

# รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11\* Model of Health Risk Management due to Alcohol, Tobacco, and Substance Abuse under the Cooperative Mechanism of the District Health Board in Health Region 11\*

นงเยาว์ ชิลวรรณ, วท.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ)<sup>1</sup>  
Nongyao Chinlawan, M.Sc. (Health System Management)<sup>1</sup>  
ขอพิยะห์ นิมะ, ป.ด. (เภสัชศาสตร์)<sup>2</sup>  
Sawpheeyah Nima, Ph.D. (Pharmaceutical Sciences)<sup>2</sup>

Received: September 21, 2021 Revised: November 17, 2021 Accepted: November 23, 2021

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านปัจจัยเสี่ยง/ที่เลี้ยง อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมจำนวน 226 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา

\* ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\* A part of Master's Thesis of Science Program in Health System Management, Health Systems Management Institute, Prince of Songkla University

<sup>1</sup> มหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<sup>1</sup> Master, Program in Health System Management, Health Systems Management Institute, Prince of Songkla University

<sup>1</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: yao0908712854@gmail.com

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: อาจารย์ที่ปรึกษา

<sup>2</sup> Associate Professor, Health Systems Management Institute, Prince of Songkla University: Advisor

ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน และแบบสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความร่วมมือในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ตามแนวทาง UCCARE ดังนี้ 1) การทำงาน เป็นทีม โดยกรรมการ 21 คน ร่วมกันออกแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ 2) การให้ความสำคัญ กับกลุ่มเป้าหมาย มีการใช้ข้อมูลในพื้นที่มาพัฒนาแผนงาน/โครงการ และประเมินความพึงพอใจ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย มีการบูรณาการการดำเนินงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในลักษณะร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมประเมินผล 4) การชื่นชมและให้คุณค่า มีการประกาศรางวัลเชิดชูเกียรติ แก่ชุมชนต้นแบบที่มีแนวปฏิบัติที่ดี และบุคคลต้นแบบที่สามารถลด ละ เลิกปัจจัยเสี่ยงฯ ได้ 5) การแบ่งปัน ทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล มีการใช้และพัฒนาทรัพยากรร่วมกันในหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และ 6) การดูแลผู้ป่วยและประชาชน มีการบูรณาการการให้บริการสุขภาพ ในหน่วยงานสุขภาพทุกระดับของชุมชน

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรสนับสนุน การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อให้การดำเนินงาน มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** รูปแบบ การจัดการ ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ กลไกความร่วมมือ  
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

### **Abstract**

This descriptive research aimed to explore the model of health risk management due to alcohol, tobacco, and substance abuse under the cooperative mechanism of the District Health Board (DHB) in Health Region 11. The 226 informants consisted of the committees of the Local Health Fund, the DHB, and the network partners/ mentors of Sawi District, Chumphon Province and Ban Na San District, Surat Thani Province. The research instruments included the opinion regarding the model of health risk management due to alcohol, tobacco, and substance of community questionnaire and the focus group discussion form. Data were collected from July, 2019 to March, 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, and content analysis.

The research results revealed that the DHB had fulfilled the health risk management due to alcohol, tobacco, and substance abuse in accordance with the UCCARE framework as follows: 1) Unity team: 21 members collaborated on the design of health risk

management; 2) Customer focus: used local information to develop plans/projects, and evaluated people satisfaction; 3) Community participation: integrated performance among various sectors through co-thinking, co-operating, and co-evaluating; 4) Appreciation: awards were honored in a community model with good practices and role models that reduced and quitted the health risk factors; 5) Resource sharing and human development: the utilization of resources was seen in both public and private sectors; and 6) Essential care: integrated health care services at all levels of health care setting in the community.

This research suggests that the National Health Security Office should encourage the capability development for the committees of the Local Health Fund in order to increase the efficiency of performance.

**Keywords:** Model, Management, Health risk, Cooperative mechanism, the District Health Board

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพโดยเฉพาะการใช้สารเสพติด การบริโภคสุราและยาสูบ มีแนวโน้มทำให้เกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และอุบัติเหตุมากขึ้น ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เกิดการเจ็บป่วย พิการ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา กระทบต่อเศรษฐกิจในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์ปี 2560 ระบุว่า ความชุกของการดื่มสุราสูงสุดในประชากรกลุ่มวัยทำงานตอนต้น (อายุ 25-44 ปี) ร้อยละ 33.46 (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, 2562) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุและการก่ออาชญากรรม และจากผลการสำรวจปี 2560 ระบุว่า มีผู้สูบบุหรี่จำนวน 10.70 ล้านคน (ร้อยละ 19.10) โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 22 (ศูนย์วิจัยและจัดการ

ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) ส่วนสถานการณ์การแพร่ระบาดของสารเสพติดนั้น ประเทศไทยยังคงประสบกับปัญหานี้ โดยพบการจับกุมด้วยคดียาเสพติดในพื้นที่จังหวัดชายแดน ร้อยละ 56.59 ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งของยาเสพติดทั่วประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, 2560) สำหรับในพื้นที่ภาคใต้พบว่า ผลสุขภาพที่ 11 มีสัดส่วนนักดื่มเพศชายถึงร้อยละ 37.80 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศไทยที่ร้อยละ 53 โดยเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรวัยรุ่นทั้งหมดในภาค และเคยประสบอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับ ร้อยละ 14.20 ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของประเทศไทยที่ร้อยละ 8 (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, 2562) และภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 48.48 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) ส่วนด้านสารเสพติด

พบว่ามีการแพร่ระบาดของทั้งยาบ้า พิษกระท่อม และ ไอซ์ ในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ชุมพร ภูเก็ต และกระบี่ ตามลำดับ

การดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ที่ผ่านมามีกลไกในระดับพื้นที่ที่สำคัญ 2 กลไก คือ 1) กลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยรูปแบบการดำเนินงานเป็นลักษณะการวิเคราะห์สถานการณ์ในบริบทพื้นที่ เพื่อหาปัญหา ปัจจัยเสี่ยง นำมาวางแผน ประสงค์การดำเนินงาน จัดทำแผนงาน โครงการ สำหรับแก้ปัญหา ติดตามและประเมินผลโครงการ (นงลักษณ์ พวงมาลัย, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ, ทวีศักดิ์ มณีโชติ, และสมใจ นกดี, 2559) และ 2) กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีบทบาทในการสนับสนุนและติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานให้บริการสุขภาพระดับอำเภอ รวมถึงประสานงานกับทุกภาคส่วนในการพัฒนายกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ พิจารณาเห็นชอบแผนและงบประมาณ จัดหาและนำทรัพยากรต่างๆ จากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ภายในอำเภอมาร่วมกัน ทำให้เกิดแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ อย่างเป็นระบบ ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง การทำงานในรูปแบบเครือข่ายที่เน้นกระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ทำให้เกิดการสานพลังของเครือข่ายในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน (กฤษดา แสงดี และคณะ, 2559)

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมา ยังขาดการเชื่อมโยงหรือนบูรณาการความร่วมมือระหว่างสองกลไกข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มีบทบาทในการผลักดันการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด

ตามแนวทาง UCCARE ในเขตสุขภาพที่ 11 โดยเลือกศึกษาในพื้นที่อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คัดเลือกเป็นพื้นที่นำร่องในการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของภาคใต้ ในเขตสุขภาพที่ 11 ทั้งนี้ แนวทาง UCCARE เป็นกรอบแนวคิดหรือแนวทางที่ใช้ในการดำเนินงาน และประเมินผลการดำเนินงานในด้านการพัฒนาระบบคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย การทำงานเป็นทีม (Unity team) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย (Customer focus) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation) การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Resource sharing and human development) และการดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care) เพื่อให้มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ และแผนยุทธศาสตร์ระดับพื้นที่ เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และสามารถนำแผนมาใช้แก้ปัญหาได้อย่างครอบคลุมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

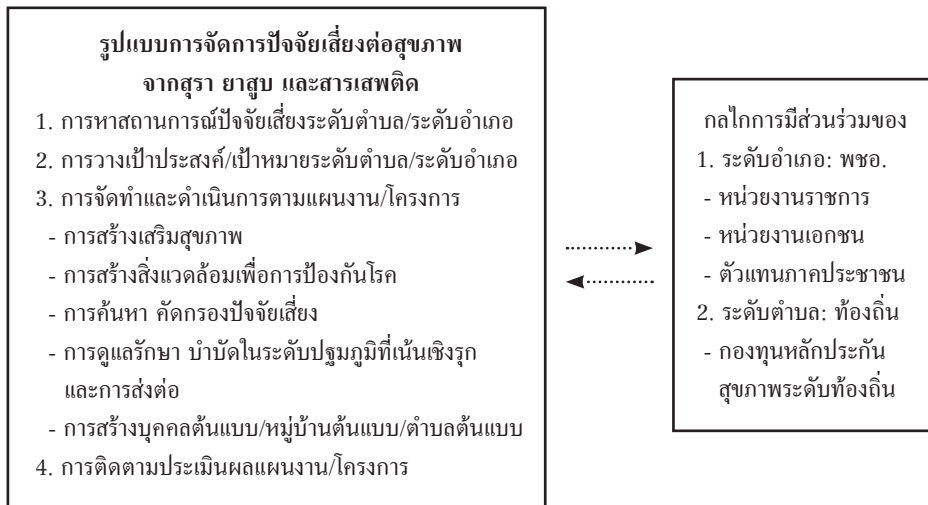
เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้อำเภอความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ และการจัดการปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ซึ่งประกอบด้วย การหาสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงระดับตำบล/ระดับอำเภอ

การวางเป้าประสงค์/เป้าหมายระดับตำบล/ระดับอำเภอ การจัดทำและดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ และการติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการ โดยศึกษาในกลุ่มคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อหาสถานการณ์การดำเนินงาน แผนงาน/โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง ซึ่งถือว่าเป็นความร่วมมือในระดับตำบล และนำข้อมูลการดำเนินงานมาใช้ศึกษารูปแบบการจัดการ

ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีบทบาทในการผลักดันการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ตามแนวทาง UCCARE สรุปลงเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังแผนภาพที่ 1



**แผนภาพที่ 1** กรอบแนวคิดในการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

**ผู้ให้ข้อมูล** แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นทุกตำแหน่ง อำเภอสวี จังหวัดชุมพร จำนวน 10 กองทุน รวมจำนวน 100 คน และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 10 กองทุน รวมจำนวน 100 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 200 คน เนื่องจากกองทุนฯ ใน 2 อำเภอนี้ ได้มี

การดำเนินงานด้านแผนงาน/โครงการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) มีความรู้เกี่ยวกับแผนงาน/โครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 2) มีประสบการณ์ในการร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการ อย่างน้อย 1 ปี และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร จำนวน 8 คน และเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร

จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 8 คน รวมจำนวน 16 คน เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการดำเนินงานที่เข้มแข็งและผลการดำเนินงานโดดเด่น โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) มีความรู้เกี่ยวกับแผนงานยุทธศาสตร์ระดับอำเภอ 2) มีประสบการณ์ในการร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการ อย่างน้อย 1 ปี และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มที่ 2 ภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านปัจจัยเสี่ยง/ที่เลี้ยง อำเภอสวี จำนวน 5 คน และอำเภอบ้านนาสาร จำนวน 5 คน รวมจำนวน 10 คน เนื่องจากเป็นภาคีเครือข่าย/ที่เลี้ยงที่มีการดำเนินงานสัมพันธ์ มีผลการดำเนินงานเชิงประจักษ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ มีประสบการณ์ในการทำงานด้านปัจจัยเสี่ยงหรือเป็นที่เลี้ยง อย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ดังนี้**

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้สำหรับศึกษาสถานการณ์และลักษณะแผนงาน/โครงการในกองทุนตำบลด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ) ตำแหน่งในชุมชน และประสบการณ์การทำงานด้านแผนงาน/โครงการในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานการณ์และรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแผนงาน/โครงการของอำเภอสวี และอำเภอบ้านนาสาร เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และสารเสพติด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความคิดเห็น ปัญหา และข้อเสนอแนะโดยภาพรวมในการดำเนินงาน

ชุดที่ 2 แบบสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้สำหรับค้นหาปัญหาและข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับกลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ 1) กระบวนการจัดทำแผนงาน/โครงการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE 2) ลักษณะการดำเนินการจัดการปัญหาจากสุรายาสูบ และสารเสพติด ที่ผ่านมา 3) ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามบทบาทหน้าที่ สาเหตุที่ทำให้ผลการดำเนินงานเป็นเช่นนั้น และความต้องการในการปรับเปลี่ยน 4) ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน/โครงการด้านการจัดการปัญหาจากสุรายาสูบ และสารเสพติด และ 5) แผนงาน/โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่ควรดำเนินการเพื่อให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนและครอบคลุมพื้นที่และบุคคลที่ควรเกี่ยวข้อง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และสารเสพติดของชุมชน และแบบสนทนากลุ่ม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล อาจารย์ด้านสาธารณสุข และอาจารย์ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ ได้คำดัชนี

ความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .95 และ 1 ตามลำดับ และดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

**การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย** มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ EC 013/61 วันที่ 26 ธันวาคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้**

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแต่ละกองทุนในอำเภอสวีและอำเภอบ้านนาสาร และประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทั้ง 2 พื้นที่ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยศึกษาแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับสุรา ยาสูบ และสารเสพติด จากเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบล (localfund.happynetwork.org) จากนั้นพบเลขาคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแต่ละกองทุน แล้วนำแผนงาน/โครงการที่ศึกษามาตรวจสอบความถูกต้องกับเลขาคณะกรรมการกองทุนฯ อีกครั้ง จากนั้นมอบแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน พร้อมเอกสารชี้แจงการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล แก่เลขาคณะกรรมการกองทุนฯ และขอให้ช่วยแจกคณะกรรมการกองทุนฯ ที่เป็นผู้ให้ข้อมูล

จำนวน 200 คน และภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านปัจจัยเสี่ยง/พื้เลี้ยง ที่เป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 10 คน ในวันที่มีการประชุมประจำเดือน และเลขาคณะกรรมการกองทุนฯ แจ้งผู้ให้ข้อมูลว่าให้นำแบบสอบถามที่ตอบแล้วมาส่งที่ตนเอง ภายในระยะเวลา 1 เดือน จากนั้นผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืนจากเลขาคณะกรรมการกองทุนฯ

3. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับสุรา ยาสูบ และสารเสพติด และข้อมูลจากแบบสอบถาม จากนั้นคืนข้อมูลในประเด็นสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด และรูปแบบการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงแก่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านปัจจัยเสี่ยง/พื้เลี้ยง และผู้นำชุมชน

4. ผู้วิจัยศึกษารายงานการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และเข้าพบผู้ให้ข้อมูลที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในแต่ละเครือข่าย แนะนำตัวดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล (ข้อ 2) คืนข้อมูลในประเด็นสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด และรูปแบบการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง ขออนุญาตในการบันทึกเทปการสนทนากลุ่ม จากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับรายละเอียดของแผนงาน/โครงการ และการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน/โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น หาข้อคิดเห็นเกี่ยวกับกลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการผลักดันให้มีการจัดทำแผนงาน/โครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และศึกษาแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ปัญหา และข้อเสนอแนะต่อ

การดำเนินงานของคณะกรรมการ ใช้เวลาเครือข่ายละ ประมาณ 90 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง เดือนกรกฎาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป และการบันทึกภาคสนามมาพิจารณาประเด็นสำคัญ เพื่อที่จะตีความ โดยมีการตรวจสอบความถูกต้อง ของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า 2 วิธี คือ การตรวจสอบด้านข้อมูล ระหว่างผู้วิจัยกับ ผู้ให้ข้อมูล เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล อีกครั้ง และการตรวจสอบด้านวิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม กับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเปรียบเทียบกับกัน เพื่อดูว่าข้อมูลมีความสอดคล้องกันหรือไม่ จากนั้น นำข้อมูลที่ได้มาจัดระบบ และจำแนกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ แยกประเด็นที่สำคัญ ประเด็นหลัก/ ประเด็นรอง ตั้งชื่อคำสำคัญ แล้วนำแนวคิดที่มีความหมายคล้ายคลึงกันมาจัดเป็นกลุ่มหัวข้อ และสรุปในแต่ละเรื่อง

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น พบว่า คณะกรรมการกองทุนฯ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.14 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 35-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.31 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.64 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ ปวช. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.51 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.40 ตำแหน่งในชุมชน คือ เป็นผู้นำชุมชน และเป็น ตัวแทนจาก อบต./เทศบาล คิดเป็นร้อยละ 37.50

และ 39.08 ตามลำดับ และมีประสบการณ์การทำงาน ด้านแผนงาน/โครงการในกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.28 ส่วนคณะกรรมการกองทุนฯ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 62 มีอายุอยู่ในช่วง 35-60 ปีร้อยละ 75 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 63 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ตำแหน่งในชุมชน คือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวแทนจากหน่วยงาน ภาครัฐ/สาธารณสุข และเป็นตัวแทนจาก อบต./ เทศบาล คิดเป็นร้อยละ 25, 44 และ 39 ตามลำดับ และไม่มีประสบการณ์การทำงานด้านแผนงาน/ โครงการในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ 59

2. การรับรู้สถานการณ์และระดับปัญหาด้าน สุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของคณะกรรมการ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น พบว่า คณะกรรมการกองทุนฯ อำเภอสวี มีการรับรู้สถานการณ์ ปัญหาด้านสุรา ยาสูบ และสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 97.20, 95.28 และ 75.24 ตามลำดับโดยรับรู้ว่าเป็นปัญหาในระดับปานกลาง ส่วนคณะกรรมการกองทุนฯ อำเภอบ้านนาสาร มีการรับรู้สถานการณ์ปัญหาด้าน สุรา ยาสูบ และสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 87.20, 87.20 และ 67.90 ตามลำดับ โดยรับรู้ว่าเป็นปัญหา ระดับปานกลาง

3. การหาสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ จากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ช่องทางการรับรู้ สาเหตุ และผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่า ช่องทางการรับรู้สถานการณ์ ได้แก่ สื่อบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน สื่อประชาสัมพันธ์ แบ่งออกเป็นสื่อ ภายนอกชุมชน ได้แก่ เอกสารแผ่นพับ แผ่นโปสเตอร์



ไวเนิล ป้ายโฆษณา และสื่อภายในชุมชน ได้แก่ หอกระจายข่าวของหมู่บ้าน การจัดอบรมในหมู่บ้าน และร้านค้าในหมู่บ้าน ส่วนสื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก และสื่ออื่นๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุ พบว่ามาจากตัวบุคคลบางกลุ่ม ได้แก่ วัยรุ่นที่มีความเชื่อ มีค่านิยมผิดๆ เช่น “คิดว่าการดื่มสุรา ใช้น้ำยาสูบและสารเสพติด เป็นการกระทำที่คู่แท้ช่วยให้ได้รับการยอมรับ และสามารถเข้าร่วมสังคมนอกโรงเรียนแบบ และจากปัญหาสุขภาพ ส่วนด้านสิ่งแวดล้อม พบว่ามีโรงงานผลิตสุรา ยาสูบในพื้นที่ร้านค้าจำหน่ายในบางพื้นที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย มีการจำหน่ายสุรา ยาสูบให้แก่บุคคลที่มีอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ นอกจากนี้ยังมาจากปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และความเครียด สำหรับผลกระทบที่เกิดขึ้นพบว่า ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย เช่น เกิดโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคตับ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ส่วนด้านจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า โรคพิษสุราเรื้อรัง และด้านสังคม เกิดความวุ่นวาย การทะเลาะวิวาท เกิดอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับ เกิดอาชญากรรม และการสูญเสียชีวิต เป็นต้น

4. การกำหนดเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบ การวางแผนการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล เพื่อแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด พบว่าได้มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน โดยผู้รับผิดชอบทั้งในหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ครูในสถานศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ

โรงพยาบาลชุมชน โดยมีบทบาทในการให้ความรู้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสอดส่องดูแล และร่วมดำเนินการจัดโครงการแก้ปัญหา ดำรวจ ทหาร กำกับดูแลด้านกฎหมาย เป็นต้น โดยกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ดำเนินการ ได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้หรือกิจกรรมการณรงค์ ประชาสัมพันธ์โดยการสร้างกระแสประเพณีปลอดสุรา ยาสูบ ตามช่วงเทศกาลต่างๆ ซึ่งพบว่า ทุกท้องถิ่นมีการณรงค์อย่างต่อเนื่อง มีภาคีเครือข่ายในอำเภอสวี่ในการดำเนินงาน To Be Number One ในสถานศึกษา ร้อยละ 86.95 ผลที่เกิดขึ้น คือ ผู้สูบบุหรี่/ผู้ดื่มหน้าใหม่ (นักเรียน) ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับคำพูดจากการสนทนากลุ่ม (“อำเภอสวี่มีการจัดโครงการรณรงค์ให้ความรู้ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประชาสัมพันธ์แบบตัวอย่าง ประชาชนเกิดความตระหนัก จึงส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่/ผู้ดื่มหน้าใหม่ที่เป็นเด็กวัยรุ่นลดน้อยลง” ช./หก) มีเครือข่ายอาสาสมัครงดเหล้าครอบคลุมนทุกตำบล และภายในตำบลมีการใช้งบประมาณกองทุนฯ ในการแก้ปัญหาสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ในด้านกิจกรรมการบำบัด ลด ละ เลิก พบว่า อำเภอสวี่มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษาเพิ่มมากขึ้นในปี 2560 เมื่อเปรียบเทียบกับในปี 2559 โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 51.99 หรือกิจกรรมงานบุญปลอดเหล้า ที่พบว่า ประชาชนในพื้นที่ให้การตอบรับเป็นอย่างดี ส่วนกิจกรรมด้านการบังคับใช้กฎหมาย มีกิจกรรมสถานที่ราชการปลอดสุรา ยาสูบ ตามกฎหมาย ร้อยละ 100 และมีการบังคับใช้กฎหมายในงานประเพณี ซึ่งกิจกรรมที่บุคคลส่วนใหญ่ในพื้นที่คิดว่าเหมาะสมต่อการแก้ปัญหา คือ การสร้างภาคีเครือข่าย การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาทของบุคคล การทำงานร่วมกัน และการติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการ ซึ่งทั้ง 2 พื้นที่

มีการติดตามผลการดำเนินงานโดยเครือข่ายอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้การกำกับของ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน  
และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านโปรแกรม HDC  
ตัวอย่างโครงการ เช่น โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกนุหรี  
ทั่วประเทศ เกิดไต่องค์กรฯ

5. แผนงาน/โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง  
ต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของกองทุน  
หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในปัจจุบัน พบว่า  
มีการกำหนดแผนงาน/โครงการเพื่อแก้ปัญหาตาม  
สถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ แต่ไม่ครอบคลุมการแก้ปัญหา  
เนื่องจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
ระดับท้องถิ่นและประชาชนในพื้นที่โดยทั่วไปไม่ทราบ  
เกี่ยวกับการร่วมเขียนโครงการ ส่วนใหญ่หน่วยงาน

สาธารณสุขจะเป็นหลัก โดยมีคณะกรรมการกองทุนฯ  
เป็นแกนนำในการช่วยผลักดันการจัดทำแผนงาน/  
โครงการ เพื่อมานำเสนอขอสนับสนุนงบประมาณ  
มีหน้าที่ประชุมพิจารณาสนับสนุนงบประมาณใน  
การจัดทำแผนงาน/โครงการ มีส่วนร่วมในกระบวนการ  
จัดการ สนับสนุน จัดทีมพี่เลี้ยง และพัฒนาทักษะ  
การจัดทำแผนงาน/โครงการให้แก่ชาวบ้านและผู้นำ  
ชุมชน รวมทั้งภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ และทำ  
การบันทึกข้อมูลแผนงาน/โครงการลงในเว็บไซต์  
กองทุนสุขภาพตำบลภาคใต้ แต่พบว่ามีการบันทึก  
ข้อมูลที่ไม่เป็นปัจจุบัน และมีแผนงาน/โครงการด้าน  
สารเสพติดน้อย ซึ่งตัวอย่างแผนงาน/โครงการด้าน  
การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และ  
สารเสพติด ใน 2 พื้นที่ แสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ตัวอย่างแผนงาน/โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด  
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และอำเภอบ้านนาสาร  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประเด็น	อำเภอสวี จังหวัดชุมพร	อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
การสร้างเสริม สุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตห่างไกลจาก สารเสพติด สุรา นุหรี/ ค่ายเยาวชนสดใส</li> <li>2. โครงการอบรมการดูแลสุขภาพ รณรงค์ ป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษา</li> <li>3. โครงการลด ละ เลิกเหล้า นุหรี ยาเสพติด</li> <li>4. โครงการลดนักสูบบุหรี่ใหม่ในโรงเรียน</li> <li>5. โครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ/ กีฬาต้านยาเสพติด</li> <li>6. โครงการอบรมให้ความรู้แก่ผู้นำเยาวชน ครอบครัวร่วมใจต้านภัยยาเสพติด</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โครงการกีฬาต้านยาเสพติด/ To Be Number one</li> <li>2. โครงการลด ละ เลิกนุหรี สุรา ยาเสพติด</li> <li>3. โครงการรณรงค์ต่อต้านภัยจากยาเสพติด</li> <li>4. โครงการอบรมเยาวชนห่างไกลจาก ยาเสพติดของโรงเรียน</li> <li>5. โครงการอบรมให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชน และเยาวชน</li> </ol>
การสร้าง สิ่งแวดล้อม เพื่อการป้องกัน โรค	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา</li> <li>2. โครงการสถานศึกษาปลอดยาเสพติด</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา</li> <li>2. โครงการเทศกาลปลอดเหล้า เราปลอดภัย</li> <li>3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภค</li> <li>4. โครงการโรงเรียนปลอดเหล้า</li> <li>5. โครงการปลอดนุหรีในชุมชน</li> </ol>

ตารางที่ 1 ตัวอย่างแผนงาน/โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ต่อ)

ประเด็น	อำเภอสวี จังหวัดชุมพร	อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
การค้นหา คัดกรอง ปัจจัยเสี่ยง	1. โครงการค้นหาผู้เสพ คัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกันและปราบปรามผู้เสพ	1. โครงการค้นหาผู้เสพ คัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกันและปราบปรามผู้เสพ
การดูแลรักษา บำบัด	1. โครงการชวนคนเลิกเหล้า 2. โครงการบำบัดยาเสพติดในชุมชน 3. โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน	1. โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน 2. โครงการบำบัดยาเสพติด สุรา โดยชุมชน เป็นศูนย์กลางระดับอำเภอ 3. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การสร้าง ต้นแบบ ทางสุขภาพ	1. โครงการสานพลังสู่ตำบลปลอดภัย 2. แผนงานจัดตั้งเครือข่ายองค์กรงดเหล้า 3. โครงการวัดสร้างสุข มีเจ้าอาวาสเป็น ต้นแบบเลิกบุหรี่	1. โครงการหมู่บ้านสีขาว 2. แผนงานจัดตั้งภาคีเครือข่ายในตำบล เรื่อง การลดใช้ยาเสพติดให้โทษ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3. โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สานพลัง ชุมชน ร่วมใจต้านภัยบุหรี่

6. ความร่วมมือในการจัดการปัจจัยเสี่ยง ต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามแนวทาง UCCARE มีดังนี้

6.1 การทำงานเป็นทีม (Unity team) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ จำนวน 21 คน โดยมีนายอำเภอลงนาม มีอนุกรรมการทำงานในประเด็นสุรา ยาสูบ มีการแบ่ง หน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน วางแผนและร่วมกัน ดำเนินงาน อนุกรรมการฯ วางแผนร่วมกันในการจัดทำแผนงาน/โครงการ แล้วเสนอคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อให้มีมติรับรอง ประสานงานร่วมกันทั้งแนวตรงและแนวราบ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจากแต่ละภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ส่วนระดับ

ตำบลมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับตำบล ให้ขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่แทน โดยคณะกรรมการชุดนี้มีนายกองตำบลบริหาร ส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรีเป็นประธาน มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นเลขานุการ

6.2 การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย (Customer focus) มีกระบวนการพิจารณาประเด็น ปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบท พื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย และช่องทางการรับรู้ ความต้องการของประชากรทุกกลุ่ม กำกับด้วย นิยามตามช่วงวัยและประเภทของประชากร โดย ผ่านช่องทางการสื่อสาร ช่องทางการเข้าถึงบริการ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับในพื้นที่ คือ สื่อออนไลน์ ได้แก่ ไลน์ เฟซบุ๊ก เว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

นอกจากนี้ยังได้จากการประชุมประจำเดือน การประชาสัมพันธ์ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ สื่อสิ่งพิมพ์อื่นๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ประชุมหมู่บ้าน ที่ประชุมผู้นำชุมชน ที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ ที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อนำปัญหาที่พบมาพัฒนาระบบงาน และประเมินความพึงพอใจต่อไป

6.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation) มีการบูรณาการดำเนินงาน การประสานความร่วมมือกับเครือข่ายทุกภาคส่วนในการป้องกันและแก้ปัญหา ได้แก่ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียน ตัวแทนภาคประชาชน ภาคเอกชน สื่อมวลชน ตัวแทนองค์กรหรือตัวแทนจากชมรมต่างๆ นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ และสถาบันทางวิชาการ โดยมีการจัดทำเวทีประชาคมหรือจัดประชุมคณะกรรมการ มีการจัดประชุมวางแผน ร่วมดำเนินโครงการตามแผนงานในลักษณะร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล โดยจัดทำแผนงาน/โครงการ แล้วถ่ายทอดลงไปยังกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อเสนอของบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ส่วนด้านข้อมูลและความรู้ มีสถาบันวิชาการ คือ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ศจรส.ม.อ.) แนะนำให้มีการบันทึกข้อมูลลงในเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบล เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน มีการทบทวนและปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงาน มีการประเมินผลการดำเนินงานในประเด็นสุรา ยาสูบ และสารเสพติด

6.4 การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) มีการจัดประชุมสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการเพื่อร่วมพัฒนาผลการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยมีนายอำเภอชื่นชมและสร้างขวัญกำลังใจในเวทีแลกเปลี่ยน เสริมพลังในการตรวจ

ราชการกรณีปกติของกระทรวง ภายในเขตสุขภาพของทุกพื้นที่ในแต่ละจังหวัด รวมทั้งมีการประกาศรางวัลเชิดชูเกียรติบุคคลต้นแบบที่สามารถลด ละ เลิกสุรา ยาสูบ และสารเสพติด (*“รณรงค์ใครเลิกบุหรี่ได้จะมีรางวัลให้”* น./สอง) และสร้างชุมชนต้นแบบที่มีแนวปฏิบัติที่ดี (best practice) ซึ่งตัวอย่างแนวปฏิบัติที่ดีในพื้นที่ เช่น 1) กิจกรรมอำเภอต้นแบบ (*“โดยผู้ว่าจะมอบรางวัลให้แก่นายอำเภอสวี”* ช./หนึ่ง) 2) กิจกรรมตำบลต้นแบบขององค์การบริหารส่วนตำบลเขาข่าย อำเภอสวี จังหวัดชุมพร (*“มีการเชิดชูเกียรติตั้งแต่ระดับหมู่บ้านและตำบล สร้างกำลังใจให้กับคนที่เลิกเหล้า โดยการมอบเกียรติบัตรหรือเข็มให้แก่คนเล็กและคนที่ชวนเลิก พร้อมทั้งคำพาหะในการเดินทาง”* ช./แปด) และ 3) นวัตกรรมประกวดโรงเรียนสีขาว ของโรงเรียนบ้านนาสาร อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี (*“กิจกรรมโรงเรียนปลอดอบายมุข หากห้องเรียนใดผ่านเกณฑ์ นายอำเภอจะมอบเกียรติบัตรให้ครูประจำชั้น”* น./สี่)

6.5 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Resource sharing and human development) มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ทั้งด้านคน เงิน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูลทางสุขภาพ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกรมสุขภาพจิต มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณและสถานที่สำหรับการจัดกิจกรรมแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ ส่วนเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีบทบาทในการสนับสนุนทีมวิทยากรเพื่อให้ความรู้ สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ และเทคโนโลยี รวมทั้งสื่อที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์ เพื่อใช้สำหรับการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ

6.6 การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care) พื้นที่ที่มีการแบ่งหน้าที่ในการดูแลตามบทบาทและความเชี่ยวชาญ เช่น บุคลากรทางสุขภาพ ดูแลเรื่องการเปิดให้บริการคลินิกให้คำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ หากเกินศักยภาพจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยให้ห่างไกล อด ละเอียดสูบบุหรี่ และสารเสพติด ร่วมกับผู้นำชุมชนหรือหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลในพื้นที่ และตำรวจ ร่วมสอดส่องดูแลและนำเข้าสู่

กระบวนการบำบัด ติดตามดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ในพื้นที่ยังมีการสร้างนวัตกรรม เช่น มีศูนย์ F & F (Family and Friend) โดยความร่วมมือของครอบครัว (ผู้ปกครอง) ชุมชน และเพื่อน ให้มีการส่งต่อไปยังหน่วยบริการ ไม่ส่งไปค่ายบำบัด เนื่องจากกลัวการสร้างเครือข่ายยาเสพติดเพิ่ม

จากผลการวิจัยข้างต้น สรุปเป็นรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสูบบุหรี่ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 ได้ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสูบบุหรี่ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11

## การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นการค้นพบ ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานด้านแผนงาน/โครงการไม่ครอบคลุมการแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในพื้นที่เนื่องจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและประชาชนในพื้นที่โดยทั่วไปไม่ทราบเกี่ยวกับการร่วมเขียนโครงการ เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์และการรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนฯ สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักขณ์ พวงมาลัย และคณะ (2559) ที่พบว่า ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิหน้าที่ ชาวประชาสัมพันธ์ และการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ สปสข.กำหนด ในระดับน้อยทุกรายการ และสอดคล้องกับการศึกษาของอุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, ธารินทร์ เพ็ญวรรณ, ธนัย เกตวงกต, อภิญา เลหาประภานนท์, และรัตติยา อักษรทอง (2561) ที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ไม่รู้จักกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จากความสับสนเกี่ยวกับชื่อกองทุนฯ กับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ขาดความสร้างสรรค์ในการจัดทำโครงการ

ผลการวิจัยพบว่า แผนงาน/โครงการที่มีในเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบล ปี 2561-2562 และจากแผนยุทธศาสตร์ของการดำเนินงานในระดับอำเภอ มีจำนวนแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับการแก้ปัญหาด้านสารเสพติดจำนวนน้อยทั้งในระดับตำบลและระดับอำเภอ เนื่องจากการแก้ปัญหากระทำได้ยากกว่าการแก้ปัญหาสุราและปัญหา ยาสูบ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลาย ๆ ภาคส่วนที่สำคัญ และมีผลกระทบในวงกว้าง สอดคล้องกับการศึกษาของเอกรัตน์ หามนตรี (2561) ที่พบว่า ปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาสังคม มีผลกระทบต่อคนส่วนใหญ่ จำเป็นที่

ทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือกันแก้ไข ทั้งปัจจัยภายในชุมชน ได้แก่ ชุมชน ผู้นำท้องถิ่น องค์กรท้องถิ่น ผู้ค้า ผู้เสพ และองค์กรหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ต้องร่วมกันวางแผนดำเนินการติดตามประเมินผล

ผลการวิจัยพบว่า ด้านการติดตามและประเมินผล มีการบันทึกแผนงาน/โครงการตามเว็บไซต์ของกองทุนสุขภาพตำบลของเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อติดตามและประเมินผลแผนงาน/โครงการ แต่พบว่ามีจำนวนน้อย เนื่องจากผู้รับผิดชอบโครงการไม่มีการบันทึกข้อมูลลงในระบบติดตามประเมินผล ส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องและพี่เลี้ยงรับทราบข้อมูลในระบบที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง และมีผลต่อการนำข้อมูลไปใช้ประกอบการวางแผนพัฒนางานในอนาคตอีกด้วย เพราะหากไม่มีการบันทึกข้อมูล จะทำให้มองเห็นว่ายังมีงบประมาณค้างท่ออยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งที่ความเป็นจริงอาจมีการเบิกจ่ายไปเกือบหมดแล้วก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของดุริยางค์ วาสนา และพิเชษฐวุฒิ นิลละออง (2561) ที่พบว่า ปัญหาในการใช้ระบบติดตามประเมินผลคือ มีการดำเนินโครงการแต่ไม่มีการบันทึกเข้า “ระบบบริหารกองทุนสุขภาพตำบล” จึงทำให้ผู้เกี่ยวข้องมองเห็นว่ายังมีงบประมาณค้างท่ออยู่เป็นจำนวนมาก ส่งผลให้ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน

ผลการวิจัยพบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีลักษณะการดำเนินงานในแบบการสนับสนุน ส่งต่อข้อมูลร่วมจัดประชุมหาปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหา กำหนดเป้าหมาย แผนงาน/โครงการร่วมกัน และมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ในภาคีเครือข่าย ในด้านการจัดใช้ทรัพยากรด้านคน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูลร่วมกัน ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจะมีการรับรู้บทบาท

ในการร่วมกำหนดนโยบาย จัดทำแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พิจารณางบประมาณ รวมทั้งมีบทบาทในการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพในการเป็นทีมที่เลี้ยงช่วยเหลือการดำเนินงาน จัดกิจกรรมเชื่อมเสริมพลัง ซึ่งการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่เน้นให้ทุกหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเข้าร่วมการดำเนินงาน โดยส่วนใหญ่จะเป็นเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุขเท่านั้น จึงมีการส่งเสริมและผลักดันให้มีการพัฒนาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายนอกหน่วยงานสาธารณสุขให้มากยิ่งขึ้น และสร้างนวัตกรรมบุคคลต้นแบบ หน่วยงานต้นแบบ หมู่บ้านต้นแบบ ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยสร้างความตระหนักและแรงจูงใจในการร่วมแก้ปัญหามากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ (2560) ที่พบว่า การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอในการป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภไม่พร้อมในวัยรุ่น ควรมีการส่งเสริมและผลักดันให้มีการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอกสาธารณสุข เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน นอกจากนี้ยังพบปัจจัยนำเข้าที่จะช่วยส่งผลให้การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในพื้นที่ประสบความสำเร็จอย่างเห็นได้ชัด คือ ทุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรและหน่วยงานในภาคประชาสังคม เช่น อาจารย์หรือบุคลากรที่เกษียณอายุแล้ว รวมทั้งความร่วมมือด้านวิชาการจากสถาบันการศึกษาในพื้นที่ ที่เข้ามามีบทบาทส่งเสริมพัฒนาทักษะและความรู้ด้านวิชาการให้แก่ทีมที่เลี้ยง เพราะทีมที่เลี้ยงมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนให้การดำเนินโครงการประสบผลสำเร็จ

ทั้งนี้ หากภายในพื้นที่ที่มีการประสานงานความร่วมมือกันทั้งในระดับอำเภอและระดับตำบล

เพื่อแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ อย่างเข้มแข็ง จะช่วยทำให้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ ในพื้นที่ลดลงได้ในที่สุด แม้ว่าผลการดำเนินงานในระยะเริ่มต้นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของแต่ละพื้นที่ จะครอบคลุมทั้ง 6 ประเด็น ตามแนวทาง UCCARE แล้ว อย่างไรก็ตาม ควรมีการประเมิน UCCARE ว่าอยู่ในระดับใด เพื่อให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงานที่ต่อเนื่องในระยะยาว และควรมีการเสริมการดำเนินงานด้วยกลไกอื่น เช่น การมีระบบที่เลี้ยงที่เสริมพลังอำนาจ ให้สามารถพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่ก่อให้เกิดการแก้ปัญหาตามบริบทพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

#### ข้อเสนอแนะ

##### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เกี่ยวกับทักษะการบริหารงานของกองทุน การวางแผน การเขียนโครงการ และการติดตามประเมินผล เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง และส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

1.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรส่งเสริมให้มีการจัดทำแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสารเสพติดในพื้นที่ให้มากขึ้น และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควรผลักดันให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพ มีการบันทึกข้อมูลการพัฒนาแผนงาน/โครงการ การติดตามโครงการในเว็บไซต์กองทุน

สุขภาพตำบลให้มากขึ้น

1.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ควรเชื่อมโยงกลไกการทำงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ และเพิ่มการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนและชุมชนท้องถิ่นเข้ามาขับเคลื่อนด้วยการบูรณาการทรัพยากร งบประมาณของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการร่วมกันแก้ปัญหาในพื้นที่ และเพื่อให้เกิดการผลักดันแผนงาน/โครงการ เพื่อเขียนขอสนับสนุนงบประมาณจากเงินกองทุนฯ ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในพื้นที่ ในลักษณะการวิจัยประเมินผล หรือนำรูปแบบที่ได้ในครั้งนี้ไปศึกษาต่อยอดในลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมทั้งภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ที่ตลอดเวลาในการให้ข้อมูลการวิจัย และสนับสนุนสถานที่ในการดำเนินการขอขอบพระคุณสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย

#### เอกสารอ้างอิง

- กฤษดา แสงดี, เกษร คงแถม, สุภาสฤษฎี ปาณะวัฒน์พิสุทธิ, จันทิมา นวมะวัฒน์, วิภาพร สิทธิศาสตร์, และ อนงค์ลักษณ์ พันธุ์พรหมธาดา. (2559). การศึกษาการเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 25(5)*, 854–864.
- คูริยางค์ วาสนา, และพิเชตวุฒิ นิลละออ. (2561). *โครงการประเมินผล การจัดการปัจจัยเสี่ยง อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. สืบค้นจาก <https://mehealthpromotion.com/project/213/finalreport>
- นงลักษณ์ พวงมาลัย, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ, ทิวดี มณีโชติ, และสมใจ นกดี. (2559). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 11(1)*, 349–361.
- ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, นพวรรณ ศิริเชตต์, อุษา จันทร์ขวัญ, พรพรรณ พุ่มประยูร, ณีภูษันรี คำอุไร, และ พัชนียา เชียงตา. (2560). การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น: กรณีศึกษาอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 27(พิเศษ)*, 172–183.



ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). *รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561*. สืบค้นจาก <https://www.trc.or.th/th/media/attachments/2562/01/29/2561.pdf>

สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย. (บ.ก.). (2562). *รายงานสถานการณ์ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. (2560). *แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2560*. สืบค้นจาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER051/GENERAL/DATA0000/00000611.PDF>

อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, ธารินทร์ เพ็ญวรรณ, ธนัย เกตวงกต, อภิญญา เลหาประภานนท์, และรัตติยา อักษรทอง. (2561). *การประเมินนโยบายกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 11 เพื่อสนับสนุนการดำเนินนโยบายในระยะถัดไป* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เอกรัตน์ หามนตรี. (2561). ความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง. *วารสารมหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 5(2), 434-451.