ส่วนสัมพันธ์ระหว่างวัดกับชุมชนเมืองนั้น ตั้งแต่อดีตจนปัจจุบันมีความเกี่ยวเนื่องกัน 3 ด้าน คือ ความสัมพันธ์เชิงพื้นที่ความสัมพันธ์เชิงภาระหน้าที่และความสัมพันธ์ที่เป็นไปตามประเพณี และพิธีกรรมทางศาสนา ความสัมพันธ์ที่กล่าวมามีรากฐานมาจากหลักธรรมคำสอนของพระพุทธศาสนาที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของสังคมและชุมชนไทย

อับดุลคอเล็ด เจะแต (2555) ได้ศึกษาเรื่อง “กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนบ้านเกาะสวาด ตำบลไพรวัน อำเภอดงขี้เหล็กจังหวัดนราธิวาส” เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ วิจัยภายในและภายนอกชุมชนที่ส่งผลต่อการสร้าง กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนให้ประสบผลสำเร็จพบว่า บริบทของชุมชนส่งผลต่อการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วย 1. ภาวะผู้นำ 2. ผู้นำศาสนา 3. วัฒนธรรมประเพณีของชุมชน 4. ทุนทางสังคม 5. การสร้าง แรงจูงใจ สำหรับผลการศึกษาระบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนพบว่า ลำดับขั้นการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนากิจกรรมในชุมชน ได้แก่ 1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา 2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน 3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ 5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลจากการนำกระบวนการดังกล่าวมาใช้ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาชุมชนเกิดขึ้นในช่วงที่ชุมชนกำลังประสบกับปัญหา ส่งผลให้การดำเนินงานของคณะกรรมการที่เกิดจากการรวมตัวของแกนนำในชุมชนสามารถดำเนินงานได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตามการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนในชุมชนต่อกระบวนการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้น ได้อย่างเป็นรูปธรรมนั้นจะต้องอาศัยปัจจัยหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะการสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนโดยการใช้ศิลปวัฒนธรรมประเพณีของชุมชนเป็นเครื่องมือไปสู่การขับเคลื่อนกิจกรรมอื่น ๆ ให้เกิดขึ้นได้ อย่างเป็นรูปธรรมตลอดจนขาดบุคลากรที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพในการทำงานและรองรับการปฏิบัติงานในอนาคต

โดยสรุป จากวรรณกรรมดังกล่าว บ่งชี้ถึงนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกที่สำคัญที่ถูกคาดหวังในการที่จะนำพาคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นให้กับประชาชนในระดับพื้นที่โดยยึดหลักพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ให้คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกันที่จะนำไปสู่การเป็นสังคมไทยใสใจดูแลกัน ร่วมก้าวเดินสู่ประเทศไทย 4.0 โดยมีร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งการจะดำเนินการดังกล่าวจำเป็นต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เมื่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของผู้ที่ได้รับแต่งตั้งให้เข้ามารับบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยมีการสนับสนุนจากระดับกระทรวง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่อย่างไรก็ตามมีบทเรียนของพื้นที่ที่ดำเนินการนำร่อง รวมทั้งพื้นที่อำเภอในเขตสุขภาพที่ 4 ด้วย พบว่า บางพื้นที่สามารถดำเนินการที่ชัดเจน มีผลงานที่เป็นรูปธรรม ในขณะที่บางพื้นที่เริ่มดำเนินการ ทั้งนี้ก็อาจจะด้วยความหลากหลายและแตกต่างกันในบริบทของพื้นที่ ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยในพื้นที่ดำเนินการในระยะเวลายาวที่มีการดำเนินการนำร่องจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะในประเด็นการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน ว่าเป็นไปตามการคาดหวังที่กล่าวมาอย่างไร ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อน การที่จะทำให้การขับเคลื่อนไปได้อย่างต่อเนื่อง จึงได้มีการศึกษาเพื่อให้ได้ทราบสถานการณ์ของการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ที่จะนำไปสู่การสนับสนุนการขับเคลื่อนต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและ ลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4” ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้วิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) เพื่อที่จะทำได้ข้อค้นพบที่จะสะท้อนปรากฏการณ์ ทั้งเชิงกว้างและเชิงลึกในการที่จะนำไปสู่การได้ข้อเสนอแนะทางในการสนับสนุนการดำเนินงาน ตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งในพื้นที่เป้าหมายที่มีการ MOU ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามแนวทางพระราชรัฐ ในปี 2559 ที่อยู่ในจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 4 จังหวัด 8 อำเภอ ดังนี้

- 1.1 เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองนนทบุรี อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
- 1.2 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแก่งคอย ดอนพุด และมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี
- 1.3 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำสนธิ และท่าหลวง จังหวัดลพบุรี
- 1.4 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง และลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

2. ประชาชนในพื้นที่ดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต เลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ดำเนินการ ไม่น้อยกว่า 1 ปี เลือกจากพื้นที่ดำเนินการ ใน 4 จังหวัด ใน 8 อำเภอๆ ละอย่างน้อย 3 ราย เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ เป็นผู้ที่ไม่มีความบกพร่องทางกาย จิตใจและสติปัญญา รวมทั้งมีความสมัครใจในการให้ข้อมูล

3. ผู้บริหารระดับจังหวัด ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือรองผู้ว่าราชการจังหวัดที่ได้รับมอบหมาย จังหวัดละ 1 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 เครื่องมือการวิจัยสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Method) ได้แก่

1.1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

1.1.2 แบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยทบทวนจากร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.2560 แนวทางการดำเนินงานที่ชี้แจงให้พื้นที่ดำเนินการ บทเรียนจากการสังเคราะห์ประสบการณ์ของพื้นที่นำร่อง และแนวคิดการมีส่วนร่วม เป็นข้อความ ในเรื่องการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในบทบาทด้านที่ 1. การกระตุ้น หนุนเสริม จำนวน 4 ข้อ คะแนนสูงสุดคือ 20 คะแนน 2. เติมเต็มส่วนขาด จำนวน 4 ข้อ คะแนนสูงสุดคือ 16 คะแนน 3. ขับเคลื่อนการดำเนินงานและการติดตามประเมินผล จำนวน 6 ข้อ คะแนนสูงสุดคือ 24 คะแนน รวมทั้งสิ้น จำนวน 15 ข้อ 60 คะแนน โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตามการรับรู้ (Self-assessment) ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) ระดับการปฏิบัติตามบทบาท 4 ระดับ ดังนี้

1 ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย 0 ครั้ง

2 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติในข้อนั้น ๆ 1 - 4 ครั้ง

3 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านเคยปฏิบัติในข้อนั้น ๆ 5 - 8 ครั้ง

4 ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านเคยปฏิบัติในข้อนั้น ๆ 9 - 12 ครั้ง

การแปลความหมายระดับการปฏิบัติในภาพรวม ด้วยการนำผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรวม มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

49 - 60 หมายถึง ระดับมากที่สุด

37 - 48 หมายถึง ระดับมาก

25 - 36 หมายถึง ระดับปานกลาง

13 - 24 หมายถึง ระดับน้อย

1- 12 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การแปลความหมายระดับการปฏิบัติรายด้าน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามไม่เท่ากัน แต่ละข้อมีความสำคัญเท่ากัน นำค่าเฉลี่ยจากการวิเคราะห์รายด้านมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ได้จากการนำคะแนนสูงสุดของแต่ละด้านมาแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ จากระดับมากที่สุด ถึง ระดับน้อยที่สุด

การแปลความระดับการปฏิบัติตามบทบาทรายข้อ นำค่าเฉลี่ยรายข้อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ระดับการปฏิบัติ ดังนี้

3.3 - 4.0 หมายถึง ระดับมากที่สุด

2.5 - 3.2 หมายถึง ระดับมาก

1.7 - 2.4 หมายถึง ระดับปานกลาง

0.9 - 1.6 หมายถึง ระดับน้อย

0.0 - 0.8 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

1.1.3 แบบสอบถามระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ ที่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้นเอง โดยทบทวนจากเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิต แนวคิดคุณภาพชีวิต บทเรียนจากการถอดบทเรียนการดำเนินการของพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งข้อคำถามจะถามในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต 1. ทางกาย กายภาพ จำนวน 5 ข้อ คะแนนสูงสุดคือ 25 คะแนน 2. ทางจิตใจ อารมณ์ สังคม จำนวน 4 ข้อ คะแนนสูงสุดคือ 20 คะแนน 3. ทางความคิด ปัญญา วินัย จำนวน 4 ข้อ คะแนนสูงสุด คือ 20 คะแนน และการลดความเหลื่อมล้ำ จำนวน 5 ข้อ คะแนนสูงสุดคือ 25 คะแนน รวมทั้งสิ้น 18 ข้อ คะแนนรวมคือ 90 คะแนนโดยแต่ละข้อ มีเกณฑ์ระดับการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในข้อนี้กับประชาชน น้อยที่สุด
- 2 หมายถึง ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในข้อนี้กับประชาชน น้อย
- 3 หมายถึง ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในข้อนี้กับประชาชน ปานกลาง
- 4 หมายถึง ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในข้อนี้กับประชาชน มาก
- 5 หมายถึง ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในข้อนี้กับประชาชน มากที่สุด

การแปลความหมายระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำในภาพรวมด้วยการนำผลการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยรวม มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---------|---------|-----------------|
| 73 – 90 | หมายถึง | ระดับมากที่สุด |
| 55 – 72 | หมายถึง | ระดับมาก |
| 37 - 54 | หมายถึง | ระดับปานกลาง |
| 19 – 36 | หมายถึง | ระดับน้อย |
| 1– 18 | หมายถึง | ระดับน้อยที่สุด |

การแปลความหมายระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่รายด้าน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามไม่เท่ากัน แต่ละข้อมีความสำคัญเท่ากัน นำค่าเฉลี่ยจากการวิเคราะห์รายด้านมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ที่ได้จากการนำคะแนนสูงสุดของแต่ละด้านมาแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ จากระดับมากที่สุด ถึง ระดับน้อยที่สุด

การแปลความระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่รายข้อ นำค่าเฉลี่ยรายข้อ เปรียบเทียบเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ ดังนี้

- | | | |
|-----------|---------|-----------------|
| 4.1 – 5.0 | หมายถึง | ระดับมากที่สุด |
| 3.1 – 4.0 | หมายถึง | ระดับมาก |
| 2.1 – 3.0 | หมายถึง | ระดับปานกลาง |
| 1.1 – 2.0 | หมายถึง | ระดับน้อย |
| 0.0 – 1.0 | หมายถึง | ระดับน้อยที่สุด |

1.2 เครื่องมือการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) จะใช้แนวคำถามตามประเด็นในวัตถุประสงค์การวิจัย ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อเก็บข้อมูลในประเด็น การขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ

อำเภอ ผลงานหรือความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค การสนับสนุนในการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการ

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

2.1 หาความเที่ยงตรง (Validity) ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board) และระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการศึกษาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

2.2 หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α coefficient) ของครอนบาค (Cronbach Alpha) โดยแบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88 ส่วนแบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาชื่อยานามและจำนวนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามคำสั่งแต่งตั้ง ในปีที่ผ่านมา ของพื้นที่ใน 4 จังหวัด 8 อำเภอ เพื่อวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประสานผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของแต่ละจังหวัด แต่ละอำเภอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากประชากรเป้าหมาย

3. ชักซ้อมความเข้าใจกับผู้ช่วยเก็บข้อมูล ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการใช้แบบสอบถามเชิงปริมาณที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และทำความเข้าใจในแนวทางการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพตามแนวทางสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล เข้าพบกลุ่มเป้าหมาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา เมื่อกลุ่มเป้าหมายเข้าใจ และยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ จึงทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และนัดหมายขอเข้าพบเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม

5. ผู้วิจัยขอรับแบบสอบถามกลับ และถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม นำไปวิเคราะห์และประมวลผลต่อไป

6. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้รับการทำความเข้าใจในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะมีมีการปฏิบัติดังนี้ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธในการให้ข้อมูลครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการของกลุ่มตัวอย่างด้านสุขภาพแต่อย่างใด ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากกรให้ข้อมูล ก็สามารถทำได้ทันที โดยรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล ที่สามารถระบุถึงตัวกลุ่มตัวอย่างได้ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและหากกลุ่มตัวอย่าง

มีข้อสงสัยในการวิจัยครั้งนี้ก็สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความสมัครใจและยินดีให้ข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ตามประเด็นในการวิจัยครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่เป้าหมาย 8 อำเภอ ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์จากนายอำเภอ 8 อำเภอ และ ผู้บริหารระดับสูงของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่ละจังหวัด ทั้ง 4 จังหวัด สำหรับโครงร่างวิจัยและเครื่องมือการวิจัย ได้เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจาก 3 ส่วน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญจากสถานการศึกษา ผู้เชี่ยวชาญศูนย์วิชาการ และผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษา เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วว่า โครงร่างวิจัยและเครื่องมือมีความค้ำประกันในสิทธิ ความเสี่ยงและความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง จนกระทั่งผู้ให้ข้อมูลมีความสมัครใจและยินดีให้ข้อมูล จึงดำเนินการในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับการปฏิบัติตามบทบาท และระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ
2. สถิติการวิเคราะห์ถดถอย (Regression analysis) เพื่อวิเคราะห์ผลของการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน
3. วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เน้นด้านความรู้สึก นึกคิด จิตใจ ตีความหมายเรียบเรียงเป็นร้อยแก้ว และสรุปประเด็นแยกเป็นหมวดหมู่

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบ่งการศึกษออกเป็น 2 วิธี คือ 1. การศึกษาเชิงปริมาณด้วยการใช้แบบสอบถาม และ 2. การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviewing) และอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) ผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ให้ข้อมูล คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 8 อำเภอ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. คุณลักษณะทั่วไปของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
2. การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน
4. ผลของการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ
5. การขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
6. ปัจจัยเอื้อสู่ความสำเร็จ
7. ข้อจำกัด ปัญหา และอุปสรรค
8. ข้อเสนอการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจงที่จะให้เป็นผู้ตอบแบบสอบถามของการศึกษา คือ คณะกรรมการที่จะทำหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ ที่ได้รับการเลือกให้เป็นคณะกรรมการโดยมีคำสั่งของแต่ละอำเภอ ที่ได้มีการ MOU เพื่อการดำเนินการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4 ในปี 2559 จำนวน 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอแก่งคอย อำเภอผักไห่ อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี, อำเภอท่าหลวง อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี, อำเภอลำลูกกา อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี และอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จากข้อมูลที่เป็นเอกสารคำสั่งของแต่ละอำเภอ พบว่า มีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่จะทำหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดย 7 อำเภอ ใช้ชื่อว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) องค์ประกอบของคณะกรรมการ มีนายอำเภอ เป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอ เป็นเลขานุการ ในส่วนของคณะกรรมการจัดให้มีผู้แทนที่มาจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนโดยจำนวนของภาคเอกชน เป็นองค์ประกอบที่มีจำนวนน้อยที่สุดบางพื้นที่มีเพียง 1 คน จำนวนรวมทั้งหมดของคณะกรรมการชุดนี้ ใน 7 อำเภอ อยู่ที่จำนวน 15 ถึง 25 คน มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ลงนามในคำสั่ง

มีเพียง 1 อำเภอที่ใช้ชื่อว่า คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) โดยแบ่งให้เป็นคณะทำงานฝ่ายดำเนินการระดับอำเภอ มีสาธารณสุขอำเภอเป็นประธาน ส่วนนายอำเภอเป็นผู้ลงนามในคำสั่ง และได้แต่งตั้งให้มีคณะทำงานฝ่ายดำเนินการระดับตำบล เกือบครบทุกตำบล แต่ละตำบลมีประธานที่มาจากภาคส่วนที่ต่างกัน

คณะกรรมการที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามครั้งนี้ จึงเป็นผู้ที่มีรายชื่อในคำสั่ง ในปี 2559 ที่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นคณะกรรมการมาถึงปัจจุบัน ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล จำนวนของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 146 ราย จาก 8 อำเภอ พบว่า เป็นผู้ที่เป็ตัวแทน**ภาครัฐ** มากที่สุด ร้อยละ 76.04 รองลงมาเป็น**ภาคประชาชน** ร้อยละ 13.69 และ**ภาคเอกชน** ร้อยละ 10.27 โดยในส่วนของภาครัฐ เป็นตัวแทนจากหน่วยงานสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข) มากที่สุด ร้อยละ 34.93 รองลงมา เป็นหน่วยงานปกครอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และพัฒนาการอำเภอ (กระทรวงมหาดไทย) ร้อยละ 30.81 หน่วยงานทางการศึกษา (กระทรวงศึกษาธิการ) ร้อยละ 8.93 และน้อยที่สุด เป็นจากหน่วยงานเกษตรอำเภอ (กระทรวงเกษตรและสหกรณ์) ร้อยละ 1.37 (ดังตารางที่ 4.1)

เพศ ของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 54.8 และ 45.2 ตามลำดับ) **อายุ** ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 46.6 รองลงมา 40 - 49 ปี ร้อยละ 26.0 **ระดับการศึกษา** ส่วนใหญ่คือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 47.2 และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 34.9 **สถานภาพสมรส** ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.0 รองลงมาโสด ร้อยละ 16.4 **รายได้** ของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด คือ 50,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 28.1 รองลงมา 30,000-39,999 ร้อยละ 25.3 และ 40,000-49,999 ร้อยละ 22.6 ส่วนใหญ่เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 74.0

ความพึงพอใจ ในการเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 50.7 รองลงมาระดับปานกลางและระดับมากที่สุดใกล้เคียงกัน ร้อยละ 26.7 และ ร้อยละ 20.5 (ดังตารางที่ 4-1)

ตารางที่ 4-1 : คุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 146)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	80	54.8
หญิง	66	45.2
อายุ		
20 - 29 ปี	7	4.8
30 - 39 ปี	8	5.5
40 - 49 ปี	38	26.0
50 - 59 ปี	68	46.6
60 ปีขึ้นไป	25	17.1

ตารางที่ 4-1 : คุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 146) (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าอนุปริญญา	20	13.7
อนุปริญญา หรือ ปวส.	6	4.2
ปริญญาตรี	69	47.2
สูงกว่าปริญญาตรี	51	34.9
สถานภาพสมรส		
คู่	108	74.0
โสด	24	16.4
แยกคู่กัน/หม้าย/หย่าร้าง	14	9.6
รายได้ (ต่อเดือน)		
น้อยกว่า 20,000 บาท	18	12.3
20,000-29,999 บาท	17	11.6
30,000-39,999 บาท	37	25.3
40,000 -49,999 บาท	33	22.6
50,000 บาทขึ้นไป	41	28.1
ภาคส่วน/หน่วยงาน		
ภาครัฐ	111	76.04
หน่วยงานสาธารณสุข	51	34.93
หน่วยงานปกครอง	21	14.38
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	19	13.01
หน่วยงานทางการศึกษา	13	8.93
หน่วยงานพัฒนาการอำเภอ	5	3.42
หน่วยงานเกษตรอำเภอ	2	1.37
ภาคประชาชน	20	13.69
ภาคเอกชน	15	10.27
ระยะเวลาเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ		
ต่ำกว่า 1 ปี	26	17.80
1 – 5 ปี	108	74.00
มากกว่า 5 ปี	12	8.20

ตารางที่ 4-1 : คุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 146) (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความพึงพอใจในการเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ		
น้อยที่สุด	0	0.0
น้อย	3	2.1
ปานกลาง	39	26.7
มาก	74	50.7
มากที่สุด	30	20.5

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, 2561

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

หลังจากได้มีการบันทึกความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามแนวทางพระราชรัฐ โดยได้ขอให้พื้นที่ในเขตสุขภาพต่าง ๆ ทั่วประเทศ เข้าร่วมเป็นพื้นที่อำเภอ นำร่อง ปี 2559 โดย อำเภอในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ได้เข้าร่วม 8 อำเภอ และได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอของแต่ละอำเภอ โดยช่วงเวลาที่มีการออกคำสั่งแต่งตั้งกรรมการของ 8 อำเภอ เป็นช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2559

บทบาทหน้าที่ที่คณะกรรมการตามคำสั่งที่แต่ละอำเภอกำหนดไว้นั้น พบว่า อำเภอในจังหวัดเดียวกัน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพที่มีสาระเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันในรายละเอียด ระหว่าง 4 จังหวัดนี้

จังหวัดสระบุรี กำหนดให้คณะกรรมการ มีหน้าที่พิจารณาเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติงานในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต และงบประมาณ สนับสนุนส่งเสริมความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ รวมทั้ง การมีส่วนร่วมของชุมชน รับฟังเสียงจากประชาชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ติดตามประเมินผลความก้าวหน้า รวมไปถึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ คณะที่ปรึกษา ที่เป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง เป็นที่ยอมรับ เช่น เจ้าอาวาสวัด อดีตรองผู้ว่าราชการ และอดีตข้าราชการ ร่วมด้วย โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ที่มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนของแต่ละอำเภอเป็นประธาน ลักษณะหน้าที่ของคณะนี้ก็เปรียบเสมือนคณะทำงานที่ต้องขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตตั้งแต่การคิดกำหนดประเด็นปัญหา ตัวชี้วัด จัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนงบประมาณ ดำเนินการแก้ไข รวมถึงการรายงานผลความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานด้วย

จังหวัดลพบุรี กำหนดให้คณะกรรมการ มีหน้าที่พิจารณาเห็นชอบต่อแผนพัฒนาสุขภาพชีวิตและคุณภาพชีวิต แผนการปฏิบัติงาน งบประมาณ พิจารณาเห็นชอบรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงาน นวัตกรรมในการจัดหาและนำทรัพยากรมาใช้ร่วมกัน รวมถึงติดตามและประเมินผลการดำเนินงานทาง และดำเนินการอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งไม่ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ

จังหวัดปทุมธานี กำหนดว่าคณะกรรมการ จะต้องกำหนดนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต รวมทั้งแผนการใช้งบประมาณ สนับสนุนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จัดหาทรัพยากร สรรหาและคัดเลือก คณะทำงานที่จะดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ รวมถึงสรุป ประเมินผล และรายงานความก้าวหน้า การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของอำเภอ นอกจากนี้มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินงานตามประเด็นปัญหาของพื้นที่

จังหวัดนนทบุรี อำเภอเมือง จะมีความแตกต่างจาก 3 จังหวัดที่กล่าวมา โดยได้กำหนดให้คณะทำงานฝ่ายดำเนินการระดับอำเภอ มีบทบาทหน้าที่ กำหนดกรอบ นโยบาย ทิศทาง และวางแผนการดำเนินงาน สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ ติดตามควบคุม กำกับการดำเนินงาน ที่เน้นไปที่การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในขณะที่เดียวกันก็ได้แต่งตั้ง คณะทำงานฝ่ายดำเนินการระดับตำบลรายตำบล ที่มีบทบาทหน้าที่กำหนดแนวทาง เป้าหมายและการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่ จัดทำแผนปฏิบัติการในการพัฒนาสุขภาพเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ประสานความร่วมมือในพื้นที่ จัดหาและร่วมสนับสนุนงบประมาณ ส่งเสริมการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ รวมทั้งติดตามประเมินผลและรายงานให้คณะกรรมการระดับจังหวัดทราบ

ซึ่งบทบาทหน้าที่ดังที่กล่าวมา หากจำแนกลักษณะที่ต้องการให้คณะกรรมการปฏิบัติได้ดังนี้ 1. การกำหนด พิจารณา นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนงบประมาณ 2. สนับสนุน จัดหาและพิจารณานำทรัพยากรมาใช้ 3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4. ติดตาม ควบคุมกำกับ ประเมินผลความก้าวหน้า 5. แต่งตั้งคณะทำงานหรืออนุกรรมการ เพื่อมาดำเนินงานแก้ปัญหา

ในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นที่จะศึกษาระดับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation) ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน โดยได้จำแนกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 1. การกระตุ้นหนุนเสริม เป็นขั้นตอนที่เป็นการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นในการคิดวิเคราะห์ วางแผน กำหนดทิศทาง เป้าหมาย รวมทั้งร่วมในการกระตุ้นและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตจากทุกภาคส่วน ในการศึกษาครั้งนี้เรียกขั้นตอนนี้ว่า **“ร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ”** 2. การเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากรที่ใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นขั้นตอนที่เป็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุง สนับสนุน และติดตามกำกับ การได้มาของทรัพยากร การบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เรียกว่า **“ร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็ม”** 3. การขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงาน เป็นขั้นตอนการมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผนที่กำหนด หาทางแก้ไขจัดการให้บรรลุเป้าหมาย โดยการติดตามประเมินผลผ่านการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และการสะท้อนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เรียกว่า **“ร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมประเมินผล”**

ผลการวิเคราะห์จากการตอบแบบสอบถามของคณะกรรมการ ทั้ง 8 อำเภอ พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean 36.92, S.D.= 6.52) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงาน หรือ“ร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมประเมินผล” มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก (Mean=16.34, S.D.= 3.39) ส่วนด้านกระตุ้น หนุนเสริมหรือ “ร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ” อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=10.92, S.D.= 6.52) และระดับการปฏิบัติตามบทบาทได้ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean=9.66 S.D.= 1.89) คือ ด้านการเติมเต็มส่วนขาดทรัพยากรที่ใช้ หรือ“ร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็ม” อยู่ในระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 4-2)

ตารางที่ 4-2: ระดับการปฏิบัติตามบทบาทของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 (n = 146)

บทบาทของ คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ระดับการปฏิบัติ		
	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
1. ท่านมีส่วนร่วมในการกระตุ้น หนุนเสริม หรือ “ร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ” ดังนี้	10.92	6.52	ปานกลาง
1.1) ร่วมคิด วิเคราะห์และกำหนดปัญหา สาเหตุ ของพื้นที่	2.02	0.87	ปานกลาง
1.2) ร่วมกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง แผนยุทธศาสตร์ / แผนงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่	2.03	0.88	ปานกลาง
1.3) ร่วมกำหนดหรือพิจารณาแผนงบประมาณที่จะใช้พัฒนา	2.32	0.88	ปานกลาง
1.4) สนับสนุนและส่งเสริมให้มีความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ	2.33	0.88	ปานกลาง
1.5) สนับสนุนให้ชุมชน ประชาชนเข้าร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต	2.23	0.85	ปานกลาง
2. ท่านมีส่วนร่วมในการเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร หรือ “ร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็ม” ดังนี้	9.66	1.89	ปานกลาง
2.1) พัฒนาหรือปรับปรุง สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพที่จะเกิดกับประชาชน	2.36	0.68	ปานกลาง
2.2) สนับสนุนให้คณะกรรมการได้นำทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น ภาคเอกชน มาร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่	2.48	0.59	ปานกลาง

ตารางที่ 4-2: ระดับการปฏิบัติตามบทบาทของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 4 (n = 146) (ต่อ)

บทบาทของ คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ระดับการปฏิบัติ		
	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
2. ท่านมีส่วนร่วมในการเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร หรือ “ร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็ม” (ต่อ)			
2.3) ร่วมพิจารณา และจัดสรรการใช้ทรัพยากรเงิน สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน	2.42	0.61	ปานกลาง
2.4) ร่วมติดตาม กำกับให้มีการบริหารจัดการทรัพยากร อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม	2.40	0.64	ปานกลาง
3. ท่านมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนและประเมินผลการ ดำเนินงาน หรือ “ร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมประเมินผล” ดังนี้	16.34	3.39	มาก
3.1) นำแผนงานที่กำหนดโดยคณะกรรมการ ไปดำเนินการ ตามที่ได้รับมอบหมาย	2.46	0.55	ปานกลาง
3.2) ดำเนินงานแก้ปัญหาพื้นที่โดยประสาน เชื่อมโยงกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	2.93	0.75	มาก
3.3) รับฟังข้อร้องเรียน คำร้องทุกข์ จากประชาชน ชุมชน และนำมาเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการ	2.79	0.74	มาก
3.4) ร่วมประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ในอำเภอ	2.71	0.80	มาก
3.5) ใช้ข้อมูลหลักฐานต่างๆ ประกอบการประเมินผลการ ดำเนินงาน	2.71	0.76	มาก
3.6) เสนอแนะและให้ความเห็น ต่อคณะกรรมการและ ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุง ต่อยอด การดำเนินงานพัฒนา คุณภาพชีวิตในพื้นที่	2.75	0.71	มาก
รวม	36.92	6.52	ปานกลาง

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, 2561

ในการศึกษานี้ เสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณควบคู่ไปกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการลงพื้นที่สัมภาษณ์คณะกรรมการ ใน 8 อำเภอ พบว่า

การปฏิบัติตามบทบาทของการขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงาน หรือ “**ร่วมทำร่วมแก้ไข ร่วมประเมินผล**” สามารถดำเนินการได้ดี แต่การร่วมทำ ยังเป็นการรับการประสาน เป็น **ครั้งคราวหรือแต่ละกิจกรรม** โดยคณะกรรมการส่วนใหญ่ ให้ข้อมูลว่าได้มีส่วนร่วมหรือเข้าไปร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาในชุมชน การทำบทบาทเป็นการทำตามที่ได้รับประสาน โดยได้รับการประสานให้ร่วมในกิจกรรมที่ทางผู้รับผิดชอบหลักในเรื่องนั้นกำหนดไว้ ส่วนใหญ่เป็นจากหน่วยงานทางสาธารณสุข ส่วนอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เชิญเข้าร่วมประชุม ร่วมกิจกรรมรณรงค์ การลดอุบัติเหตุบนท้องถนนในชุมชน ร่วมสนับสนุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส ร่วมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงหรือผู้พิการ สนับสนุนทรัพยากร ทั้งนี้ ก็แล้วแต่ประเด็นที่ทางพื้นที่ได้กำหนดในการแก้ปัญหาซึ่งตั้งนั้นจึงเห็นได้ว่าผลการวิเคราะห์รายชื่อในแบบสอบถามของการปฏิบัติตามบทบาทในด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ การขับเคลื่อนและประเมินผล แสดงว่าคณะกรรมการมองว่าตนได้มีส่วนร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมประเมินผลงาน โดยเฉพาะข้อการดำเนินงานแก้ปัญหาพื้นที่ โดยประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ที่ 2.93 รองลงมาเป็นการรับฟังข้อร้องเรียน คำร้องทุกข์จากประชาชนชุมชนและนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการ ที่มีค่าเฉลี่ย 2.79 เสนอแนะและให้ความเห็น ค่าเฉลี่ย 2.75 โดยมีข้อความที่สะท้อนให้เห็นว่ามีการร่วมทำ ร่วมแก้ไข เช่น

“เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุที่เราไม่ได้ทำเชิงรับอย่างเดียว ทำเชิงรุกด้วย ซึ่งทีมงานของ DHB ทำงานได้เข้มแข็ง สัมผัสได้ว่าอุบัติเหตุในช่วงวันเทศกาล ไม่มีตาย เป็นศูนย์ด้วย รณรงค์ต่อเนื่องมาแล้วไม่ซ้ำ ตำรวจ ทหาร ฝ่ายปกครองก็เดินรณรงค์ (นายอำเภอ)”

“ประเด็นที่เราได้คัดกรองออกมา 3 ปัญหา และได้ร่วมทำ คือ ที่อยู่อาศัย อุบัติเหตุและอาหารปลอดภัย ซึ่งอาหารปลอดภัยนี้เดี๋ยวนี้เจ้าของตลาดที่เป็นเอกชนก็จะดูแลเรื่องสถานที่ประกอบด้วยโรงพยาบาล สสจ. (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) สสอ.(สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) ที่เค้ารับผิดชอบอยู่ เจ้าของตลาดก็ตั้งใจจะยกฐานตลาดให้มีคุณภาพ ก็ร่วมกับทางท่านเกษตร ให้มาเสริมในเรื่องต้นน้ำปลายน้ำที่จะต้องนำผักอะไรมาส่งที่ตลาด (นายก อบท.)”

“เรารู้แต่ว่าประสานมาให้ทำอะไร เมื่อไหร่ ที่ไหน ส่วนใหญ่เราก็ไปช่วยตามนั้น แต่ถ้าถามว่าเรารู้รายละเอียดทั้งหมดมั๊ย ก็ไม่รู้ละ (ภาคเอกชน) “ก็ได้ไปร่วมเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงร่วมรณรงค์ลดอุบัติเหตุ เป็นงานๆไปนะ อันนี้ก็ใช้การพัฒนาคุณภาพชีวิตมั๊ยหละ (ภาคประชาชน)”

“เรื่องคุณภาพชีวิตผมเอาที่ตรงกับประชาชนเลยนะ คือที่เราไปดูผู้ป่วยที่ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการด้วยครับ เหมือนเราได้เข้าไปเยี่ยมเขา แล้วเขากลับมาดีขึ้นเราก็ภูมิใจ (นายก อบต.)”

“คำว่า พขอ. เราพูดกันมาไม่กี่เดือนเนอะ แต่ DHS ก็ประมาณ 2-3 ปี แล้วก็ทำเรื่องอุบัติเหตุ ตอนนั้นโรงพยาบาลมีข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุปีละ 13-14 คน ก็เลยกลับมามองว่าต้องมีเครือข่าย ก็เลยคิดเชิญประชุมภาพอำเภอ นายอำเภอมานั่งหัวโต๊ะ เชิญตำรวจ อบต. ผู้นำชุมชน แขนงการทางหลวงมาคุยกัน ช่วงแรกเป็นทำภาพอำเภอมั่นเด่นขึ้นในการแก้จุดเสี่ยง แต่ความรุนแรงยังไม่ค่อยลด พบปัญหาในรูปแบบกรรมการอำเภอมั่นใหญ่ไป 30-40 คน ทำงานแล้วขับเคลื่อนยาก (พยาบาลจากโรงพยาบาล)”

การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการส่วนใหญ่ “การร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมติดตามประเมินผล” ยังทำได้น้อย คณะกรรมการส่วนใหญ่ก็จะได้ทราบความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง แต่เป็นลักษณะมารับฟังจากหน่วยงานที่รับผิดชอบนำเสนอในที่ประชุม การได้ให้ความเห็นหรือเสนอแนะต่อการดำเนินงาน การได้ร่วมกำหนดเป้าหมาย ทิศทางแผนงานร่วมกัน รวมทั้งความสำเร็จ ยังไม่ค่อยเกิดขึ้น ดังที่คณะกรรมการให้ข้อมูลว่า

“คือมันขาดกระบวนการกับแนวคิดและวิธีการเอง มันต้องมีคนชวนคิด ชวนคุย ต้องวิ่งประสานมานั่งโต๊ะพูดคุยกันว่าใครจะเป็นคนทำอะไร ให้ตั้งความยากมาให้ตั้งความต้องการว่าคุณจะพัฒนาอะไร เราจะแก้ปัญหาอย่างไร ได้ประเมินผลมั้ย จะทำอะไรให้ดีขึ้น เจ้าภาพหลักต้องคิดเป็น ซึ่งมันไม่ยากหรอกเพราะคนของเรามีศักยภาพกันทุกคน ที่มาเก่งทุกคนนะ แต่มันยังไม่มีกระบวนการนี้ (ปลัดอำเภอ)”

“ตอนนี้ก็ได้คุยกับท่าน สสอ. เมื่อได้ประเด็นในการขับเคลื่อนต่อไปเราต้องประชุมทำแผนการดำเนินงานให้ชัดเจนยิ่งขึ้น แต่ด้วยงานหลากหลายเข้ามา ทำให้ พชอ.ถูกทิ้งมานาน (นายอำเภอ)”

“ตอนนี้เวทีการตามงานยังน้อย ตอนนี้ 100 เปอร์เซ็นต์ ผมให้แค่ 70 ยังไม่สม่ำเสมอ ผมว่าถ้าตามงาน ให้นำเสนอบ่อยให้คณะกรรมการติดตามงาน ผลงานแต่ละส่วนจะได้กระตุ้น (ปลัดอำเภอ)”

“มันเคลื่อนแบบไม่ครบวงจร แผนก็ยังแยกส่วน ยังไม่เป็นภาพรวมจริง ๆ การติดตามควบคุมกำกับก็เหมือนกะทอนกะแท่นอยู่ การสรุปผลยังไม่สรุปให้เห็นชัด คณะกรรมการไม่ได้มาสะท้อนการรายงานภาพรวมชัดเจน (ปลัดอำเภอ)”

คณะกรรมการ เกือบทุกพื้นที่ที่เก็บข้อมูล โดยเฉพาะจากภาคเอกชน ภาคประชาชน ยังไม่ได้ทราบในเรื่องแผนงาน เป้าหมาย หรือตัวบ่งชี้ความสำเร็จอย่างชัดเจน เพียงได้รับรู้ถึงสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นจากกิจกรรมที่ทำครั้งนั้น ๆ ซึ่งก็สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์แบบสอบถามที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติในการนำแผนงาน ที่กำหนดโดยคณะกรรมการไปดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมาย มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด อยู่ที่ 2.46 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการวิเคราะห์ในด้านการกระตุ้น หนุนเสริมหรือร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ เป็นด้านที่คณะกรรมการหลายราย ในหลายพื้นที่ยังปฏิบัติได้ไม่ชัดเจน ค่าเฉลี่ยไม่สูง ในการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ กำหนดปัญหาสาเหตุของพื้นที่ (ค่าเฉลี่ย 2.02) รวมไปถึงการร่วมกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง แผนยุทธศาสตร์ แผนงบประมาณ (ค่าเฉลี่ย 2.03) ทั้งนี้ความถี่ในการประชุมคณะกรรมการแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน โดยตั้งแต่เริ่มมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ ในปี 2559 ถึงช่วงที่เก็บข้อมูล (มีนาคม 2561) ส่วนใหญ่มีการประชุมร่วมกันเพียง 1-3 ครั้ง

การปฏิบัติตามบทบาทในการเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร หรือ “ร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็ม” เป็นด้านที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด โดยเฉพาะในเรื่องการได้ร่วมปรับปรุงสิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพที่จะเกิดกับประชาชน กับการได้ร่วมติดตามกำกับการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยที่ 2.36 และ 2.40 ในขณะที่การร่วมสนับสนุนให้มีการนำทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นมาใช้ ร่วมกับการพิจารณาจัดสรรการใช้ทรัพยากรเงิน สถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติที่สูงกว่า 2.48 และ 2.42 จากการสัมภาษณ์คณะกรรมการ ให้ข้อมูลคล้ายกันว่า การได้ร่วมเกี่ยวกับเรื่องงบประมาณนั้นตนมีส่วนเกี่ยวข้องไม่มาก เนื่องจากมองว่าเรื่องงบประมาณ เป็นส่วนที่ได้จากหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งระบบการบริหารจัดการและการตรวจสอบ

อยู่แล้ว โดยเฉพาะส่วนท้องถิ่น ที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพื่อการดูแลประชาชนในพื้นที่

“เรื่องงบประมาณนี้ คิดว่าก็น่าจะเป็นเรื่องของแต่ละหน่วยงานแหละ จริง ๆ ในส่วนของอปท. (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) นี้ก็มีงบประมาณมาจาก สปสช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) นะ ก็เป็นอำนาจหน้าที่ของท้องถิ่นอยู่แล้วที่จะต้องพัฒนาคุณภาพชีวิตดูแลผู้ป่วย เยาวชน ยาเสพติด ครอบคลุมหมดนะครับ จะปล่อยให้สาธารณสุขเขาจะใช้งบประมาณตรงไหน เขาไปไม่ได้ก็ต้องท้องถิ่นเราเนียแหละ (ตัวแทนภาครัฐ อปท.)”

“ในเรื่องอุบัติเหตุผมมองว่าไม่จำเป็นต้องใช้เงิน มันอยู่ที่หน่วยงานหลักส่วนหนึ่ง เช่น ถนน ไฟ สภาพความซรุขระในการเกิดอันตรายจากการขับขีรถจักรยานยนต์ ก็มีคนรับผิดชอบ แต่ความจริงใจในการแก้ปัญหาอีกส่วนหนึ่ง (นายอำเภอ)”

ส่วนทรัพยากรที่มาจากภาคเอกชน และภาคประชาชน บางพื้นที่ก็อาจจะไม่สะดวกหรือไม่มากนัก คณะกรรมการมองว่า ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ กล่าวคือ หากพื้นที่ใดมีบริษัท โรงงาน องค์กรเอกชนอื่นๆ ที่มีกิจการขนาดใหญ่ มีทรัพยากรเพียงพอที่จะแบ่งปัน มีระบบและโครงการ ดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคมที่เป็นการรับผิดชอบต่อชุมชนและสังคม ก็จะมีโอกาสที่จะได้รับการสนับสนุน แบ่งปันทรัพยากร ได้มากกว่า อำเภอที่มีกิจการเอกชนขนาดเล็ก มีทรัพยากรน้อย แม้ว่าจะต้องการสนับสนุนแบ่งปันให้แก่ชุมชน ก็สนับสนุนได้น้อยหรือเป็นบางครั้งบางกิจกรรม

“แต่ละพื้นที่แต่ละอำเภอมีสถิติภาพต่างกัน บางพื้นที่มีเอกชน มีโรงงานเยอะ คุยสองคำก็จบ บางพื้นที่มีโรงงานน้อย อย่างของเราไม่มีอะไร จะ start ยังไง ทั้ง ๆ ที่ผมเชื่อว่าถ้าหากเขามีเขาช่วยอยู่แล้ว (นายอำเภอ)”

“อย่างเอกชนที่เราขอให้เขาสนับสนุน เขาให้มัย เขาก็ให้แหละ ส่วนใหญ่ที่เคยให้ก็จะเป็นที่เดิม ๆ บางทีเราขอเขา จนเกรงใจ (ปลัดอำเภอ)”

ในขณะที่บางพื้นที่มีบริษัทหรือโรงงานขนาดใหญ่ ซึ่งมีระบบการดำเนินกิจกรรม เพื่อสังคมอยู่แล้วด้วยและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบด้วย ก็มักจะได้รับการสนับสนุนโดยสะดวกกว่า

“อย่างโรงงาน เช่น ปูน SCG เค้าก็ทำ CSR กับนายอำเภอ ต่างฝ่ายต่างได้รับประโยชน์นี้เราก็ได้ผลิตภัณฑ์ของเค้ที่นำมาซัพพอร์ตให้เรา ก็ได้ดูแลประชาชนทั้งอำเภอ (ปลัดอำเภอ)”

อย่างไรก็ตามข้อมูล ที่ระบุคณะกรรมการยังไม่ได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้ครบทุกชั้นของการมีส่วนร่วม หรือบทบาทที่ต้องปฏิบัติตามที่กำหนดในคำสั่งแต่งตั้ง โดยเฉพาะอำนาจหน้าที่ที่กำหนดในร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.2560 ทั้งนี้เนื่องด้วยยัง**ไม่ได้รับรู้บทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน** คณะกรรมการ กล่าวว่า

“ที่เพิ่งจะรู้ ไม่นานนี้เอง ว่าเค้แต่งตั้งให้เป็นกรรมการ ก็ยังงงๆ ว่าแล้วต้องทำอะไรบ้าง แต่ถ้าถามว่าเราเคยทำงานในชุมชนมัย ก็เคยนะ (ตัวแทนภาครัฐ)”

“เค้เชิญมาก็มาอยู่แล้ว เราให้ความร่วมมือกับภาครัฐ เราก็ได้ประโยชน์ เอกชนส่วนใหญ่ก็ไม่ขัดหรอก แต่บทบาทหน้าที่ก็ไม่แน่ใจนะ เค้ให้ช่วยอะไรก็ทำตามที่ทำได้ (ตัวแทนภาคเอกชน)”

“หมอ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) บอกว่าจะตั้งให้เป็นกรรมการด้วย เพราะเราก็ช่วยงานในชุมชนมาตลอด ยังไม่เห็นคำสั่งหรอก แต่ก็ทำได้ช่วยได้อยู่แล้ว (ทำตามที่ได้รับทราบ) (ภาคประชาชน)”

“ก็ยอมรับนะว่ายังไม่ค่อยเข้าใจหรอก ว่ามีแนวทางอย่างไร กรรมการที่เลือกก็อาศัยว่าเคยทำงานกับเขามาก่อน เคยบอกเขาไว้ว่า เดี่ยวจะเชิญมาเป็นกรรมการนะ แต่หลังจากนั้นเรายังไม่มีเวลาได้ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจ (สาธารณสุขอำเภอ)”

บางพื้นที่ก็จะมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการใหม่ ดังนั้นเมื่อถามถึงการปฏิบัติตามบทบาทต่าง ๆ ของคณะกรรมการที่ให้สัมภาษณ์ จึงตอบได้ไม่ชัดเจนและไม่มั่นใจ ในขณะเดียวกันบางพื้นที่มอบหมายให้เลขานุการคณะกรรมการ เป็นผู้คัดเลือกและร่างคำสั่งคณะกรรมการ เพื่อเสนอให้ประธานคือนายอำเภอได้พิจารณาก่อนเสนอให้ผู้ว่าราชการจังหวัดลงนาม ก็ได้ให้ข้อมูลว่าการแต่งตั้งคณะกรรมการในช่วงแรก ปี 2559 ว่าเป็นการคัดเลือกและมีคำสั่งแบบเร่งด่วน จึงคัดเลือกรายชื่อจากผู้ที่เคยทำงานร่วมกันในพื้นที่ และติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ในการที่จะให้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ โดยที่ยังไม่ได้มีการประชุมชี้แจง หรือทำความเข้าใจให้คณะกรรมการได้เข้าใจร่วมกัน เมื่อมาถึงปี 2561 นี้ก็จะมีการทบทวนคำสั่งใหม่เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.2560

“ตอนที่เค้าสำรวจมาว่าอำเภอไหนจะเข้าร่วมดำเนินการบ้าง เราก็สมัครไป แต่ก็ยอมรับนะว่ายังไม่ค่อยเข้าใจหรอก ว่ามีแนวทางอย่างไร กรรมการที่เลือกก็อาศัยว่าเคยทำงานกับเขามาก่อน เคยบอกเขาไว้ว่า เดี่ยวจะเชิญมาเป็นกรรมการนะ แต่หลังจากนั้นเรายังไม่มีเวลาได้ทำความเข้าใจนะ (สาธารณสุขอำเภอ)”

“ตอนนี้เราสรรหาก่อน ดูว่าใครน่าจะเหมาะสมและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของงานส่วนรวมมากหน่อย เราจะกรองและคัดเลือกมาแล้วเอาไปให้นายอำเภอคู่อีกทีหนึ่ง ว่าคนนี้จะได้มั้ย (สาธารณสุขอำเภอ)”

จากผลการวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในส่วนของการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ 8 อำเภอ พบว่า มี 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ที่มีลักษณะของการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนต่อเนื่อง มีการบูรณาการเชื่อมโยงการทำงานซึ่งกันและกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน ได้ค่อนข้างเข้มแข็งและมีผลการดำเนินงานที่ชัดเจน ซึ่งเมื่อพิจารณาการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการตามคำสั่ง พบว่า อำเภอนี้คณะกรรมการส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติในบทบาทของการ “ร่วมคิด พิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ” “ร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมรับผลงาน” และ “ร่วมเติมเต็มส่วนขาดของทรัพยากร” ที่มีความชัดเจนในแต่ละภาคส่วน โดยจะอธิบายรายละเอียดในส่วนที่ 5

ส่วนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน

การพัฒนาคุณภาพชีวิต ในการศึกษาี้ต้องการอธิบายถึงระดับของคุณภาพชีวิตและการลดความเหลื่อมล้ำที่เปลี่ยนแปลงไปจากการได้ดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในระยะเวลาตั้งแต่ปี 2559 ที่เริ่มดำเนินการจนถึงปัจจุบัน โดยได้จำแนกคุณภาพชีวิตไว้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1. ทางกายและกายภาพ 2. ทางจิตใจ อารมณ์และสังคม 3. ทางความคิด ปัญญา และวินัย และการลดความเหลื่อมล้ำอีก 1 ด้าน โดยประเมินตามการรับรู้ของคณะกรรมการผ่านทางแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์

ผลการวิเคราะห์แบบสอบถาม พบว่า ระดับการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาคุณภาพชีวิต และความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ภาพรวม **อยู่ในระดับมาก** (Mean = 57.66, S.D. = 5.52) เมื่อพิจารณารายด้านของการพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ค่าเฉลี่ยระดับมาก ได้แก่ **ทางกายและกายภาพ** (Mean = 18.45, S.D. = 3.04) และ**ทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม** (Mean = 13.03, S.D. = 1.57) ส่วนการลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ (Mean = 15.58, S.D. = 2.11) และการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางความคิด **ปัญญา และวินัย** (Mean = 10.60, S.D. = 1.33) เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 4-3) เมื่อพิจารณารายข้อของแต่ละด้าน พบว่า

การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางกายและกายภาพ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ให้ได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูที่ดีขึ้น (Mean = 3.88, S.D. = 0.75) รองลงมาการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ประชาชนได้รับการช่วยเหลือ เยียวยา เมื่อเกิดความทุกข์ยาก (Mean = 3.71, S.D. = 0.74) และป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Mean = 3.66, S.D. = 0.75)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางจิตใจ อารมณ์ สังคม ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การทำให้ประชาชนได้รับการส่งเสริมให้มีครอบครัวอบอุ่น ได้อยู่ด้วยกันดูแลกัน (Mean = 3.33, S.D. = 0.63) รองลงมา ประชาชนได้รับการส่งเสริมให้ร่วมกิจกรรมสำคัญของชุมชน (Mean = 3.25, S.D. = 0.62) ประชาชนได้รับการส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตดี มีความสนุกสนานร่าเริง อารมณ์ดี (Mean = 3.23, S.D. = 0.76) และการส่งเสริมให้ประชาชนเป็นต้นแบบที่ดี เป็นที่ยอมรับในชุมชน เป็นข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean = 3.22, S.D. = 0.64) (ตารางที่ 4-3)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางความคิด ปัญญา และวินัย ซึ่งเป็นด้านที่ค่าเฉลี่ยความเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ประชาชนได้รับการพัฒนาความรู้ทักษะ มากที่สุด ที่สุด (Mean = 2.74, S.D. = 0.57) ในขณะที่ข้อที่ทำให้ประชาชนได้รับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ หรือรู้เท่าทันสื่อต่าง ยังน้อยมาก (Mean = 2.57, S.D. = 0.51) (ตารางที่ 4-3)

ส่วนด้านการลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ ที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง (ตารางที่ 4-3) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ประชาชนได้รับการบริการทางสุขภาพที่เหมาะสมกับปัญหาทุกกลุ่มวัย (Mean = 3.26, S.D. = 0.76) รองลงมา ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการต่าง ๆ ในพื้นที่อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม (Mean = 3.24, S.D. = 0.76) ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลช่วยเหลือให้มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินด้วยความเสมอภาคเป็นธรรม (Mean = 3.12, S.D. = 0.80) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ประชาชนเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการนำไปใช้ดำรงชีวิต (Mean = 2.91, S.D. = 0.74) และ ประชาชนในพื้นที่อุ่นใจ ไม่ถูกทอดทิ้ง (Mean = 3.05, S.D. = 0.74)

การพัฒนาคุณภาพชีวิต ในมุมมองของคณะกรรมการ ส่วนใหญ่มองว่าเป็นเรื่องการ **กินอยู่ที่ดี มีรายได้ มีอาชีพ มีครอบครัวอบอุ่น และการมีสุขภาพดี** เป็นสิ่งที่ทั้งคณะกรรมการและประชาชนคาดหวังให้เกิดขึ้น การมีคณะกรรมการ พชอ. มาขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้นจึงเป็นแนวนโยบายที่ดี หากแต่ควรเป็นการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในการที่จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้จริง

“การแก้ปัญหาคุณภาพชีวิต ผมว่าเป็นนโยบายที่ดีเลยนะ แต่มันต้องเป็นหน้าที่ของทุกคน (รองผู้ว่าราชการจังหวัด) ไม่ใช่แค่กระทรวงสาธารณสุขหรือนายอำเภอ มันต้องเป็นทุกภาคส่วนต้องเห็นความสำคัญ (นายอำเภอ)” แต่วันนี้มันยังไม่เป็นเช่นนั้นเท่าไร แต่สิ่งที่ทำงานตัวเองข้างบนน่าจะประกาศเลยว่านี่คืองานที่ทุกกระทรวงต้องดำเนินการ (รองผู้ว่าราชการจังหวัด)

อย่างไรก็ตามคณะกรรมการส่วนใหญ่ก็เห็นพ้องกันว่า การที่จะทำให้ประชาชนทุกครัวเรือนหรือแม้แต่ภาพรวมของคนในพื้นที่ มีการกินอยู่ที่ดีขึ้นนั้นไม่ใช่เรื่องง่ายและอาจจะเกินศักยภาพของคณะกรรมการที่จะดำเนินการให้บรรลุตามนั้นได้ ดังนั้นจึงพิจารณาว่าคณะกรรมการจะจัดการหรือแก้ไขปัญหาด้านอื่น ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งน่าจะมีความเป็นไปได้มากกว่า ซึ่งส่วนใหญ่ยังเป็นเรื่องทางด้านสาธารณสุข ประกอบกับการดำเนินการของคณะกรรมการที่ผ่านมา ก็พยายามที่จะดำเนินการให้ตอบสนองกับทางส่วนกลางที่ระบุให้กำหนดประเด็นที่เป็นปัญหาของพื้นที่เพื่อดำเนินการแก้ไข 2 ถึง 3 ประเด็น ซึ่งพบว่า หลายพื้นที่มีการดำเนินงานมุ่งประเด็นการดูแลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้พิการ บางพื้นที่สามารถดำเนินการได้จนมีผลการดำเนินงานที่ดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟู ทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งประชาชนผู้ที่ได้รับการดูแล และคณะกรรมการ ซึ่งได้ดำเนินการ นอกจากนี้การแก้ปัญหาอุบัติเหตุ อาหารปลอดภัย ก็เป็นประเด็นที่หลายพื้นที่ให้ความสำคัญและดำเนินการแก้ไข เนื่องจากเป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและการกินการอยู่ ดังที่คณะกรรมการให้ข้อมูลว่า

“ประชาชนถ้าเขาสามารถกินดีอยู่กินดี ไม่มีภาระหนี้สิน มีประกอบอาชีพ ถ้าคุณภาพชีวิตตรงนี้ดีขึ้น สภาพแวดล้อมดีขึ้น สุขภาพดีขึ้น มันก็อาจจะดีขึ้น แต่ว่ามันต้องใช้ระยะเวลา (ภาคประชาชน)”

“ถ้าจะทำให้ประชาชนทุกครัวเรือนหรือแม้แต่ภาพรวมของคนในพื้นที่ มีการกินอยู่ที่ดีขึ้นนั้นไม่ใช่เรื่องง่ายและอาจจะเกินศักยภาพเรา แต่มันต้องใช้ระยะเวลา (ภาคประชาชน, ภาครัฐ) ก็เลือกจัดการแก้ไขปัญหาที่เราจัดการได้ มีข้อมูลที่จะติดตามได้ (สาธารณสุขอำเภอ)”

“ประเด็นสุขภาพประชาชนต้องดี วิถีชีวิต การทำมาหากิน การสร้างรายได้ แต่เราก็ค่อยเป็นค่อยไป ตามบริบทที่นี้อย่างเรื่องผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส เราก็ขับเคลื่อนไป (สาธารณสุขอำเภอ)”

ในขณะที่เดียวกันก็ยังมีคณะกรรมการบางราย สงสัยให้คำนิยามของคุณภาพชีวิต รวมทั้งผลลัพธ์ที่วัดได้ชัดเจนถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และส่วนใหญ่ก็เห็นด้วยกันว่า คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่มากกว่าด้านสุขภาพ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทุกมิติของชีวิต

“เรื่องของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ต้องดูก่อนว่าคุณภาพชีวิตที่ว่าเป็นอย่างไร ผมว่ามันใหญ่มากนะ แล้วจะเอาแคไหน ยิ่งงี้ก็ไม่ใช่แค่เรื่องสุขภาพ (รองผู้ว่าราชการจังหวัด)”

“ถ้าจะให้ทำเรื่องพัฒนาคุณภาพชีวิต ผมว่ามันตรงกับความต้องการของคนในพื้นที่นะ อย่างที่ผ่านมาขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ผมว่ามันกลายเป็นเรื่องของสาธารณสุขด้านเดียว (นายอำเภอ)”

“ผมว่าต้องดูจากความเป็นอยู่ของชาวบ้าน ต้องดีขึ้น ต้องส่งลูกเรียนได้ ประมาณาว่า ถ้าความเป็นอยู่ดี ลูกได้เรียนสูง นี่แหละเรียกว่าเราพัฒนาคุณภาพชีวิตคนในชุมชนได้ (ผู้ใหญ่บ้าน, ภาคประชาชน)”

แม้ว่าผลในการวิเคราะห์แบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพชีวิตในแง่มุมที่แยกเป็นรายด้านกาย ภายภาพ ด้านจิตใจ อารมณ์สังคม ที่อยู่ในระดับมาก ด้านความคิด ปัญญา และวินัยของประชาชน รวมถึงการลดความเหลื่อมล้ำ ที่ปรากฏการณ์ว่าอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อสัมภาษณ์คณะกรรมการ ส่วนใหญ่บอกหรือแยกแยะไม่ได้ชัดเจนว่า มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นรายด้านอย่างไรบ้าง ทั้งด้านกาย ภายภาพ จิตใจ อารมณ์สังคม ความคิด ปัญญา วินัย และการลดความเหลื่อมล้ำให้ประชาชน เพราะดำเนินการแก้ไขตามประเด็นที่ตั้งขึ้นให้ได้ผลตามกิจกรรมและผลลัพธ์ที่ต้องการ

โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความคิด ปัญญา วินัย และการลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน คณะกรรมการส่วนใหญ่บอกว่ายังทำได้น้อย บางพื้นที่ยังไม่ถึงเลย

“เราก็อยากจะส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ health literacy ให้ประชาชนน้อยน้อยก็ให้เขาดูแลตนเองได้บ้าง แต่ตอนนี้ก็ยังทำให้เกิดไม่ได้นะ (ผอ.รพช.)”

“จะทำให้ประชาชนรู้วินัยจราจรนี้ทำยาก ถ้าเขาทำนะ อุบัติเหตุก็ลดลง ก็ยังทำไม่ได้ก็ค่อยๆณรงค์ไป (อบต./ ภาคประชาชน)

“เรื่องนี้เรายังไม่ได้วางแผนเลยนะ เพราะเรื่องพัฒนาให้คนมาคิดได้ คิดเป็น มีวินัยนี้ต้องใช้เวลามาก เราขอทำเรื่องที่ทำได้อีกก่อน (ปลัดอำเภอ)”

โดยภาพรวม แม้ว่าผลการวิเคราะห์แบบสอบถามภาพรวมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ อยู่ในระดับมาก แต่ข้อมูลการให้สัมภาษณ์ ยังมีความไม่สอดคล้องกันอยู่บ้าง คณะกรรมการส่วนใหญ่ยังไม่ยืนยันว่าการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทั้งทางกาย ทางจิตใจ อารมณ์สังคม และทางความคิด ปัญญา และวินัยของประชาชนเกิดจากการดำเนินงานที่ผ่านมาของคณะกรรมการทั้งหมด แต่มองไปในทางเดียวกันว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของคนในพื้นที่ตนเอง ไม่ได้อยู่ในขั้นที่เรียกว่าแย่ หรือทุกข์ยากลำบากจนเกินไป

ตารางที่ 4-3 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน (n=146)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ ให้กับประชาชน ในพื้นที่	ระดับการเปลี่ยนแปลง		
	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
1.ทางกาย และกายภาพ	18.45	3.04	มาก
1.1) ทุกกลุ่มวัยได้รับการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อที่ตีขึ้น	3.64	0.70	มาก
1.2) กลุ่มด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ได้รับการดูแล รักษาฟื้นฟูที่ตีขึ้น	3.88	0.75	มาก
1.3) ประชาชนได้รับการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	3.66	0.75	มาก

การพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ ให้กับประชาชน ในพื้นที่		ระดับการเปลี่ยนแปลง		
		ค่าเฉลี่ย (X)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
1.4)	ประชาชนได้รับการช่วยเหลือ เยียวยา เมื่อเกิดความทุกข์ยาก	3.71	0.74	มาก
1.5)	ประชาชนมีสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ และเอื้อต่อการส่งเสริม การมีสุขภาพที่ดี	3.56	0.77	มาก
2. ทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม		13.03	1.57	มาก
2.1)	ประชาชนได้รับการส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตดี มีความสนุกสนาน และอารมณ์ที่ดี			
2.2)	ประชาชนได้รับการส่งเสริมให้มีครอบครัวอบอุ่น ได้อยู่ด้วยกัน ดูแลกัน	3.33	0.63	มาก
2.3)	ประชาชนได้รับการส่งเสริมให้ร่วมในกิจกรรมสำคัญ ของชุมชน	3.25	0.62	มาก
2.4)	ประชาชนได้รับการส่งเสริมการเป็นต้นแบบที่ดี เป็นที่ยอมรับ ในชุมชน สังคม	3.22	0.64	มาก
3.ทางความคิด ปัญญา และวินัย		10.60	1.33	ปานกลาง
3.1)	ประชาชนได้รับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ หรือรู้เท่าทัน สื่อต่างๆ	2.57	0.51	ปานกลาง
3.2)	ประชาชนร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ ใช้ประสบการณ์ที่ดี เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตนเอง ครอบครัว ชุมชน	2.66	0.67	ปานกลาง

ตารางที่ 4-3 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน (n=146) (ต่อ)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ ให้กับประชาชน ในพื้นที่	ระดับการเปลี่ยนแปลง		
	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
3.ทางความคิด ปัญญา และวินัย (ต่อ)			
3.3) ประชาชนได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ เพื่อใช้ในการประกอบอาชีพ	2.74	0.57	ปานกลาง
3.4) ประชาชนมีความเคารพและปฏิบัติตามกฎกติกาข้อบังคับ กฎเกณฑ์	2.63	0.61	ปานกลาง
4. การลดความเหลื่อมล้ำ ให้กับประชาชนในพื้นที่	15.58	2.11	ปานกลาง
4.1) ประชาชนเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการนำไปใช้ดำรงชีวิต	2.91	0.74	ปานกลาง
4.2) ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลช่วยเหลือ ให้มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม	3.12	0.80	มาก
4.3) ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการต่าง ๆ ในพื้นที่อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม	3.24	0.76	มาก
4.4) ประชาชนได้รับการบริการทางสุขภาพที่เหมาะสมกับปัญหาทุกกลุ่มวัย	3.26	0.76	มาก
4.5) ประชาชนในพื้นที่อุ้มใจ ไม่ถูกทอดทิ้ง	3.05	0.74	ปานกลาง
รวม	57.66	5.52	มาก

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, 2561

ส่วนที่ 4 ผลของการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอย (Regression Analysis) ผลการวิเคราะห์ พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ประกอบด้วย การปฏิบัติด้านการการร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ ด้านการร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็มส่วนขาด และด้านการร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมรับผลงาน มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านกาย ภายภาพ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ด้านความคิด ปัญญา

วินัย และการลดความเหลื่อมล้ำ ทางบวก ($\beta = .532$) กล่าวคือ หากมีการปฏิบัติตามบทบาทที่ยังมาก การพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ ก็จะมีมากตามไปด้วย โดยที่สามารถอธิบายความผันแปรได้ ร้อยละ 28.3 ($R^2 = 0.283$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.01$) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการ มีอำนาจการทำนายความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน ได้ถึงร้อยละ 28.3 (ดังตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4-4 : การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

ตัวแปร	R^2	B	β	t	F	P-value
บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ	.283	41.52	.532	7.54	56.94	0.000**

** P-value = 0.01

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, 2561

แม้ว่าผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณจะแสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการในด้านต่าง ๆ ดังกล่าวนั้น มีผลต่อความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามข้อมูลเชิงคุณภาพคณะกรรมการ ได้สะท้อนว่าประเด็นท้าทายที่สำคัญที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้นนั้น ไม่ใช่เพียงแค่เกิดจากการดำเนินงานหรือความร่วมมือจากคณะกรรมการ จากหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน หรือตัวแทนภาคประชาสังคม แต่บุคคลที่สำคัญที่ควรจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมคือ **ตัวประชาชนแต่ละบุคคล** นั่นเอง **ที่จะต้องคิดที่จะพึ่งพาตนเอง เป็นผู้ให้ เพื่อนช่วยเพื่อน แล้วขยายออกไปทั้งชุมชน** ซึ่งนอกจากจะทำให้ผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นไปที่ดีขึ้น ยังจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนด้วย เพียงแต่คณะกรรมการส่วนใหญ่ก็มองว่าเป็นเรื่องที่ไม่ง่ายและอาจต้องใช้เวลาอย่างมากในการที่จะกระตุ้นและดึงประชาชนส่วนใหญ่เข้ามามีส่วนร่วม

“การที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตเนี่ยนะ บอกตรงๆว่า ภาครัฐเราทำตามนโยบายแล้วทุกคนในพื้นที่พร้อมจะปฏิบัติอยู่แล้ว ถ้าในเชิงแก้ปัญหาร่วมมือช่วยกัน ภาคเอกชนผมว่าก็น่าจะได้ แต่ถามว่าภาคประชาชนอันนี้น่าสนใจว่าเขาให้ความร่วมมือกับเราขนาดไหน ซึ่งเราคงต้องกระตุ้นเขาบ้าง อันนี้เป็นโจทย์ใหญ่เหมือนกัน ทำอย่างไรให้มาร่วมมือแล้วก้าวไปพร้อมกันกับเรา (ผู้บริหารระดับจังหวัด)”

“ประชาชนนี้แหละสำคัญ อย่างเรื่องสุขภาพหรือว่าอุบัติเหตุบนท้องถนน หากถ้าเกิดเขาไม่ใส่หมวก เขาไม่เอาหมวกมาวางให้ยืมเข้าออกอะไรต่าง ๆ นี้นะ เขาไม่ทำซะอย่าง บังคับใช้กฎหมายก็ยาก ต้องทำให้เขาเห็นให้ได้ว่าครอบครัวเขา สมองเขาอะ ถ้าไม่รักตัวเองซะก่อนก็ไม่รู้จะยังไง (นายอำเภอ)”

“ทุกนโยบายขณะนี้นั้นกำลังกระตุ้นว่าประชาชนต้องลุกขึ้นมา แต่ก็ลุกไม่ได้สักที เราน่าจะไปทำอย่างไรให้ลุกได้ก่อน หรือใครควรเริ่มลุกได้ก่อนก็ค่อยๆ พยายามกันขึ้นมา เราจะไม่ทิ้งกัน (ผู้ใหญ่บ้าน ภาคประชาชน)”

“ผมมองว่าประชาชนต้อง self-care ประชาชนต้องมีความรอบรู้นั้นแหละเรื่องเดียวกัน ถ้าชุมชนเข้าใจเรื่องนี้มันจะขยับไปได้ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)”

คณะกรรมการหลายท่าน มีข้อเสนอว่า หากจะทำให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนในพื้นที่เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน เรื่องที่ทำหลายแต่เป็นสิ่งที่ควรดำเนินการ คือ การสร้างกระบวนการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้กับประชาชนให้ไปสู่การพึ่งพาตนเอง การอยู่อย่างพอเพียงด้วยการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง การเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ เมื่อตนเองดีขึ้น ในครอบครัวอบอุ่น ก็แบ่งปันและช่วยเหลือเพื่อนบ้าน ชุมชน สร้างความเข้มแข็งให้ในชุมชน ขยายไปยังชุมชนอื่นต่อไป

“เราต้องเปลี่ยนวิถีชีวิตคนให้ได้ ให้หันกลับมามองว่าทำอย่างไรจะพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด วิถีชีวิตตรงนี้นั้นจะนำไปสู่แล้วเราจะทำอย่างไรที่เราจะพึ่งพาตนเองได้ ต้องไปแสวงหา เปลี่ยนวิถีชีวิตที่จะเป็นผู้รับ มาเป็นผู้ให้บ้างหรือมาทำเพื่อตัวเองบ้าง มันถึงจะทำให้ยั่งยืน (นายอำเภอ)”

“ความมั่นคงและความยั่งยืนจะต้องฝากไว้กับคนในพื้นที่ ไม่ใช่ฝากไว้ที่ผู้นำ และไม่ใช่ฝากไว้ที่รัฐบาล ทุกคนต้องคิดถึงความมั่นคงของตัวเอง ความเสถียรความยั่งยืนของตัวเอง แต่ทุกวันนี้ทุกคนหวังพึ่งพิง เราอยากให้เรายืนอยู่ได้ด้วยตัวเอง แต่เขาพยายามจะรอ (นายอำเภอ)”

“จริง ๆ เราต้องทำให้ชาวบ้านเขาอยากทำ แล้วต้องให้เขาแก้ปัญหาเอง ร่วมกันคิดร่วมกันแก้ ถ้าใครคิดไม่เป็น เราก็ต้องสอนเขา ต้องบอกวิธีการ ต้องคุยกัน (ปลัดอำเภอ)”

“นโยบายของรัฐบาลถึงให้ทำตั้งแต่ครอบครัว แม้กระทั่งเศรษฐกิจพอเพียงให้เข้าไปสู่ชุมชน คือให้นำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในชีวิต เรามองสามารถแก้ได้ทุกอย่างนะคะ ต้องปลูกฝังความคิดของแต่ละคน (ปลัดอำเภอ)”

คณะกรรมการให้ความเห็นต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประชาชนว่า ควรปลูกฝังตั้งแต่วัยเด็ก ที่กระบวนการเรียนการสอนในโรงเรียน ควรเน้นให้เด็กได้เรียนรู้ถึงวินัย หน้าที่ และการดำเนินชีวิตแบบพอเพียง ซึ่งครอบครัว พ่อแม่ ผู้ปกครอง ก็เป็นบุคคลที่สำคัญและเป็นสถาบันแรกที่ควรเริ่มปลูกฝังและเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับเด็กด้วย

“ถ้าจะทำให้เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตประสบผลนะ ผมว่าต้องเริ่มตั้งแต่เด็กนั่นแหละ ต้องปลูกฝังตั้งแต่เด็กเลย ไม่ใช่รอจนโต แก่แล้วจะปรับยาก ให้ทำอะไรก็ไม่อยากทำแล้ว (ภาคประชาชน)”

“พัฒนาประเทศให้ยั่งยืน ต้องปรับการเรียนการสอน แต่ถ้ามาปรับช่วงนี้เราก็แก้ที่ปลายเหตุ ก็ทำไปเพื่อให้สังคมสงบสุขตามนโยบายรัฐบาล เราต้องไปปลูกฝัง โดยใส่ไปในกระบวนการเรียนในโรงเรียน นี่สำคัญมาก (ปลัดอำเภอ)”

“ผมว่าถ้าจะปลูกฝังเด็ก ไม่ควรรอให้มาถึงโรงเรียน ต้องเริ่มตั้งแต่ในครอบครัว เพราะพ่อแม่นั่นแหละ คือต้นแบบที่จะปั้นให้เด็กเป็นอย่างไร ถ้าพ่อแม่ใส่สิ่งดี ๆ ปลูกฝังเรื่องวินัย ให้ลูกรู้จักช่วยเหลือตัวเอง ไม่ใช่มีอะไรพ่อแม่ทำให้หมด อย่างนี้พอเขาโตมาเขาก็จะคิดได้คิดเป็นบ้าง แต่เดี๋ยวนี้เล่นแต่โทรศัพท์ (ผู้อำนวยการโรงเรียน ตัวแทนภาครัฐ)”

ส่วนที่ 5 การขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของพื้นที่ที่เข้าร่วมนำร่องการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามแนวทางพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (ที่ มท 0211.3/ ว3520 ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2559) ซึ่งจากพื้นที่ศึกษาครั้งนี้เป็นพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า

พื้นที่ส่วนใหญ่มีการดำเนินการตามแนวทางเดิมของงานที่เคยดำเนินการมาในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ซึ่งคณะกรรมการก็จะเป็นบุคคลที่เคยถูกแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ หลายพื้นที่มีจำนวนตัวแทนที่มาจากภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ส่วนภาคประชาชนและภาคเอกชนมีน้อย ประเด็นปัญหาส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาทางสุขภาพของประชาชนและกลุ่มด้อยโอกาส การดำเนินงานเป็นการทำงานที่เป็นลักษณะการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานเจ้าภาพหลักให้เข้าร่วมในกิจกรรมโครงการเพื่อการแก้ปัญหาที่กำหนด กระบวนการในการสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นรับรู้ปัญหา ร่วมคิดแผนงานร่วมดำเนินการตามแผน และการติดตามการขับเคลื่อน รวมทั้งการประเมินผลและรายงานความก้าวหน้าผ่านคณะกรรมการที่มีการแต่งตั้งส่วนใหญ่ไม่ชัดเจนและยังไม่ต่อเนื่อง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใน 8 อำเภอที่ศึกษานี้ ข้อมูลบ่งชี้ลักษณะของพื้นที่ในการขับเคลื่อน ได้เป็น 1. พื้นที่ที่สามารถดำเนินงานที่มีความชัดเจน กับ 2. พื้นที่ที่อยู่ระหว่างดำเนินงานให้มีความชัดเจน

1. พื้นที่ที่ดำเนินงานที่มีความชัดเจน

พื้นที่ที่มีข้อมูลบ่งชี้ถึงความชัดเจนในการดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการศึกษาได้แก่ อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี โดยสิ่งที่ปรากฏเป็นดังนี้

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการโดยมีตัวแทนจากภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ตามองค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ **การสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วน** ด้วยการเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจกับผู้ที่เชื่อใจให้มาเป็นคณะกรรมการ ให้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ ให้ทุกคนได้ร่วมให้ความคิดเห็นในการร่วมแก้ปัญหาในพื้นที่ โดยเฉพาะการทำให้ภาคเอกชนเข้าร่วม ด้วยการทำให้เขาเห็นว่าจะเกิดประโยชน์อย่างไรกับเขา ที่ไม่ใช่เรื่องของผลประโยชน์แต่เป็นเรื่องผลกระทบที่จะเกิดหรือผลดีที่จะส่งเสริม จะทำให้เขาเข้าร่วมได้ง่ายและหลังจากได้ความเห็นร่วมและความสมัครใจแล้ว จึงออกเป็นคำสั่งแต่งตั้ง การได้ประชาสัมพันธ์หรือประกาศให้ทราบถึงความร่วมมือจากหน่วยงานใดบ้างอย่างไร โดยมีผู้บริหารระดับสูงของจังหวัด (ผู้ว่าราชการจังหวัด) มาร่วมรับรู้และสนับสนุน ก็จะเป็นการเริ่มต้นที่จะทำให้ในขั้นตอนต่อไปก็จะเป็นไปได้ด้วยความร่วมมือมากขึ้น

“คุณหมอปี๊ดมีแนวคิดที่อยากจะทำเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต แต่ถ้าทำคนเดียวคงไม่สำเร็จ เมื่อนายอำเภอเห็นว่าเป็นเรื่องที่ดีและน่าทำ ก็เลยคิดว่าน่าจะเชิญคนที่เราคิดว่าจะตั้งเป็นคณะกรรมการชุดแรกมาคุยว่าอำเภอจะทำแบบนี้และขอให้ทุกคนช่วยกันและร่วมมือกันทำงานและเชิญภาคเอกชนที่มีศักยภาพที่เป็นพันธมิตรทำงานมาคุยกัน พอโอเคแล้ว ก็ออกคำสั่งเป็นทางการ

เชิญผู้ว่าฯ มาเปิดพิธีและมอบทรัพยากรที่ภาคส่วนต่างๆสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ก็จะทำให้เขาทำกันเป็นวัฒนธรรม”

“หนูรู้สึกกว่าที่เราเป็นเอกชน มาหลายปีแล้ว เห็นพัฒนาการตลาคมาตลอด ณ วันที่ได้มาแลกเปลี่ยนและทำงานกับท่านนายอำเภอ หนูได้รู้ปัญหา ได้รู้การพัฒนาและระบบต่าง ๆ นายอำเภอทำให้เห็นว่าไม่ใช่เป็นการทำงานเอาหน้า คือ ทุกคนทำ ทุกคนได้หน้า ทุกคนได้ความสำเร็จไปพร้อม ๆ กัน เราสามารถทำงานเชื่อมโยงกันได้ มันเป็นเสน่ห์และต่างคนต่างได้ประโยชน์ ยิ่งไงก็ต้องเดินหน้าต่อไป (ตัวแทนภาคเอกชน)”

การดำเนินการของคณะกรรมการที่เด่นชัด เป็นดังนี้

มีการ**ประเมินสถานะสุขภาพ**ปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งถือเป็นปลายทางของสถานะสุขภาพ จากส่วนสาธารณสุขสะท้อนให้คณะกรรมการรับทราบ ด้วยวิธีการคืนข้อมูล บางปัญหาจะเลือกเจาะจงผู้เกี่ยวข้องโดยตรงในการรับรู้ปัญหา เช่น โรงเรียน ชุมชน หน่วยงาน

มีการ**จัดลำดับความสำคัญของปัญหา** ที่จะดำเนินการแก้ไขโดยความเห็นร่วมกัน เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ การบาดเจ็บบนท้องถนน การดูแลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ และอาหารปลอดภัย เห็นความชัดเจนมาก คือ การดูแลผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส

มีการ**วางแผนดำเนินการแก้ปัญหา**โดยการมีส่วนร่วม โดยประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (นายอำเภอเอกพร จุ้ยสำราญ) นำทีมคณะกรรมการร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา และมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง เป็นผู้รับผิดชอบหลัก (focal point) แต่มีภาคีเข้าร่วมด้วย เช่น อาหารปลอดภัยให้สาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลัก แต่ส่วนของเกษตรและพาณิชย์ ปศุสัตว์ เข้ามาร่วม เรื่องการบาดเจ็บท้องถนน ทางกรมการทางหลวง เป็นเจ้าภาพหลัก ตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุขเข้าร่วม

มีการ**ดำเนินงานโดยการประสานเชื่อมโยงงานทั้งในแนวตั้ง แนวราบ** โดยใช้บทบาทตามหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง และมีทีมทำงานเฉพาะเรื่องที่เป็นทางการและจิตอาสาในระดับพื้นที่ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team : FCT) คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขทีมโอบอุ้ม ทีมจิตอาสา

มีการ**ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกระดับ** เพื่อให้มีการมองปัญหาของคนในชุมชนเอง และร่วมกันแก้ปัญหาในหมู่ย่อยๆ ให้มีการเชื่อมโยงงานซึ่งกันและกัน ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล ในกรณีที่ปัญหาที่แก้ไม่ได้ ก็มีคณะกรรมการระดับอำเภอที่จะรับเรื่องไปช่วยในการแก้ปัญหา ก็จะเป็นการเสริมความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนได้อย่างทั่วถึง

“ผมจะบอกทีมงานเสมอว่า ก็ไม่ได้ให้ทำอะไรเพิ่ม แค่ทำหน้าที่ ทำงานของเราให้เต็มที่ให้คิดว่าเครื่องหมายที่อยู่บนบ่าเราข้างนี้ เป็นของกระทรวงเรา ที่เราก็กต้องทำงานเพื่อตอบสนองนโยบาย ตัวชีวิต แต่บ่าอีกข้างนี้ขอให้คิดว่าเราต้องทำเพื่อประชาชนในบ้านเรา การร่วมมือกับหน่วยอื่น งานก็จะยิ่งเป็นผลดี (นายอำเภอ)”

“สิ่งที่พวกเราทำคืองานในหน้าที่ แต่เรามาช่วยกันทำ ร่วมมือทำไปพร้อม ๆ กัน จึงให้งานแต่ละชิ้นประสบความสำเร็จ ราชการก็อย่าคิดแค่กรอบข้อจำกัดทางราชการ ไม่เช่นนั้นเราจะทำงานไม่ได้เลย ให้ทำงานให้เหมือนภาคเอกชน (ปลัดอำเภอ)”

“การทำงานของเราก่อนหน้านี้ที่ทำให้สำเร็จได้ คือเราจะมีตั้งแต่ในระดับตำบล เรามีชุดปฏิบัติการประจำตำบล ซึ่งมีทุกคนในหน่วยงานที่มี รพสต. เป็นหน่วยงานราชการที่อยู่ในตำบล ประสานงานในพื้นที่กับ อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ปลัดอำเภอเป็นหัวหน้าทีม ในหมู่บ้านก็มีกรรมการหมู่บ้าน เมื่อมีปัญหาที่คุยกันในหมู่บ้าน ในตำบลก่อน ถ้าแก้ไม่ได้ก็เสนอเรื่องให้คณะกรรมการระดับอำเภอช่วยเราทำแบบนี้แหละ เพราะการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิต ต้องเป็นของทุกระดับช่วยไปด้วยกัน (ปลัดอำเภอ)”

มีการ**เติมส่วนขาดทรัพยากร** ด้านการเงิน ใช้ระบบที่มีอยู่ตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องที่สำคัญได้มีการขอรับการสนับสนุนทรัพยากรเงิน ของใช้ จากภาคเอกชนได้อย่างเด่นชัด มีการติดตามประเมินผลความเปลี่ยนแปลงในการจัดการปัญหา โดยการลงเยี่ยมบ้านของคณะกรรมการ และทีมทำงานระดับตำบล FCT ผลของการดำเนินงาน ทำให้ประชาชนที่ได้รับการดูแล มีความพึงพอใจ มีความสุขเพิ่มขึ้น ส่วนของทีมทำงานมีความสุขและแรงบันดาลใจ “รอยยิ้มและคราบน้ำตาของประชาชน คือ แรงบันดาลใจ”

เสริมแรงจูงใจและกำลังใจจากการเห็นผลงานที่เกิดกับผู้คนในพื้นที่ ที่ทำให้คณะกรรมการของพื้นที่นี้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง คือ ความสำเร็จของชิ้นงาน และคำชื่นชม และการยอมรับจาก คณะทำงานด้วยกันจากภาคีต่าง ๆ โดยเฉพาะจากประชาชน ที่ได้รับการช่วยเหลือให้กลับมาใช้ชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ดูแลตนเองได้ ครอบคลุมรอบอุ้นขึ้น

“ผู้ป่วยของผมที่ติดบ้านติดเตียง เดินไม่ได้ คุณภาพชีวิตก็ไม่ดีในเรื่องความเป็นอยู่พอได้รับการดูแลจากทีมเค่าสามารถหายได้ใน 9 เดือน ผู้ป่วยก็จะเกิดภาระในบ้าน ก็ไม่ยอมให้มีใครดูแล พอคนนี้มีคนมาช่วยเหลือ มีคนในชุมชนมาให้กำลังใจ มาชี้แนวทางที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยญาติผู้ป่วยให้การตอบสนองกลับมาดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยหาย เค่าสามารถไปทำงานได้ รายได้ก็ไม่ต้องห่วง เพราะไม่ต้องติดเตียง เกิดเป็นแบบอย่างทำให้เกิดแรงจูงใจ และกำลังใจจากที่ทุกคนเข้ามาดูแลเค่า คนที่ไปช่วยก็มีความสุข ความภาคภูมิใจที่ทำให้คนในชุมชนอยู่ดีขึ้น คนอื่นที่เห็นอยากเข้ามาร่วมช่วยกันมากขึ้น (ตัวแทนภาคประชาชน)”

จุดเด่น

1. ภาวะผู้นำของประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นายอำเภอเอกพร จุ้ยสำราญ รวมทั้งปลัดอำเภอ ซึ่งเป็นผู้ที่เห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นผู้ให้**หลักคิดรวมใจ** ของการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ คือ การทำหน้าที่ของตนเอง ไม่ว่าจะมาจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือภาคประชาชน ให้เต็มที่ เพราะต่างฝ่ายต่างต้องทำงานเพื่อประชาชนอยู่แล้ว เมื่อมีผู้อื่นมาช่วย ยิ่งเป็นการส่งผลที่ดียิ่งขึ้น แล้วผลสำเร็จจากการทำงานก็จะมาเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ภาพรวมได้ นอกจากนี้ให้คิดนอกกรอบ ไม่นำระเบียบราชการมาเป็นข้อจำกัดในการทำงาน

2. ทีมแกนนำมีศักยภาพ อย่างนายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแก่งคอย ทำให้การวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ การบริหารจัดการ ประสาน ที่สำคัญมีความเข้าใจในแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างลึกซึ้งและเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติด้วยการ

บูรณาการงานและชี้แนะ แนะนำ ให้คำปรึกษาได้อย่างชัดเจน ประกอบกับเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขอำเภอ สามารถตอบสนองและดำเนินการเพื่อการขับเคลื่อนได้เป็นอย่างดีต่อเนื่อง

3. ใช้ข้อมูลในการขับเคลื่อนงาน นำมาวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และหาแนวทางแก้ไข ให้ตรงจุด โดยการใช้ข้อมูล และเสนอข้อมูลให้ประธาน และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อการขับเคลื่อนการแก้ปัญหา

4. มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ผ่านเวทีประชุมโดยมีประธานคณะกรรมการ และเวทีในระดับตำบล ชุมชน และการลงเยี่ยมพื้นที่รับฟังเสียงสะท้อนจากประชาชน ผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งการทำให้ทีมงานได้รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของผลงานร่วมกัน

5. มีเป้าหมายเดียวกัน มองประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในการที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของคนในพื้นที่ดีขึ้น และใช้พื้นที่เป็นฐานในการนำทรัพยากร มาสนับสนุนการดูแลประชาชน “นำพา ชักชวน เปิดโอกาสให้คนมีทรัพยากรมากกว่ามาช่วยเหลือคนมีทรัพยากรน้อยกว่า”

6. มีความภาคภูมิใจร่วมกัน ในผลงานที่เกิดจากการร่วมดำเนินการของคณะกรรมการที่เป็นที่ประจักษ์และได้เผยแพร่เป็นตัวอย่างให้กับที่อื่น ๆ ผ่านทางสื่อ การเยี่ยมชมศึกษาดูงาน โดยเฉพาะการได้รับคำชื่นชม ยอมรับจากประชาชนในพื้นที่

โดยสรุป คือ ความชัดเจนของพื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอที่มีไม่ว่าจะเป็นการคัดเลือกผู้ที่จะมาเป็นคณะกรรมการ การตั้งคณะทำงานย่อยเพื่อดำเนินงานแก้ปัญหา ในรายประเด็น โดยที่คณะกรรมการที่ตั้งมาได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมิน และร่วมชื่นชมผลการดำเนินงานพื้นที่ที่เกิดจากการแก้ปัญหาร่วมกัน ทั้งนี้มีการนำของประธานคณะกรรมการ ได้แก่ นายอำเภอที่เป็นผู้นำ ชักนำ นำพา สนับสนุน ส่งเสริม กำกับติดตาม และสะท้อนความเปลี่ยนแปลงให้คณะกรรมการได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับมีสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นเลขานุการ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ที่เป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจในระบบของการที่จะทำให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในพื้นที่ บรรลุตามเป้าหมาย ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจริงกับพื้นที่และประชาชน ทำให้ภาคีเครือข่ายทั้งภาคเอกชนและภาคประชาชน มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการดำเนินงาน สนับสนุนทั้งทรัพยากร ทั้งเงิน วัสดุ อุปกรณ์ จึงเป็นเรื่องที่ทำให้คณะกรรมการดำเนินการร่วมกันมาอย่างต่อเนื่อง จนเรียกได้ว่าเป็นวัฒนธรรม ที่คณะกรรมการมองว่า จะมีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ที่ยั่งยืน แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงผู้นำซึ่งเป็นประธานของคณะกรรมการแต่การขับเคลื่อนงานก็ยังคงเป็นไปได้

“เป็นการร่วมคิดและร่วมทำ เมื่อร่วมคิดและร่วมทำ ร่วมกันรับผิดชอบต่อสังคมของตัวเอง ถือว่าเป็นวัฒนธรรมแล้ว ยังถือเป็นแรงจูงใจในชุมชนอีกอย่างหนึ่ง นายอำเภอคนไหนมาก็ต้องทำเพราะจะถูกบังคับด้วยคณะกรรมการที่เราได้แต่งตั้งซึ่งจะมีบอร์ดใหญ่และทีมงานเล็ก ๆ อีก ซึ่งทีมงานก็ยังคงทำงานอยู่ ถ้าทีมงานทำงานแต่นายอำเภอไม่ทำก็ต้องถูกบีบให้ทำอยู่แล้ว (นายก อบท.)”

“อย่างไรก็ต้องดำเนินต่อไป เพราะทุกคนได้เห็นความสำคัญและประโยชน์แล้ว เพราะเห็นเป็นวัฒนธรรมซึ่งวัฒนธรรมคือสิ่งที่งามและปฏิบัติกันมาอย่างต่อเนื่องเป็นปกติไปแล้ว (ตัวแทนภาคเอกชน) “ผมเชื่อแน่ว่าไม่ว่าจะเปลี่ยนใครมาในต่อไปก็จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในพื้นที่ต่อไป (ตัวแทนภาครัฐ)”

2. พื้นที่ที่อยู่ระหว่างดำเนินการให้มีความชัดเจน

เนื่องจากการศึกษานี้มุ่งพิจารณาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์คณะกรรมการ ระบุได้ว่า หลายพื้นที่อยู่ในระยะอยู่ระหว่างดำเนินการให้มีลักษณะการขับเคลื่อนการดำเนินงานรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ให้ชัดเจน บางแห่งเพิ่งจะมีการทบทวนคณะกรรมการที่ตั้งคณะกรรมการชุดใหม่เพื่อให้มีองค์ประกอบหรือให้ได้ผู้ที่มีความเหมาะสม ให้ครอบคลุมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน เข้าร่วมเป็นกรรมการบางแห่งตั้งคณะกรรมการแล้วมีการเชิญประชุม 1-2 ครั้ง แต่ยังไม่ได้มีการทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่หรือแนวคิดทิศทางของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งกระบวนการร่วมคิด ร่วมวางแผนร่วมพิจารณาแผนงานและงบประมาณ ร่วมทำตามแผนและติดตามประเมินผล ของคณะกรรมการจึงยังไม่ปรากฏอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตามพื้นที่นี้ มีการดำเนินการเพื่อการแก้ปัญหาของพื้นที่ ด้วยการทำงานประสาน และขอความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นรายกิจกรรมหรือโครงการที่มีหน่วยงานของภาครัฐเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ซึ่งที่ผ่านมามีบางพื้นที่ที่มีผลงานที่เป็นความสำเร็จ และบางพื้นที่ที่กล่าวว่าเป็นความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ด้วยการทำบนพื้นฐานงานที่มีลักษณะคล้ายๆกัน เช่น งานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) โดยประเด็นปัญหาส่วนใหญ่เป็นเรื่องทางด้านสุขภาพที่มีข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุข

“เขาตั้งกรรมการกันแล้วนะ แต่การประชุมร่วมกันวางแผนงานยังต้องทำให้ชัดเจนต่อไป น่าต้องเป็นท่านสาธารณสุขอำเภอ ที่จะทำให้เกิดกระบวนการได้จริง (นายอำเภอ)”

“ถ้าจะเด่นก็น่าจะมีกรณีผู้ป่วยติดเตียง ที่นี้เขาเก่ง เจอผู้ป่วยติดเตียงก็ประสานงานกัน ทางสาธารณสุขเขาก็ดูแลผู้ป่วย ผู้ยากไร้ ผู้ติดเตียง ผู้สูงอายุ ซึ่งก็เป็นเรื่องทำตามระบบอยู่แล้ว เชื่อมีการจัดการในพื้นที่ เราก็ค่อยไปสอบถามครอบครัว เขาก็ตอบว่ามีอาการดูแล เพียงแต่ว่าทางอำเภอจะไม่ได้เข้าไปในระดับนั้น (นายอำเภอ)”

“ผมยังรออยู่เลยนะ ผมอยากได้ข้อมูลที่เป็นปัญหาที่นี้ ยังไม่เห็นเลยนะว่าเป็นอย่างไร ถ้าเรารู้ก็จะได้พิจารณาว่าจะดำเนินการต่ออย่างไร” (นายอำเภอ)

“ประเด็นสุขภาพ จริงๆ พวกนี้ทำมาเยอะแล้ว แต่ไม่ได้บูรณาการให้เป็นภาพอำเภอ เราก็ค่อยเป็นค่อยไป ตามบริบทที่นี้ มา ตั้งแต่ปี 59 ถึงตอนนี้ เรามีประชุมไปซัก 2 ครั้ง ปีนี้ยังไม่ได้ประชุมใหญ่ เรื่องแผนยุทธศาสตร์ ก็เคยวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งของอำเภอ แล้วเราก็ไปเสนอที่ประชุม นายอำเภอก็บอกว่าให้สาธารณสุขไปรวบรวม เราก็มียุทธศาสตร์จัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่จะเชิญอาจารย์เขามาทำ (สาธารณสุขอำเภอ)”

“หลักๆคือสาธารณสุขกับนายอำเภอ พวกอื่นที่อยู่ในอำเภอไม่มีบาร์มี ถ้านายอำเภอไม่ทำเขาก็ไม่เอา ถ้านายอำเภอไม่นั่งหัวโต๊ะ สาธารณสุขก็คุมไม่ได้ ตอนนี้ยัง action แค่ 7 จาก 10 ได้มั้ง (ปลัดอำเภอ)”

คณะกรรมการในพื้นที่นี้ ให้ข้อมูลไปทางเดียวกันว่า การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตยังคงขับเคลื่อนได้ไม่ชัดเจน เป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่เร่งรีบให้ดำเนินการให้เกิดผลได้เพราะการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่มีหลายแง่มุม ต้องเป็นการร่วมกันของหลายภาคส่วนจริง ๆ ต้องมีหลักวิชาการมาสนับสนุนการดำเนินงาน

“ต้องค่อยเป็นค่อย ๆ ไปงานบางอย่างไม่ได้ไปแตะแค่สุขภาพอย่างเดียว ต้องเป็นประชารัฐ เริ่มจากคัดคนที่มี ใจเข้ามาก่อน ใจของคณะกรรมการทั้ง 20 คนที่เลือกมา ถ้าค่อย ๆ ขยับไปให้เกิดผลงานที่เขาเห็นว่ามีความประโยชน์หรือคุณค่า ก็จะขยับไปได้ อีกอย่างต้องทำให้เขาเข้าใจว่าคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของทุกฝ่าย แค่เอากระบวนการของ พชอ.ลงไปให้ชัดเจนขึ้น มันก็จะมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (สาธารณสุขอำเภอ)”

“สมัยก่อนงานบนลงล่าง แต่ทุกวันนี้ต้องพัฒนาจากล่างขึ้นบน ต้องสร้างจิตสำนึกก่อน เราต้องไม่ไป copy ตามกันไป อย่าไปเอาตามเพื่อน จนเรลิมของดีที่เรามีอยู่ในชุมชน เราต้องดูทุนว่า ในชุมชนเรามีอะไร ถ้าตามเพื่อนเราก็ทำไม่ได้เพราะเราไม่มีทุน ซึ่งบริบทแต่ละชุมชนมันต่างกันอยู่แล้ว (ปลัดอำเภอ)”

โดยสรุป พื้นที่ที่กำลังดำเนินงานให้มีความชัดเจนตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือได้มีการเริ่มทบทวนคณะกรรมการ และแต่งตั้งคณะกรรมการตามองค์ประกอบ หากแต่ยังต้องทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในฐานะคณะกรรมการให้ครบทุกขั้นตอน มีทิศทาง เป้าหมาย แผนการดำเนินงานที่ชัดเจน รวมถึงการกระตุ้นการมีส่วนร่วมจากประชาชนในพื้นที่ โดยทั้งนี้พื้นที่ที่กำลังดำเนินการได้สะท้อนมุมมองที่เป็นข้อจำกัด และความต้องการได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติม เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการเป็นไปอย่างเข้มแข็ง ต่อเนื่อง

ปัจจัยเอื้อสู่ความสำเร็จ

1. ผู้นำ ทุกระดับ “มีใจ คิครอบ นอกกรอบ มองไกล ใส่กำลังหนุน กระตุ้นร่วมทำ นำพาแบบอย่าง ก้าวอย่างตามรอยพ่อ (ในหลวงรัชกาลที่ 9)” กล่าวคือ การนำของผู้นำในทุกระดับที่ไม่ใช่เพียงผู้นำในตำแหน่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แต่เป็นผู้นำที่อยู่ในหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ ผู้นำระดับตำบล ระดับชุมชน รวมไปถึงระดับจังหวัด ที่เมื่อมีนโยบายระดับประเทศระดับกระทรวงลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่แล้วทุกระดับให้ความสำคัญ ทำความเข้าใจ นำพาทำ และติดตามอย่างเกาะติด จะมีผลอย่างมากในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

“ผมจะบอกทีมงานเสมอว่า ก็ไม่ได้ให้ทำอะไรเพิ่ม แค่ทำหน้าที่ ทำงานของเราให้เต็มที่ให้คิดว่าเครื่องหมายที่อยู่บนบ่าเราข้างนี้ เป็นของกระทรวงเรา ที่เราก็กต้องทำงานเพื่อตอบสนองนโยบาย ตัวชีวิต แต่บ่าอีกข้างนี้ขอให้คิดว่าเราต้องทำเพื่อประชาชนในบ้านเรา การร่วมมือกับหน่วยอื่นงานก็จะยังเป็นผลดี (นายอำเภอ)”

“การทำงานของเรานี้ทำให้สำเร็จได้ คือเราจะมีตั้งแต่ในระดับตำบล เรามีชุดปฏิบัติการประจำตำบล ประสานงาน ในพื้นที่กับ อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ปลัดอำเภอเป็นหัวหน้าทีม ในหมู่บ้าน ก็มีกรรมการหมู่บ้าน เมื่อมีปัญหาที่คุยกันในหมู่บ้าน ในตำบลก่อน ถ้าแก้ไม่ได้ก็เสนอเรื่องให้คณะกรรมการระดับอำเภอช่วย เราทำแบบนี้แหละ เพราะการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิต ต้องเป็นของทุกระดับช่วยไปด้วยกัน (ปลัดอำเภอ)”

2. **ผู้ชี้ ผู้ขง “วิเคราะห์เป็น เห็นทางเดิน เสนอสะท้อนข้อมูล สนับสนุนร่วมทำ แบ่งปันความสำเร็จ”** กล่าวคือ ทีมคิด หรือทีมนำ หรือทีมเลขา ที่มีศักยภาพ มีความกระตือรือร้น มีความเข้าใจในแนวคิด ทิศทางที่ชัดเจน ในการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ และใช้ข้อมูลเป็นตัวขับเคลื่อน การดำเนินงาน สามารถสะท้อนและเสนอข้อมูลให้ประธานและคณะกรรมการรู้และเข้าใจร่วมกันได้อย่างชัดเจน ต่อเนื่อง

“คุณหมอปิดมีแนวคิดที่อยากจะทำเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต แต่ถ้าทำคนเดียวคงไม่สำเร็จ เมื่อนายอำเภอเห็นว่าเป็นเรื่องที่ดีและน่าทำ ก็เลยคิดว่าน่าจะเชิญคนที่เราคิดว่าจะตั้งเป็นคณะกรรมการชุดแรกมาคุยว่าอำเภอจะทำแบบนี้และขอให้ทุกคนช่วยกันและร่วมมือกันทำงาน และเชิญภาคเอกชนที่มีศักยภาพที่เป็นพันธมิตรทำงานมาคุยกัน พอโอเคแล้ว ก็ออกคำสั่งเป็นทางการเชิญผู้ว่าฯ มาเปิดพิธีและมอบทรัพยากรที่ภาคส่วนต่างๆสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ก็จะทำให้เขาทำกันเป็นวัฒนธรรม (ปลัดอำเภอ / สสอ.)

3. **ผู้ร่วมทำ “มาด้วยใจ ให้ส่วนรวม ร่วมพัฒนา แบ่งปันทรัพยากร สานพลังสู่คุณภาพชีวิต”** กล่าวคือ คณะกรรมการ คณะทำงานทุกคณะ ที่มีความเต็มใจ มาด้วยใจอยากร่วมพัฒนา พร้อมจะแบ่งปัน จะสามารถร่วมแรงร่วมใจแก้ปัญหา อุปสรรคไปด้วยกันได้

“อย่างไรก็ต้องดำเนินต่อไป เพราะทุกคนได้เห็นความสำคัญและประโยชน์แล้ว เพราะเห็นเป็นวัฒนธรรมซึ่งวัฒนธรรมคือสิ่งที่ดีงามและปฏิบัติกันมาอย่างต่อเนื่องเป็นปกติไปแล้ว (ตัวแทนภาคเอกชน) “ผมเชื่อแน่ว่าไม่ว่าจะเปลี่ยนใครมา นายอำเภอคนไหนมา ก็คงยังคงมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในพื้นที่ต่อไป (ตัวแทนภาครัฐ)”

4. **ผู้รับผลงาน “ประชาชนพึ่งพาตนเองได้ ชุมชนร่วมด้วย ช่วยกันดูแล เผื่อแผ่เพื่อนบ้าน”** กล่าวคือ ประชาชน ปราชญ์พื้นบ้าน หรือผู้นำโดยธรรมชาติ ที่มีอยู่ในชุมชนในพื้นที่ที่หากดึงเข้ามา

มีส่วนร่วมยิ่งมากยิ่งจะสนับสนุนให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนเองยิ่งดีขึ้น และจะส่งผลต่อความยั่งยืนในการดำเนินการต่าง ๆ ด้วย

“ประชาชนที่นี่ ก็เริ่มรู้แล้วนะ ว่าเราทำอะไรให้เขา แค่ว่าเจอเราแล้วทักทาย มาบอกว่าอยากให้เราแก้เรื่องนั้นเรื่องนี้ ก็ดีแล้วนะ (ปลัดอำเภอ) อย่างเดี๋ยวนี้เราไปช่วยเหลือคนเกิดอุบัติเหตุ คือเขาเห็นที่เรามาช่วยมานานๆ เขาก็เข้าใจ แล้วให้ความร่วมมือเรา (ภาคประชาชน) ตอนนั้นเวลาเราไม่ได้ไปหาหลายวัน (ผู้ป่วยติดเตียง) เขาก็จะถามหาเรานะ ญาติเขาก็ฟัง ทำตามที่เราแนะนำมากขึ้น (ภาคประชาชน)

5. **ผู้เสริมแรง “เสริมพลังทางบวก”** ทั้งจากผู้เยี่ยมติดตามการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ผู้เยี่ยมศึกษาดูงาน โดยจากประชาชนในพื้นที่ ถือเป็นกำลังใจและการกระตุ้น การขับเคลื่อนของคณะกรรมการและทีมคณะทำงาน

ข้อจำกัด

1. **ความรู้ความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ** รวมทั้งความเข้าใจในระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ของคณะกรรมการทุกภาคส่วนที่ยังต้องได้รับการเพิ่มเติม

“ตอนที่เค้าสำรวจมาว่าอำเภอไหนจะเข้าร่วมดำเนินการบ้าง เราก็สมัครไป แต่ก็ยอมรับนะว่ายังไม่ค่อยเข้าใจหรอก ว่ามีแนวทางอย่างไร (สาธารณสุขอำเภอ)” “เค้าก็ให้ทำตามเค้าเมืองที่พอสร้าง ก้าวอย่างที่ลูกตาม ก็ไปรีวิวดูว่าจะเดินต่อยังไง (สาธารณสุขอำเภอ)”

“ถ้าผู้บริหาร สนใจเห็นภาพรวม การจัดการต่างๆ ก็จะง่าย (ปลัดอำเภอ) ผู้นำต้องมีความเข้าใจ ใส่ใจในระบบก่อน สามารถกำหนดนโยบายทิศทาง ถ้าไม่ได้มองตรงนี้ก็ขับเคลื่อนได้ยาก หัวไม่ส่ายหางก็ลำบาก (สาธารณสุขอำเภอ)”

2. **ศักยภาพในการจัดกระบวนการการมีส่วนร่วมที่ยังต้องเพิ่มเติม** เพื่อที่จะทำให้เกิดการร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมกำกับติดตามประเมินผล และร่วมรับผลงานและการขับเคลื่อนได้อย่างต่อเนื่อง

“ผมก็รออนุเคราะห์ให้ทางเลขาฯคณะทำงานไปเตรียมแผนมาว่าจะยังไง (นายอำเภอ) “สิ่งที่ขาดที่พี่คือ คนเชื่อม เขาเรียกว่าขาดนักคิด ขาดกระบวนการกับแนวคิดและวิธีการเอง ที่จะทำให้เกิดกระบวนการบูรณาการทุกภาคส่วน เราต้องหาคนที่จะเป็นนักถักทอชุมชน จะเป็นคนของเราเองหรือหาคนนอกก็ได้ (ปลัดอำเภอ)”

3. **ต้นทุนทางสังคม และการค้นหา** ต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ในพื้นที่ในทุกด้านมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

“ศักยภาพที่แต่ละพื้นที่ต่างกัน พื้นที่เราอาจจะไม่มีทรัพยากรเท่าที่อื่น คนที่นี่ส่วนใหญ่ยากจน เอกชนก็มีแต่โรงงานเล็กๆ เราก็ต้องค่อยเป็นค่อยไป (นายอำเภอ) “งบประมาณเราไม่เพียงพอจริงๆ ไม่ต้องจัดมาเยอะ แต่น่าจะเป็นตัวเงินที่มาขับเคลื่อน (นายอำเภอ)”

“เรามีปราชญ์ มีทรัพยากรอะไรในพื้นที่แล้ว แต่เราไม่มอง เราชอบไปทำอะไรที่เหมือนทำโครงการ เขาไม่คิดที่จะพัฒนาให้มันยั่งยืน แล้วมาบูรณาการกันทุกภาคส่วน ไม่ต้องทำซ้ำซ้อนให้ชาวบ้านเขาเดือดร้อน เริ่มที่ โรงเรียน วัด ให้เริ่มได้ก่อน (ปลัดอำเภอ)”

4. **ข้อมูล** ที่สามารถสะท้อนภาพของคุณภาพชีวิตของประชาชนในทุกมิติได้อย่างน่าเชื่อถือ ที่ไม่ใช่เพียงข้อมูลทางด้านสุขภาพเท่านั้น

“ปัญหาคือเราก็มีข้อมูลส่วนของเรา แต่คุณภาพชีวิตด้านอื่นนี่สิ (ไม่มี) เราต้องให้เขาร่วมเป็นทีมเลขาด้วย ปกครองต้องเป็นหลัก เขามีอำนาจ อาจจะมีตัวแทนภาคเอกชนไว้ประสาน คอยรวบรวม ป้อนข้อมูล เก็บข้อมูล ก็น่าจะ work กว่านี้ (สาธารณสุขอำเภอ)”

“อย่างเราจะใช้ จปฐ.ไปเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิต มันก็ไม่ใช่ซะ เพราะมันเป็นข้อมูลกลุ่ม คนตกเกณฑ์เยอะแยะก็มองว่าไม่ตกเกณฑ์ เมื่อไม่ตกก็ไม่ต้องไปช่วย ช่วยไปก็ไม่ถูกอยู่ในกรอบติดขัดไปหมด (ปลัดอำเภอ)”

5. ความพร้อมในการมีส่วนร่วมของประชาชนในแต่ละครัวเรือนในการตอบสนอง และร่วมมือกับการดำเนินการเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

“ความพร้อมของประชาชน ทำเร็วทำได้ระหว่างข้าราชการ แต่ทำกับชาวบ้านไม่ได้ มันต้องเตรียมความพร้อมก่อนที่จะลงงานไป ว่าเราจะเอาอะไรไปพูดกับเขา แล้วเขาพร้อมจะตอบรับเรามั้ย ก็มีปัญหาหลายเรื่อง (นายอำเภอ)”

“ประชุมกลางวันคนไม่มา ประชุมเย็นคนทำงานแย่ เป็นโจทย์เล็กๆ แต่มีผลหมด (นายอำเภอ)”

6. ภาระงานของหน่วยงานภาครัฐที่มีมาก เพราะนโยบายจากกระทรวงต่าง ๆ ที่ต้อง นำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งทำให้คณะกรรมการส่วนใหญ่ที่เป็นตัวแทนภาครัฐไม่สามารถจัดเวลาที่จะ ให้กับการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาตามแนวทางได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง

“กรรมการที่เลือกก็อาศัยว่าเคยทำงานกับเขามาก่อน เดี่ยวจะเชิญมาเป็นกรรมการนะ แต่หลังจากนั้นเรายังไม่มีเวลาได้ทำความเข้าใจนะ” “วันนี้มีงานต้องขับเคลื่อนหลายอย่าง อย่งไทย นิยมยั่งยืน ตัวนมาอีกแล้ว พอวางแผนจะนัดประชุมกรรมการก็ต้องเลื่อนไปอีก (สาธารณสุขอำเภอ)”

“ปัญหาคือภาคเอกชน ภาคประชาชนเขาพร้อม แต่ภาครัฐไม่มีเวลาในการขับเคลื่อน สสอ. ینگานหลากหลายเข้ามา พขอ. ถูกทิ้งมานาน (นายอำเภอ)”

ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

จากการสัมภาษณ์คณะกรรมการ ทั้งพื้นที่ที่ดำเนินการได้อย่างชัดเจน และพื้นที่ที่อยู่ ระหว่างดำเนินการให้มีความชัดเจน ได้ให้ความเห็นว่า หากจะมีการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต น่าจะมีการเพิ่มเติมในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. คณะกรรมการ

1.1 การคัดเลือกผู้ที่จะเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ ควรเป็นผู้ที่มีความยินดี มีใจ และ มีความกระตือรือร้นในการที่จะทำงานร่วมกัน เพื่อแก้ปัญหาเพื่อส่วนรวม มีจิตอาสาเสียสละ นอกจากนี้ก็อาจเป็นผู้ที่มีศักยภาพทางปัญญา มีอิทธิพลต่อประชาชนในชุมชน ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้อง เป็นผู้ที่มีตำแหน่งหน้าที่ในระบบ แต่เป็นคนในพื้นที่ที่มีความรู้ความสามารถ และมีความพร้อมด้าน ทรัพยากรที่จะสามารถแบ่งปันให้ผู้อื่นได้

1.2 การตั้งคณะอนุกรรมการ ซึ่งอาจจะไม่ใช่ตัวแทนจากภาครัฐเป็นประธาน อาจจะ ให้ภาคเอกชน หรือภาคประชาชนก็ได้ เพื่อช่วยในการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาที่กำหนดขึ้น โดยมีการ กำหนดบทบาทหน้าที่และทำความเข้าใจให้ตรงกัน ชัดเจน

2. กลไก สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หากมีทั้งในระดับ ังหวัด ระดับตำบล หรือถึงในระดับหมู่บ้าน โดยให้มีความเชื่อมโยงและเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ได้ดีขึ้น

3. ประเด็นปัญหา ควรสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตด้านอื่น นอกเหนือจากทางสุขภาพ หากสามารถเป็นประเด็นที่เกิดจากการสะท้อนจากประชาชน ชุมชน แล้วนำมาพิจารณาประกอบกับ ข้อมูลของหน่วยงานภาครัฐ ก็จะเป็นการทำให้ได้การจัดลำดับปัญหาที่แก้ไขได้ตรงกับที่ความต้องการ ประชาชนและศักยภาพของพื้นที่ รวมทั้งอาจจะทำให้ประชาชนให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น

4. เป้าหมาย แผนงาน การวัดความสำเร็จ แต่ละประเด็นที่จะมุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต ควรมีการร่วมกำหนดให้ชัดเจน ร่วมเป็นเจ้าของ พร้อมทั้งสื่อสาร ทำความเข้าใจให้ ตรงกันกับทุก คณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นทำงานในพื้นที่ เพื่อให้ทุกระดับนำแผนงานและเป้าหมายไปสู่การปฏิบัติ อย่างสอดคล้องและเชื่อมโยงกัน

5. พัฒนาศักยภาพ ให้กับคณะกรรมการและผู้ที่ร่วมดำเนินการ ดังนี้

5.1 คณะกรรมการ ในด้านการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เก็บรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูล มาใช้ โดยเฉพาะแนวคิด ทิศทางนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต การพัฒนาชุมชน และการมีส่วนร่วม (Participation) รวมถึงการปฏิบัติในบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ ในการขับเคลื่อนการดำเนินการ

5.2 นักจัดกระบวนการกลุ่ม หรืออาจจะเรียกว่า “นักถักทอ” ซึ่งจะเป็นคน ที่มีความสามารถในการทำให้เกิดกระบวนการชวนคุย ชวนคิด ชวนทำ รวมถึงเป็นผู้มีทักษะในการ เสริมพลัง ความคิดเชิงบวกให้กับคณะกรรมการ คณะทำงาน หรือชุมชน

6. การขับเคลื่อนด้วยความเข้าใจใจ เข้าใจงาน และร่วมใจพัฒนา อาจจะเป็นการเริ่ม จากการแก้ปัญหาในจุดเล็ก ๆ เรื่องที่ไม่ซับซ้อนหรือต้องใช้เวลาหรือใช้ทรัพยากรมาก ทำให้เห็น ผลงานที่เกิดขึ้นกับประชาชนจริง ๆ ก็จะทำให้คณะกรรมการมีกำลังใจ ภาคภูมิใจที่สามารถทำให้เกิดงานเพื่อประชาชนได้จริง รวมทั้ง เป็นการจูงใจให้ภาคีเครือข่ายภาคเอกชน ภาคประชาชน มีความยินดีที่จะเข้ามาร่วมดำเนินการมากขึ้น

7. ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ควรทำให้คณะกรรมการทุกภาคส่วนได้รู้เห็นที่สะท้อน สถานการณ์ปัญหา สาเหตุ เพื่อให้คณะกรรมการที่แม้จะไม่ได้อยู่ในภาคส่วนที่รับผิดชอบโดยตรงได้ เห็นความสำคัญและมีความเห็นร่วมในปัญหา ที่จะร่วมในการแก้ไข

8. เสริมพลังการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ดำเนินการเผยแพร่ผลการดำเนินงาน การ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่สู่สาธารณะในสื่อหรือช่องทาง ต่าง ๆ นอกจากเป็นการสร้างการรับรู้ให้กับประชาชน ยังเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจต่อคณะกรรมการ

9. สร้างอาวุธทางปัญญา หรือความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ให้กับ ประชาชนให้มากยิ่งขึ้น ให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างกระบวนการพัฒนาให้เกิดความรู้ เพื่อที่จะนำไปประยุกต์ใช้กับตนเอง และเป็นต้นแบบให้กับ ผู้อื่น

10. รณรงค์วิถีคิดค่านิยมจิตสาธารณะ จิตอาสา พึ่งพาตนเอง โดยสอดแทรก ไปในช่องทางต่างๆ ที่สามารถเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกพื้นที่ ในเวทีการประชุมที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เพื่อส่งเสริมให้ทุกคนในชุมชน สังคม ให้ความร่วมมือร่วมใจ ในการทำประโยชน์ เพื่อส่วนรวม หันมาช่วยกันพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง พึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด และเผื่อแผ่ไปยัง ผู้อื่น

11. สนับสนุนงบประมาณ การสนับสนุนงบประมาณ โดยเฉพาะบางพื้นที่ที่มีต้นทุน หรืองบประมาณไม่มากอาจจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน เพื่อนำไปใช้จัดกิจกรรมขับเคลื่อนการ ดำเนินงานของคณะกรรมการ ก็จะช่วยให้เกิดความคล่องตัวและขับเคลื่อนงานได้สะดวกขึ้น

12. ติดตาม ประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และสะท้อนความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน เพื่อให้การสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์จากระดับกระทรวง หรือหน่วยงานส่วนกลาง

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเรื่องบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและ ลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้วิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) เพื่อที่จะทำให้ได้ข้อค้นพบที่จะสะท้อนปรากฏการณ์ทั้งเชิงกว้างและเชิงลึกในการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มีผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ รวมถึงข้อเสนอแนะทางการสนับสนุนการดำเนินงานตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สถิติการวิเคราะห์ถดถอย (Regression Analysis) และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เน้นด้านการรับรู้ทำความเข้าใจความรู้สึก นึกคิด จิตใจของคณะกรรมการและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตีความหมายเรียบเรียงเป็นร้อยแก้ว และสรุปประเด็นแยกเป็นหมวดหมู่

สรุป

การศึกษานี้ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์จากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4 หลังจากได้มีการบันทึกความร่วมมือเป็นพื้นที่อำเภอนำร่องดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ และมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการในช่วงกรกฎาคม ถึง กันยายน ปี 2559 จนถึงช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล ในเดือนมีนาคม 2561 ในพื้นที่อำเภอ 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอแก่งคอย อำเภอผักไห่ อำเภอหนองเสือ จังหวัดสระบุรี, อำเภอท่าหลวง อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี, อำเภอลำลูกกา อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี และอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผลการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน ลักษณะการขับเคลื่อนของพื้นที่ ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัด และข้อเสนอการดำเนินการ โดยสรุปผลได้ว่า

การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติตามบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในระดับมาก ได้แก่ ด้านการขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงาน หรือร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมรับผลงาน โดยเฉพาะเรื่องการดำเนินงานแก้ปัญหาพื้นที่โดยประสาน เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รองลงมาเป็นด้าน ส่วนด้านการกระตุ้น หนุนเสริม หรือร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ มีการปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง ซึ่งเรื่องการร่วมคิด วิเคราะห์และกำหนดปัญหาสาเหตุ ร่วมกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง แผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ที่มีการปฏิบัติ

ได้น้อยที่สุดในด้านนี้ ส่วนด้านการเติมเต็มส่วนขาดทรัพยากรที่ใช้ หรือร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็ม พบว่าสามารถปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นผลที่สอดคล้องกับข้อค้นพบเชิงคุณภาพ ที่บ่งชี้ว่า คณะกรรมการส่วนใหญ่ได้มีการร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานมีความเด่นชัดกว่าการได้ร่วมคิด ร่วมพิจารณา และร่วมเป็นเจ้าของ และได้ร่วมในการพิจารณาด้านทรัพยากร ทั้งนี้ ก็มีข้อมูลระบุว่า บางพื้นที่มีแผนที่จะมีการทบทวนคณะกรรมการชุดใหม่ให้เป็นไปตามแนวทางที่ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.2560 จึงยังไม่ได้มีการประชุมชี้แจงบทบาทหน้าที่ แนวคิดทิศทาง แผนงานของการปฏิบัติให้กับคณะกรรมการที่ได้รับแต่งตั้งตามคำสั่งปี 2559 คณะกรรมการหลายพื้นที่จึงยังไม่ทราบอย่างชัดเจนถึงบทบาทหน้าที่ที่ถูกกำหนดในคำสั่ง ในขณะที่เดียวกันกระบวนการในการร่วมคิด ร่วมกำหนดเป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ แผนงาน แผนงบประมาณและทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในพื้นที่ของคณะกรรมการ ในหลายพื้นที่จึงยังไม่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน

การขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า แต่ละพื้นที่มีการดำเนินการได้แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ต้นทุนทางสังคม ทรัพยากร และศักยภาพในการขับเคลื่อนของคณะกรรมการในพื้นที่ทำการศึกษามีสามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1. พื้นที่ที่ดำเนินการตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มีความชัดเจน กับ 2. พื้นที่ที่อยู่ระหว่างดำเนินการให้มีความชัดเจน ตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อ้างถึงในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.2560 ซึ่งทั้งนี้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บ่งชี้ว่าการขับเคลื่อนได้มากน้อยต่างกันในแต่ละพื้นที่ เกี่ยวข้องกับข้อจำกัด อุปสรรค ด้านต่าง ๆ ได้แก่ **ความรู้ความเข้าใจ** ในแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รวมทั้งความเข้าใจในระดับการมีส่วนร่วม ของคณะกรรมการทุกภาคส่วน **ศักยภาพ**ในการจัดกระบวนการการมีส่วนร่วม **ต้นทุนทางสังคม** และการค้นหา **ข้อมูล** ที่สามารถสะท้อนภาพของคุณภาพชีวิต **การมีส่วนร่วมของประชาชน** และ **ภาระงาน** ในหน้าที่ปกติของหน่วยงานภาครัฐ ขณะเดียวกันพบว่ามีข้อสรุปปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ในขณะที่มีข้อสรุปปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จที่แต่ละพื้นที่มีความต่างกัน ได้แก่ **ผู้นำ** ทุกระดับที่เข้มแข็งในการนำ **ผู้ชี้ผู้ชง** ที่มีศักยภาพ กระตือรือร้น มีความเข้าใจดี **ผู้ร่วมทำ** คณะกรรมการที่ได้รับแต่งตั้ง ต้องมาด้วยใจอาสา ยินดีที่จะร่วมพัฒนาพื้นที่ **ผู้รับผลงาน** ประชาชนมีส่วนร่วม และ**ผู้เสริมแรง** ด้วยการเสริมพลังทางบวก

การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน พบว่า ระดับการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาคุณภาพชีวิตภาพรวม อยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงสูงสุด ได้แก่ ด้านทางกายและกายภาพ รองลงมา ทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม ในขณะที่การลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน ใน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางความคิด ปัญญา และวินัย อยู่ในระดับปานกลาง โดยความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน รายชื่อเรียงค่าเฉลี่ยที่ได้มากไปน้อย ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางกายและกายภาพ ในกลุ่มด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ให้ได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูที่ดีขึ้น การช่วยให้ประชาชนได้รับการช่วยเหลือ เยียวยาเมื่อเกิดความทุกข์ยาก การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การป้องกันการควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อที่ดีขึ้น ประชาชน

มีสิ่งแวดล้อมที่น่าอยู่และเอื้อต่อการส่งเสริมการมีสุขภาพดี ซึ่งทุกข้อนี้เป็นความเปลี่ยนแปลงทางด้านกายและกายภาพ ส่วนรายชื่อด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ด้านความคิด ปัญญา วินัย และการลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ที่จะมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า

ผลการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการต่อ การพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน โดยสามารถทำนายผลของการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ ได้ถึงร้อยละ 28.3 หากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการปฏิบัติตามบทบาทในทุกด้าน

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา การปฏิบัติในบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 4 การเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน และผลของการปฏิบัติในบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน ซึ่งจากข้อค้นพบนำมาอภิปรายผลการศึกษา ได้ดังนี้

1. การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ที่คณะกรรมการประเมินได้ค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ เมื่อพิจารณารายด้านก็จะสอดคล้องกันที่พบว่ามีเพียงด้านการขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงาน

รื้อ

“ร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมรับผลงาน” ที่ได้คะแนนมาก ส่วนด้านกระตุ้น หนุนเสริมหรือ“ร่วมคิดร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ” และด้านการเติมเต็มส่วนขาดทรัพยากรที่ใช้หรือร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็ม” อยู่ในระดับปานกลาง ทำให้ภาพรวมการปฏิบัติตามบทบาทยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลวิเคราะห์การให้สัมภาษณ์ที่คณะกรรมการส่วนใหญ่บอกอย่างได้ชัดเจนว่า ตนเองมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ปัญหาในพื้นที่ แต่การได้ร่วมคิด ร่วมพิจารณาร่วมเป็นเจ้าของในการร่วมกำหนดเป้าหมาย แผนงาน แผนงบประมาณ และการพิจารณาเรื่องทรัพยากร ยังมีส่วนร่วมน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ช่วงระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ คือช่วงปลายปี 2559 ถึง มีนาคม 2561 ที่เก็บข้อมูล รวมเวลาแล้วก็ประมาณปีกว่า ๆ ซึ่งอาจจะยังทำให้การปฏิบัติในบางบทบาทยังทำได้ไม่ชัดเจน รวมทั้งการได้ประชุมร่วมกันของคณะกรรมการก็ยังน้อยครั้ง ซึ่งก็จะทำให้การได้ร่วมกันคิด ร่วมวางแผน ติดตามความก้าวหน้าและการชี้แจงให้รับทราบถึงบทบาทหน้าที่ที่ถูกกำหนดในคำสั่งยังไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับที่ อัลพอร์ต (Allport. 1930, พวงเพชร, 2542 และสุตา, 2541)) ได้กล่าวไว้ว่า การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล (Role Performance) เป็นบทบาทของสถานภาพที่แสดงออกจริง (Actual Role) การที่บุคคลใดจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้ดีเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับระดับการยอมรับบทบาทนั้น ๆ ของบุคคลที่ได้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ ทั้งนี้เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งเรื่องความสามารถ ความเชื่อ ค่านิยม การอบรมกำลังใจ มูลเหตุจูงใจ ข้อผูกพัน ความพอใจในสิทธิหน้าที่สภาพของจิตใจและร่างกายของแต่ละบุคคล (รีตเตอร์ อางใน วีระ เพลงรัมย์, 2543)

2. การเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน ที่พบว่าระดับการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ ในการศึกษานี้คณะกรรมการประเมินการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าคณะกรรมการประเมินจากสถานการณ์ปัจจุบันที่เห็นโดยรวมของประชาชนในพื้นที่ ที่ถ้าหากไม่มีความเดือดร้อนมากจนที่กระทบการดำเนินชีวิตของคนในแต่ละครัวเรือน หรือไม่มีผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจำนวนมากในพื้นที่ของตน จึงประเมินว่ามีคุณภาพชีวิตที่จัดว่าดี อีกทั้งแบบสอบถามนี้อธิบายว่าให้ประเมินความเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาที่คณะกรรมการได้รับการแต่งตั้ง มาจนถึงปัจจุบันว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ซึ่งในระยะเวลาเพียงปีกว่า ๆ ความเปลี่ยนแปลงที่เห็นจึงไม่ชัดเจน ดังนั้นก็อาจเป็นไปได้ว่าคณะกรรมการเลือกที่จะมองสถานการณ์ปัจจุบันที่กล่าวไป จึงได้ประเมินว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับมาก

การเปลี่ยนแปลงในด้านที่มีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงสูงสุด ได้แก่ ด้านทางกายและกายภาพ รองลงมา ทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม ในขณะที่การลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในและการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางความคิด ปัญญา และวินัย อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าข้อคำถามในแบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางกายและกายภาพในกลุ่มตัวอย่างโอกาสผู้สูงอายุ ผู้พิการ ให้ได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูที่ดีขึ้น การช่วยให้ประชาชนได้รับการช่วยเหลือเยียวยาเมื่อเกิดความทุกข์ยาก การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การป้องกันการควบคุมโรคติดต่อโรคไม่ติดต่อที่ดีขึ้น ประชาชนมีสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่และเอื้อต่อการส่งเสริมการมีสุขภาพดี เป็นคำตอบจากเรื่องราวที่คณะกรรมการส่วนใหญ่ได้มีประสบการณ์ในการร่วมดำเนินการ เนื่องจากเป็นประเด็นที่หลายพื้นที่ประสบกับสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว เช่นเดียวกับด้านข้อด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ที่ถามถึงการส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตดี มีความสนุกสนานร่าเริงมีครอบครัวอบอุ่นได้อยู่ด้วยกันดูแลกัน ให้ร่วมในกิจกรรมสำคัญของชุมชนต้นแบบที่ดี เป็นที่ยอมรับในชุมชน สังคม ซึ่งจากการสัมภาษณ์คณะกรรมการส่วนใหญ่พูดถึงเรื่องคุณภาพชีวิตที่ต้องการให้เกิดกับประชาชนเป็นเรื่องแรก ๆ คือ ความกินดีอยู่ดี ครอบครัวมีสุข มีความอบอุ่น ซึ่งอาจเป็นไปได้ที่การประเมินจึงคล้อยตามความคาดหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของพระอริการเขื่อน เขมธมโม (2558) ที่พบว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนพื้นที่ อ.ห้วยคต จ.อุทัยธานี โดยบทบาทของพระสงฆ์ภาพรวม อยู่ในระดับมาก โดยสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นคือ ให้ชุมชนเกิดความเป็อยู่ที่ดีขึ้น มีการคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่มีหนี้สิน มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เมตตาช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ปัญญา วินัย และการลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ก็จะมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า ซึ่งก็สอดคล้องกับการวิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์ที่คณะกรรมการส่วนใหญ่ ยังไม่ได้จัดลำดับไว้ว่าเป็นเรื่องที่จะพัฒนา รวมทั้งมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในระยะเวลาสั้น จะต้องใช้เวลาสำหรับการที่จะทำให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงทางความคิด มีความรอบรู้ทางสุขภาพ หรือรู้เท่าทันสื่อต่าง ๆ การความเคารพและปฏิบัติตามกฎกติกา ข้อบังคับ กฎเกณฑ์ของชุมชน สังคม รวมไปถึงการทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการนำไปใช้ดำรงชีวิต โดยเฉพาะการทำให้ประชาชนในพื้นที่อุ่นใจ ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง คณะกรรมการมองว่าการขับเคลื่อนดำเนินการนี้ก็จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะร่วมสนับสนุนให้ไปถึงตรงจุดนั้น แต่อย่างไร

ก็ตามเป็นเรื่องที่ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล แต่ละครอบครัว ที่ต้องร่วมกันทำให้พึ่งพาตนเองได้เป็นที่พึ่งพาของคนในครอบครัว ชุมชน ต่อไป และสร้างความรู้สึกร่วมกัน ไม่ถูกทอดทิ้งด้วยกัน

3. ผลการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน ที่พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทั้งด้านการกระตุ้น หนุนเสริม การเติมเต็มส่วนขาดทรัพยากร การขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งแบบสอบถามได้มุ่งเน้นที่จะให้ประเมินการมีส่วนร่วมในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่การได้ ร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินและรับผลงานที่หากได้ดำเนินการยิ่ง มากก็จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนได้ อย่างมากด้วย ซึ่งผลการศึกษาก็ยืนยันเป็นจริง ซึ่งสอดคล้องกับ สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ (2545) ที่ระบุถึงการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ควรมีระดับตั้งแต่ ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็นร่วมพิจารณา ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตาม ตรวจสอบและประเมินผล และร่วมรับผล ในขณะเดียวกัน ผลการศึกษานี้ก็สามารถพยากรณ์ได้ถึงผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับ ประชาชนจากการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการปฏิบัติตามบทบาท ได้ถึงร้อยละ 30 ซึ่งส่วนที่ เหลือก็อาจจะต้องมีปัจจัยด้านอื่นๆ ที่จะมีผลร่วมด้วย เช่น การนำของผู้มีในระดับต่าง ๆ ศักยภาพ ของทีม การมีส่วนร่วมของประชาชน รวมถึงนโยบายและอำนาจสั่งการที่อาจเป็นทั้งในทางบวกที่จะ ช่วยกระตุ้นหรือเสริมพลังให้เกิดการขับเคลื่อน และอาจจะเป็นในทางลบที่เป็นผลจากความไม่เข้าใจ ในนโยบาย การสั่งการนั้น หรือมีความเห็นแตกต่าง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัย บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อการพัฒนา คุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 4 ทั้งเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้อยู่ในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทุกภาค ส่วนตระหนักถึงเป้าหมายและผลกระทบจากทฤษฎีนโยบายสาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ ประชาชน

1.2 กระตุ้น ส่งเสริม และสร้างความเข้าใจในการหลักคิดแบบพอประมาณ เห็นเหตุ เป็นผลตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy Philosophy) ในกระบวนการ ต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน

1.3 สนับสนุนให้ พขอ. เป็นหน่วยที่จะบูรณาการนโยบาย และทำความเข้าใจกับ ผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานให้ชัดเจนก่อนขยายต่อ เพราะบางนโยบายสามารถเสริมกันหรือเอื้อต่อกัน นำสู่เป้าหมายเดียวกัน เช่น โครงการไทยนิยมยั่งยืน กับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

2. ข้อเสนอเพื่อนำสู่ปฏิบัติ

2.1 ควรให้ความสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนให้ครอบคลุมทุกระดับของการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะด้านการร่วมคิด ร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมเติมเต็ม และติดตามประเมินผล เพื่อที่จะทำให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นไปอย่างเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพและยั่งยืนยิ่งขึ้น

2.2 ควรขยายประเด็นและเป้าหมายที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้ไปถึงเรื่องการพัฒนาด้านความคิด ปัญญา วินัยและการลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน เช่น การเข้าถึงข้อมูล การมีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) การมีวินัยและเคารพกติกาชุมชน

2.4 ควรสร้างการรับรู้และมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ค้นหาและส่งเสริมบุคคลผู้มีจิตสาธารณะ เพื่อร่วมสนับสนุนเป้าหมาย “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน”

2.3 ควรติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่วนกระทรวง เขตสุขภาพ และจังหวัด เพื่อให้การสนับสนุนที่จำเป็นตามบริบทของพื้นที่ เช่น องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง พัฒนาทักษะ ขวัญกำลังใจ รวมทั้งงบประมาณ

3. ข้อเสนอเพื่อการวิจัยต่อไป

3.1 ศึกษาวิจัยในประเด็นต่างๆ อย่างต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ หลังจากประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561

3.2 ศึกษาปัจจัยหรือประเด็นอื่นๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน เช่น ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของประชาชน ต้นทุนทางสังคม อำนาจ

3.3 ศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พขอ. ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยยึดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

3.4 ศึกษาและพัฒนากระบวนการ กลวิธีในการส่งเสริมค่านิยมจิตสาธารณะจิตอาสา และพึ่งพาตนเอง ของประชาชน

3.5 ศึกษาวิจัยพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนในพื้นที่ดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

จินตวิโรจน์ เกษมสุข. การสื่อสารกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554.

นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดชา เกตุฉ่ำ. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1). กรุงเทพฯ : กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554.

สุดา ภิมรัมย์แก้ว. มนุษย์กับสังคม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2541.

สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และ ทศนีย์ ญาณะ. บทเรียนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชน. กรุงเทพฯ : บริษัท สหมิตรภาพ พรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด, 2559.

สนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสุขศึกษา, กรม. แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. และลดเสี่ยง. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2556.

อคิน รพีพัฒน์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภารการพิมพ์, 2527.

วารสารและหนังสือพิมพ์

ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, มานพ คณะโต และกิตติมา โมะเมน. “การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ”. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ปีที่ 1 (ฉบับที่ 3) ตุลาคม – ธันวาคม, 2556.

วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย เอกสารวิจัยส่วนบุคคล

ดูลคอเถ็ด เจงแต. “กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนบ้านเกาะสวาด ตำบลไพรวัน อำเภอดงขี้เหล็ก จังหวัดนครราชสีมา”. ปริญญาโทหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์, คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2555.

ไพโรจน์ ภัทธนากรกุล และวีรวัฒน์ ปันนิตามัย. “การบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการปฏิรูประบบราชการและพันธกิจในทศวรรษหน้า”. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์, เอกสารสำเนา, 2548.

ยุพาพร รูปงาม. “การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงบประมาณในการปฏิรูประบบราชการ”. ภาคินพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2545.

อุดมศักดิ์ แซ่ไฉ่, อภิชัย วรธนพิศิษฐ์ และรัตติยา อักษรทอง. “โครงการความจำเป็นในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์”. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์, นครศรีธรรมราช : บริษัทโรงพิมพ์ดีชัย จำกัด. (มปป.)

เอกสารไม่ตีพิมพ์

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาธิป กะทา. “สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ”. สนับสนุนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2550.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และยงค์ศักดิ์ ตันติปิฎก. “สุขภาพไทย วัฒนธรรมไทย”. สนับสนุนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข, 2550.

เดชา แซ่หลี และคณะ, บรรณาธิการ. “เสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพอำเภอ (รสบอ.) ในโครงการพัฒนาองค์ความรู้ แนวคิดและจัดพิมพ์ผลงานการพัฒนากลไกสนับสนุนระบบสุขภาพระดับอำเภอ.” มูลนิธิแพथ์ชนบท, ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557.

ภูษิต ประคองสาย, บรรณาธิการ. “การสาธารณสุขไทย 2554-2558”. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ผู้จัดทำ, สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559.

มหาดไทย, กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, กระทรวง. “เอกสารประกอบการประชุมการประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระบบสุขภาพอำเภอ (พขอ. : DHB) เขตสุขภาพที่ 8”. วันที่ 25 กันยายน 2560 ณ โรงแรมภาลัย จังหวัดอุดรธานี. 2560.

ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, บรรณาธิการ. “เอกสารประกอบการอธิบาย (ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.2560”. รวบรวมและเผยแพร่โดย สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560.

วรารุช สุรพถกซ์. “บ้านเล็กในป่าใหญ่”. ในโครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อการจัดการอำเภอสุขภาพผ่านเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนต้นแบบในเขตบริการสุขภาพที่ 12, สงขลา : มูลนิธิสุขภาพภาคใต้, 2559.

วิชัย เอกพลกากร, บรรณาธิการ. “รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557”. กระทรวงสาธารณสุข, 2559.

วันชัย วัฒนศัพท์. “การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาองค์กร บรรยายในการสัมมนานายจ้างและลูกจ้างภาครัฐวิสาหกิจ เรื่อง “ระบบทวิภาคีกับการแก้ปัญหาแรงงานในรัฐวิสาหกิจ”. วันที่ 6-8 มีนาคม 2546 โรงแรมพญาเชนเตอร์ เมืองพญา ชลบุรี จัดโดย กองรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน, 2546.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. “ผู้นำระบบวิจัยที่สร้างความรู้เชิงประจักษ์เพื่อการพัฒนาสุขภาพไทย.” รายงานประจำปี 2559 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2560.

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

- คณะอนุกรรมการสถิติสาขาสุขภาพและคณะทำงานสถิติสาขาสุขภาพ. “แผนพัฒนาสถิติสาขาสุขภาพ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2557-2558”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http://www.osthailand.nic.go.th/files/social_sector/SDP_health291057-new6.pdf, 2557.
- บทความ. “ปัญหาสุขภาพคนไทยและระบบบริการสุขภาพ ศุกร์ 11 ธันวาคม 2522”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=19>, 2522.
- “พิมพ์เขียวและแผนปฏิบัติการขับเคลื่อน Thailand 4.0 โมเดลขับเคลื่อนประเทศไทยสู่ความมั่งคั่ง มั่นคง และยั่งยืน”. เอกสารประกอบการบรรยาย. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Thailand%204.0_050160%20%281%29.pdf, 2017.
- อรพินท์ สโพชชัย. “การมีส่วนร่วมของประชาชน”. กลุ่มพัฒนาระบบสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบราชการ สำนักงานพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.). (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : https://www.opdc.go.th/special.php?spc_id=2&content_id=337, 2561.

ภาษาต่างประเทศ

- Allport, Gordon R. Personality : A Psychology Interpretation. New York : Holt, 1973.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259– 267, 2000.
- Walter, Suzan. Holistic Health. In the Illustrated Encyclopedia of Body-Mind Disciplines. New York : Rosen Publishing Group, 1999.
- World Health Organization (WHO). Health promotion. WHO publications, 1998.

ภาคผนวก

ผนวก ก

ชื่อผนวก เครื่องมือในการวิจัย

แบบสอบถาม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB / พชอ.) เขตสุขภาพที่ 4
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความ ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน

1. เพศ

1 ชาย 2 หญิง

2. อายุ

1. 20 ปีหรือต่ำกว่า 2. มากกว่า 20 ปีขึ้นไป - 29 ปี
 3. มากกว่า 29 ปีขึ้นไป - 39 ปี 4. มากกว่า 39 ปีขึ้นไป - 49 ปี
 5. มากกว่า 49 ปีขึ้นไป - 59 ปี 6. มากกว่า 59 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

1. ต่ำกว่า ปวส. / อนุปริญญา 2. ปวส. / อนุปริญญา
 3. ต่ำกว่าปริญญาตรี 4. ปริญญาตรี
 5. สูงกว่าปริญญาตรี ปริญญาโท / สูงกว่า

4. สถานะภาพสมรส

1. แต่งงานแล้ว 2. โสด 3. แยกกันอยู่
 4. หย่าร้าง 5. หม้าย

5. จังหวัดภูมิลำเนาของท่าน

1. จ.นนทบุรี 2. จ.ปทุมธานี 3. จ.นครนายก
 4. จ.พระนครศรีอยุธยา 5. จ.ลพบุรี 6. จ.สระบุรี
 7. จ.สิงห์บุรี 8. จ.อ่างทอง 7. อื่นๆ ระบุ...

6. หน่วยงาน

1. หน่วยงานปกครอง
2. หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ
3. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อปท. อบต. เทศบาล
4. โรงพยาบาล
5. ภาคเอกชน
6. หน่วยงานทางการศึกษา
7. ภาคประชาชน
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
9. อื่นๆ ระบุ.....

7. อายุราชการ/อายุงานที่ปฏิบัติอยู่

1. 5 ปีหรือต่ำกว่า
2. มากกว่า 5 ปีขึ้นไป – 10 ปี
3. มากกว่า 10 ปีขึ้นไป – 15 ปี
4. มากกว่า 15 ปีขึ้นไป – 20 ปี
5. มากกว่า 20 ปีขึ้นไป – 25 ปี
6. มากกว่า 25 ปีขึ้นไป

8. ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอหรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB)

1. ต่ำกว่า 1 ปี (ระบุ.....เดือน)
2. 1 - 5 ปี (ระบุ.....ปี)
3. มากกว่า 5 - 10 ปี (ระบุ.....ปี)
4. 10 ปีขึ้นไป (ระบุ.....ปี)

9. รายได้ของท่าน (ต่อเดือน)

1. น้อยกว่า 20,000 บาท
2. 20,000 – 29,999 บาท
3. 30,000 – 39,999 บาท
4. 40,000 – 49,999 บาท
5. 50,000 บาท ขึ้นไป

10. ความพึงพอใจในการเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1. มากที่สุด
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. น้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

คำชี้แจง การให้ข้อมูลของท่านครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อท่านและคณะทำงานในพื้นที่ของท่าน

1. ข้อมูลจะถูกนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม เพื่อช่วยสนับสนุนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อไป
2. ขอให้ท่านกรุณาตอบ เมื่อท่านได้เข้าร่วมในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ

3. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติในข้อคำถามต่อไปนี้อย่างไร

4. กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงใน ตามที่ท่านปฏิบัติจริงที่สุด

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย ใน 1 ปีที่ผ่านมา

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติในข้อนั้นๆ 1 - 4 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมา

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านเคยปฏิบัติในข้อนั้นๆ 5 - 8 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมา

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านเคยปฏิบัติในข้อนั้นๆ 9 - 12 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมา

กิจกรรมตามบทบาท	การได้ปฏิบัติ			
	ไม่เคยปฏิบัติเลย (1)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (2)	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง (3)	ปฏิบัติ เป็น ประจำ (4)
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ				
1. ท่านมีส่วนร่วมในการกระตุ้น หนุนเสริม เติบโตเสริม การพัฒนาคุณภาพชีวิตในบทบาทที่เป็น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดังนี้				
1.1 ร่วมคิด วิเคราะห์และกำหนดปัญหา สาเหตุของพื้นที่				
1.2 ร่วมกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง แผนยุทธศาสตร์ /แผนงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่				
1.3 ร่วมกำหนดหรือพิจารณาแผนงบประมาณที่จะใช้พัฒนา				
1.4 สนับสนุนและส่งเสริมให้มีความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ				
1.5 สนับสนุนให้ชุมชน ประชาชนเข้าร่วมในการ				

พัฒนาคุณภาพชีวิต				
2. ท่านมีส่วนร่วมในการเติมเต็มส่วนขาดด้าน ทรัพยากรที่ใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ในอำเภอ ดังนี้				
2.1 พัฒนาหรือปรับปรุง สิทธิประโยชน์ตามสิทธิ หลักประกันสุขภาพ ที่จะเกิดกับประชาชน				
2.2 สนับสนุนให้คณะกรรมการได้นำทรัพยากรที่มี ในท้องถิ่น ภาคเอกชน มาร่วมในการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตประชาชนในพื้นที่				
2.3 ร่วมพิจารณา และจัดสรรการใช้ทรัพยากรเงิน สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ ในการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของประชาชน				
2.4 ร่วมติดตาม กำกับให้มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม				
3.ท่านมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนและประเมินผล การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนใน พื้นที่ ดังนี้				
3.1 นำแผนงานที่กำหนดโดยคณะกรรมการ ไป ดำเนินการตามที่ได้รับ มอบหมาย				
3.2 ดำเนินงานแก้ปัญหาพื้นที่โดยประสาน เชื่อมโยงกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง				
3.3 รับฟังข้อร้องเรียน คำร้องทุกข์ จากประชาชน ชุมชน และนำมาเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการ				
3.4 ร่วมประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ชีวิตในอำเภอ				
3.5 ใช้ข้อมูลหลักฐานต่างๆ ประกอบการประเมินผล การดำเนินงาน				
3.6 เสนอแนะและให้ความเห็น ต่อคณะกรรมการ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุง ต่อยอดการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่				

ส่วนที่ 3 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ของ
คณะกรรมการ พชอ.

คำชี้แจง

- การให้ข้อมูลของท่านครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบทางลบใดๆ ต่อท่านและคณะทำงานในพื้นที่
ของ
ท่าน
- ข้อมูลจะถูกนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม เพื่อช่วยสนับสนุนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ต่อไป
- ขอให้ท่านกรุณาตอบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการลดความเหลื่อม
ล้ำ ให้กับประชาชน จากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
อย่างน้อยเพียงใด ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา
- กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงใน ตามที่ท่านปฏิบัติจริงที่สุด

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในข้อนี้กับประชาชน น้อยที่สุด
น้อย หมายถึง ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในข้อนี้กับประชาชน น้อย
ปานกลาง หมายถึง ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในข้อนี้กับประชาชน ปานกลาง
มาก หมายถึง ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในข้อนี้กับประชาชน มาก
มากที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในข้อนี้กับประชาชน มากที่สุด

การพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ ให้กับประชาชน ในพื้นที่	ระดับการเปลี่ยนแปลง				
	น้อย ที่สุด (1)	น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
1. ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของ ประชาชนในพื้นที่ทางกาย และกายภาพ ดังนี้					
1.1 ทุกกลุ่มวัยได้รับการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อที่ตีขึ้น					
1.2 กลุ่มด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ได้รับการดูแล รักษา ฟันฟูที่ตีขึ้น					
1.3 ประชาชนได้รับการป้องกันการบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุ					
1.4 ประชาชนได้รับการช่วยเหลือ เยียวยา เมื่อเกิด ความทุกข์ยาก					

การพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ ให้กับประชาชน ในพื้นที่	ระดับการเปลี่ยนแปลง				
	น้อย ที่สุด (1)	น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
1.5 ประชาชนมีสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ และเอื้อต่อการส่งเสริมการมีสุขภาพ					
2. ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนี้					
2.1 ประชาชนได้รับการส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตดี มีความสนุกสนานร่าเริงและอารมณ์ที่ดี					
2.2 ประชาชนได้รับการส่งเสริมให้มีครอบครัวอบอุ่นได้อยู่ด้วยกันดูแลกัน					
2.3 ประชาชนได้รับการส่งเสริมให้ร่วมในกิจกรรมสำคัญของชุมชน					
2.4 ประชาชนได้รับการส่งเสริมการเป็นต้นแบบที่ดี เป็นที่ยอมรับในชุมชน สังคม					
3. ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ทางความคิด ปัญญา และวินัย ดังนี้					
3.1 ประชาชนได้รับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ หรือรู้เท่าทันสื่อต่างๆ					
3.2 ประชาชนร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ ใช้ประสบการณ์ที่ดี เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง ครอบครัว ชุมชน					
3.3 ประชาชนได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ เพื่อใช้ในการประกอบอาชีพหรือทำงาน					
3.4 ประชาชนมีความเคารพและปฏิบัติตามกฎ กติกาข้อบังคับ กฎเกณฑ์ของชุมชน สังคม					
4. ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในการลดความ					

ประวัติย่อผู้วิจัย

- ชื่อ** : นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย
- วัน เดือน ปี เกิด** : 2 กรกฎาคม 2505
- การศึกษา** :
- : ปริญญาตรีแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - : ปริญญาโทศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - : ปริญญาโทคหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาคอคริว และสังคม มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 - : อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แพทยสภา แขนงสาธารณสุขศาสตร์
 - : อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
 - : อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แพทยสภา แขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก
 - : อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แพทยสภา แขนงสุขภาพจิตชุมชน
 - : อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แพทยสภา แขนงระบาดวิทยา
- ประวัติการทำงาน**
- โดยย่อ** :
- : เป็นแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มากกว่า 20 ปี
 - : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง
 - : นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
 - : ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง
 - : สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่4
- ตำแหน่งปัจจุบัน** : สาธารณสุขนิเทศก์ สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 4

ผู้วิจัย นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย **หลักสูตร** วปอ. รุ่นที่ 60

ตำแหน่ง สาธารณสุขนิเทศก์ (ทรงคุณวุฒิ)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมุ่งสู่การพัฒนาความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อที่จะนำไปสู่การพัฒนาให้คนไทยมีความสุขและตอบสนองต่อการบรรลุซึ่งผลประโยชน์แห่งชาติ ในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างรายได้ระดับสูง เป็นประเทศพัฒนาแล้ว และสร้างความสุขของคนไทย สังคมมีความมั่นคง เสมอภาคและเป็นธรรม ประเทศสามารถแข่งขันได้ในระบบเศรษฐกิจ นำพาประเทศมุ่งสู่การเป็น Thailand 4.0 โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกที่ถูกคาดหวังว่าจะช่วยทำให้การขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์ของชาติได้อย่างแท้จริง โดยใช้หลักประชารัฐในการร่วมกันของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการกำหนดความต้องการของพื้นที่แปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของพื้นที่อย่างใกล้ชิด จริงจังและต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ ของประชาชนในพื้นที่ บทเรียนจากการสังเคราะห์ประสบการณ์ของพื้นที่ที่ได้ดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ใน 15 พื้นที่ จาก 73 พื้นที่ ยังพบว่าการดำเนินงานมีความก้าวหน้าแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบทและปัจจัยหลายประการ ซึ่งยังต้องการการสนับสนุน ซึ่งการที่จะทราบสถานการณ์อย่างแท้จริง จำเป็นต้องทำการศึกษาย่างเป็นระบบ ในขณะที่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รวมทั้งผลที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนในพื้นที่จากการปฏิบัติตามบทบาทนี้ โดยเฉพาะในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติในบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อศึกษาระดับการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน ในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 4
3. เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติในบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน ในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 4
4. เพื่อเสนอแนะทางสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีหลักการ แนวคิด เป้าหมายตามร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ..... รวมทั้งบทเรียนที่ได้จากการสังเคราะห์ประสบการณ์ของพื้นที่ที่ได้ดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ในปีที่ผ่านมา โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. สรุปรวความเห็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาคำตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย
2. ประชากรที่จะศึกษา ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรือคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพ ที่มีชื่อในคำสั่งแต่งตั้ง ในพื้นที่นำร่องที่มีการทำข้อตกลงนำร่องการดำเนินการในปี 2559 ในเขตสุขภาพที่ 4 ดังนี้ 1. อ. เมือง ลำลูกกา จ.ปทุมธานี 2) อ.เมือง จ.นนทบุรี 3. อ.แก่งคอย ดอนพุด และมวกเหล็ก จ. สระบุรี และ 4) อ.ท่าหลวง และลำสนธิ จ.ลพบุรี
3. ระยะเวลาของการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2560 ถึง มีนาคม 2561 ซึ่งยังเป็นช่วงที่ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ยังไม่ได้ประกาศเป็นราชกิจจานุเบกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้วิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Method) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการ การพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ และใช้วิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ในการสัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม เลือกกกลุ่มประชากรแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอตามคำสั่ง 3 ผู้บริหารระดับจังหวัด และประชาชน ใน 8 อำเภอ 4 จังหวัด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สถิติการวิเคราะห์ถดถอย (Regression Analysis) และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติตามบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในระดับมาก ได้แก่ ด้านการขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงาน หรือ ร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมรับผลงาน โดยเฉพาะเรื่องการดำเนินงานแก้ปัญหาพื้นที่โดยประสาน เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รองลงมาเป็นด้าน ส่วนด้านการกระตุ้น หนุนเสริม หรือ ร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ มีการปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง ซึ่งเรื่องการร่วมคิด วิเคราะห์และกำหนดปัญหาสาเหตุ ร่วมกำหนด

เป้าหมาย ทิศทาง แผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ ที่มีการปฏิบัติได้น้อยที่สุดในด้านนี้ ส่วนด้านการเติมเต็มส่วนขาดทรัพยากรที่ใช้ หรือร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็ม พบว่าสามารถปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นผลที่สอดคล้องกับข้อค้นพบเชิงคุณภาพ ที่บ่งชี้ว่าคณะกรรมการส่วนใหญ่ได้มีการร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานมีความเด่นชัดกว่าการได้ร่วมคิดร่วมพิจารณา และร่วมเป็นเจ้าของ และได้ร่วมในการพิจารณาด้านทรัพยากร ทั้งนี้ก็มีข้อสรุประบุว่าบางพื้นที่มีแผนที่จะมีการทบทวนคณะกรรมการชุดใหม่ให้เป็นไปตามแนวทางที่ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.2560 จึงยังไม่ได้มีการประชุมชี้แจงบทบาทหน้าที่ แนวคิดทิศทาง แผนงานของการปฏิบัติให้กับคณะกรรมการที่ได้รับแต่งตั้งตามคำสั่งปี 2559 คณะกรรมการหลายพื้นที่จึงยังไม่ทราบอย่างชัดเจนถึงบทบาทหน้าที่ที่ถูกกำหนดในคำสั่ง ในขณะที่เดียวกันกระบวนการในการร่วมคิด ร่วมกำหนดเป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ แผนงานแผนงบประมาณและทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในพื้นที่ของคณะกรรมการในหลายพื้นที่จึงยังไม่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน

2. การขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

พบว่า แต่ละพื้นที่มีการดำเนินการได้แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ต้นทุนทางสังคม ทรัพยากร และศักยภาพในการขับเคลื่อนของคณะกรรมการ ในพื้นที่ทำการศึกษา สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1. พื้นที่ที่ดำเนินการตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีความชัดเจน กับ 2. พื้นที่ที่อยู่ระหว่างดำเนินการให้มีความชัดเจน ตามแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อ้างถึงในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.2560 ซึ่งทั้งนี้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บ่งชี้ว่าการขับเคลื่อนได้มากน้อยต่างกันในแต่ละพื้นที่ เกี่ยวข้องกับข้อจำกัด อุปสรรค รวมทั้งปัจจัยเอื้อ ด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ข้อจำกัด อุปสรรค ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รวมทั้งความเข้าใจในระดับการมีส่วนร่วม ของคณะกรรมการทุกภาคส่วน ศักยภาพในการจัดกระบวนการการมีส่วนร่วม ต้นทุนทางสังคมและการค้นหา ข้อมูลที่สามารถสะท้อนภาพของคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมของประชาชน และภาระงานในหน้าที่ปกติของหน่วยงานภาครัฐ ขณะเดียวกันพบว่ามีข้อสรุปปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ในขณะที่มีข้อสรุป

2.2 ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จที่แต่ละพื้นที่มีความต่างกัน ได้แก่ ผู้นำทุกระดับที่เข้มแข็งในการนำ ผู้ชี้ผู้ชง ที่มีศักยภาพ กระตือรือร้น มีความเข้าใจดี ผู้ร่วมทำ คณะกรรมการที่ได้รับแต่งตั้ง ต้องมาด้วยใจอาสา ยินดีที่จะร่วมพัฒนาพื้นที่ ผู้รับผลงาน ประชาชนมีส่วนร่วมและผู้เสริมแรง ด้วยการเสริมพลังทางบวก

3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน พบว่า ระดับการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน ในพื้นที่ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาคุณภาพชีวิตภาพรวม อยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงสูงสุด ได้แก่ ด้านทางกายและกายภาพ รองลงมา ทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมในขณะที่การลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในและการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางความคิด ปัญญา และวินัย อยู่ในระดับปานกลาง โดยความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน รายชื่อเรียงค่าเฉลี่ยที่ได้มากไปน้อย ได้แก่

การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางกายและกายภาพ ในกลุ่มด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ให้ได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูที่ดีขึ้น การช่วยให้ประชาชนได้รับการช่วยเหลือ เยียวยาเมื่อเกิดความทุกข์ยาก การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อที่ดีขึ้น ประชาชนมีสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่และเอื้อต่อการส่งเสริมการมีสุขภาพดี ซึ่งทุกข้อนี้เป็นความเปลี่ยนแปลงทางด้านกายและกายภาพ ส่วนรายชื่อด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ด้านความคิด ปัญญา วินัย และการลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ที่จะมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า

4. ผลการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน โดยสามารถทำนายผลของการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ ได้ถึงร้อยละ 30 หากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการปฏิบัติตามบทบาทในทุกด้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้อยู่ในทุกนโยบายสาธารณะ (Quality of Life Development in All Policies) เพื่อให้ทุกภาคส่วนตระหนักถึงเป้าหมายและผลกระทบจากทุกนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

1.2 กระตุ้น ส่งเสริม และสร้างความเข้าใจในการประยุกต์ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy Philosophy) ในกระบวนการต่าง ๆ ในการดำเนินการเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน

1.3 บูรณาการนโยบายที่จะให้พื้นที่ดำเนินการ ควรทำความเข้าใจให้กับผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานให้ชัดเจนก่อนขยายต่อ เพราะบางนโยบายสามารถเสริมกันหรือเอื้อต่อกันนำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน เช่น โครงการไทยนิยมยั่งยืน กับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

1.4 จัดให้เป็นวาระของการประชุมแบบทางการ ในการติดตาม ประเมินผลและสะท้อนความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้การสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์จากระดับกระทรวง หรือหน่วยงานส่วนกลาง

2. ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2.1 คณะกรรมการ ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่สำคัญ ควรคัดเลือกผู้ที่จะเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ ควรเป็นผู้ที่มีความยินดีมีใจและมีความกระตือรือร้น มีจิตอาสา เสียสละ เป็นผู้ที่มีความสามารถทางปัญญา และมีความพร้อมด้านทรัพยากรที่จะสามารถแบ่งปันให้ผู้อื่นได้

2.2 กลไก สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หากมีทั้งในระดับจังหวัด ระดับตำบล หรือถึงในระดับหมู่บ้าน โดยให้มีความเชื่อมโยงและเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ได้ดีขึ้น

2.3 ประเด็นปัญหา ควรสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตด้านอื่น นอกเหนือจากทางสุขภาพ หากสามารถเป็นประเด็นที่เกิดจากการสะท้อนจากประชาชน ชุมชน เพื่อจัดลำดับปัญหาที่แก้ไข ได้ตรงกับที่ความต้องการประชาชนและศักยภาพของพื้นที่ รวมทั้งอาจจะเพิ่มความร่วมมือจาก ประชาชน

2.4 เป้าหมาย แผนงาน การวัดความสำเร็จ แต่ละประเด็นที่จะมุ่งไปสู่การพัฒนา คุณภาพชีวิต ควรมีการร่วมกำหนดให้ชัดเจน ร่วมเป็นเจ้าของ พร้อมทั้งสื่อสาร ทำความเข้าใจให้ตรงกัน กับทุกคณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นทำงานในพื้นที่ เพื่อให้ทุกระดับนำแผนงานและเป้าหมายไปสู่ การปฏิบัติอย่างสอดคล้องและเชื่อมโยงกัน

2.5 พัฒนาศักยภาพ ให้กับคณะกรรมการ ในด้านการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลมาใช้ โดยเฉพาะแนวคิด ทิศทางนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต การพัฒนาชุมชน และการมีส่วนร่วม (Participation) การปฏิบัติในบทบาทหน้าที่ และพัฒนา ศักยภาพผู้ที่จะจัดกระบวนการกลุ่ม ที่จะทำให้เกิดกระบวนการชวนคุย ชวนคิด ชวนทำ เสริมพลัง ความคิดเชิงบวกให้กับคณะกรรมการ คณะทำงาน หรือชุมชน

2.6 การขับเคลื่อนด้วยความเข้าใจ เข้าใจงาน และร่วมใจพัฒนา เริ่มจากการ แก้ปัญหาในจุดเล็กๆ เรื่องที่ไม่ซับซ้อนหรือต้องใช้เวลาหรือใช้ทรัพยากรมาก ทำให้เห็นผลงานที่เกิด ขึ้นกับประชาชนจริงๆ ก็จะทำให้คณะกรรมการภาคภูมิใจที่ เป็นการจูงใจให้ภาคีเครือข่าย ภาคเอกชน ภาคประชาชน มีความยินดีที่จะเข้ามาร่วมดำเนินการมากขึ้น

2.7 ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ควรทำให้คณะกรรมการทุกภาคส่วนได้รู้เห็นที่สะท้อน สถานการณ์ปัญหา สาเหตุ เพื่อให้คณะกรรมการที่แม้จะไม่ได้อยู่ในภาคส่วนที่รับผิดชอบโดยตรง ได้เห็นความสำคัญและมีความเห็นร่วมในปัญหา ที่จะร่วมในการแก้ไข

2.8 เสริมพลังการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ดำเนินการเผยแพร่ผลการดำเนินงาน การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้ให้กับประชาชน และสร้างขวัญและกำลังใจต่อ คณะกรรมการ

2.9 สร้างอาวุธทางปัญญา หรือความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ให้ประชาชน ได้เข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นและสร้างกระบวนการพัฒนาความรู้ เพื่อที่จะนำประยุกต์ใช้กับตนเอง และเป็นต้นแบบให้กับผู้อื่น

2.10 รณรงค์วิถีคิดค่านิยมจิตสาธารณะ จิตอาสา พึ่งพาตนเอง โดยสอดแทรกไป ในช่องทางต่าง ๆ ที่สามารถเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกพื้นที่ เพื่อส่งเสริมให้ทุกคนในชุมชน สังคม หันมาช่วยกันพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง พึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด และเผื่อแผ่ไปยังผู้อื่น

2.11 สนับสนุนงบประมาณ การสนับสนุนงบประมาณ โดยเฉพาะบางพื้นที่ที่มีต้นทุน หรืองบประมาณไม่มากอาจจำเป็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุน เพื่อนำไปใช้จัดกิจกรรมขับเคลื่อน การดำเนินงานของคณะกรรมการ ก็จะช่วยให้เกิดความคล่องตัวและขับเคลื่อนงานได้สะดวกขึ้น