

การถอดบทเรียนตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย Lessons learned from quality-of-life management models in sub-districts of Northeastern Thailand

poonarin seekud^{1*} thanawat phumcharoenwat¹ krissanachai kimchai¹ phipadpole pinitdee¹
Poonarin Seekud^{1*} Thanawat Phumcharoenwat¹ Krissanachai Kimchai¹ Phipadpole Pinitdee¹

*Corresponding author: s.poonarin@gmail.com

(Received: October 1, 2021; Revised: December 20, 2021; Accepted: December 26, 2021)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนตำบลต้นแบบจัดการคุณภาพชีวิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พื้นที่ในการศึกษาคัดเลือกจากตำบลที่ผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่มีผลงานดีเด่นระดับเขตบริการสุขภาพที่ 7, 8, 9 และ 10 จำนวน 4 ตำบล โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้นำชุมชน ภาควิชาเครือข่ายองค์กรชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนในชุมชน ระยะเวลาทำการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม-สิงหาคม พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์เอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทบทวนหลังปฏิบัติงาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบการพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนแบบพึ่งตนเอง โดยมีปัจจัยสำคัญ ดังนี้ 1) ผู้นำชุมชน 2) การมีส่วนร่วมของภาควิชาเครือข่าย 3) การสนับสนุนทางสังคม 4) ธรรมนูญตำบลหรือข้อตกลงร่วมกัน 5) การประเมินกระบวนการ (TPAR) 6) ต้นทุนทางสังคม และ 7) คุณภาพชีวิต จากการถอดบทเรียนตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ ทำให้เห็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนแบบพึ่งตนเองบนพื้นฐานต้นทุนทางสังคม ทรัพยากร วัฒนธรรม โดยมีผู้นำชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการนำพาชุมชนสู่การพัฒนา ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษารูปแบบตำบลการจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายและการขับเคลื่อนโดยธรรมนูญตำบลให้ชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขกาย สุขใจ สุขเงิน และสุขสามัคคี

คำสำคัญ: การจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลต้นแบบ การถอดบทเรียน

¹ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

¹Department of Northeastern Regional Center for Primary Health Care Development, Thailand

Abstract

This study is a qualitative research aimed to study lessons learned from quality-of-life management models in sub-districts of Northeastern Thailand. The study areas selected were four sub-districts with an outstanding performance from Health Service Area 7, 8, 9, and 10. Essential information of this research was received from community leaders, network partners, community organizations, village health volunteers (VHVs), and people in the community. Research instruments were non-structured interviews combined with field notes. The researcher did in-depth interviews together with observations, focus group discussions, and the study of documentary analysis. After action review (AAR) and content analysis by present analytical description, descriptive data were analyzed. The results showed that sub-district quality-of-life management models improve the quality of life of people in the community by being self-reliant. The essential factors are as follows: 1) Community leadership, 2) Network participation, 3) Social support, 4) District constitution or collective agreement, 5) Team Plan Activity Result (TPAR), 6) Social capital and 7) Quality of Life. The lessons learned from sub-district quality-of-life management models shows how to improve the quality of life of people in the community on a self-reliant basis based on social costs, resources, and culture, with community leaders playing an essential role in leading the community towards development. In the following study, the sub-district quality-of-life management model should be studied by enhancing the power of network partners and driven by the sub-district statute for communities to have a good quality of life, physical health, happiness, financial happiness, and harmony.

Keywords: Quality-of-life management, Sub-district model, Lessons learned

1. บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการลดลงของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ประกอบกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทำให้คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น การเปลี่ยนแปลงของโรคทางระบบหัวใจจากโรคติดต่อเข้าไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น โรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น รวมถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อม อุบัติเหตุ ภัยพิบัติ และภัยสุขภาพ ทำให้กรอบในการพัฒนาด้านสาธารณสุขของไทยเปลี่ยนไปเพื่อมุ่งให้บรรลุกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 คือ “การมีสุขภาพดีในทุกช่วงอายุ: Ensure healthy life and promote wellbeing for all at all age) ซึ่งมีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคน ในทุกช่วงวัยมีสุขภาพดี⁽¹⁾ เพราะการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีส่วนช่วยสนับสนุนการเข้าสู่ SDGs เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตแยกเป็น 3 ด้าน คือ (1) การบริการปฐมภูมิและบริการทางด้านสาธารณสุขในฐานะเป็นแกนนำบูรณาการบริการสุขภาพ ด้วยนโยบายและกิจกรรมในพหุภาคแบบมีส่วนร่วม และการเสริมสร้างศักยภาพภาคประชาชน ซึ่งในส่วนของการเสริมสร้างศักยภาพภาคประชาชน ได้นำกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้เพื่อสร้างเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนให้เกิดการพึ่งพาตนเองหรือการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของคุณภาพชีวิต⁽²⁾

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีนโยบายและดำเนินการโครงการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพมาเป็นระยะเวลากว่า 10 ปี และในปัจจุบันได้พัฒนาเป็นตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ชุมชนสร้างสุข “สุขภาพ สุขใจ สุขเงิน สุขสามัคคี” เพื่อดำเนินงานเชื่อมโยงการทำงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งตำบลจัดการคุณภาพชีวิตเป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เพื่อแก้ปัญหาหรือพัฒนาตามบริบทและหรือประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทั้งด้านการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิต มีองค์ประกอบได้แก่ ทีมผู้นำ แผนการดำเนินงานของชุมชน กิจกรรมดำเนินการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและมีการมุ่งสู่เป้าหมายผลลัพธ์ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต⁽³⁾

ในช่วงแรกของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาหรือโรคโควิด 19 เมื่อต้นเดือนกุมภาพันธ์ 2563 มีข่าวสารเผยแพร่ทางสื่อมวลชน และสื่อออนไลน์ถึงการระบาดของโรคโควิด 19 ที่เมืองอู่ฮั่นประเทศจีน อาจจะมี

แพร่เชื้อมาถึงประเทศไทยจากการเดินทางกลับของแรงงานจากต่างประเทศที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ประชาชนตื่นตัวและตระหนักเป็นอย่างมาก ทีมงานและเครือข่ายตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ชุมชนสร้างสุขมีการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคโควิด 19 โดยการติดตามให้คำแนะนำผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัดให้กักตัวครบ 14 วัน มีการตรวจประเมิน คัดกรอง ติดตามกลุ่มเสี่ยงและมีการดูแลเยียวยาซึ่งกันและกันของชุมชน ได้รับพัฒนาความรู้ใหม่ๆ เพื่อจัดการตนเองในการควบคุมโรค สร้างมาตรการชุมชน ในการจัดพิธีหรือวัฒนธรรมท้องถิ่นให้รวดเร็วแต่ยังคงรักษาวัฒนธรรมประเพณี อันเป็นการปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม และตำบลขับเคลื่อนสู่การสร้างธรรมนูญตำบล พร้อมทั้งมีการจัดตั้งกองทุนเพื่อดูแล เฝ้าระวัง และป้องกันโรคโควิด 19 ช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากโควิด 19 ซึ่งในสถานการณ์ช่วงแรกทรัพยากรในการป้องกันโรคโควิด 19 ขาดแคลนเป็นอย่างมาก เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ รวมทั้งมีการระบาดในระลอกที่ 3 รัฐบาลประกาศล็อกดาวน์ในพื้นที่มีการระบาดหนัก ส่งผลให้ประชาชนต้องหยุดงานและมีการเดินทางกลับภูมิลำเนาเป็นจำนวนมาก ด้วยการจัดการตนเองในพื้นที่ ควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนในประเด็นตามบริบท ประชาชนรวมกลุ่มรับบริจาคทรัพยากรในท้องถิ่นเพื่อทำหน้ากากผ้าแจกจ่ายให้กับประชาชนในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม ส่วนประชาชนที่กลับจากพื้นที่เสี่ยงก็จัดสถานที่สำหรับกักตัว 14 วัน และระดมทรัพยากรในพื้นที่จัดทำอาหารให้กับผู้กักตัวทุกคน ทำให้พื้นที่ไม่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนแบบพึ่งตนเองบนพื้นฐานทุนทรัพยากร วัฒนธรรม และทุนทางเครือข่ายของชุมชน⁽⁴⁾

จากผลสำเร็จดังกล่าว ทำให้คณะผู้วิจัยได้รับรู้ถึงความเข้มแข็งของชุมชน ตลอดจนการบริหารจัดการภายในชุมชนด้านต่างๆ ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการสาธารณสุข ที่ใช้การศึกษาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาประเทศและทำงานเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน จึงมีความสนใจที่จะถอดบทเรียนตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ เพื่อนำไปใช้เป็นแบบอย่างและถ่ายทอดต่อชุมชนอื่น และนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมอื่นๆ เพื่อการพัฒนาอย่างเหมาะสมต่อไป

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการถอดบทเรียนตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประกอบด้วยการใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาตำบล จัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ หน่วยของการวิเคราะห์ในการ วิจัย (Unit of Analysis) ผู้วิจัยได้คัดเลือกจากเขตบริการ สุขภาพที่รับผิดชอบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดย คัดเลือกจากตำบลที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกเป็นตำบลจัดการ คุณภาพชีวิตที่มีผลงานดีเด่นระดับเขตบริการสุขภาพที่ 7, 8, 9 และ 10 รวมทั้งหมด 4 ตำบล เป็นพื้นที่ในการเก็บ ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาจากการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation Observation) และการสัมภาษณ์แบบ เจาะลึก (In - depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การวิเคราะห์หลังปฏิบัติ (After Action Review : AAR) และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) นำเสนอผลการวิจัยในลักษณะเชิง พรรณนา (Description) และพรรณนาวิเคราะห์ (Analytical Description) ระยะเวลาทำการวิจัยตั้งแต่ เดือนมกราคม-สิงหาคม พ.ศ.2564 โดยคณะผู้วิจัยลงพื้นที่ เก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตนเองและมีส่วนร่วมในการทำ กิจกรรมของชุมชน ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มภาคีเครือข่าย/องค์กร ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ ประชาชนในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสนทนากลุ่มผู้นำ ชุมชน ตำบลละ 2 คน กลุ่มภาคีเครือข่าย/องค์กรชุมชน ตำบลละ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลละ 1 คน และประชาชนในชุมชน ตำบลละ 1 คน ทั้งหมด 4 ตำบล รวมทั้งหมด 20 คน ประเด็นในการสนทนา กลุ่ม ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ธรรมนูญตำบลกับการจัดการสุขภาพ ชุมชน ในการควบคุมป้องกันโรคโควิด 19 : ตำบลนาโพธิ์ กลาง อำเภอยางเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็นที่ 2 พลังเครือข่ายชุมชน สู่การเป็นตำบล จัดการคุณภาพชีวิต เป็น 1 ใน 9 จังหวัดปลอดโควิด 19 : ตำบลนาแสง อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

ประเด็นที่ 3 อสม. เขียวชาญ 12 สาขา สู่การจัดการ สุขภาพชุมชน : ตำบลโนนผ่อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัด ขอนแก่น

ประเด็นที่ 4 บวรสันติสุข สู่การเป็นตำบลจัดการ คุณภาพชีวิต : ตำบลสายออ อำเภอนิโนไทย จังหวัด นครราชสีมา

สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้นำชุมชน ตำบลละ 2 คน กลุ่มภาคีเครือข่าย/องค์กรชุมชน ตำบลละ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลละ 1 คน และประชาชนในชุมชน ตำบลละ 1 คน ทั้งหมด 4

ตำบล รวมทั้งหมด 20 คน โดยใช้วิธีการเทคนิคลูกโซ่ (Snowball) ในประเด็นการดำเนินงานตำบลจัดการ คุณภาพชีวิตต้นแบบในชุมชน ซึ่งในการสัมภาษณ์ใช้แบบ สัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างเป็นแนวลักษณะคำถาม ปลายเปิด ซึ่งมีความยืดหยุ่นสูงเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก สามารถพูดคุยเรื่องต่างๆ ได้อย่างอิสระ การพูดคุยตั้งอยู่ บนฐานของความเต็มใจที่จะตอบคำถามของผู้ให้ข้อมูล สำคัญ มีการจดบันทึกในประเด็นสำคัญ และคณะผู้วิจัย ได้วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นจากการสัมภาษณ์หลังเก็บข้อมูล ในพื้นที่ที่วิจัยทันที

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัย แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขอความ ร่วมมือในการให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงและการตอบ คำถามในครั้งนี้ ทีมผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับไม่มี การระบุชื่อและรายงานผลการวิจัยจะเสนอผลโดยภาพรวม และผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการปฏิเสธการตอบคำถามหรือยุติ ได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดำเนินชีวิตและ การประกอบอาชีพ

3. ผลการวิจัย

ทีมผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสรุปผลจากการถอด บทเรียนตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ มีกระบวนการ ดำเนินงาน ดังแสดงรูปภาพประกอบที่ 1 และนำเสนอ รายละเอียด ดังนี้

1. ผู้นำชุมชน (Community leadership) ผู้ที่มี บทบาทในการนำพาชุมชนสู่การพัฒนาและการ เปลี่ยนแปลง มีบทบาทสำคัญต่อการบริหารจัดการและ กำหนดทิศทางการพัฒนาชุมชนให้อยู่ดี มีสุขได้ เป็นข้อ ค้นพบจากคำกล่าวของผู้นำชุมชนที่ว่า “เราเห็นแสงตะวัน ก่อนเขา ก็ต้องคิดพัฒนาก่อนเขา” ซึ่งเป็นความคิดเชิง ก้าวหน้าในการพัฒนาชุมชนของตนเอง จากการศึกษาการ ดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่ผ่านมาพบว่า ผู้นำใน ชุมชนสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ประกอบด้วย

- 1) ผู้นำทางการปกครอง ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ประธานชุมชน
- 2) ผู้นำทางการเมือง ได้แก่ สมาชิกสภาท้องถิ่น ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3) ผู้นำทางศาสนา และ
- 4) ผู้นำทางธรรมชาติ หมายถึงถึงครู หมออนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Network Participation) การสร้างพลังในกลุ่มภาคีเครือข่ายเพื่อการ ดูแลสุขภาพชุมชนที่ดี และบทบาทของการมีส่วนร่วมใน

การสร้างเสริมและพัฒนาสุขภาพของบุคคลในชุมชนเป็นงานที่สำคัญ เป็นข้อค้นพบจากคำกล่าวที่ว่า “การประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายทุกระดับทั้งภายในและภายนอกพื้นที่เป็นสิ่งสำคัญที่สุด ซึ่งหัวใจในการประสานงาน คือ ไม่ได้มุ่งเน้นที่งานของตนเองเป็นหลัก แต่ให้ยึดเอาประชาชนเป็นศูนย์กลาง” จากการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน ต้องอาศัยความร่วมมือ และการระดมพลังจากทุกฝ่าย เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีแบบยั่งยืนของคนในชุมชน และสังคมโดยรวม จากการศึกษาการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่ผ่านมาพบว่า ภาคีเครือข่ายที่เป็นแกนนำสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย

1) ภาคีเครือข่ายระดับท้องถิ่น ได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพหมู่บ้าน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน บวร (บ้าน วัด โรงเรียน) และชมรมกลุ่มต่างๆ

2) ภาคีเครือข่ายระดับท้องถิ่น ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานเทศบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และสมาคมต่างๆ และ

3) ภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด มูลนิธิประชาสังคมจังหวัด พัฒนาสังคมจังหวัด สมาคมสื่อมวลชนจังหวัด สภาองค์กรชุมชนจังหวัด และสถาบันอุดมศึกษาในพื้นที่

3. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การได้รับความสนับสนุนหรือการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายที่นำมาซึ่งการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เป็นทั้งรูปธรรมและนามธรรม เช่น การส่งเสริมสนับสนุนการให้ข้อมูล การฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้ การฝึกปฏิบัติหรือทักษะ การให้ข้อมูลของอุปกรณ์ การอำนวยความสะดวกให้คำแนะนำเรื่องต่างๆ รวมถึงการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงาน จากศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และการสนับสนุนจากสภาองค์กรชุมชนลุ่มน้ำโขง ซึ่งเป็นหน่วยจัดการหรือ NODE สสส. จังหวัด ในการสนับสนุนชุมชนให้สามารถพัฒนาโครงการจนได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

4. ธรรมนูญตำบลหรือข้อตกลงร่วมกัน เช่น นโยบายกฎระเบียบ ข้อบังคับ และประกาศ ธรรมนูญตำบล เป็นกลวิธีหรือเครื่องมือที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานในระดับตำบล/หมู่บ้าน มีเนื้อหาสาระครอบคลุมมาตรการป้องกัน

ควบคุมโควิด 19 เช่น มาตรการเว้นระยะห่างในการติดต่อพบเจอกันของคนในชุมชน มาตรการจัดบริการของร้านอาหาร การขออนุญาตก้านหรือผู้ใหญ่บ้านเพื่อเข้าหรือออกตำบลในกรณีเข้ามาขายของในพื้นที่ หรือเข้ามาหาของป่าในเขตพื้นที่ การรายงานตัวต่อก้านหรือผู้ใหญ่บ้านกรณีเดินทางมาจากต่างจังหวัด โดยมี สสม. ให้การสนับสนุน ผ่านกิจกรรม “การเคาะประตูบ้านต้านโควิด 19” เพื่อคอยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ซึ่งก่อให้เกิดความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจกันจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน กำหนดกติกาของชุมชนร่วมกัน ถือเป็นสัญญาใจของคนในชุมชนที่นำไปใช้ปฏิบัติโดยทันที โดยมีขั้นตอนการจัดทำธรรมนูญตำบล ดังนี้

1) เริ่มทำ/มีมติให้จัดทำ

2) ยกร่าง

3) รับฟังความคิดเห็น

4) มีฉันทามติ/ประกาศใช้

5) ขับเคลื่อน และ

6) ประเมินผล

5. การประเมินกระบวนการ (TPAR) การประเมินกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมที่กำหนดขึ้น เพื่อใช้เป็นกรอบและการวัดผลสำเร็จในการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทพื้นที่ ทำให้คนทำงานในพื้นที่มีความชัดเจนในกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ การดำเนินงาน “ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ชุมชนสร้างสุข สุขกาย สุขใจ สุขเงิน สุขสามัคคี” โดยกำหนดแนวทางการประเมินกระบวนการ “TPAR” ได้แก่

1) T = Team: มีทีมสุขภาพระดับตำบลที่มีศักยภาพ

2) P = Plan: มีการจัดทำแผนสุขภาพตำบลแบบมีส่วนร่วม

3) A = Activity: มีการจัดกิจกรรมหรือบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย

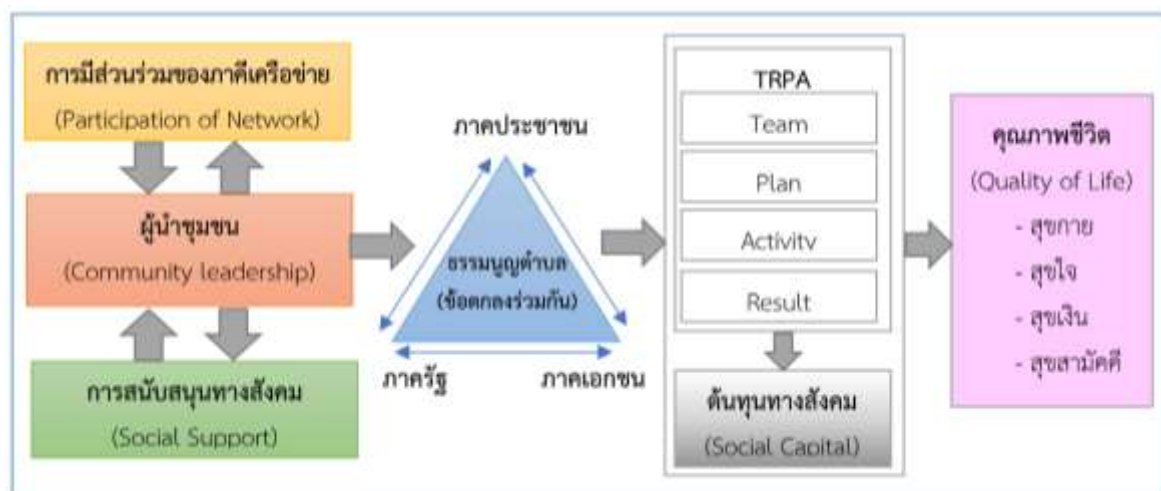
4) R = Result: มีผลลัพธ์การดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน “สุขกาย สุขใจ สุขเงิน สุขสามัคคี”

6. ต้นทุนทางสังคม (Social Capital) เป็นปัจจัยเชิงเศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายทางสังคม เช่น เครือข่ายจัดการแยกขยะและรวบรวมขยะเพื่อขายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และจัดตั้งเป็นกองทุนสวัสดิการชุมชนเพื่อดูแลกลุ่มสมาชิก กลุ่มผู้ด้อยโอกาสในชุมชน และมีกิจกรรมส่งเสริมให้ทุกครัวเรือนปลูกผักสวนครัวอย่างน้อย 10 ชนิด ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นการปลอดสารเคมีใช้ปุ๋ยอินทรีย์ เพื่อสุขภาพที่ดีของคนในชุมชนลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ เพื่อการสร้างฐานอาหารชุมชนหรือ

ที่ชาวอีสานเห็นว่า “ข้าวน้ำซำปลา” แปลว่า “ข้าวปลาอาหาร” เป็นการทำงานผ่านสภาองค์กรชุมชน ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) และโครงการผลิตผักปลอดสารเคมีของ สสส.นอกจากจะส่งผลต่อผู้มีสุขภาพดีแล้ว ยังช่วยลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ ชุมชนจึงไม่ขาดแคลนข้าวปลาอาหารเลย แม้อยู่ท่ามกลางสถานการณ์โควิด 19 แคมป์ยังต่อยอดคิดค้นอาหารที่เสริมภูมิต้านทานโรคโควิดได้อีกด้วย เมื่อชุมชนเริ่ม ทาง รพ.สต. อปท. ก็สนใจและให้การสนับสนุน ชาวบ้านจึงมีกำลังใจ คิดเอง ลงมือทำเอง และเกิดผลงานที่สามารถจับต้องได้อีกมากมาย เกิดความร่วมมือกันและไว้วางใจกันระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มีบทเรียนในการพัฒนาร่วมกันในด้านต่าง ๆ เมื่อเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชุมชนจึงสามารถจัดการได้เป็นอย่างดี เช่น ในสถานการณ์การระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ช่วงแรก เกิดปัญหาการขาดแคลนหน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ และเครื่องสแกนอุณหภูมิ อสม. ตำบลโนนฆ้อง จึงได้ตกลงกันบริจาคเงินซื้อเครื่องสแกนอุณหภูมิแบบดิจิทัล ประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 อันทั้ง 10 หมู่บ้าน และประกาศเชิญชวนชาวบ้านบริจาค “ผ้าขาวม้า” เพื่อนำมาตัดเย็บหน้ากากผ้าเพื่อแจกจ่ายให้ทุกคนรอบครัว โดยอสม. ที่เคยเป็นสาวโรงงานนำจักรเย็บผ้ามาที่ รพ.สต. จำนวน 2 หลัง ได้รับบริจาคผ้าขาวม้าหลายร้อยผืน ช่วยกันตัดเย็บหน้ากากผ้าขาวม้าและมอบให้ครอบครัวละ 3 ชิ้น และในช่วงเปิดเทอม อสม. ก็ตัดเย็บหน้ากากผ้าขาวม้าให้เด็กนักเรียนคนละ 2 ชิ้น และรับเป็นจิตอาสาไปสแกนอุณหภูมินักเรียนก่อนเข้าโรงเรียน จนกว่าทางโรงเรียนจะ

ได้จัดงบประมาณซื้อเครื่องสแกนอุณหภูมิ นอกจากนี้ อสม. ก็ยังเป็นแกนนำในการคัดกรองในงานบุญ งานศพ ที่ชาวบ้านมารวมตัวกัน และในช่วงสถานการณ์การระบาดในรอบ 2 รัฐบาลมีนโยบายให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลับไปรักษาตัวที่บ้าน และประกาศล็อกดาวน์ในหลายพื้นที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงส่วนใหญ่เดินทางกลับภูมิลำ และต้องทำตามมาตรการกักตัว 14 วัน ซึ่งชาวบ้านได้มีโครงการแผนปฏิบัติการ 90 วัน ปลุกผักสวนครัว เพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารอยู่ก่อนแล้ว จึงได้รวมกลุ่มกันจัดทำอาหารสำหรับผู้กักตัว ณ สถานที่กักตัวที่ทางชุมชนจัดทำขึ้น และในชุมชนมีการพัฒนา “อสม. เชี่ยวชาญ 12 สาขา” ตามแนวทางการคัดเลือก อสม. ดีเด่นของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ อสม. แต่ละคนมีศักยภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ มีความเชี่ยวชาญในแต่ละสาขาที่รับผิดชอบทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

7. คุณภาพชีวิต (Quality of Life) ภาวะความเป็นอยู่ที่ดีของชีวิตที่นำมาสู่ความสุขและความพึงพอใจ คุณภาพชีวิตของบุคคลคนหนึ่งจะสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่มีและที่เป็นอยู่ของบุคคลนั้นๆ ดังคำกล่าวของชุมชนที่ว่า “คุณภาพชีวิตที่ดีคือ การไม่มีโรค มีสุขภาพที่ดีและแข็งแรง มีความสุขกับการใช้ชีวิต มีอาชีพที่สามารถเลี้ยงตนเองได้ และชาวบ้านพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือแบ่งปัน สามัคคีร่วมแรงร่วมใจกัน” ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ สุขกาย สุขใจ สุขเงิน และสุขสามัคคี โดยสรุปภาพรวมจากการถอดบทเรียนทั้งหมด ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 รูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ จากการสรุปผลการศึกษาของคณะทีมผู้วิจัย

4. อภิปรายผล

จากการถอดบทเรียนตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผู้นำชุมชน (Community leadership) ผู้ที่มีบทบาทในการนำพาชุมชนสู่การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลง เป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการบริหารจัดการและกำหนดทิศทางการพัฒนาชุมชนให้อยู่ดี มีสุขได้ โดยการศึกษาพบว่า ชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ล้วนแล้วแต่มีผู้นำเป็นปัจจัยความสำเร็จ สอดคล้องกับจักรี ศรีจารุเมธีญาณ และพระถนัด วทพโน⁽⁵⁾ กล่าวว่า “ผู้นำ” ซึ่งเป็นบุคคลที่จะมาช่วยเป็นกำลังแรงใจและมั่นคงในการปฏิบัติงานร่วมกัน เหตุนี้ในการพัฒนาชุมชน ผู้นำชุมชนถือว่าเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถที่จะระดมพลและทรัพยากรในด้านต่างๆ เพื่อใช้ในการบริหาร การพัฒนาหรือร่วมกิจกรรมของชุมชน เพื่อให้การพัฒนานั้นไปสู่จุดมุ่งหมายได้ดียิ่งขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา พุ่มพวง และสุภาภรณ์ วรอรุณ⁽⁶⁾ ที่พบว่า ผู้นำชุมชนเป็นพลังผลักดันให้การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนประสบผลสำเร็จ

2. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Network Participation) ในการสร้างพลังในกลุ่มภาคีเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพชุมชนที่ดี และบทบาทของการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมและพัฒนาสุขภาพของบุคคลในชุมชนเป็นงานที่สำคัญ เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนต้องอาศัยความร่วมมือ และการระดมพลังจากทุกฝ่าย เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีแบบยั่งยืนของคนในชุมชน และสังคมโดยรวม สอดคล้องกับอิทธิรัตน์ ราศิริ และอาจินต์ สงทับ⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพและการเพิ่มศักยภาพให้ยืนยาว ต้องอาศัยศักยภาพที่มีอยู่ในหลายภาคส่วนของสังคมทั้งในระดับชุมชนท้องถิ่น และภายในครอบครัวโดยการผนวกภาคีเครือข่ายที่มีอยู่ทั้งภายในภาคส่วนราชการระหว่างส่วนราชการ และองค์กรพัฒนาเอกชน โดยเฉพาะระหว่างภาคสาธารณะและภาคเอกชนมีความจำเป็นยิ่ง การสร้างความร่วมมือเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ และสอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติ สุทธิรัตน์⁽⁸⁾ ที่พบว่าภาคีเครือข่ายสุขภาพมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะทำให้เครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งและยั่งยืน

3. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ชุมชนดำเนินงานได้สำเร็จ การได้รับ

ความสนับสนุนหรือการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายที่นำมาซึ่งการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เป็นทั้งรูปธรรมและนามธรรม เช่น การส่งเสริมสนับสนุนการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้ การฝึกปฏิบัติหรือทักษะ การให้วัสดุสิ่งของอุปกรณ์ การอำนวยความสะดวกให้คำแนะนำเรื่องต่างๆ สอดคล้องกับ Marc Pilisuk⁽⁹⁾ ที่กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลและกลุ่มบุคคลที่ปฏิสัมพันธ์ด้วยทางด้านอารมณ์ สังคม วัตถุ สิ่งของรวมทั้งข้อมูลข่าวสาร ผลของแรงสนับสนุนทำให้บุคคลเกิดความตระหนัก สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ได้ตามความต้องการส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

4. ธรรมนูญตำบลหรือข้อตกลงร่วมกัน เช่น นโยบายกฎระเบียบ ข้อบังคับ และประกาศ ธรรมนูญตำบล เป็นกลวิธีหรือเครื่องมือที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานในระดับตำบล/หมู่บ้าน โดยการศึกษาพบว่า ธรรมนูญตำบลมีเนื้อหาสาระครอบคลุมมาตรการป้องกันควบคุมโควิด 19 เช่น มาตรการเว้นระยะห่างในการติดต่อพบเจอกันของคนในชุมชน มาตรการจัดบริการของร้านอาหาร การขออนุญาตกักกันหรือผู้ใหญ่บ้านเพื่อเข้าหรือออกตำบลในกรณีเข้ามาขายของในพื้นที่ หรือเข้ามาหาของป่าในเขตพื้นที่การรายงานตัวต่อกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านกรณีเดินทางมาจากต่างจังหวัด โดยมี อสม. เป็นให้การสนับสนุนโดยมีกิจกรรม “การเคาะประตูบ้านต้านโควิด 19” เพื่อกอให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ซึ่งก่อให้เกิดความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจกัน กำหนดกติกาของชุมชนร่วมกัน ถือเป็นสัญญาใจของคนในชุมชนที่นำไปใช้ปฏิบัติโดยทันที สอดคล้องกับบรรณพล ศรีประภา⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่เกิดการบูรณาการทำงานร่วมกันของทุนทางสังคมที่มีอยู่ในตำบลในการร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการสะท้อนและกระตุ้นให้ประชาชนเกิดการรับรู้ปัญหาทางด้านสุขภาพที่ตนเอง เกิดการตระหนักที่จะช่วยกันหาทางแก้ไข ร่วมวางแผน ดำเนินการและนำไปปฏิบัติ

5. การประเมินกระบวนการ (TPAR) เป็นการประเมินกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมที่กำหนดขึ้น เพื่อใช้เป็นกรอบและการวัดผลสำเร็จในการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทพื้นที่ ทำให้คนทำงานในพื้นที่มีความชัดเจนในกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ โดยการประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินผลตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการของกองสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹¹⁾ เป็น

การบวกรประเมินตนเอง (Self-Assessment) แบบมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อประชาชนสุขภาพดี ระบบสุขภาพยั่งยืน

6. ต้นทุนทางสังคม (Social Capital) เป็นปัจจัยเชิงเศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายทางสังคมซึ่งมีความร่วมมือกันและไว้วางใจกัน ภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีบทเรียนในการพัฒนาร่วมกันในด้านต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่องยาวนาน เมื่อเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคหรือปัจจุบันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชุมชนจึงสามารถจัดการได้เป็นอย่างดี เช่น การระดมทรัพยากรในท้องถิ่นจัดทำหน้ากากผ้าแจกจ่ายให้กับคนในชุมชนได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึงในพื้นที่ และรวมกลุ่มจัดทำอาหารโดยใช้ทรัพยากรในชุมชนเพื่อแจกจ่ายให้กับผู้กักตัวที่มาจากพื้นที่เสี่ยง และได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เป็นทั้งรูปธรรมและนามธรรม เช่น การส่งเสริมสนับสนุนการให้ข้อมูล การฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้ การฝึกปฏิบัติหรือทักษะ การให้วัสดุสิ่งของอุปกรณ์ และการอำนวยความสะดวกให้นำนแนะนำ สอดคล้องกับไมตรี อินทรีย์⁽¹²⁾ กล่าวไว้ว่า ต้นทุนทางสังคมคือ ชีวิตประจำวันของคน เช่น การสร้างภาพลักษณ์ที่ดี การสร้างมิตรภาพ และการติดต่อสัมพันธ์กันทางสังคม ชุมชนที่มีคุณภาพ มีความรู้ มีทัศนคติที่ดีในการทำงาน มีการรวมกลุ่มและสร้างเครือข่ายเพื่อสร้างประโยชน์ให้กับส่วนรวม ชุมชนจะได้รับประโยชน์จากความร่วมมือของสมาชิกทุกคน สมาชิกก็ได้รับประโยชน์ซึ่งกันและกัน อันจะนำมาซึ่งมิตรภาพ ความช่วยเหลือเกื้อกูล และความเห็นอกเห็นใจกันในสังคม

7. คุณภาพชีวิต (Quality of Life) ภาวะความเป็นอยู่ที่ดีของชีวิตที่นำมาสู่ความสุขและความพึงพอใจ คุณภาพชีวิตของบุคคลคนหนึ่งจะสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่มีและที่เป็นอยู่ของบุคคลนั้นๆ World Health Organization; WHO⁽¹³⁾ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีขอบเขตที่กว้างขวางและครอบคลุมเรื่องต่างๆ ได้แก่ สุขภาพทางกาย สภาวะทางจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคล และสัมพันธภาพที่มีต่อสิ่งแวดล้อม Padilla GV and Grant MM.⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงได้ตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำงานส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ซึ่งสามารถสรุปแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ สุขกาย สุขใจ สุขเงิน และสุขสามัคคี ตามแนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽³⁾ ดังนี้

1) สุขกาย หมายถึง มีสุขภาพดีตามวัย หากเป็นผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพต้องลดลง หรือคุมได้ และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

2) สุขใจ หมายถึง มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (3 อ.) อารมณ์ดี : รู้ตน รู้เท่าทันความคิดความรู้สึก รู้จักฝึกสติมีความเอื้ออาทร ไม่อดนอน : ต้องไม่อดนอนในผู้สูงอายุต้องมีลูกหลานดีมีคนดูแล และจิตอาสา : ความเป็นจิตอาสาและจิตสำนึกดี

3) สุขเงิน หมายถึง มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 3 ด้าน ดังนี้ รู้หา : มีงานทำ รู้ใช้ : รู้จักใช้เงินจ่ายในสิ่งที่จำเป็นและเกิดประโยชน์ และรู้ออม/รู้เก็บ : มีเงินเก็บไว้ใช้เมื่อยามฉุกเฉินหรือในคราวจำเป็น

4) สุขสามัคคี หมายถึง ภาคีเครือข่ายได้รับการประสานงานที่ดีมีความสุขในการทำงาน มีความพร้อมเพรียงกัน ความกลมเกลียวเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน

5. สรุปผลการวิจัย

จากการถอดบทเรียนตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบในงานวิจัยครั้งนี้ ทำให้เห็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนแบบพึ่งตนเองบนพื้นฐานต้นทุนทางสังคม ทรัพยากร วัฒนธรรม โดยมีผู้นำชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการนำพาชุมชนสู่การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลง และความคิดเชิงก้าวหน้าในการพัฒนาชุมชนของตนเอง มีการประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายทุกระดับทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ ซึ่งหัวใจในการประสานงานคือ ไม่ได้มุ่งเน้นที่งานของตนเองเป็นหลัก แต่ให้ยึดเอาประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เช่น การส่งเสริมสนับสนุนการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้ การฝึกปฏิบัติหรือทักษะ การให้วัสดุสิ่งของอุปกรณ์ การอำนวยความสะดวกให้นำนแนะนำเรื่องต่างๆ โดยมีธรรมนูญตำบล เป็นกลวิธีหรือเครื่องมือที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานในระดับตำบล/หมู่บ้าน ที่เกิดจากข้อตกลงร่วมกันทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มีรูปแบบการประเมินกระบวนการ (TPAR) เพื่อใช้เป็นกรอบและการวัดผลสำเร็จในการดำเนินงานทำให้มีความชัดเจนในกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ ทำให้เป็นชุมชนสร้างสุข สุขกาย สุขใจ สุขเงิน และสุขสามัคคี

ทั้งนี้ การประเมินกระบวนการ (TPAR) สามารถใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและการวัดผลสำเร็จในการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพตามบริบทพื้นที่ ทำให้คนทำงานในพื้นที่ที่มีความชัดเจนในกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ได้ ใน

การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษารูปแบบ (Model) ตำบลการจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านขับเคลื่อนโดยธรรมนูญตำบล ให้ชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขกาย สุขใจ สุขเงิน และสุขสามัคคี

7. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมผู้นำชุมชนตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ตำบลนาแสง อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น และตำบลสายออ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มภาคีเครือข่าย/องค์กรชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนในชุมชน ในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำคัญยิ่ง ตลอดจนอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่คอยให้กำลังใจสนับสนุนตลอดการทำวิจัย

8. เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2564]. แหล่งข้อมูล: https://www.ubu.ac.th/web/files_up/80f2017031913062639.pdf.
2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://ssj.stno.moph.go.th/wordpress/wp-content/uploads/2019>.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พชอ.ผ่านกลไกตำบลจัดการคุณภาพชีวิต “ชุมชนสร้างสุข: สุขกาย สุขใจ สุขเงิน” ปีงบประมาณ 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2564]. แหล่งข้อมูล: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/po1.rar.
4. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. โครงการชุมชนสร้างสุขโดยกลไกตำบลจัดการคุณภาพชีวิต “ตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยโควิด 19” [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2564]. แหล่งข้อมูล: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/district64.pdf.

5. จักรี ศรีจารุเมธีญาณ และพระณัด วฑฒโน. ภาวะผู้นำกับการพัฒนาชุมชน. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์ 2560; 6(2), 527-38.
6. สุพัตรา พุ่มพวง และสุภาภรณ์ วรอรุณ. การสร้างสุขภาพของชุมชนในจังหวัดสุพรรณบุรี : กรณีศึกษา. วารสารพยาบาลทหารบก 2555; 13(1), 66-71.
7. อติรัตน์ ราศิริ และอาจินต์ สงทับ. แนวทางการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อก้าวสู่ “ศตวรรษที่ 21”. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561; 5(1), 315-28.
8. สมเกียรติ สุทธิรัตน์. การสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://tci-thaijo.org/index.php/npuj/article/download/94799/87939/>.
9. Marc Pilisuk. Delivery of social support: The Social Inoculation. American Journal of Orthopsychiatry 1982; 52(1), 20-31.
10. อรรถพล ศรีประภา. กระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายในชุมชน ตำบลโคกก่าง อำเภอทุ่งคล้า จังหวัดบึงกาฬ. 2558; (ปริญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
11. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. เกณฑ์การประเมินผลตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ปีงบประมาณ 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaiphc.net/thaiphcweb/uploads/content/636/5a53331557226.pdf>.
12. ไมตรี อินทรีย์ยะ. ทูทางสังคม Social Capital. วารสารนาคบุตรปริทรรศน์ 2560; 9(2), 14-25.
13. World Health Organization. The world health report 1998 – Life in the 21st century: a vision for all [Internet]. [Retrieved August 20, 2021]. Source: https://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf.
14. Padilla GV and Grant MM. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. ANS Adv Nurs Sci 1985; 8(1), 45-60