



รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไก
ความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 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

นางเยาว์ ชิลวรรณ
Nongyao Chinlwan

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Science in Health System Management
Prince of Songkla University

2563

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไก
ความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 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

นางเยาว์ ชิลวรรณ
Nongyao Chinlwan

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Science in Health System Management
Prince of Songkla University

2563

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไก
ความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11

ผู้เขียน นางสาวนงเยาว์ ชีวรรณ

สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(ดร.ชอฝิยะห์ นิมะ)

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรัฐณี)

.....กรรมการ
รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์)

.....กรรมการ
(นายแพทย์อมร รอดคล้าย)

.....กรรมการ
(ดร.ชอฝิยะห์ นิมะ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งแสง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณ
บุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ

(ดร.ชอพียะห์ นิมะ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ

(นางสาวนงเยาว์ ชีวรรณ)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ

(นางสาวนงเยาว์ ชีวรรณ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11

ผู้เขียน นางสาวนงเยาว์ ชีวรรณ

สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ

ปีการศึกษา 2562

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจาก สุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 11 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง กรกฎาคม 2562-มีนาคม 2563 โดยใช้การวิจัยเอกสาร แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม จากผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่มจำนวน 227 คน ในอำเภอสวี จังหวัดชุมพร และ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่ารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพฯ ของ พชอ. ภายใต้กรอบความร่วมมือตามกรอบแนวคิด (1) ทฤษฎีเชิงระบบ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ และ (2) การจัดการกลยุทธ์คือ การวิเคราะห์กลยุทธ์ การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การปฏิบัติตามกลยุทธ์ และ การประเมินตามกลยุทธ์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1) มิติด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย การบูรณาการร่วมกันระหว่าง ทรัพยากรบุคคล แหล่งของงบประมาณ รูปแบบการสื่อสาร ช่องทางการสื่อสาร และทุนทางสังคมของพื้นที่ 2) มิติด้านกระบวนการ มีการดำเนินงานร่วมกันทั้งในระดับตำบลและระดับอำเภอ ตามแนวทางการจัดการกลยุทธ์ ใน 4 ขั้นตอนคือ 2.1 การวิเคราะห์กลยุทธ์ เพื่อค้นหาปัญหาในพื้นที่ จัดลำดับความสำคัญ และเสนอแนวทางแก้ไขร่วมกัน 2.2 วางแผนเชิงกลยุทธ์ ด้วยวิธีชี้แจงบทบาทหน้าที่ และ สนับสนุนการใช้ทรัพยากรร่วมกันในด้าน กำหนดเป้าหมาย แผนการดำเนินงาน รายละเอียดของงบประมาณ และผู้รับผิดชอบ 2.3 การปฏิบัติตามกลยุทธ์ การประสานความร่วมมือ ด้วยการสร้างแรงจูงใจ และส่งต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดการสนับสนุนและดำเนินงานร่วมกัน 2.4 การประเมินตามกลยุทธ์ เพื่อติดตาม ประเมินผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไตรมาสละ 1 ครั้งผ่านการสะท้อนผลการปฏิบัติงานและถอดบทเรียนร่วมกัน และ 3) มิติด้านผลลัพธ์ เกิดบุคคลต้นแบบ พื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพ มีภาคีเครือข่าย มีอาสาสมัครและกลุ่มจิตอาสาร่วมดำเนินงาน รวมทั้งมีการพัฒนาแผนและโครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณทั้งหมดทุกกองทุน

ข้อเสนอแนะ รูปแบบฯ ดังกล่าว มีกระบวนการบูรณาการร่วมกันอย่างเป็นระบบในทุกขั้นตอนทั้งในระดับตำบลและอำเภอ โดยมีเป้าหมายเพื่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน และควรมีการขยายผลการดำเนินงานทั้งในระดับเชิงพื้นที่และเชิงประเด็นต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบ, การจัดการ, ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ, กลไกความร่วมมือ, พชอ.

Thesis Title 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

Author Miss. Nongyao Chinlawan

Major Program Health System Management

Academic Year 2019

Abstract

This study is descriptive research that aimed to explain the model of management for health risks from alcohol, tobacco and addictive substances under the cooperation mechanisms between the District Health Boards (DHBs) and the Local Health Funds (LHFs) in the 11th health region. The data were collected during July 2019 to March 2020 by using documentary research, questionnaire, and focus group discussion for 227 informants from both groups in Sawi District, Chumphon and Ban Na San District, Surathani. The data were then analyzed by the descriptive statistics and content analysis.

The results demonstrated that the health risks management model was constructed under the two theories: (1) the logical framework consisting of inputs, processes and outcomes, and (2) the strategic framework, namely problem analysis, formulation, implementation, and evaluation as follows: 1) The dimension of input factors: the integration was blended among the human resources, budgets, communication patterns, channels, and the social capital of the area. 2) Process dimensions: these were joint operations at both the sub-district and district levels according to the strategic framework in 4 steps : 2.1 Problem analysis: Probed for health risk problems in the area, prioritized, and proposed the solutions together. 2.2 Formulation: Clarified roles and duties, resource sharing, operation plan, budget details, and responsible persons. 2.3 Implementation: Cooperated by creating incentives and information to support and work together and 2.4 Evaluation: Monitored and controlled through knowledge exchange, reflexing and lesson learned. and 3) Output dimensions: The cooperation was finally contributed to the good personal role models, the best health practice models, network partnerships, and volunteers groups including the development of plans and projects that had been already allocated all budgets.

Suggestion: The above findings have a systematic integrated process in every step at both the sub-district and district levels. This goal is to manage the health risk factors from alcohol, tobacco and addictive substances that affect the health-

promotion of the people. Thus, this model should be able to further expand the performance at both the spatial and the point of implementation.

Keyword: Model, Management, Health Risk, Cooperative Mechanism, DHBs

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร.ชอพิยะห์ นิมะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่เป็นผู้ชี้แนะแนวทางการศึกษาและจัดทำ วิทยานิพนธ์ อีกทั้งเป็นผู้ให้กำลังใจและช่วยเหลือตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ และสถาบันนโยบาย สาธารณะ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ และสนับสนุนในการจัดทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ และ นายแพทย์อมร รอดคล้าย ที่ให้ความคิดเห็น คำแนะนำเพื่อให้งาน วิทยานิพนธ์สมบูรณ์และถูกต้องมากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ รศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช และ ผศ.ดร.สมเกียรติยศ วรเดช ที่ช่วยสละเวลาอันมีค่าตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพทุกท่านและ เพื่อน ๆ ของข้าพเจ้าที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจตลอดที่ผ่านมา

ขอขอบพระคุณพ่อ แม่ ที่ได้ให้กำลังใจ สนับสนุนและช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุน ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ หัวข้อแก้ไขปัญหาชุมชน ปี 2562

ขอขอบพระคุณ สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ สนับสนุนทุนวิจัยในการจัดทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

สุดท้ายนี้คุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอบแต่บุพการี ครอบครัวยุติพี่น้อง คณาจารย์และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

นางสาวนงเยาว์ ชีลวรรณ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(5)
ABSTRACT	(6)
กิตติกรรมประกาศ	(8)
สารบัญ	
สารบัญตาราง	
สารบัญภาพ	
รายงานผลงานที่ตีพิมพ์และการประชุมวิชาการ	(12)
สำเนาต้นฉบับที่ได้รับการยินยอมจากผู้พิมพ์ผลงาน	(13)
1. บทนำ	1
2. วัตถุประสงค์การวิจัย	3
3. คำถามการวิจัย	3
4. ขอบเขตของการวิจัย	3
5. กรอบแนวคิดการวิจัย	4
6. นิยามศัพท์เฉพาะ	5
7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
8. วิธีดำเนินการวิจัย	5
9. ผลการศึกษาวิจัย	11
10. สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	50
เอกสารอ้างอิง	60
ภาคผนวก	
ก รายงานผลงานที่ตีพิมพ์และการประชุมวิชาการ	67
ข เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ	99
ค หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	100
ง รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	101
จ แบบประเมินเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	102
ฉ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	110
ช ภาพประกอบการเก็บรวบรวมข้อมูล	116
ประวัติผู้เขียน	

รายการตาราง

ตารางที่	หน้า
1	แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น)..... 12
2	แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)..... 15
3	แสดงข้อมูลการรับรู้สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงฯและระดับของปัญหาในพื้นที่..... 17
4	แสดงร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง แล้วเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม ระดับอำเภอเทียบกับข้อมูลจังหวัด..... 17
5	แสดงอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามปีงบประมาณ ตั้งแต่ในระดับจังหวัด เขต และประเทศ (เป้าหมายอัตราการตาย น้อยกว่า 7)..... 18
6	แสดงร้อยละ ผลการดำเนินงาน จำแนกตามแบบจำหน่ายสรุปผลการบำบัด ยาเสพติด ระหว่าง 1 ตุลาคม 2562 –26 มิถุนายน 2563 ในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต..... 18
7	แสดงข้อมูลรายละเอียด จำนวนแผนงาน/โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของกองทุนฯ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จากเว็บไซต์กองทุน..... 19
8	แสดงข้อมูลรายละเอียดของการจัดทำแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงฯ ละของแต่กองทุนฯ..... 20
9	แสดงรายละเอียดการติดตามและประเมินผลโครงการ 2 พื้นที่ที่ศึกษา..... 21
10	แสดงรายละเอียดของสภาพปัญหาที่พบจากการดำเนินงานด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแต่ละพื้นที่..... 21
11	แสดงรายละเอียดของแผนงาน/โครงการที่ควรจะเป็นของ 2 พื้นที่ที่ศึกษา..... 23
12	แสดงรายละเอียดของข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนงาน/โครงการของ 2 พื้นที่ที่ศึกษา..... 24
13	แสดงรายละเอียดกิจกรรม แผนงาน/โครงการที่คิดว่าเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับการ ดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ใน 2 พื้นที่ที่ศึกษา..... 26
14	แสดงรายละเอียดแผนงานโครงการตามกระบวนการจัดการปัจจัยเสี่ยงตาม แนวทางของทฤษฎีระบบ..... 28

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
2 รูปภาพแสดงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	10
3 รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ.....	49

รายงานผลงานที่ตีพิมพ์และการประชุมวิชาการ

1. นำเสนอผลงานวิชาการ ประเภท Oral Presentation ในการประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สานพลังการก้าวข้ามขีดจำกัดเพื่อภาคใต้แห่งความสุข” สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 5-7 สิงหาคม 2562 ณ โรงแรมนิภาการ์เด้น อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. ได้รับการตอบรับต้นฉบับและแจ้งปีของวารสารที่จะลงตีพิมพ์ ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 (ประจำเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2564)

สำเนาต้นฉบับที่ได้รับการยินยอมจากผู้พิมพ์ผลงาน



ที่ วส.พปก. ๔/๖๓

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

๓๖ ถ.เลียบบเนิน ต.วัดใหม่

อ.เมือง จ.จันทบุรี ๒๒๐๐๐

วันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง รับต้นฉบับ และแจ้งปี-ฉบับของวารสารที่จะลงตีพิมพ์บทความวิจัย

เรียน คุณนงเยาว์ ชีวรรณ

ตามที่ท่านมีความประสงค์ส่งบทความวิจัยเรื่อง “รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ ๑๑” เพื่อเผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี นั้น บัดนี้กองบรรณาธิการวารสารได้ตรวจสอบต้นฉบับในเบื้องต้นพบว่า ต้นฉบับมีเนื้อหาตรงตามขอบเขตของวารสาร มีส่วนประกอบครบถ้วน และมีรูปแบบตามที่วารสารกำหนด จึงมีมติรับต้นฉบับ และจะดำเนินการเพื่อการลงตีพิมพ์บทความวิจัยดังกล่าวในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ ๓๒ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๔) โดยขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้ ๑) ส่งต้นฉบับที่สมบูรณ์มายังระบบออนไลน์ของวารสาร ในช่วงวันที่ ๑-๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ๒) เมื่อกองบรรณาธิการส่งข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) ให้แล้ว ท่านปรับแก้งานส่งกลับมายภายใน ๒ สัปดาห์ และ ๓) ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความ ข้อมูลต่าง ๆ รวมถึงรายการอ้างอิงที่ใช้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และหวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการดำเนินการทุกขั้นตอน

ขอแสดงความนับถือ

(นางคณิศร เจริญกิจ)

บรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

1. บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันสถานการณ์ปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และสารเสพติดในประเทศไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น โดย ในปี 2560 พบว่า มีอัตราการดื่มสุราสูงสุดในช่วงกลุ่มอายุ 25-44 ปี (ร้อยละ 36.0) กลุ่มอายุ 20-24 ปี และ 45-59 ปี มีอัตราการดื่มสุราใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 33.5 และ 31.1 ตามลำดับ) และมีผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) โดยผู้สูบบุหรี่เรียนจบในระดับประถมศึกษา มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 22.0 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) ช่วงอายุที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ได้แก่ 25-44 ปี (ร้อยละ 21.9) รองลงมา 45-59 ปี (ร้อยละ 21.1) และ 20-24 ปี (ร้อยละ 20.7) ซึ่งอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 20.9 และ 17.0 ตามลำดับ) ส่วนสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด จำแนกตามช่วงอายุ 3 อันดับแรก คือ 20-24 ปี (ร้อยละ 54.3) รองลงมา 15-19 ปี (ร้อยละ 47.3) และ 25-29 ปี (ร้อยละ 39.2) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) และสถิติการจับกุมยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดชายแดน ร้อยละ 56.59 ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งของยาเสพติดทั่วประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, 2560)

ในระดับภาคใต้ พบว่า เขตสุขภาพที่ 11 มีสัดส่วนของนักดื่มเพศชายถึงร้อยละ 37.8 เทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศที่ร้อยละ 53.0 โดยเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรวัยรุ่นทั้งหมดในภาค และเคยประสบอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับร้อยละ 14.2 สูงกว่าภาพรวมของประเทศที่ ร้อยละ 8.0 ภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดในประเทศ (ร้อยละ 24.5) ส่วนสถานการณ์ยาเสพติด พบว่า มีการแพร่ระบาดสูงทั้งยาบ้า พืชกระท่อม และไอซ์ ได้แก่ จังหวัด นครศรีธรรมราช จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดชุมพร จังหวัดภูเก็ต และจังหวัดกระบี่ ตามลำดับ จากสถานการณ์ปัญหาข้างต้น จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ คือ ด้านร่างกายจะเกิดการเจ็บป่วย โดยสุรา ยาสูบจะส่งผลให้มีแนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ด้านจิตใจเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นโรคทางด้านจิตเวช และในกลุ่มผู้ที่ดื่มสุราจะส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุมากยิ่งขึ้น ด้านสังคมจะเกิดปัญหาสังคมวุ่นวาย ปัญหาอาชญากรรม ลักขโมย เกิดการกระทำที่ผิดกฎหมายต่าง ๆ มากมาย ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยจะกระทบต่อเศรษฐกิจ ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ สุดท้ายความรุนแรงของปัญหาเหล่านี้อาจถึงขั้นพิกการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้

กลไกการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ระดับประเทศ ในส่วนของภาครัฐ จะมีการดำเนินงานแก้ปัญหาแต่ละด้านโดยการสร้างกรอบและแนวทางการดำเนินงานที่เรียกว่าแผนยุทธศาสตร์ ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์การป้องกัน และ

แก้ไขปัญหายาเสพติด พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามมาตราหลักและมาตรการรอง ตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559-2562 เป็นต้น โดยจะมีการล้อแผนการดำเนินงานมาใช้ปฏิบัติในแต่ละระดับ ดังนี้ ในระดับเขต จะมีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ที่มีหน้าที่เชื่อมโยงกลไกการทำงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ทั้งระดับประเทศ กระทรวง ไปจนถึงจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล ให้เป็นไปในทิศทางที่ตอบสนองต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพแบบบูรณาการ ส่วนในระดับจังหวัดจะมีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติโดยผู้ว่าราชการจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในระดับอำเภอ มีนายอำเภอเป็นประธานสำหรับการดำเนินงานและสั่งการ มีการประสานงาน กับเครือข่ายระดับ CUP สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีบทบาทในการประสานงานกับทุกภาคส่วน ในการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ (กฤษดา แสงดี, และคณะ, 2559) ส่วนกลไกในระดับพื้นที่สำคัญ คือ กลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กองทุนตำบล) โดยมีรูปแบบการดำเนินงาน คือ วิเคราะห์สถานการณ์ในบริบทพื้นที่เพื่อหาปัญหา ปัจจัยเสี่ยง วางเป้าประสงค์การดำเนินงาน จัดทำแผนงาน โครงการสำหรับแก้ปัญหา ติดตามและประเมินผล โครงการ (นงลักษณ์ พวงมาลัย, และคณะ, 2559) เพื่อเน้นการสร้างความตระหนัก ให้เกิดนโยบายระดับพื้นที่ และดำเนินการแก้ปัญหาที่ครอบคลุม เป็นต้น และนอกจากนี้ยังมีหน่วยงานในส่วนของภาคเอกชน ประชาสังคม ที่สำคัญที่เข้าร่วมดำเนินการจัดการปัญหาสุรา ยาสูบ และยาเสพติด เช่น ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (สำนักงาน ป.ป.ส.) เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังพบว่า การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพฯ ยังมีการทำงานแบบแยกส่วนและขาดการบูรณาการ โดยเฉพาะในระดับอำเภอและในระดับตำบล ที่เป็นตัวหลักของการดำเนินงานที่สำคัญ เนื่องจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีบทบาทในการจัดทำแผนงานและโครงการ เพื่อมาแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ ซึ่งพบว่า มีจำนวนน้อยไม่ครอบคลุมการแก้ปัญหา เนื่องจากขาดการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ทำแผนงานและโครงการ ส่วนคณะกรรมการกองทุนฯ เอง พบว่า ขาดความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการแผนงานและโครงการ มีปัญหาการเบิกจ่ายกองทุนฯ และการติดตามประเมินผลที่ขาดความต่อเนื่อง ดังนั้น กลไกในระดับอำเภอและระดับตำบลควรมีการประสานและบูรณาการงานร่วมกัน ในการผลักดันให้เกิดการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ได้แก่ การสนับสนุนและติดตาม และการประเมินผลการดำเนินการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอ รวมทั้งการพิจารณาเห็นชอบแผนและงบประมาณในการจัดหาและนำทรัพยากรต่าง ๆ จากหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ภายในอำเภอมาใช้ร่วมกัน นำไปสู่การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง การทำงานในรูปแบบของเครือข่ายที่เน้นกระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ทำให้เกิดการสานพลังของเครือข่ายในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้มากยิ่งขึ้น

การศึกษา รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพฯ ภายใต้ความร่วมมือของคณะกรรมการ พชอ. ในครั้งนี้เป็นการศึกษาด้านความร่วมมือ และกิจกรรมการดำเนินงานการจัดทำ

แผนงานและโครงการ เพื่อจัดการปัญหา ตามแนวคิดการจัดการเชิงกลยุทธ์ ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการแผนงานและโครงการ วิธีการดำเนินงาน ที่ช่วยส่งผลให้บรรลุจุดมุ่งหมายของการแก้ปัญหาที่ตั้งไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และตามแนวคิดทฤษฎีระบบ ที่จะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์อย่างมีเหตุผลระหว่างทรัพยากรที่ลงทุนไป กิจกรรมที่เกิดขึ้นและผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ เพื่อสะท้อนรูปแบบการดำเนินงานการจัดการปัจจัยเสี่ยงในแต่ละขั้นตอน ที่ดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่มีการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกัน

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบของการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11

3. คำถามการวิจัย

3.1 คำถามการวิจัยหลัก

การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการบริหารจัดการกลยุทธ์ และแนวคิดทฤษฎีระบบ เป็นอย่างไร

3.2 คำถามการวิจัยรอง

1. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีแผนงานและโครงการ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพฯ อะไร และเป็นอย่างไร (ในปัจจุบัน)
2. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรมีแผนงานและโครงการ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพฯ อะไร และเป็นอย่างไร (ในอนาคต)
3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กองทุนตำบล) จะมีความร่วมมือในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพฯ อะไร และเป็นอย่างไร

4. ขอบเขตของการวิจัย

4.1 ขอบเขตเชิงเนื้อหา

ศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 กับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยใช้ปัจจัยนำเข้า คือ แผนงานและโครงการระดับตำบล ซึ่งได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ภายใต้แนวคิดทฤษฎีระบบและแนวคิดการจัดการเชิงกลยุทธ์

4.2 ขอบเขตด้านประชากร

ผู้ให้ข้อมูล คัดเลือกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแผนงานโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น คือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

และผู้ที่จะมีส่วนช่วยในการผลักดันให้เกิดแผนงานโครงการ คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร และเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลาที่ศึกษา

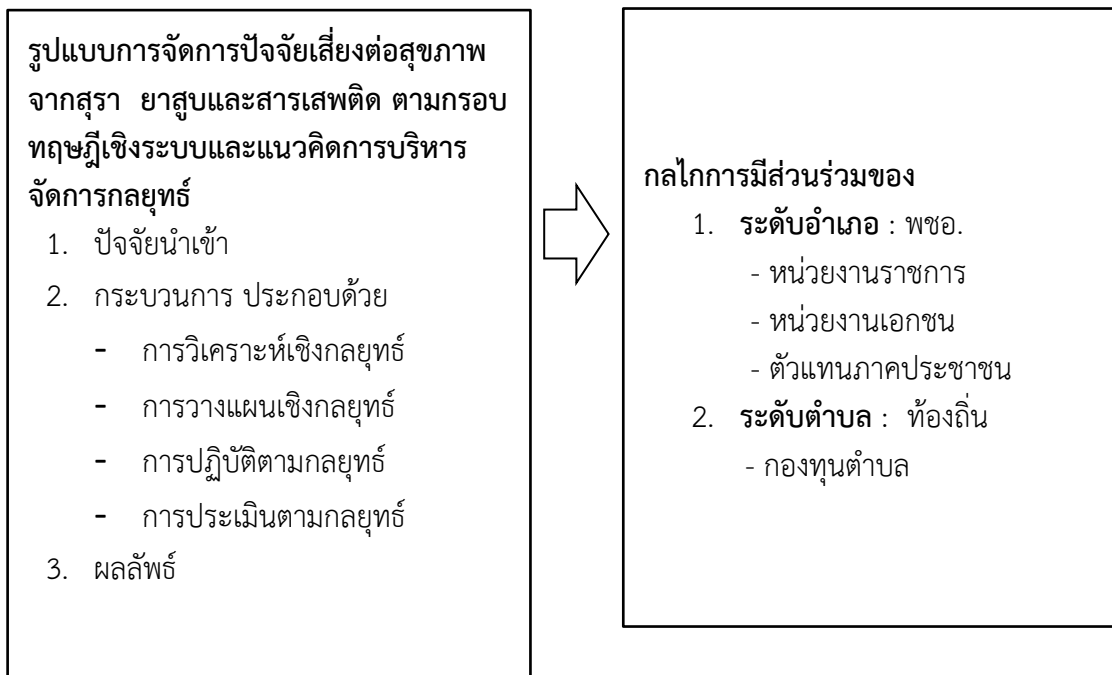
ระยะเวลา 9 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563

4.4 ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

การเลือกพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกจังหวัดในพื้นที่เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 11 คือ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกลยุทธ์ และแนวคิดทฤษฎีระบบเข้ามาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์และการจัดการปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ระหว่างคณะกรรมการ พชอ. กับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยใช้ปัจจัยนำเข้า คือ แผนงานและโครงการระดับตำบล ซึ่งได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งจะประกอบไปด้วย ทฤษฎีเชิงระบบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และแนวคิดการจัดการกลยุทธ์ซึ่งจะนำมาวิเคราะห์ในกระบวนการดำเนินงานในประเด็น การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การปฏิบัติตามกลยุทธ์และการประเมินตามกลยุทธ์ ดังนี้



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตสุขภาพที่ 11 หมายถึง วิธีการบูรณาการการดำเนินงานระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพฯ โดยศึกษาจาก คือ แผนงานและโครงการระดับตำบล ซึ่งได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น วิเคราะห์ตามแนวคิดทฤษฎีระบบและแนวคิดการจัดการเชิงกลยุทธ์

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ พวกสุรา ยาสูบ สารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 สามารถนำมาปรับใช้กับประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตในประเด็นอื่น ๆ ได้

8. วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

8.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูล คัดเลือกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแผนงานโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น คือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร และเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งจะประกอบไปด้วย ดังนี้

1) คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จำนวน 22 กองทุน โดยร่อนแบบสอบถามไปให้คณะกรรมการกองทุนฯ ทั้งหมด 374 คน แต่ได้แบบสอบถามคืนกลับมา 207 คน คิดเป็นร้อยละ 55.35 โดยแต่ละกองทุนจะประกอบไปด้วยคณะกรรมการครบทุกตำแหน่ง ได้แก่ ประธาน กรรมการ เลขานุการ จาก 2 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี และอำเภอสวี จังหวัดชุมพร

2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 20 คน โดยคัดเลือกจากเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี และเครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร เครือข่ายละ 8-12 คน โดยคัดเลือกจากคณะกรรมการที่มีคุณสมบัติและทัศนคติใกล้เคียงกัน

โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. เป็นบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งอยู่ในคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลของเครือข่ายในอำเภอบ้านนาสาร คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสวี จังหวัดชุมพร และคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเป็นคำสั่ง

คณะกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ปัญหาการบริโภค บุหรี่ และ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อำเภอ สวี จังหวัดชุมพร

2. เป็นบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งอยู่ในคำสั่งคณะกรรมการกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นของเครือข่ายอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี และเครือข่ายอำเภอสวี จังหวัดชุมพร

3. มีประสบการณ์ด้านการทำงานในระบบสุขภาพระดับตำบล และอำเภอ ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป

4. มีการรับรู้เกี่ยวกับรายละเอียดของแผนงานและโครงการ ของกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และแผนงานยุทธศาสตร์ระดับอำเภอ

5. เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินดีให้ข้อมูล

8.2 การเลือกพื้นที่ศึกษา

การเลือกพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกจังหวัดในพื้นที่ เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 11 คือ จังหวัดชุมพร หน่วยในการวิเคราะห์ คือ เครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี และจังหวัดสุราษฎร์ธานี หน่วยในการวิเคราะห์ คือ เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร โดยมีเกณฑ์ การคัดเลือกพื้นที่ ดังต่อไปนี้

1. เป็นพื้นที่ที่สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คัดเลือกเป็น พื้นที่นำร่องในการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง โดยมีการกำหนดแผนงาน โครงการ ด้านการ จัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด เพราะเป็นพื้นที่ที่มีความสำคัญต่อ สถานการณ์ปัญหาเหล่านี้ มีการบันทึกข้อมูลในเว็บไซต์ ซึ่งสามารถตรวจดูรายละเอียดของแผนงาน โครงการของแต่ละพื้นที่ได้จากเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบล (localfund.happynetwork.org)

2. เป็นพื้นที่ที่มีความโดดเด่นด้านการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ โดยมีทีมคณะกรรมการที่มีความเข้มแข็ง ร่วมมือ ร่วมใจในการดำเนินงาน

3. เป็นพื้นที่ที่มีการบริหารจัดการแผนงาน/โครงการ ของกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นที่มีประสิทธิภาพ

4. เป็นพื้นที่ที่มีเครือข่ายประชาสังคมที่เข้มแข็ง และได้มีการดำเนินงานร่วมกับ หน่วยงานสาธารณสุขอยู่แล้ว

8.3 เครื่องมือในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และการ วิจัยเอกสาร โดยจะมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) แบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด จัดทำขึ้นเพื่อสอบถามความคิดเห็นของ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อ สุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ของชุมชน โดยดูสถานการณ์และลักษณะแผนงาน/โครงการใน กองทุนฯ รูปแบบการจัดการด้านปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1.1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ตำแหน่งในชุมชน ประสบการณ์ทำงานแผนงาน/โครงการในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

1.2) ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานการณ์และรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น และบทบาท หน้าที่การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

1.3) ส่วนที่ 3 ข้อมูลของแผนงานโครงการ ของอำเภอสวี และอำเภอบ้านนาสาร เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด

1.4) ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงความคิดเห็น ปัญหาและข้อเสนอแนะของภาพรวมในการดำเนินงาน

2) แบบสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษากลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ (พขอ.) โดยทำการสนทนากลุ่มกับกรรมการที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่อยู่ในตำแหน่งใกล้เคียงกัน เครือข่าย ๆ ละ 8-12 คน ประกอบด้วย 5 ข้อ ดังนี้

2.1) กระบวนการจัดทำแผนและโครงการฯ ของกรรมการ พขอ. เป็นอย่างไร

2.2) การดำเนินการจัดการปัญหาสุรา ยาสูบและสารเสพติด ที่ผ่านมา มีลักษณะอย่างไร

2.3) ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามบทบาทหน้าที่ ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร เพราะเหตุใด และต้องการการปรับเปลี่ยนอย่างไร

2.4) ปัญหา หรืออุปสรรคอะไรบ้างที่มีผลต่อการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล ที่เกี่ยวกับแผนงานและโครงการด้านการจัดการปัญหา สุรา ยาสูบและสารเสพติด

2.5) แผนงานและโครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของกองทุนสุขภาพตำบลควรดำเนินการอย่างไรเพื่อให้มีผู้รับผิดชอบชัดเจน และครอบคลุมพื้นที่ และควรมีใครเข้ามาเกี่ยวข้อง และแผนที่ควรจะเป็นควรเป็นอย่างไร

3) การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาร่างรายงานวิจัย ได้แก่ รายงานการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การบันทึกแผนงานและโครงการในเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบล (localfund.happynetwork.org) แผนงานและโครงการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) และแผนงานจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

8.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.95 หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสมก่อนลงไปทดลองใช้ (try out) กับบุคคลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน (เครือข่ายสุขภาพอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช) และหลังจากได้แบบสอบถามที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดีแล้ว จึงนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

8.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมดังนี้ คือ

1. นำโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือวิจัย เสนอเพื่อพิจารณาขอจริยธรรมในการวิจัย ของสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. จัดทำหนังสือแนะนำตัวจากสถาบันนโยบายสาธารณะ ถึง ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ทุกกองทุนในอำเภอสวี จังหวัดชุมพร และ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี และและเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทั้ง 2 พื้นที่ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อที่จะได้ทำการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ

3. เข้าพบปะแนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อที่จะทำให้เกิดการไว้วางใจ พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล

4. การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยการศึกษาแผนงานโครงการเกี่ยวกับสุรา ยาสูบและยาเสพติดจากเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบล แล้วนำแผนงานและโครงการมาตรวจสอบความถูกต้องกับคณะกรรมการกองทุนฯ อีกครั้ง รวมทั้งทบทวนเอกสารทางวิชาการ วารสาร บทความต่างๆ เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาร่างรายงานวิจัย โดยศึกษาจากแหล่งข้อมูล ดังต่อไปนี้

4.1. รายงานการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

4.2. การบันทึกแผนงาน โครงการในเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบล (localfund.happynetwork.org)

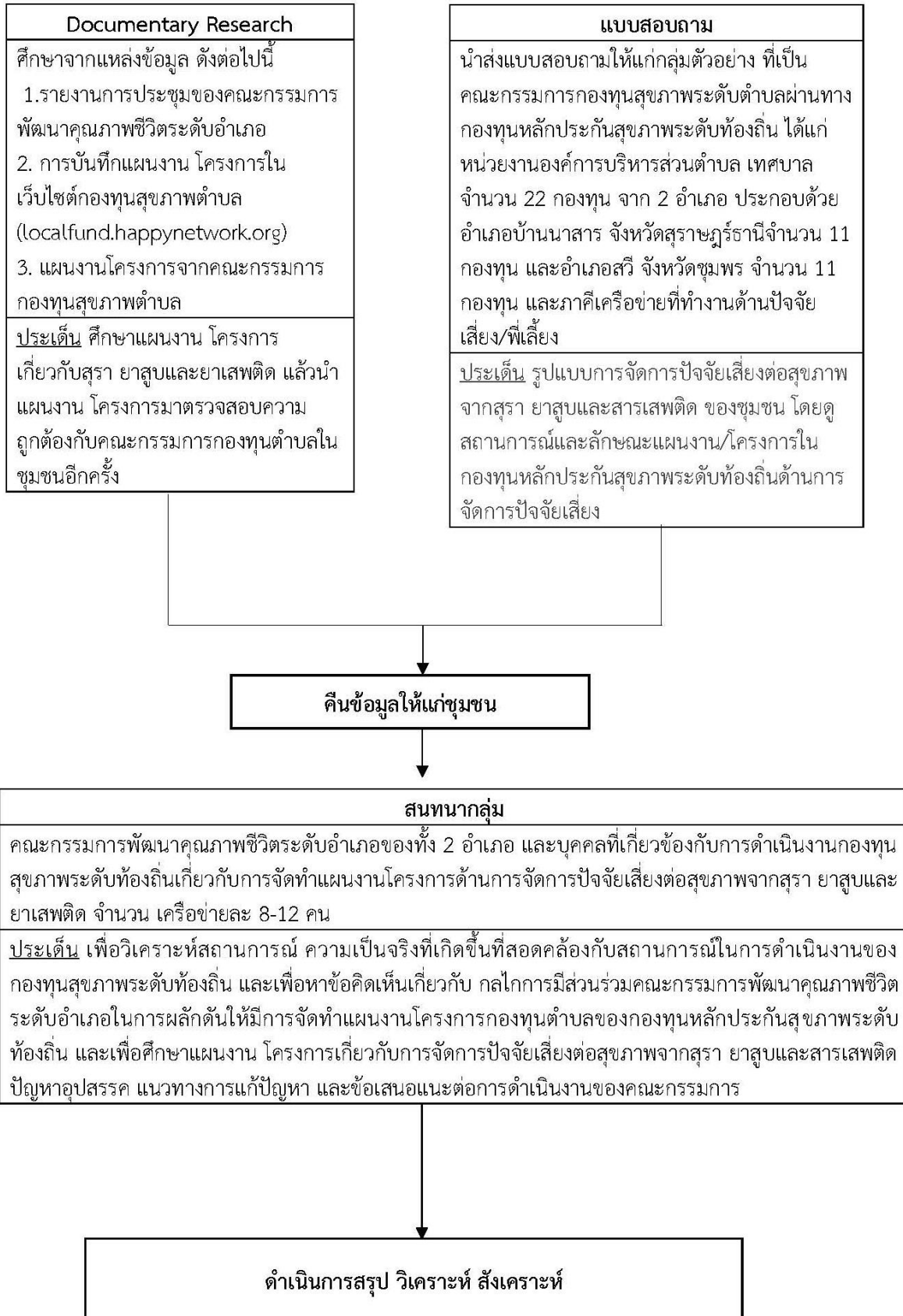
4.3. แผนงานและโครงการจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

5. นำส่งแบบสอบถามจำนวน 374 ชุด ให้แก่กลุ่มตัวอย่างแต่ละหน่วยงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล เพื่อแจกจ่ายแบบสอบถามให้แก่คณะกรรมการกองทุนฯ ในพื้นที่อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี และอำเภอสวี จังหวัดชุมพร ในระยะเวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม – เดือนธันวาคม 2562 พร้อมทั้งลงพื้นที่ไปสอบถามจากคณะกรรมการกองทุนฯ หลังจากนั้นลงพื้นที่ไปจัดเก็บแบบสอบถามกลับคืน เพื่อนำมาวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูล

6. คืนข้อมูลให้แก่ชุมชน ในประเด็นสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด และรูปแบบการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง แก่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้นำชุมชน อำเภอละ 1 วัน คือ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร จัดคืนข้อมูล ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวี ในวันที่ 12 มีนาคม 2563 เวลา 09.00-10.00 น.และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จัดคืนข้อมูล ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านนาสาร ในวันที่ 13 มีนาคม 2563 เวลา 13.00-14.00 น.

7. ดำเนินการสนทนากลุ่ม กับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของทั้ง 2 อำเภอ และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นเกี่ยวกับการจัดทำแผนงานโครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและยาเสพติด เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเพื่อหาข้อคิดเห็นเกี่ยวกับกลไกการมีส่วนร่วม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการผลักดันให้มีการจัดทำแผนงานโครงการ และเพื่อศึกษาแผนงาน โครงการเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ปัญหา และข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของ คณะกรรมการ ใช้เวลาแต่ละอำเภอประมาณ 90 นาที

8. หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์และสรุปผลข้อมูลการวิจัย ซึ่งสามารถสรุปขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ตามรูปภาพที่ 2 ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบที่ 2 สรุปขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

8.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสังเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นการวิจัยที่กำหนดไว้ โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล คือ นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและการบันทึกภาคสนาม มาจะตีความ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) 2 วิธี ได้แก่ ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งกับผู้ให้ข้อมูลและตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล โดยหลังจากที่ได้ข้อมูล ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย จะทำการตรวจสอบข้อมูลและวิธีการรวบรวมข้อมูลร่วมกันอีกครั้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการจัดระบบข้อมูลและจำแนกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ แยกประเด็นที่สำคัญ เป็นประเด็นหลัก/ประเด็นรอง เพื่อให้เข้าใจง่าย และสามารถนำมาใช้ได้อย่างสะดวก แล้วจึงตั้งชื่อค่าสำคัญ นำหัวข้อสรุปแนวคิดที่มีความหมายคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันมาจัดเป็นกลุ่มหัวข้อสรุป และสรุปผลในแต่ละเรื่องสุดท้ายสังเคราะห์ข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

8.7 การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยขออนุญาต แนะนำตนเองและชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับวิธีดำเนินการวิจัย สิทธิ์ในการเข้าร่วม การถอนตัวออกจากกรวิจัย และใช้ใบยินยอมให้ข้อมูล เป็นเอกสารแสดงเจตนาในการเข้าร่วมวิจัย และการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ จะนำเสนอและเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวม ผู้ให้ข้อมูลสามารถตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยได้ตามความสมัครใจ และแม้จะยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วก็มีสิทธิ์ที่จะยกเลิก หรือออกจากกรวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และถ้ายินดีเข้าร่วมวิจัยก็ให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันนโยบายสาธารณะ เลขที่ EC013/61

9 ผลการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 สามารถวิเคราะห์ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัย แบ่งเป็น 4 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแผนงานและโครงการ การจัดการปัจจัยเสี่ยงและรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในปัจจุบัน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแผนงานและโครงการ การจัดการปัจจัยเสี่ยงและรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ควรจะเป็นในอนาคต

ส่วนที่ 4 ความร่วมมือในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (คณะกรรมการกองทุนตำบล)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล

ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จำนวน 207 คน และส่วนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 20 คน ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น) (N=207)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น) ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	คณะกรรมการกองทุนฯ อ.สวี จ.ชุมพร N=107		คณะกรรมการกองทุนฯ อ.บ้านนาสาร จ.สุราษฎร์ธานี N=100		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ	19-34 ปี	8	7.48	17	17.00
	35-60 ปี	87	81.31	75	75.00
	> 60 ปีขึ้นไป	12	11.21	8	8.00
		$\bar{X} = 46.63$ S.D=9.673		$\bar{X} = 46.95$ S.D=9.768	
เพศ	ชาย	59	55.14	38	38.00
	หญิง	48	44.86	62	62.00
สถานภาพสมรส	โสด	15	14.15	23	23.00
	สมรส	77	72.64	63	63.00
	หม้าย/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	14	13.21	14	14.00
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	10	9.35	7	7.00
	มัธยมศึกษา/ปวช.	38	35.51	37	37.00
	อนุปริญญา/ปวส.	8	7.48	9	9.00
	ปริญญาตรี	37	34.58	38	38.00
	ปริญญาโท	14	13.08	9	9.00

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น) ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป		คณะกรรมการกองทุนฯ อ.สวี จ.ชุมพร N=107		คณะกรรมการกองทุนฯ อ.บ้านนาสาร จ.สุราษฎร์ธานี N=100	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ	เกษตรกรรวม	55	51.40	50	50.00
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	40	37.38	40	40.00
	ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	6	5.61	4	4.00
	รับจ้าง/ลูกจ้าง	4	3.74	4	4.00
	อื่นๆ (สื่อมวลชน นักการเมือง)	2	1.87	2	4.00
รายได้เฉลี่ยของ ครอบครัวต่อ เดือน	≤ 10,000 บาท	8	8.16	21	21.00
	10,001-20,000 บาท	38	38.78	21	21.00
	20,001-30,000 บาท	25	25.51	21	21.00
	30,001-40,000 บาท	6	6.12	18	18.00
	≥ 40,001 บาท	21	21.43	19	19.00
		$\bar{X} = 34,872.45$ S.D=60,307.60		$\bar{X} = 31,025.00$ S.D=26,177.943	
ตำแหน่งใน คณะกรรมการ กองทุนฯ	ประธาน	11	10.28	9	9.00
ปัจจุบัน	กรรมการ	76	71.03	72	72.00
	เลขา/ผู้ช่วย	14	13.08	10	10.00
	ภาคีเครือข่าย ที่ปรึกษากองทุน	3 3	2.80 2.80	9 -	9.00 -
ตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน	อสม.	25	28.41	25	25.00
	ผู้นำชุมชน (ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน)	33	37.50	18	18.00
	รพ.สต./สธ.	6	6.82	10	10.00
	ไม่มีตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน	24	27.27	47	47.00

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น) ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	คณะกรรมการกองทุนฯ อ.สวี จ.ชุมพร N=107		คณะกรรมการกองทุนฯ อ.บ้านนาสาร จ.สุราษฎร์ธานี N=100		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	
	ประสบการณ์ <1 ปี	28	38.89	17	17.00
การทำงาน 1-5 ปี	29	40.28	12	12.00	
ด้านแผนงาน 6-10 ปี	5	6.94	7	7.00	
โครงการ > 10 ปี	3	4.17	5	5.00	
(จนถึง ปัจจุบัน)	ไม่มี	7	9.72	59	59.00
	$\bar{X} = 2.06$ S.D= 1.232		$\bar{X} = 3.77$ S.D=1.626		
ตัวแทนจาก	ภาครัฐ/สธ	32	36.78	44	44.00
หน่วยงาน	ประชาชน	20	22.99	17	17.00
	อบต./เทศบาล	34	39.08	39	39.00
	เอกชน	1	1.15	-	-

จากตารางที่ 1 พบว่า 1) คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอำเภอสวี จังหวัดชุมพร มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 107 คน ส่วนใหญ่อายุ อยู่ระหว่าง 35-60 ปี ร้อยละ 81.31 เป็นเพศชาย เกินกว่าครึ่ง คิดเป็นร้อยละ 55.14 สถานภาพสมรสสูงถึง ร้อยละ 72.64 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ มัธยมศึกษา/ปวช. และปริญญาตรี ร้อยละ 35.51 และ 34.58 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.40 และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีตำแหน่งปัจจุบันเป็นคณะกรรมการกองทุนฯ ร้อยละ 71.03 ส่วนตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้นำชุมชน ร้อยละ 37.50 เป็นตัวแทนจากหน่วยงาน อบต./เทศบาล ร้อยละ 39.08 และมีประสบการณ์การทำงานด้านแผนงานโครงการส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 40.28 และ 2) คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 100 คน ส่วนใหญ่อายุ อยู่ระหว่าง 35-60 ปี ร้อยละ 75.00 เป็นเพศหญิง เกินกว่าครึ่ง คิดเป็นร้อยละ 62.00 สถานภาพสมรส สูงถึง ร้อยละ 63.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ปริญญาตรี และมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 38.00 และ 37.00 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.00 และมีตำแหน่งปัจจุบันเป็นคณะกรรมการกองทุนฯ ร้อยละ 72.00 ส่วนตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 25.00 เป็นตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐ/สาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)/เทศบาล ร้อยละ 44.00 และ 39.00 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การทำงานด้านแผนงานโครงการ ร้อยละ 59.00

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล สำหรับการทำสนทนากลุ่ม (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)) (N=20)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำหรับการทำสนทนากลุ่ม (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.))

ข้อมูลทั่วไป		คณะกรรมการ กองทุนอำเภอสวี จังหวัดชุมพร (N=11)	คณะกรรมการ กองทุน อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี (N=9)
		จำนวน	จำนวน
เพศ	ชาย	3	7
	หญิง	8	2
ตำแหน่ง ของท่าน ใน พชอ.	สสอ./เลขานุการ	1	1
	ผู้ช่วย สสอ./ผู้ช่วยเลขานุการ	1	1
	กรรมการที่มาจากผู้แทนหน่วยงานของรัฐ		
	-องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ อบต./ ปลัดอบต./ปลัดเทศบาล		2
	รองนายกเทศมนตรี /ผอ.กองสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม		
	-รองผู้กำกับ	1	
	-กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน		1
	-เกษตรอำเภอ		1
	กรรมการที่มาจากภาคเอกชน/ผู้ประกอบการวิชาชีพในอำเภอ		
	-เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	1	
	-อาจารย์พยาบาลวิชาชีพ	1	
	-ครู		1
	กรรมการที่มาจากภาคประชาชน		
	กลุ่มเครือข่าย/ชมรม/สมาคม		2
	องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงผลกำไร (NGO)	1	
	อสม./เครือข่ายอาสาสมัคร/จิตอาสา	5	

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้เข้าร่วมทำการสนทนากลุ่ม ใน 2 พื้นที่ มีจำนวนทั้งหมด 20 คน โดยแบ่งเป็น เครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร จำนวน 11 คน และเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 9 คน โดยทั้ง 2 พื้นที่ ประกอบไปด้วย เลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการส่วนใหญ่เป็นตัวแทนจากภาคประชาชน ได้แก่ อสม. และกลุ่มชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมแอโรบิก จะเห็นได้ว่า ตำแหน่งของผู้ให้ข้อมูล ของคณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ส่วนใหญ่จะมีตำแหน่งในชุมชนที่เป็นผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ประธานชมรมต่าง ๆ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยจะเป็นตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐ/สาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)/เทศบาล เป็นหลัก ซึ่งจะทำให้เห็นได้ว่าการมีตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชน จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมและเป็นช่องทางให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาสังคมได้มากกว่าบุคคลทั่วไปที่ไม่มีตำแหน่งในชุมชน เพราะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในสังคม อีกทั้งหน่วยงานหลักที่แก้ปัญหาในพื้นที่ ก็ยังเป็นกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย อีกด้วย

ส่วนที่ 2 แผนงานและโครงการ การจัดการปัจจัยเสี่ยงและรูปแบบการดำเนินงานของ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในปัจจุบัน

โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานการจัดทำแผนงานและโครงการ และลักษณะของ แผนงาน โครงการและกิจกรรม ตามรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในปัจจุบัน ดังต่อไปนี้

2.1 ขอบเขตการดำเนินงานแผนงาน โครงการและกิจกรรม

ในพื้นที่ จะมีการกำหนดแผนงานและโครงการ เพื่อแก้ปัญหาตามสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นแกนนำในการช่วยผลักดัน ในการจัดทำแผนงาน โครงการ เพื่อมานำเสนอขอสนับสนุนงบประมาณ มีหน้าที่ ประชุมพิจารณา สนับสนุนงบประมาณ ในการจัดทำแผนงานโครงการ มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการ สนับสนุน จัดทีมพี่เลี้ยง และพัฒนาทักษะในการจัดทำแผนงานและโครงการให้แก่ชาวบ้านและผู้นำชุมชน รวมทั้ง ภาควิเคราะห์ด้านสุขภาพ และบันทึกข้อมูลแผนงาน โครงการลงในเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบล ภาควิ

2.2 การหาสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงระดับตำบลและระดับอำเภอ

จากการสอบถามข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด และปลายปิดกับคณะกรรมการกองทุนฯ ทั้ง 2 พื้นที่ จะพบว่ามีรายละเอียดเกี่ยวกับการรับรู้ สถานการณ์ปัญหา สาเหตุ ระดับ ความรุนแรงของปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้น ตามประเด็น ดังต่อไปนี้

2.2.1 ข้อมูลการรับรู้สถานการณ์และระดับปัญหา

การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และระดับปัญหาด้านสุรา ยาสูบ และ สารเสพติดในภาพรวมของคณะกรรมการกองทุนฯ ในแต่ละพื้นที่ จะพบว่า คณะกรรมการกองทุนฯ ทั้ง 2 พื้นที่ มีความเห็นว่าเป็นปัญหาระดับปานกลางสำหรับพื้นที่ โดยการรับรู้สถานการณ์ ปัญหาสุรา ยาสูบ ใน 2 พื้นที่ จะสูงถึง ร้อยละ 85 แต่ปัญหาด้านสารเสพติด พบว่า การรับรู้สถานการณ์ยังต่ำกว่า ร้อยละ 80 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลการรับรู้สถานการณ์และระดับปัญหาด้านสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของคณะกรรมการกองทุนฯ ในแต่ละพื้นที่

คณะกรรมการกองทุนฯ	ร้อยละของการรับรู้สถานการณ์			ระดับปัญหา
	สุรา	ยาสูบ	สารเสพติด	
อำเภอสวี จังหวัดชุมพร	97.20	95.28	75.24	ปานกลาง
อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี	87.20	87.20	67.90	ปานกลาง

2.2.2 การหาสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยง ช่องทางการรับรู้ สาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้น

ช่องทางการรับรู้สถานการณ์ ได้แก่ สื่อบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน เป็นต้น สื่อประชาสัมพันธ์ เช่น เอกสารแผ่นพับ ไลน์ ป้ายโฆษณา สื่อออนไลน์ เช่น โทรศัพท์ วิทยุ ไลน์ เฟสบุ๊ก รวมทั้งหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน การจัดอบรมในหมู่บ้าน และร้านค้าในหมู่บ้าน เป็นต้น เมื่อวิเคราะห์สาเหตุจะพบว่า มาจากตัวบุคคล ที่มีความเชื่อ มีค่านิยมผิด ๆ ลอกเลียนแบบ เกิดจากปัญหาสุขภาพ ส่วนด้านสิ่งแวดล้อม มีโรงงานผลิตในพื้นที่ ร้านค้าจำหน่ายไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ด้านปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาความเครียด ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ในด้านร่างกาย เช่น เกิดโรคมะเร็งปอด ในปีงบประมาณ 2563 อำเภอสวี จังหวัดชุมพร มีผู้ป่วย 27 รายซึ่งเพิ่มจากปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 22.22 และโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดชุมพร มีอัตราการตายสูงสุดในระดับเขตสุขภาพที่ 11 ถึงร้อยละ 10.58 ในด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปีงบประมาณ 2563 อำเภอบ้านนาสารจังหวัดสุราษฎร์ธานี และอำเภอสวี จังหวัดชุมพร พบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.28 และ 8.38 ตามลำดับ และพบจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.22 และ ร้อยละ 13.42 ตามลำดับ ส่วนด้านจิตใจ ในระดับเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สูงถึงร้อยละ 34.70 นอกจากนี้ด้านสังคม เกิดความวุ่นวาย การทะเลาะวิวาท เกิดอาชญากรรม สูญเสียชีวิต เป็นต้น ซึ่งจะสามารถแสดงรายละเอียดของข้อมูลผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงและสถานการณ์การดำเนินงานของปัญหาปัจจัยเสี่ยง ทั้ง 3 ประเด็นดังตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละ ของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แล้วเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2563

ประเด็น	อ.สวี	อ.บ้านนาสาร
สงสัยป่วยโรคเบาหวาน	2.77	7.73
สงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	25.47	15.06
ผู้ป่วย DM/HT ที่มี CVD Risk \geq 20 % หลังได้รับการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงแล้ว CVD Risk ลดลง	30.16	35.07

ที่มา : โปรแกรม Health Data Center

ตารางที่ 5 แสดงอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามปีงบประมาณ ตั้งแต่ใน ระดับจังหวัด เขต และประเทศ (เป้าหมายอัตราการตาย น้อยกว่าร้อยละ 7)

ปีงบประมาณ	ระดับจังหวัด		ระดับเขต	ระดับประเทศ
	ชุมพร	สุราษฎร์ธานี		
2561	10.80	7.01	8.40	8.27
2562	12.03	5.43	8.31	8.05
2563	11.13	5.34	7.38	7.98

ที่มา : โปรแกรม Health Data Center

ตารางที่ 6 แสดงร้อยละ ผลการดำเนินงาน จำแนกตามแบบจำหน่ายสรุปผลการบำบัดยาเสพติด ระหว่าง 1 ตุลาคม 2562 -26 มิถุนายน 2563 ในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต

แบบจำหน่ายสรุปผลการบำบัด	ระดับเขต	ระดับจังหวัด		ระดับอำเภอ	
		ชุมพร	สุราษฎร์ธานี	สวี	นาสาร
ระบบสมัครใจ (สถานพยาบาล)	21.82	18.25	32.72	26.32	43.24
ค่ายปรับเปลี่ยน คสช.108	28.12	34.39	15.91	0	0
ระบบบังคับบำบัด	19.72	31.75	18.91	73.68	56.76
ระบบต้องโทษ	25.59	14.81	31.56	0	0

ที่มา : ระบบรายงานข้อมูล บสต. (<https://antidrugnew.moph.go.th/>)

2.3 การวางเป้าหมายระดับตำบลและระดับอำเภอ

การกำหนดเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบและวางแผนการดำเนินงาน เพื่อแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ได้มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน โดยผู้รับผิดชอบทั้งในหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ครูในสถานศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน ที่มีบทบาทในการให้ความรู้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ร่วมสอดส่องดูแล และร่วมดำเนินการจัดโครงการแก้ปัญหา ในด้านของตำรวจ ทหาร ปกครองท้องถิ่น กำกับดูแลด้านกฎหมาย เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมโดยส่วนใหญ่ที่ดำเนินการได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้หรือกิจกรรมการรณรงค์ประชาสัมพันธ์โดยการสร้างกระแสประเพณีปลอดสุรา ยาสูบตามช่วงเทศกาลต่าง ๆ ซึ่งพบว่าทุกท้องถิ่นมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง มีภาคีเครือข่ายในอำเภอในการดำเนินงาน To Be Number One ในสถานศึกษา ซึ่งผลที่เกิดขึ้น คือผู้สูบบุหรี่และผู้ดื่มหน้าใหม่ (นักเรียน) ลดลง มีเครือข่ายอาสาสมัครดูแลครอบครัวครอบคลุมทุกตำบล และภายในตำบลมีการใช้งบประมาณกองทุนฯ ในการแก้ปัญหาสุรา ยาสูบ และสารเสพติดส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ในด้านกิจกรรมการบำบัด ลด ละเลิก พบว่า มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมดูแลเข้าพรรษา เพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับปีก่อน ๆ หรือกิจกรรมงานบุญปลอดเหล้า ที่พบว่า ประชาชนในพื้นที่ให้การตอบรับเป็น

อย่างดี ส่วนกิจกรรมด้านการบังคับใช้กฎหมายจะมีกิจกรรมสถานที่ราชการปลอดสุรา ยาสูบ ตามกฎหมาย ร้อยละ 100 และมีการบังคับใช้กฎหมายในงานประเพณี โดยส่วนใหญ่กิจกรรมที่พื้นที่ คิดว่าเหมาะสมต่อการแก้ปัญหา คือ สร้างภาคีเครือข่าย มอบหมายหน้าที่ตามบทบาทของบุคคล ทำงานร่วมกัน เป็นต้น

2.4 แผนงาน โครงการและกิจกรรม

2.4.1 รายละเอียดจำนวนแผนงานและโครงการ ด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงจาก สุรา ยาสูบและสารเสพติดของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ของอำเภอสวี จังหวัดชุมพร และ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จากเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบลภาคใต้ ปี 2561-2562 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงรายละเอียดจำนวนแผนงานและโครงการ ด้านการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงจากสุรา ยาสูบและสารเสพติดของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ของอำเภอสวี จังหวัดชุมพรและ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จากเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบลภาคใต้ ปี 2561-2562

พื้นที่	ปี	แผนงาน	จำนวน แผนงาน	โครงการ ที่พัฒนา	โครงการ ที่ติดตาม	งบประมาณ
อ.สวี จ.ชุมพร	2561	แผนงานหลัก	11	3	3	125,050
		แผนงานบุหรี	11	5	4	147,930
		แผนงานสารเสพติด	11	8	9	391,702
	2562	แผนงานหลัก	3	1	3	15,000
		แผนงานบุหรี	1	1	1	10,000
		แผนงานสารเสพติด	1	1	-	0.00
อ.บ้านนาสาร จ.สุราษฎร์ธานี	2561	แผนงานหลัก	2	1	1	7,995
		แผนงานบุหรี	8	6	3	73,170
		แผนงานสารเสพติด	1	2	-	0.00
	2562	แผนงานหลัก	2	2	-	0.00
		แผนงานบุหรี	2	2	2	33,860
		แผนงานสารเสพติด	2	1	1	10,000

ที่มา : จากฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ของกองทุนสุขภาพตำบลภาคใต้
(<http://localfund.happynetwork.org>) ปี 2561-2562

2.4.2 แสดงรายละเอียดของการจัดทำแผนการดำเนินงานของพื้นที่ เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงสุรา ยาสูบ ของแต่ละกองทุนฯ

ข้อมูลการพัฒนาแผนงานและโครงการของแต่ละกองทุนฯ ในพื้นที่ อำเภอศรี จังหวัดชุมพร และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในเว็บไซต์บันทึกข้อมูลของระบบกองทุนสุขภาพตำบล พบว่า มีจำนวนน้อยไม่ครอบคลุมการดำเนินงานแก้ปัญหา และสามารถสังเกตได้ว่า แผนงานและโครงการด้านสุรา และสารเสพติด มีจำนวนน้อย เพื่อเทียบกับยาสูบ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงรายละเอียดของการจัดทำแผนการดำเนินงานของพื้นที่ เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุรา ยาสูบ ของแต่ละกองทุนฯ

พื้นที่	ชื่อกองทุน	การพัฒนาแผนงาน/โครงการ			งบประมาณ (บาท)
		สุรา	ยาสูบ	สารเสพติด	
อ.ศรี	อบต.วิสัยใต้		✓		8,600
จ.ชุมพร	อบต.ศรี	✓	✓	✓	11,400
	อบต.นาสัก		✓	✓	50,000
	อบต.ด่านศรี		✓		64,125
	ทต.นาโพธิ์		✓		12,000
	อบต.ทุ่งระยะ		✓		25,000
	อบต.ครน		✓		100,000
	ทต.นาโพธิ์		✓		21,000
	พัฒนา				
	อบต.เขาค่าย		✓		5,000
	อบต.เขาทะลุ		✓		50,000
อ.บ้านนาสาร	ทต.พรุพี	✓	✓		21,400
จ.สุราษฎร์ธานี	อบต.ลำพูน	✓	✓		7,995
	ทต.คลองปราบ		✓		15,000
	ทต.นาสาร		✓		0.00

ที่มา : เว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบลภาคใต้ ปี 2561

2.5 การติดตามและประเมินผลโครงการ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น แต่ละพื้นที่ พบว่า ส่วนใหญ่มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน แผนงานและโครงการ ของกองทุนฯ โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงรายละเอียดการติดตามและประเมินผลโครงการของพื้นที่ที่ศึกษา

อำเภอสวี จังหวัดชุมพร	อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
มีการติดตามผลการดำเนินงานโดย เครือข่าย อสม. ภายใต้กำกับของ รพ.สต. และ รพช. สสอ. ดำเนินงาน ร่วมกับคณะกรรมการกองทุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อปท./ อบต. และผู้ที่รับผิดชอบโครงการ ผู้นำชุมชน วัด โรงเรียน พชอ. ในทุกรพ.สต. สสส. นอกจากนี้ยังมีการถอดบทเรียนในชุมชน อีกด้วย	มีการติดตามและประเมินผล โดย รพสต. อสม. และของหน่วยงานของ สสอ.ผ่านโปรแกรม HDC และ Thai phc.net ในโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน และพชอ. นอกจากนี้ ได้มีการดำเนินกิจกรรมชุมชนบำบัด ลงติดตามโดยกำนันผู้ใหญ่บ้าน ฝ่ายปกครอง ท้องถิ่น ติดตามเฝ้าระวังและคัดกรองทุกเดือน เป็นต้น

2.6 สภาพปัญหาที่พบจากการดำเนินงานด้านการจัดทำแผนงานและโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแต่ละพื้นที่

จากการสอบถามคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จะเห็นได้ว่าสภาพปัญหาที่พบจากการดำเนินงานด้านการจัดทำแผนงานและโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแต่ละพื้นที่ ค่อนข้างใกล้เคียงกัน ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงรายละเอียดของสภาพปัญหาที่พบจากการดำเนินงานด้านการจัดทำแผนงานและโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแต่ละพื้นที่

ประเด็น	พื้นที่อำเภอสวี จังหวัดชุมพร	พื้นที่อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
การระบุสถานการณ์ปัญหา	- แผนงานและโครงการที่จัดทำขึ้น โดยส่วนใหญ่ขาดการวิเคราะห์จากสภาพปัญหาของพื้นที่หรือตามความพร้อมของแต่ละชุมชน รวมทั้งผู้นำในชุมชน ยังไม่ค่อยเข้าใจสภาพปัญหาของชุมชน	- แผนงานที่ได้ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ครอบคลุม เนื่องจากขาดการวิเคราะห์สภาพปัญหาของพื้นที่ และขาดการวางแผนจัดลำดับความสำคัญจากคนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง -คนในพื้นที่มีการรับรู้สถานการณ์ปัญหาด้านสารเสพติดน้อย
การวางแผน	- แผนงานโครงการส่วนใหญ่ออกจากหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนหน่วยงานอื่น ๆ ยังเข้าร่วมน้อย - คณะกรรมการกองทุนยังเข้าร่วมดำเนินงานทำแผนงานและโครงการไม่ครบถ้วน	- แผนงานและโครงการ การจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ เกี่ยวกับด้านสารเสพติดมีน้อย - แผนงานโครงการบางโครงการมีการกำหนด เป้าหมาย การดำเนินงานและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นไม่ชัดเจน

ตารางที่ 10 (ต่อ) แสดงรายละเอียดของสภาพปัญหาที่พบจากการดำเนินงานด้านการจัดทำแผนงาน และโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแต่ละพื้นที่

ประเด็น	พื้นที่อำเภอศรี จังหวัดชุมพร	พื้นที่อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
การวางแผน (ต่อ)	- ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่สามารถแก้ปัญหาทั้งหมดได้ และส่งผลกระทบต่อหน่วยงานนั้น	- การแต่งตั้งคณะกรรมการ ทำงานส่วนใหญ่ยังเข้ามามีส่วนร่วมน้อย - การเบิกจ่ายงบประมาณของแผนงานและโครงการจาก สปสช. มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก
การดำเนินงาน	- ขาดการมอบหมายหน้าที่และการชี้แจงเกี่ยวกับการประเมินผลที่ชัดเจนก่อนที่จะเริ่มดำเนินงานแผนงานและโครงการนั้น ๆ - แผนงาน โครงการ ไม่สั้นกระชับทำให้ยากต่อการทำความเข้าใจ แผนไม่สอดคล้องกัน เน้นเรื่องลด ละ เลิกเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในชุมชน	- การจัดประชุมกำหนดแผนงานและแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ พบว่าบุคคลที่เข้าร่วมมีแต่คณะกรรมการคนเดิม ๆ
ประเมินผล	- บางกองทุนฯ มีการจัดทำโครงการแล้วแต่ไม่ได้ทำการติดตามและประเมินผลหลังเสร็จสิ้นโครงการ - เกณฑ์การประเมินที่สร้างขึ้นวัดผลไม่ได้และยากต่อการทำความเข้าใจ	- การติดตามประเมินผลโครงการไม่ต่อเนื่อง - การบันทึกข้อมูลในระบบติดตามแผนงานและโครงการของกองทุนตำบลมีจำนวนน้อย ซึ่งแผนงานและโครงการด้านสารสนเทศ ไม่ปรากฏให้เห็นในระบบ

ส่วนที่ 3 แผนงานและโครงการ การจัดการปัจจัยเสี่ยงของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่ควรจะเป็นในความคิดเห็นของคณะกรรมการกองทุนฯ

3.1 รายละเอียดของแผนงานและโครงการที่ควรจะเป็นและข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนงานและโครงการ (แบบสอบถาม)

รายละเอียดของแผนงานและโครงการที่ควรจะเป็น ซึ่งเป็นแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดจากสภาพปัญหาในข้างต้น ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงรายละเอียดของแผนงานและโครงการที่ควรจะเป็นในการจัดทำแผนงานและโครงการ ของ 2 พื้นที่ที่ศึกษาจากสภาพปัญหาที่พบ

ประเด็น	พื้นที่อำเภอศรี จังหวัดชุมพร	พื้นที่อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
การระบุสถานการณ์ ปัญหา	<ul style="list-style-type: none"> - แผนงานและโครงการที่มาจากคนในชุมชนร่วมคิด และวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน - ทำการประเมินความพร้อมและศักยภาพภายในพื้นที่ ก่อนการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - แก้ปัญหาได้อย่างครอบคลุม ครบทั้งในเรื่องส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู โดยชุมชนวิเคราะห์สภาพปัญหาและจัดลำดับความสำคัญร่วมกัน - สร้างกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ และการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์สารเสพติดภายในพื้นที่
การวางแผน	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการกองทุนฯ และประชาชนร่วมจัดทำแผนชุมชน - กำหนดให้มีการเพิ่มแผนงานและโครงการ ที่สามารถแก้ปัญหาได้ทั้ง สุรายาสูบและสารเสพติด - ภาครัฐเครือข่ายร่วมกันเป็นผู้รับผิดชอบในแผนงานและโครงการ 	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดเป้าหมาย การดำเนินงานและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในแผนงานให้ชัดเจน - ประสานงานขอสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานหลักและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - ให้มีการขยายระเบียบที่บังคับการเบิกจ่ายงบประมาณให้ง่ายต่อการเบิกจ่าย
การดำเนินงาน	<ul style="list-style-type: none"> - มอบหมายหน้าที่และการชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการ - เขียนแผนงาน โครงการ สั้นกระชับ เข้าใจง่าย สอดคล้องกันเน้นเรื่องลด ละ เลิก - ส่งเสริมให้มีการจัดอบรม เรื่องการเขียนแผนงานและโครงการแก่เจ้าหน้าที่และประชาชนที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - แผนงานและโครงการเกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล ระดับอำเภอและในทุกภูมิภาค

ตารางที่ 11 (ต่อ) แสดงรายละเอียดของแผนงานและโครงการที่ควรจะเป็นในการจัดทำแผนงานและโครงการ ของ 2 พื้นที่ที่ศึกษาจากสภาพปัญหาที่พบ

ประเด็น	พื้นที่อำเภอสวี จังหวัดชุมพร	พื้นที่อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
การประเมินผล	- ประเมินผลทุกครั้งหลังจัดโครงการว่า บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ - เกณฑ์การประเมินผลมีความชัดเจนและบันทึกข้อมูลติดตามในระบบกองทุนตำบลให้เป็นปัจจุบัน - ทุกครั้งควรประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ	- ติดตามประเมินผลต่อเนื่องหลังเสร็จสิ้นโครงการ - บันทึกข้อมูลติดตามในระบบกองทุนตำบลให้เป็นปัจจุบัน

จากรายละเอียดข้างต้น ตามตารางที่ 11 แสดงรายละเอียดของแผนงานและโครงการที่ควรจะเป็นในการจัดทำแผนงานและโครงการ ของ 2 พื้นที่ จะเห็นได้ว่า ในประเด็นการระบุสถานการณ์ปัญหา ของ 2 พื้นที่ ยังเข้าร่วมการค้นหาปัญหาน้อยอยู่ จึงจำเป็นต้องสนับสนุนประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและประชาชนเข้าร่วมค้นหาปัญหาและประเมินศักยภาพการแก้ปัญหาของพื้นที่มากขึ้น ประเด็นการวางแผน ให้มีการร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วิธีการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่ชัดเจน การดำเนินงาน มีการมอบหมายบทบาทหน้าที่ให้แก่ภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน และสร้างเสริมทักษะด้านการบริหารแผนงานและโครงการ ส่วนในด้านการติดตามประเมินผล ให้มีการทำการประเมินอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน เพื่อประโยชน์ของการนำข้อมูลไปใช้พัฒนาเชิงนโยบายต่อไป

ตารางที่ 12 แสดงรายละเอียดข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนงานและโครงการ ของ 2 พื้นที่ที่ศึกษาจากสภาพปัญหาที่พบ

ประเด็น	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ทำการศึกษ	
	อำเภอสวี จังหวัดชุมพร	อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนงานและโครงการ	- จัดทำโครงการ เสนอในหมู่บ้านและโรงเรียน จะได้ลดการสูญบุหรีและยาเสพติดในชุมชนได้ - เน้นให้หน่วยงานสาธารณสุขและภาครัฐร่วมมือกัน เพื่อให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นในกระบวนการยุติธรรมและมีความเชื่อมั่นในการกระทำของเจ้าหน้าที่รัฐ	- ตั้งกฎกติกาภายในชุมชน มีบทลงโทษชัดเจน เริ่มจากผู้นำองค์กรต่าง ๆ ต้องเป็นผู้นำในการแก้ไขปัญหา เป็นตัวอย่างที่ดีในการเลิกบุหรี สุรา และสารเสพติด มีการเชิดชูเกียรติในเวทีต่าง ๆ สำหรับผู้ที่เลิกสูบ เลิกเสพ เลิกดื่ม - ให้ สปสช. ลดกรอบลงในเรื่องการเบิกจ่ายสร้างความเข้าใจให้กับคณะกรรมการเรื่องการเบิกจ่าย

ตารางที่ 12 (ต่อ) แสดงรายละเอียดข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนงานและโครงการ ของ 2 พื้นที่ที่ศึกษาจากสภาพปัญหาที่พบ

ประเด็น	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ทำการศึกษ	
	อำเภอสวี จังหวัดชุมพร	อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนงานและโครงการ (ต่อ)	<p>- การแก้ปัญหาควรเป็นรูปแบบเฉพาะพื้นที่ตามสภาพปัญหา ความพร้อมของแต่ละชุมชน ผู้นำในชุมชน ต้องเข้าใจสภาพปัญหาของชุมชน อยากรให้มอบหมายหน้าที่ชัดเจน ชี้แจงว่าจะประเมินผลตอนไหน อย่างไร</p>	<p>- ต้องจัดกิจกรรมในเชิงรุก ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนมาช่วยกันดำเนินงาน โครงการ และร่วมเขียนของบประมาณ - มีตัวชี้วัดงานที่ชัดเจน เพื่อช่วยในการขับเคลื่อน คณะทำงานมีความเข้มแข็ง เห็นความสำคัญของการจัดโครงการ สุรา ยาสูบ และสารเสพติด</p> <p>- ให้กรรมการกองทุนฯ ไปช่วยเป็นที่เลี้ยง สร้างความเข้าใจให้กับคณะกรรมการฯ เพื่อที่จะนำความเข้าใจมาใช้ในการจัดทำแผนงานและโครงการให้ดีขึ้น</p>

จากรายละเอียดข้างต้น ตามตารางที่ 12 แสดงรายละเอียดข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนงานและโครงการ ของ 2 พื้นที่ พบว่า พื้นที่ที่ต้องมีการดำเนินงานทั้งในระดับหน่วยงาน สาธารณสุข หน่วยงานสถานศึกษา ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน เพื่อร่วมค้นหาปัญหามาซึ่งการจัดทำแผนงานและโครงการ ภายใต้การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อไป

3.2 รายละเอียดกิจกรรม แผนงานและโครงการ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ดังนี้

จากการวิเคราะห์แผนงานและโครงการของ 2 พื้นที่ในภาพรวมจะสามารถสรุปรายละเอียดการดำเนินงานกิจกรรม ผลการดำเนินงาน ทักษะการแก้ปัญหาสำหรับนำมาใช้ปรับปรุงและพัฒนาให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 รายละเอียดกิจกรรม แผนงานและโครงการ ที่คิดว่าเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ใน ภาพรวมของ 2 พื้นที่ที่ทำการศึกษา

กลยุทธ์	กิจกรรมหลักตาม โครงการที่ทำ	หน่วยงาน ภาคี ที่มาร่วม ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินงาน / บทเรียนที่ได้ ปัญหา อุปสรรค	ทักษะที่ผ่าน หรือที่ทีมงานใช้ ในการ ดำเนินงานที่ ผ่านมา
1.สร้าง นโยบาย สาธารณะที่ เอื้อต่อสุขภาพ	-โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา -การบังคับใช้กฎหมายช่วง เทศกาล -งานบุญปลอดเหล้า -ตำบลปลอดบุหรี่ -ชุมชนปลอดบุหรี่	อปท./รพ.สต./ ผู้นำชุมชน/ ประชาชน/ อสม.	คนในชุมชนเข้า ร่วมกิจกรรม จำนวนมาก ช่วยแก้ปัญหา ได้ในระดับหนึ่ง	การเป็นคนใน พื้นที่ช่วยให้การ ดำเนินงานมี ประสิทธิภาพ
2.สร้าง สิ่งแวดล้อมที่ เอื้อต่อสุขภาพ	-โครงการวัดสร้างสุข -โครงการหมู่บ้านสีขาว -โครงการสถานศึกษาปลอด สุรา ยาสูบและสารเสพติด -สถานที่สาธารณะปลอด ยาสูบ -ครอบครัวเข้มแข็ง	วัด/รพ.สต. / รพ./สสอ./ผู้นำ ชุมชน/อสม. ครู/อปท.	การดำเนินงาน มีความยุ่งยาก เนื่องจากพื้นที่ที่ ดำเนินงานเป็น วงกว้าง	การสร้าง สิ่งแวดล้อมให้ เอื้อต่อการ ป้องกันปัจจัย เสี่ยงต่อสุขภาพ เป็นปัจจัย สำคัญของการ ดำเนินงาน แก้ปัญหาปัจจัย เสี่ยงฯ
3.สร้างเสริม กิจกรรมชุมชน ให้เข้มแข็ง	-สร้างจิตสำนึกที่ดีในชุมชน -พัฒนาศักยภาพ -เสริมพลังแลกเปลี่ยนเรียนรู้ -กิจกรรมรณรงค์ ลด ละ เลิก สุรา ยาสูบและสารเสพติด -จัดตั้งภาคีเครือข่ายการลด ละ เลิก ในตำบล -สร้างกระบวนการเรียนรู้โดย ชุมชนเป็นฐาน -จัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน	ผู้นำชุมชน/ อสม./ ประชาชน/ อปท./ หน่วยงาน ต่าง ๆ ใน ระดับตำบล	ชุมชนจะ เข้มแข็งได้ก็ ต่อเมื่อคนใน ชุมชนร่วมระบ ปัญหา ร่วมคิด ร่วมแก้ปัญหา	ความสำเร็จเกิด ได้ด้วย ความ ร่วมมือของภาค ประชาชน โดยเฉพาะแกน นำชุมชนและ อสม.

ตารางที่ 13 (ต่อ) รายละเอียดกิจกรรม แผนงาน/โครงการ ที่คิดว่าเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ในภาพรวมของ 2 พื้นที่ที่ทำการศึกษา

กลยุทธ์	กิจกรรมหลักตามโครงการที่ทำ	หน่วยงาน ภาคี ที่มาร่วม ดำเนินการ	ผลการ ดำเนินงาน /บทเรียนที่ ได้ ปัญหา อุปสรรค	ทักษะที่ท่าน หรือทีมงานใช้ ในการ ดำเนินงานที่ ผ่านมา
4.พัฒนา ทักษะส่วนบุคคล	-แกนนำต้นแบบ -แนะนำ ให้เห็นโทษ -สร้างความรู้และความตระหนัก เกี่ยวกับโทษของสุรา ยาสูบและสารเสพติด -อาสาสมัครเครือข่ายงดเหล้า	ผู้นำชุมชน/อสม. รพ.สต./ สสอ./ รพ./	ความรู้และ ความตระหนัก ของ ประชาชน ยังมีน้อย	สร้างแกนนำ ต้นแบบมา ดำเนินงาน
5.ปรับเปลี่ยน บริการสุขภาพ	-ชมรมแอโรบิค โครงการ To be Number One -โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ ทัวไทย เทิดไท้องค์ราชัน -บริการสติบำบัด -คลินิกให้คำปรึกษา/ลด ละ เลิก -ค่ายบำบัดยาเสพติดระดับอำเภอ -กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	เจ้าที่ รพ.สต./ อสม./อปท./ สสอ./ครู/ฝ่าย ปกครองท้องถิ่น ระดับอำเภอและ ตำบล/ตำรวจ/ เจ้าหน้าที่ รพช.	ยังไม่เห็น ผลลัพธ์ที่ ชัดเจน ของการ แก้ปัญหา	เน้นการ ดำเนินงาน เชิงรุก

จากรายละเอียดข้างต้น ตามตารางที่ 13 จะเห็นได้ว่า กิจกรรม แผนงานและโครงการ ที่คิดว่าเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ในภาพรวมของ 2 พื้นที่ คือ แผนงานและโครงการที่ดำเนินงานในลักษณะอาศัยความร่วมมือของผู้นำชุมชน ประชาชน ในพื้นที่ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เน้นการดำเนินงานในลักษณะเชิงรุก และเน้นการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด และที่สำคัญการสร้างบุคคลต้นแบบ หน่วยงานต้นแบบช่วยสร้างความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหามากยิ่งขึ้น

3.3 รายละเอียดแผนงานโครงการตามกระบวนการจัดการปัจจัยเสี่ยงตามแนวทางของ ทฤษฎีระบบ

จากตารางด้านล่าง ได้นำทฤษฎีระบบมาจับเพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และกระบวนการจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสุรา ยาสูบและสารเสพติด แต่ละแผนงานและโครงการทั้ง 2 พื้นที่ เพื่อดูผลสำเร็จของการดำเนินงาน ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 แสดงรายละเอียดแผนงานโครงการตามกระบวนการจัดการปัจจัยเสี่ยงตามแนวทางของ ทฤษฎีระบบ

ชื่อโครงการ/แผนงาน	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีระบบ		
		ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์
จัดตั้ง ฟันฟูชมรม To Be Number One ในสถานศึกษาและพัฒนาศักยภาพชมรมเพื่อสร้างเครือข่าย	เพื่อจัดตั้งและพัฒนาชมรม To Be Number One ในสถานศึกษา	นักเรียน/ครู/อาจารย์/ผู้รับผิดชอบชมรม/โรงเรียนทุกโรงเรียนในอำเภอ และงบประมาณจากสาธารณสุขและอปท.	จัดตั้งชมรมฯ อบรมพัฒนาศักยภาพ สร้างเครือข่ายในระดับอำเภอ	เกิดการขับเคลื่อนชมรมฯ เพื่อแก้ปัญหาสุรา ยาสูบและสารเสพติด ลดผู้สูบบุหรี่และผู้เสพยาสูบ และผู้ดื่มหน้าใหม่
กิจกรรมรณรงค์ในโรงเรียน/อบรมให้ความรู้ให้แก่ นักเรียน/โครงการการศึกษาเพื่อต่อต้านการใช้สารเสพติดสุรา ยาสูบในนักเรียน	- เพื่อให้ความรู้ในการป้องกัน แก้ไขปัญหาสุรา ยาสูบและสารเสพติด - เพื่อสร้างทักษะการป้องกันและการแก้ปัญหาให้เด็ก ป.5,ป.6	นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน/กศน./นักเรียน ชั้น ป.5 และ ป.6 ทีมครู DARE (ตำรวจ)	จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้และรณรงค์ภายในโรงเรียน	นักเรียนและบุคลากรในสถานศึกษามีความรู้ความเข้าใจห่างไกลจากสารเสพติดสุราและยาสูบ
กิจกรรมรณรงค์ต้านภัยในชุมชน/เครือข่ายพี่สอนน้อง/ประชาสัมพันธ์	เพื่อให้ความรู้แกนนำเยาวชนในชุมชนและเพื่อถ่ายทอดความรู้ในการแก้ไขป้องกันปัญหาให้แก่กลุ่มเด็กและเยาวชน	วัยรุ่นในชุมชน/นักเรียนชั้นมัธยมตอนต้น/คณะกรรมการโรงเรียน/ผู้นำท้องถิ่น/อสม.	-จัดอบรมความรู้แกนนำเยาวชนในชุมชน -จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ คืนข้อมูลในที่ประชุมหมู่บ้าน	เกิดแกนนำเยาวชนต้านภัยสุรา ยาสูบและสารเสพติด
พัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครเครือข่ายงดสุรา (อสร.)/ เสริมพลังแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายงดสุรา ยาสูบ	- เพื่อให้ทุกตำบลมีอาสาสมัครเครือข่ายงดสุรา (อสร.) - เพื่อเสริมพลัง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน เพื่อให้เกิดขบวนการแก้ปัญหาด้านสุรา ยาสูบ และสารเสพติดที่ดีขึ้น	ผู้เข้าร่วมโครงการงดสุราได้สำเร็จ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ประชาชนทั่วไป/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/อาสาสมัครเครือข่ายงดสุรา (อสร.)	-จัดอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครเครือข่ายงดสุรา (อสร.) -จัดกิจกรรมเสริมพลังแลกเปลี่ยนเรียนรู้	ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถแก้ไขปัญหาสุรา ยาสูบและสารเสพติดได้ด้วยตนเอง

ตารางที่ 14 (ต่อ) แสดงรายละเอียดแผนงานโครงการตามกระบวนการจัดการปัจจัยเสี่ยงตามแนวทางของ ทฤษฎีระบบ

ชื่อโครงการ/แผนงาน	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีระบบ		
		ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์
ประชุมแนวทางการขับเคลื่อน สนับสนุนโครงการป้องกันแก้ไข ปัญหาสุรา ยาสูบและสารเสพติด ให้แก่คณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่น	เพื่อให้คณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีความรู้ความเข้าใจในการ สนับสนุนโครงการ	คณะกรรมการกองทุนฯ/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ งบประมาณจาก อปท.	ประชุมแนวทางการขับเคลื่อน สนับสนุนโครงการป้องกันแก้ไขปัญหา สุรา ยาสูบและสารเสพติดให้แก่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น	มีการใช้งบประมาณกองทุน หลักประกันสุขภาพในการ แก้ไขปัญหาสุรา ยาสูบ ครอบคลุมทุกตำบล
โครงการเหล้า เข้าพรรษา	-เพื่อรณรงค์สร้างกระแส -เพื่อให้ประชาชนได้มีโอกาสงด เหล้าและเข้าสู่ระบบบำบัด	ประชาชนทั่วไป/เครือข่าย องค์กรงดเหล้า	จัดกิจกรรมรณรงค์ เชิญชวนให้ ร่วมกันงดเหล้าในช่วงเทศกาล เข้าพรรษา	ผู้เข้าร่วมกิจกรรมงดเหล้า เข้าพรรษามีจำนวนเพิ่มขึ้น
คลินิกงดสุรา ยาสูบ ใน รพ.สต./ลดละเลิกสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน/ กิจกรรมการคัดกรองความ เสี่ยง/ชุมชนต้นแบบ	-เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการ และการให้คำปรึกษาแก่ ประชาชนในชุมชน -เพื่อคัดกรองประชาชนที่เป็น นักสูบ นักดื่ม เข้าสู่กระบวนการ บำบัด -เพื่อขยายชุมชนต้นแบบเลิกสุรา ยาสูบและสารเสพติด	ประชาชนที่ต้องการเข้ารับ การบำบัด/โรงพยาบาล/ อสม./รพ.สต.ในพื้นที่/อบต./ กองสาธารณสุขและ สิ่งแวดล้อมของเทศบาล /งบประมาณสนับสนุนจาก กระทรวงสาธารณสุขและ งบประมาณของ อปท.	-จัดตั้งคลินิก ลด ละ เลิก เหล้า บุหรี่ และจัดบริการให้คำปรึกษา -รับสมัครครัวเรือนที่สมัครใจเลิก -จัดกิจกรรมให้ความรู้ -จัดกิจกรรมคัดกรองประชาชนที่เป็น นักสูบ นักดื่ม เข้าสู่กระบวนการ บำบัด -จัดกิจกรรมชุมชนต้นแบบ -เกิดเครือข่ายและการมีส่วนร่วมสร้าง สุขภาพในพื้นที่	-ผู้เข้ารับการบำบัดเพิ่มมากขึ้น -มีชุมชนต้นแบบ

ตารางที่ 14 (ต่อ) แสดงรายละเอียดแผนงานโครงการตามกระบวนการจัดการปัจจัยเสี่ยงตามแนวทางของ ทฤษฎีระบบ

ชื่อโครงการ/แผนงาน	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีระบบ		
		ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์
พัฒนาร้านค้าชุมชน/ โครงการคุ้มครอง ผู้บริโภค	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ความรู้ด้านกฎหมายในการจำหน่ายสุรา ยาสูบแก่เจ้าของร้านค้า 2. เพื่อเฝ้าระวังสารปนเปื้อนและผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3. เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และทราบถึงพิษภัยของบุหรี่ 	<p>ร้านค้าชุมชน/สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ/รพ.สต./รพ. ในพื้นที่/ชมรม อสม.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้แก่เจ้าของร้านค้าในชุมชนเกี่ยวกับกฎหมายการจำหน่ายสุรา ยาสูบ 2.อบรมให้ความรู้เจ้าของร้านค้า เรื่อง สารปนเปื้อนในอาหาร, ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3. ออกตรวจร้านขายของชำและรณรงค์ให้ความรู้และพิษภัยของบุหรี่และสุรา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ประกอบการร้านค้ามีความรู้และปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด 2. ประชาชนได้บริโภคผลิตภัณฑ์ที่ได้มาตรฐาน 3. ผู้ประกอบการร้านค้า มีความรู้และความเข้าใจและมีความใส่ใจผู้บริโภคมากขึ้น
สถานที่ราชการ ปลอด สุรา ยาสูบ	เพื่อสร้างสถานที่ราชการให้ปลอดสุรา ยาสูบ และเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชน	หน่วยงานที่เป็นสถานที่ราชการและบุคคลในหน่วยงานนั้นๆ	ออกกฎหมายให้หน่วยงานราชการปลอดสุรา ยาสูบ และให้เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชน	สถานที่ราชการ ปลอดสุรา ยาสูบตามกฎหมาย

ตารางที่ 14 (ต่อ) แสดงรายละเอียดแผนงานโครงการตามกระบวนการจัดการปัจจัยเสี่ยงตามแนวทางของ ทฤษฎีระบบ

ชื่อโครงการ/แผนงาน	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีระบบ		
		ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์
ประเพณีปลอดสุรา/งานบุญปลอดสุรา	-เพื่อส่งเสริมให้งานบุญไม่ดื่ม ไม่สูบบุหรี่และไม่จำหน่ายสุรา ยาสูบในชุมชน -เพื่อให้มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังในช่วงเทศกาล (ปีใหม่,สงกรานต์,ลอยกระทง)	ประชาชนทั่วไป/ชุมชน ต้นแบบ/ตำรวจ/อปท.	-รณรงค์ให้งานบุญไม่ดื่ม ไม่สูบบุหรี่และไม่จำหน่ายสุรา ยาสูบในชุมชน -บังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังในช่วงเทศกาล (ปีใหม่,สงกรานต์,ลอยกระทง)	มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังในช่วงเทศกาลต่างๆ และสร้างค่านิยมที่ดีในช่วงงานบุญของชุมชน
โครงการส่งเสริมสุขภาพจิต ห่างไกลจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด	1. เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่น มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตและเข้าถึงปัญหาของตนเองได้ 2. เพื่อให้เด็กวัยรุ่นมีความไว้วางใจที่จะบอกปัญหากับผู้ปกครองได้	เด็กวัยรุ่นในพื้นที่/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล	ประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เนื้อหาและรูปแบบวิธีการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่น	1. เด็กวัยรุ่นมีทักษะในการสื่อสาร การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา เข้าใจถึงปัญหาของตนเองและผู้อื่น 2. เด็กวัยรุ่นมีความไว้วางใจที่จะบอกปัญหากับผู้ปกครองได้ 3. เด็กวัยรุ่นเจริญเติบโตด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ และมีความสามารถในการขจัดความเครียดได้อย่างเหมาะสม

ตารางที่ 14 (ต่อ) แสดงรายละเอียดแผนงานโครงการตามกระบวนการจัดการปัจจัยเสี่ยงตามแนวทางของ ทฤษฎีระบบ

ชื่อโครงการ/แผนงาน	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีระบบ		
		ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์
โครงการสานพลังครอบครัว ลด ละ เลิกบุหรี่สู่ชุมชน นำอยู่/โครงการค้นหา ครอบครัวต้นแบบในการ ลด ละ เลิกบุหรี่สู่ชุมชน นำอยู่	<p>1. เพื่อลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ รายใหม่ในกลุ่มเด็ก เยาวชนที่ มีอายุไม่เกิน 25 ปี ในชุมชน</p> <p>2. เพื่อลดอัตราการได้รับควัน บุหรี่มือสองในสถานที่ สาธารณะ ของประชาชนใน ชุมชน</p> <p>3. เพื่อลดอัตราการได้รับควัน บุหรี่มือสองที่บ้านของ ประชาชนในชุมชน</p> <p>4. เพื่อเพิ่มจำนวนร้านค้าที่ ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในชุมชน ที่ปฏิบัติตามกฎหมาย</p>	<p>ชมรมอสม./ ครอบครัว/ เยาวชน</p>	<p>- สืบหาข้อมูลผู้สูบบุหรี่ก่อนและหลังดำเนินการ</p> <p>- รมรณรงค์ในที่สาธารณะ วัด โรงเรียน สถานที่ ราชการ ปลอดภัย ทัดปายปลอดภัยสถานที่ สาธารณะ</p> <p>- คัดเลือกและแต่งตั้งบุคคลต้นแบบที่ไม่สูบบุหรี่ ในชุมชนให้บุคคลต้นแบบ</p> <p>- แต่งตั้งคณะกรรมการในท้องถิ่นเพื่อออกกฎ กติกา ลด ละ เลิกบุหรี่</p> <p>- อสม.ออกดำเนินการชักชวนผู้สูบบุหรี่ให้เลิก สูบบุหรี่ อสม.1 คน ต่อผู้สูบบุหรี่ 3 คน</p> <p>- ประชาสัมพันธ์ชักชวนประชาชนให้เลิกสูบ บุหรี่ในงานกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน</p> <p>- จัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ในรพสต./ส่งต่อ</p>	<p>1) ลดอัตราการสูบบุหรี่ของเด็กและ เยาวชนในชุมชน และผู้ใหญ่ในชุมชน</p> <p>2) เกิดมาตรการกลไกทางสังคม ในการ สร้างเครือข่าย ลด ละ เลิกบุหรี่</p> <p>3) ไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่ในทุกกลุ่ม อายุ</p> <p>4) สถานที่สาธารณะ วัด โรงเรียน สถานที่ราชการทุกที่เป็นสถานที่ปลอด บุหรี่</p> <p>5) บุคคลต้นแบบอย่างน้อยหมู่บ้านละ 2 คน ได้รับเกียรติบัตรเชิดชูเกียรติ รพสต.จัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่/จัดมุม ปลอดโปร่ง</p> <p>6) ครอบครัวเข้าใจถึงอันตรายของบุหรี่ และเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างคนใน ครอบครัวจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนการ เลิกบุหรี่ในครอบครัวแบบยั่งยืน</p>

ตารางที่ 14 (ต่อ) แสดงรายละเอียดแผนงานโครงการตามกระบวนการจัดการปัจจัยเสี่ยงตามแนวทางของ ทฤษฎีระบบ

ชื่อโครงการ/แผนงาน	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีระบบ		
		ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์
โครงการตำบลปลอดภัย	เพื่อเพิ่มจำนวนมาตรการของชุมชนที่ประกาศใช้เพื่อการจัดการควบคุมยาสูบในชุมชน	ชมรม อสม.	กิจกรรมที่ 1 พัฒนาความรู้และเสริมทักษะการปฏิเสศในกลุ่มเด็กและเยาวชน กิจกรรมที่ 2 ชุมชนปลอดยาสูบ กิจกรรมที่ 3 ประกวดหมู่บ้านปลอดยาสูบ	1) เด็กและเยาวชนในโรงเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ 2) โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์ 3) ไม่มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่ในเด็กและเยาวชน 4) มีชมรมคนรักปลอด และเครือข่ายสนับสนุนติดตามการเลิกบุหรี่ของคนในชุมชน 5) มีสถานที่เขตปลอดบุหรี่ในที่สาธารณะในชุมชน ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุข วัด และสถานที่ราชการต่างๆ
โครงการส่งเสริมสุขภาพโรงเรียน/โครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ขยับกายสบายชีวี ด้วยวิธีเดินแอโรบิก	เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพร่างกายจิตใจดี ลด ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ	โรงเรียน/ครู/ นักเรียน/ชมรม แอโรบิก	1) จัดกิจกรรมออกกำลังกายให้กับนักเรียนด้วยการเล่นกีฬาฟุตบอลและวอลเลย์บอลทุกวันพุธ พุธห้า และวันศุกร์ 2) กิจกรรมโรงเรียนปลอดโรคปลอดยาเสพติด	กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน 1. มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงเหมาะสมกับวัย 2. มีทักษะในการออกกำลังกายที่ถูกต้องและปลอดภัย 3. ได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ 4. ประชาชนมีสุขภาพกาย จิตดี ลดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 14 (ต่อ) แสดงรายละเอียดแผนงานโครงการตามกระบวนการจัดการปัจจัยเสี่ยงตามแนวทางของ ทฤษฎีระบบ

ชื่อโครงการ/แผนงาน	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีระบบ		
		ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์
โครงการ “เทศกาลปลอดภัย”	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อลดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในช่วงเทศกาลต่างๆ เพื่อสร้างสภาพที่ดีให้กับร่างกาย เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีในชุมชนด้วยวิถีชีวิตห่างไกลสุรา เพื่อเป็นการดำรงไว้ในสถาบันครอบครัวที่อบอุ่น 	สภาเด็กและเยาวชนตำบล	กิจกรรม “เทศกาลปลอดภัย เราปลอดภัย”	<ol style="list-style-type: none"> ประชาชนในพื้นที่มีพฤติกรรมที่ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลต่างๆ อัตราการเกิดอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลต่างๆ ลดน้อยลง ปัญหาการทะเลาะวิวาทในชุมชนอันเนื่องมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ลดน้อยลงและมีบรรยากาศที่อบอุ่น น่าอยู่
โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สานพลังชุมชนร่วมใจต้านภัยบุหรี่ (อำเภอปลอดภัย)	<p>เพื่อช่วยให้ผู้สูบลมมือปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่และได้บุคคลต้นแบบเลิกสูบบุหรี่ของชุมชน</p>	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	<ol style="list-style-type: none"> ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโครงการ จัดเวทีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU) มอบเกียรติบัตรเชิดชูเกียรติ เดินรณรงค์ต้านภัยบุหรี่ ในวันงดสูบบุหรี่โลก สรุปแนวทางการดำเนินงานตามมาตรการต่างๆ แบบมีส่วนร่วม 	<ol style="list-style-type: none"> ประชาชนเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการรณรงค์ต่อต้านพิษภัยจากการสูบบุหรี่ในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ บุคลากรมีทักษะได้รับการพัฒนาองค์ความรู้เข้าใจและมีศักยภาพในการดำเนินงานร่วมกันเป็นงานที่เชื่อมโยงในระดับอำเภอ สู่ระดับพื้นที่ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ชุมชน/หน่วยงานมีมาตรการในการป้องกันควบคุมการสูบบุหรี่ ที่ได้รับการยอมรับจากเวทีประชาคมของหมู่บ้าน

จากรายละเอียดข้างต้นตามตารางที่ 14 จะเห็นได้ว่าแต่ละแผนงานและโครงการที่เกิดขึ้น จะมีผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยจะพบว่าปัจจัยนำเข้า ได้แก่ บุคลากร หน่วยงาน และงบประมาณ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งเสริมและกำหนดกระบวนการ กิจกรรม สำหรับการดำเนินงานให้โครงการนั้นประสบความสำเร็จ มีผลลัพธ์ที่ช่วยแก้ปัญหาได้เป็นอย่างดี

จากการวิเคราะห์รายละเอียดของแผนงานและโครงการของพื้นที่ทั้ง 2 จะสามารถสรุป กระบวนการดำเนินงาน ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นต่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ในอำเภอนำร่องเขตสุขภาพที่ 11 ได้ตามประเด็น ดังต่อไปนี้

(1) การจัดการข้อมูลของสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งอาศัยข้อมูลสถานการณ์ที่ได้มาจากแหล่งสื่อโฆษณา สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ และสื่อด้านบุคคล เป็นหลัก จัดเก็บข้อมูลโดย เจ้าหน้าที่และหน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบล ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center และข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานจากหน่วยงานภาครัฐ โดยข้อมูลจะมีการส่งต่อไปยังหน่วยงานในระดับอำเภอและผู้ที่เกี่ยวข้อง

(2) การวางแผนการดำเนินงาน กำหนดผู้รับผิดชอบงานและมอบหมายหน้าที่ตามบทบาทในการดำเนินงานภายในเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างชัดเจน แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหา จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ในพื้นที่ มาทำการจัดทำเวทีประชาคมหรือจัดประชุมคณะกรรมการ เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมาย

(3) การกำหนดแผนงานและโครงการ เพื่อแก้ปัญหาในแต่ละพื้นที่โดยคณะกรรมการที่มาจากหลายภาคส่วน ร่วมจัดทำแผนงาน โครงการและนำเสนอของงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยมีคณะกรรมการกองทุนตำบลเป็นทีมพี่เลี้ยง และเป็นแกนนำ ในการสอนประชาชนและภาคีเครือข่าย สำหรับเขียนโครงการทางด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ จากสุรา ยาสูบและสารเสพติด หลังจากได้แผนงาน โครงการ มาแล้วจะมีการนำแผนงาน โครงการไปบันทึกข้อมูลลงในเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบล รวมทั้งมีการสนับสนุนการใช้ทรัพยากรในด้านคน เครื่องมือ ความรู้ ร่วมกันจากหลายภาคส่วนในการจัดทำกิจกรรมตามแผนงานและโครงการที่กำหนด

(4) การติดตามประเมินผล ดูได้จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตัวกลุ่มเป้าหมายเอง หรือบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ว่าสอดคล้องกับปัจจัยนำเข้าและกระบวนการดำเนินงานมากน้อยเพียงใด โดยส่วนใหญ่หน่วยงานที่มีการดำเนินงานติดตามและประเมินผล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ซึ่งมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวหลักในการดำเนินงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยคณะกรรมการกองทุนตำบล ทั้งในส่วนขององค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน วัด โรงเรียน บุคลากรจากตำบลและอำเภอโดยเฉพาะ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นอกจากนี้ยังมีการติดตามโดยใช้ชุมชนบำบัด ซึ่งจะมีผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เป็น

ตัวหลักในการติดตาม และในบางพื้นที่จะมีการติดตามผลการดำเนินงานด้วยวิธีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน เป็นต้น

โดยจากกระบวนการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการ สนับสนุน จัดทีมพี่เลี้ยง และพัฒนาทักษะในการจัดทำแผนงาน/โครงการให้แก่ชาวบ้าน และผู้นำชุมชน รวมทั้งภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ เป็นอย่างมาก ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อที่จะได้มาเป็นทีมพี่เลี้ยง คอยสนับสนุนให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ให้มีการจัดทำแผนงานและโครงการเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมต่อไป

ส่วนที่ 4 ความร่วมมือในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกองทุนสุขภาพระดับตำบล ตามแนวทางการจัดการกลยุทธ์
แบ่งผลการศึกษา ออกเป็น 2 พื้นที่ ดังนี้

1. กรณีศึกษา เครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร ซึ่งได้แบ่งประเด็นการวิเคราะห์ เป็นดังนี้

1. การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์

- ด้านกฎหมาย และยุทธศาสตร์

(1) ด้านกฎหมาย จะมีผู้กำกับของสถานีตำรวจในพื้นที่ร่วมเป็นกรรมการของคณะกรรมการ พชอ. โดยจะเข้ามามีบทบาทต่อร้านค้า ด้วยวิธีการบังคับใช้กฎหมายให้ผู้ประกอบการร้านค้า ร้านชำในหมู่บ้านปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยเรื่องการจัดจำหน่ายเหล้า บุหรี่ รวมทั้งมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง ในช่วงเทศกาลวันหยุด ได้แก่ เทศกาลวันขึ้นปีใหม่ เทศกาลวันสงกรานต์ และเทศกาลวันลอยกระทง ส่วนในหน่วยงานราชการได้มีนโยบายห้ามสูบ ห้ามดื่ม มีโทษปรับตามกฎหมายบังคับ เป็นต้น

(2) ด้านยุทธศาสตร์ อำเภอสวี มียุทธศาสตร์ คือ สวีปลอดเหล้า บุหรี่ สานพลังเครือข่าย สร้างชุมชนเข้มแข็ง ปลอดเหล้า บุหรี่

- ค่านิยม “SAWI PHOM” ประกอบด้วย

- (1) Standard (มีมาตรฐานดี)
- (2) Accountability (มีความรับผิดชอบ)
- (3) Work hard (ทุ่มเทในการทำงาน)
- (4) Integrity (ซื่อสัตย์)
- (5) People Centered Approach (เอาประชาชนเป็นศูนย์กลาง)
- (6) Humility (อ่อนน้อมถ่อมตน)
- (7) Originality (สร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ)
- (8) Mastery (มีภาวะผู้นำ เป็นนายของตัวเอง เอาชนะโลก โกรธ หลง)

- **ภารกิจ** ลดผู้สูบ ผู้ดื่มหน้าใหม่ ชุมชนเข้มแข็ง บำบัดรักษา ลดละเลิก การบังคับใช้กฎหมายสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีและรณรงค์สร้างกระแสประเพณีปลอดเหล้าและบุหรี่ยุคใหม่

- **ผลผลิตหลัก** พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากปีที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 80 ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดเหล้า บุหรี่ สารเสพติดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เช่น สถานการณ์ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดเหล้า ในปี 2560 เท่ากับ 23 ราย ในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 225 ราย และ บุหรี่ มีผู้เข้าร่วมโครงการ 3 ล้าน 3 ปี ๆ ที่ได้รับการเชิญชวนจากอสม. ร้อยละ 100 เป็นต้น มีเครือข่ายอาสาสมัครงดเหล้าครอบคลุมทั้งตำบล มีการใช้งบประมาณกองทุนฯ ในการแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ ได้ครบทุกกองทุน

- **สังคมและวัฒนธรรม** อำเภอศรี จังหวัดชุมพร มีพื้นที่ทั้งหมด 898 ตารางกิโลเมตร รับผิดชอบทั้งหมด 11 ตำบล (9 อบต. 2 เทศบาล) มีประชาชนที่ต้องดูแลทุกกลุ่มวัยทั้งหมด 65,573 คน อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุเท่ากับ 54.73 เป็นอำเภอที่มีความหลากหลายทางภูมิประเทศ ลักษณะชุมชนโดยรวมของอำเภอศรีเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ระยะเวลาที่รับแรงกดดันแต่ละวัน ทำให้พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านต่างๆ ของประชาชนอำเภอศรีเปลี่ยนไป ประกอบกับความเครียดสะสมจากหน้าที่การงานและสถานะเศรษฐกิจในปัจจุบัน การระบายความเครียดโดยใช้บุหรี่ยสุราและสารเสพติดต่างๆ ส่งผลให้เกิดโรคจากวิถีชีวิตตามมามากมาย จากการใช้เคราะห้และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขของอำเภอศรี ตั้งแต่ปี 2557 – 2561 พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) วัณโรค ไข้เลือดออก อุบัติเหตุบนท้องถนน ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลจัดเป็นปัญหาที่สำคัญของคนในพื้นที่

- **เทคโนโลยี** อำเภอศรี จังหวัดชุมพร มีระบบติดตามประเมินผลร่วมกันระหว่างคณะกรรมการติดตามประเมินผลของโครงการ และสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สนส.ม.อ.) ซึ่งเป็นระบบบริหารกองทุนสุขภาพตำบล ที่นำมาใช้ในการติดตามและรายงานผลการดำเนินโครงการในพื้นที่นำร่องของเขตสุขภาพที่ 11 และนอกจากนี้ยังมีระบบรายงานของ สปสช.ที่กองทุนฯ ต้องบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานส่ง เป็นต้น

- **เศรษฐกิจ** เป็นอำเภอที่มีความหลากหลายทางภูมิประเทศ พื้นที่โซนบนประกอบด้วยเขตภูเขาและที่ราบสูงครอบคลุมตำบลเขาทะลุ เขาค่าย นาสัก ครนและวิสัยใต้ ประชากรส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำสวนยางพารา ปาล์มน้ำมัน และสวนผลไม้ พื้นที่ โซนล่างเป็นเขตที่ราบลุ่มแม่น้ำสวี ถึงชายฝั่งทะเลอ่าวไทยครอบคลุมตำบลนาโพธิ์ สวีปากแพรงและทุ่งระยะ ด่านสวี ทำหิน ประชากรส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุ วัยเด็ก ประกอบอาชีพรับจ้าง ประมงและเกษตรกรรม เป็นส่วนใหญ่ มีสภาพทางเศรษฐกิจไม่ค่อยดี เนื่องจากราคาผลผลิตทางการเกษตรตกต่ำ

2. การวางแผนเชิงกลยุทธ์

- **ความรู้และระบบข้อมูลสารสนเทศ** ด้านสถาบันนโยบายสาธารณะ (สนส.ม.อ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) โรงพยาบาลแม่ข่ายและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้งภาคประชาสังคม ได้มีการสนับสนุนเรื่องวิทยากรให้ความรู้ สื่อประชาสัมพันธ์ สำหรับการดำเนินงานภายในอำเภอ มีการรณรงค์ให้ความรู้ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และด้านข้อมูล ความรู้สารสนเทศ พบว่า สนส.ม.อ. ได้แนะนำให้ผู้รับผิดชอบแผนงาน

และโครงการ ของแต่ละกองทุนฯ บันทึกข้อมูลลงในเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบลเพื่อติดตามผลการดำเนินงานแผนงาน โครงการ

- **การติดต่อสื่อสาร** มีช่องทางการรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่ ผ่านสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะสื่อออนไลน์ ได้แก่ ไลน์กลุ่ม เฟสบุ๊ก ในการสื่อสารกับภาคีเครือข่าย และมีเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวี จากการประชุมประจำเดือน จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในที่ประชุมหมู่บ้าน ที่ประชุมผู้นำชุมชน หรือที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ และที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งได้มีการจัดประชุมร่วมกันกับภาคีเครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและศักยภาพการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาของพื้นที่

- **ความรู้ความเข้าใจต่อบทบาทและหน้าที่** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากหน่วยงานต่างๆ ชมรม และภาคีเครือข่ายสุขภาพ มีการจัดประชุมชี้แจงบทบาทหน้าที่ จึงทำให้คณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจถึงการเป็นเจ้าภาพร่วมกันในทุกประเด็นสุขภาพที่ตนเองมีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถพูดคุยประสาน ร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผน และร่วมประเมินผลไปด้วยกัน ทำให้เปลี่ยนบทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากที่เคยทำให้ในทุกประเด็นสุขภาพ มาเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุนหน่วยงาน ชมรม ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการดำเนินงานต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตและปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่อำเภอสวีอย่างต่อเนื่อง

- **การประชาสัมพันธ์/อบรม/สัมมนา/คู่มือ** มีการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทาง เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ สื่อสิ่งพิมพ์อื่นๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในที่ประชุมหมู่บ้าน ที่ประชุมผู้นำชุมชน หรือที่ประชุมคณะกรรมการต่าง ๆ โดยมีการจัดประชุมร่วมกันกับภาคีเครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ ผลจากการประชาสัมพันธ์ ทำให้ได้ต้นแบบทางด้านสุขภาพเกิดขึ้น ส่วนด้านการจัดอบรมได้มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงที่เป็นเลขานุการและคณะกรรมการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยความร่วมมือ สน.สม.อ. และ สสส. รวมทั้งมีกิจกรรมการอบรมเจ้าหน้าที่ในกิจกรรมการทำสติบ่าบัต ร่วมกับภาคีเครือข่ายอำเภอสวี และคณะกรรมการภาคประชาสังคม อีกด้วย

3. การปฏิบัติตามกลยุทธ์

- **การจูงใจ** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการผลักดันกิจกรรมในพื้นที่ โดยวิธีการสร้างแรงจูงใจ ชวนคิด ชวนทำให้แก่บุคลากรและประชาชนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสถานการณ์และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แล้วนำมาดำเนินการแก้ไขตามความรุนแรง ขนาดของปัญหา ความยากง่ายต่อการแก้ปัญหา และความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา โดยมีการส่งเสริมกิจกรรมหมู่บ้านต้นแบบ หมู่บ้านประชาเสรีของตำบลเขาค่าย เพื่อเป็นหมู่บ้านต้นแบบในการศึกษาดูงานใน 14 จังหวัดของภาคใต้ โดยนายกขององค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย ได้มีการขยายการดำเนินงานจนเป็นตำบลต้นแบบลดละเลิกเหล้า โดยมีทีมงานคนหัวใจเพชรมาร่วมเป็นวิทยากรให้ความรู้ในการขยายพื้นที่ให้หมู่บ้านเป็นตำบลต้นแบบ เป้าหมายให้ตำบลเขาค่าย มาเป็นพี่เลี้ยงเพื่อทำให้ 10 ตำบลที่เหลือเป็นหมู่บ้านต้นแบบ ในปี 2563 ซึ่งอำเภอสวี จะเพิ่มตำบลต้นแบบอีก 2 ตำบล คือ ตำบลทุ่งระยะ ตำบลครน ซึ่งจะสอดคล้องกับคำพูดจากการทำสนทนา

กลุ่ม“ ชวนคิดชวนทำ เกิดแผนการแก้ปัญหาโดยชุมชนคิดขึ้นเอง ไม่ได้มาจากที่ใครสั่ง เราชวนให้เขาเห็นว่าสิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาของเขา คนขับเคลื่อนจริงๆ คือ ชุมชนท้องถิ่น พื้นที่” 0101

- **การตระหนักรู้** ประชาชนสุขภาพดี ตามวิถีคนสวี การปลูกฝัง การรณรงค์สร้างจิตสำนึก ทำให้เกิดการยอมรับในระดับผู้นำ ผู้เสพ และชาวบ้านทั่วไป ส่งผลให้นักเสพหน้าใหม่ลดลง โดยเฉพาะประเพณีรณรงค์เลิกเหล้าในแขกผู้ใหญ่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีผู้นำเป็นต้นแบบทางด้านสุขภาพ เช่น ประเพณีแข่งเรือปลอดเหล้า เกิดนวัตกรรม ชงสามสีวิถีเลิกเหล้า ของหมู่บ้านประชาเสรีตำบลเขาค่าย มีศูนย์ F & F (Family and friend) โดยความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน เพื่อน ซึ่งจัดตั้งอยู่ศูนย์กลางของหมู่บ้าน ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นอกจากนี้ยังพบว่าชุมชนมีข้อตกลงร่วมกัน โดยการจัดทำเป็นพันธบัตร ความดี ในหมู่บ้านประชาเสรี โดยกำหนดให้ในประเพณีงานบุญ งานพิธีกรรมต่าง ๆ ห้ามให้มีการจำหน่ายสุรา สอดคล้องกับคำพูดจากการทำสนทนากลุ่ม “หากมีการจัดงานศพ งานแต่งงาน จะไม่มีการเลี้ยงเหล้า โดยมีนายอำเภอ คณะกรรมการ เจ้าบ้านเป็นพยาน” 0101 :ซึ่งผลดำเนินงานในกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ เหล่านี้ พบว่าได้รับการตอบรับและความพึงพอใจจากประชาชนในพื้นที่เกี่ยวกับการจัดการแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ พอสมควร ดังคำพูดจากการทำสนทนากลุ่ม “หลังจากโครงการ 1 ปี ตำบลสวี ก็ไม่มีใครกินเหล้าในงานอีกเลย มีการจัดกระบวนการที่เข้มงวด ในส่วนของชาวบ้านจะเห็นได้ชัดว่าปัญหาลดลง” 0107

- **ทัศนคติ** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่ที่มีทัศนคติ ร่วมกันสำหรับการดำเนินงาน คือ การให้โอกาสและทำให้เขารู้คุณค่าของโอกาส โดยเน้นการไว้วางใจ ในการทำงานร่วมกันกับผู้อื่นเป็นสำคัญเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการทำงาน ดังคำพูดจากการสนทนากลุ่ม “หากความไว้วางใจไม่มากพอ ความร่วมมือก็ไม่มากพอเช่นกัน” 0104

4. การประเมินกลยุทธ์/การควบคุมกำกับกลยุทธ์

- **บุคลากร** นายอำเภอเป็นประธาน และคณะกรรมการประกอบด้วยตัวแทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งจะมีคณะกรรมการ ได้แก่ บุคลากรในสถานศึกษา เช่น นักเรียน ครู ผู้อำนวยการโรงเรียน หน่วยงานจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้กำกับจากสถานีตำรวจ ปลัดฝ่ายปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำศาสนา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น โดยเจ้าหน้าที่เหล่านี้จะเป็นตัวแทนของคณะกรรมการชุดนี้ โดยจะร่วมดำเนินงาน กิจกรรมและโครงการตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ในหน่วยงานของตนเองเป็นหลัก เช่น ครูในสถานศึกษา จะมีบทบาทในการอบรมให้ความรู้แก่นักเรียนเพื่อป้องกัน นักสูบและนักดื่มหน้าใหม่ ส่วนผู้นำชุมชนหรือแกนนำชุมชน กำนันและผู้ใหญ่บ้านมีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ เช่น ร้านค้าเลิกจำหน่ายให้แก่เด็กที่อายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ เป็นต้น สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกันจัดทำโครงการลดละเลิกบุหรี่ยุติสุรา ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของสุรา บุหรี่ และจัดเวทีประชุมหาวิธีการป้องกันและยับยั้งปัญหา นอกจากนี้ยังมีครอบครัว หน่วยงานตำรวจ ทหารและฝ่ายป้องกันขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐหรือข่ายองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล กองทุนตำบลหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (สปสช.) สำนักงานกองทุน

สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) วัด ผู้นำองค์กรต่าง ๆ อำเภอ รวมทั้งชมรมผู้สูงอายุ และชมรมต่าง ๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเหล่านี้อีกด้วย

- **การเงิน** ด้านงบประมาณได้รับการสนับสนุนงบประมาณและสถานที่สำหรับการจัดกิจกรรมแก้ปัญหาส่วนใหญ่มาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผ่านทางเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กรมสุขภาพจิต เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล สวี (แม่ข่าย) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) เป็นต้น

- **วัสดุ/ทรัพยากร** เนื่องจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ถือได้ว่าเป็นตัวแทนมาจากหน่วยงานต่าง ๆ จากกระทรวงหลาย ๆ กระทรวง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น ดังนั้นคณะกรรมการจึงได้มีการส่งเสริมและดำเนินงานจัดสรรทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการแก้ปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ร่วมกัน

- **การบริหารจัดการ** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกำหนดประเด็นการแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยเน้นหนักเรื่องของบุหรี และ เหล้า โดยเฉพาะในกลุ่มของนักเสพหน้าใหม่ ในวัยเรียน และกลุ่มนักเสพหน้าเก่าหัวใจเพชร โดยจะดำเนินการขยายกิจกรรมดังกล่าว จากพื้นที่ตำบลต้นแบบ ไปสู่ทุกพื้นที่ของอำเภอสวี มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน วางแผนและร่วมกันดำเนินงานโดยอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกันจัดทำแผน และนำเสนอคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ชุดใหญ่ เพื่อให้มีมติรับรองแผน โดยมีการประสานงานร่วมกันทั้งแนวตรงและแนวราบ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินงาน โดยประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะทำการถ่ายระดับข้อมูลไปยังท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้จะมีบทบาทในการติดตามเสริมพลัง ผลักดัน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ทำงานกับคนในพื้นที่ (ตัวอย่าง เช่น ตำบลเขาค่าย) หลังจากนั้นจะนำเสนอผลความก้าวหน้าการดำเนินงานในเวทีประชุม ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อวางแผนพัฒนาการดำเนินงาน ต่อไป

- **การตรวจสอบและประเมินผล** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ โดยอนุกรรมการที่เป็นคณะกรรมการเฉพาะประเด็นสุรา ยาสูบและสารเสพติด จะมีการรายงานผลให้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รับทราบกำหนดเป็นไตรมาสละ 1 ครั้ง โดยมีความคาดหวังให้มีสมาชิกและคณะกรรมการ และประชาชนร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงาน และให้สามารถร่างเขียนโครงการ ขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อให้คนในพื้นที่ ลด ละ เลิก สุรา ยาสูบ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นค่อนข้างจะชัดเจน เกิดเป็นตัวชี้วัดด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี และได้มีการจัดประชุมสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ เพื่อร่วมพัฒนาผลการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด อย่างต่อเนื่อง โดยมีนายอำเภอซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการฯ คอยชื่นชมและให้คุณค่า พร้อมจัดกิจกรรมเสริมพลัง และนำเสนอผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหา ในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมพลังในการตรวจราชการกรณีปกติของกระทรวงสาธารณสุขภายในเขตสุขภาพของทุกพื้นที่ในแต่ละจังหวัด รวมทั้งมี

การประกาศรางวัลเชิดชูเกียรติในบุคคลต้นแบบที่สามารถลด ละ เลิก สุรา ยาสูบและสารเสพติดเพื่อสร้างชุมชนต้นแบบที่มีแนวปฏิบัติที่ดี ต่อไป โดยจะสอดคล้องกับคำพูดจากการทำสนทนากลุ่มที่ว่า “มีการทบทวนและปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงาน มีการประเมินผลการดำเนินงานในประเด็นเหล่านี้และบุหรี” 0101

2. กรณีศึกษา เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งได้แบ่งประเด็นการวิเคราะห์ เป็นดังนี้

1. การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์

- ด้านกฎหมาย/ยุทธศาสตร์ ดังนี้

(1) มีการบังคับใช้กฎหมายเมาไม่ขับในช่วงเทศกาลต่าง ๆ เช่น เทศกาลวันขึ้นปีใหม่ เทศกาลวันสงกรานต์ และเทศกาลวันลอยกระทง สร้างมาตรการให้ร้านค้าปฏิบัติตามมาตรการจำหน่ายสุรา บุหรี อย่างเคร่งครัด

(2) นโยบายของอำเภอบ้านนาสาร คือ บ้านนาสารปลอดบุหรี และสุรา

(3) ยุทธศาสตร์จะมีการยึดแนวทางการดำเนินงานตามแบบแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลบ้านนาสาร

- การกิจ ลดจำนวนผู้สูบบุหรี่และผู้ดื่มเหล้า ลดผู้สูบบุหรี่ ผู้ดื่มหน้าใหม่ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี

- **ผลผลิตหลัก** อำเภอบ้านนาสารเป็นอำเภอต้นแบบการจัดการสุขภาพ โดยใช้กองทุนหลักประกันสุขภาพในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ซึ่งกองทุนสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร มีการใช้จ่ายเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามเป้าหมายของคนในพื้นที่ เป็นตัวแทนอำเภอในการนำผลการดำเนินงานด้านสุขภาพไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนมากที่สุด และเป็นตัวแทนของอำเภอที่มีการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากบุหรี ยาสูบและสารเสพติด โดยมีกิจกรรมที่ดำเนินงานเด่นๆ ในพื้นที่ ได้แก่ อำเภอปลอดบุหรี อำเภอปลอดกระท่อมแห่งเดียวในประเทศไทย เป็นต้น จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของนาสารทีม พบว่า มีความคาดหวังเกี่ยวกับการดำเนินงาน คือ ต้องคิดแผนโครงการที่ปฏิบัติได้ มีรายละเอียดที่เดินไปได้ แผนสามารถนำไปเป็นตัวอย่างให้แก่ที่อื่นดำเนินงานตามได้ และผลสัมฤทธิ์เกิดประสิทธิภาพ สามารถวัดผลได้อย่างชัดเจน

- **สังคมและวัฒนธรรม** อำเภอบ้านนาสาร เป็นอำเภอหนึ่งในจำนวน 19 อำเภอ ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี อำเภอบ้านนาสาร มีเนื้อที่ 835 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 521,875 ไร่ โดยแบ่งการปกครองเป็น 11 ตำบล 65 หมู่บ้าน และ 24 ชุมชน มีประชากรทั้งหมด 70,673 คน เพศชาย 34,877 คน เพศหญิง 35,796 คน ความหนาแน่นของประชากรโดยเฉลี่ย 84.63 คนต่อตารางกิโลเมตร ซึ่งมีประเพณีที่สำคัญของพื้นที่ ได้แก่ ประเพณีวันขึ้นปีใหม่ ประเพณีวันสงกรานต์ ลีเกปา ประเพณีแห่เทียนพรรษา ประเพณีตักบาตรเทโว ประเพณีเทศกาลเงาะโรงเรียนนาสาร ประเพณีเทศกาลอาหารพื้นเมือง ประเพณีงานวันขวัญข้าว งานแข่งขันมโนราห์ เทศกาลเดือนสิบและเพลงนา เป็นต้น

- **เทคโนโลยี** อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีระบบติดตามประเมินผลร่วมกันระหว่างคณะกรรมการติดตามประเมินผลของโครงการ และ สนส.ม.อ. ซึ่งเป็นระบบบริหารกองทุนสุขภาพตำบล ที่ได้นำมาใช้ในการติดตามและรายงานผลการดำเนินโครงการในพื้นที่นำร่องของเขตสุขภาพที่ 11 และนอกจากนี้ยังมีระบบรายงานผลการดำเนินงานที่กองทุนฯ ต้องบันทึกข้อมูลส่ง สปสช. อีกด้วย

- **เศรษฐกิจ อาชีพ** มีสถานที่ท่องเที่ยวและสินค้า โอท็อป ต่างๆ มากมาย มีทรัพยากรดินและทรัพยากรน้ำที่อุดมสมบูรณ์จึงทำให้คนในพื้นที่อำเภอบ้านนาสารโดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลัก คือ ทำสวนยางพาราและสวนผลไม้ร้อยละ 85 อาชีพรอง คือ เลี้ยงสัตว์ ประมง รับจ้าง เป็นต้น

2. การวางแผนเชิงกลยุทธ์

- **ความรู้และระบบข้อมูลสารสนเทศ** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการสนับสนุนให้ใช้ทรัพยากรด้านความรู้และฐานข้อมูลทางด้านสุขภาพร่วมกันในการจัดการแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งมีบทบาทในการสนับสนุนที่มหาวิทยาลัยเพื่อให้ความรู้และข้อมูลสำหรับการจัดการปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ ด้านชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้นแบบ และให้มีการขยายบุคคลต้นแบบในเขตรับผิดชอบ ซึ่งในส่วนของทางโรงเรียนได้มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และจัดนิทรรศการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการรณรงค์ให้ความรู้ แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้ห่างไกล อดละเลิกบุหรี่ สุรา ยาเสพติด ร่วมกับผู้นำชุมชนหรือหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาลในพื้นที่

- **การติดต่อสื่อสาร** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะอาศัยวิธีการสร้างการรับรู้และค้นหาความต้องการในการแก้ไขปัญหาของประชาชนผ่านช่องทางการสื่อสาร ได้แก่ การประชุมประจำเดือน ในที่ประชุมหมู่บ้าน ในที่ประชุมผู้นำชุมชน หรือในที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนและที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีการประชาสัมพันธ์ ผ่านทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผ่านช่องทางที่สำคัญ ได้แก่ สื่อออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ก ไลน์กลุ่ม เป็นต้น

- **ความรู้ความเข้าใจต่อบทบาทและหน้าที่** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้ทำหน้าที่ร่วมประชุม วางแผน ออกนโยบายและกำหนดวิธีการดำเนินงานร่วมกัน หลังมีการแต่งตั้งคำสั่ง โดยจะแจ้งให้คณะกรรมการแต่ละคนทราบ พร้อมชี้แจงประเด็นเป้าหมายให้แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และภาคีเครือข่ายส่วนต่าง ๆ พร้อมทั้งเชิญเข้าร่วมประชุมขับเคลื่อนในประเด็น เหล้า บุหรี่ ร่วมกัน นอกจากนี้มีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในฐานะเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ลงพื้นที่ในการดูแลสุขภาพ ขยายเครือข่ายการดำเนินงานให้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงพื้นที่ในชุมชนเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านรณรงค์ป้องกันโรคติดต่อเรื้อรัง มีการจัดสถานที่สูบบุหรี่ของส่วนราชการ พุดคุยกับของหัวหน้าส่วนราชการ ที่ประกอบด้วย ท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่ สารวัตร และภาคีเครือข่ายในสถานศึกษา เพื่อลดการสูบบุหรี่ ลดนักสูบหน้าใหม่ โดยการชี้แจงปัญหา สาเหตุแนวทางการดำเนินงานขับเคลื่อนให้แก่ผู้นำชุมชนในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายสาธารณสุข คือ เครือข่ายคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ที่ประสานงานร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจิตอาสา ลงพื้นที่คัดกรองเด็กอายุ 15 ขึ้นไป ในวันสำคัญเด็กนักเรียนจะเดินรณรงค์ไม่ให้เกิดการดื่มสุราและสูบบุหรี่ หน่วยงานอื่น ๆ เช่น คณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขับเคลื่อนงานมอบนโยบาย ไปยังหน่วยงานกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย หรือฝ่ายปกครองท้องถิ่น ซึ่งมีหัวหน้าเขต ผู้ช่วยผู้ใหญ่ร่วมกับ ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น ส่วนด้านการเขียนโครงการประชาชนในหมู่บ้านจะเป็นคนเขียนร่วมกันกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการ โดยส่วนใหญ่ พบว่า ประธาน คณะกรรมการ และเลขานุการกองทุนฯ มีความเข้าใจในบทบาทและเงื่อนไขในการดำเนินงาน มีการจัดทำแผนการดำเนินงานอย่างชัดเจน และมีคณะกรรมการและคณะกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการและติดตามโครงการอย่างต่อเนื่อง อีกกลุ่มคือ กองทุนส่วนน้อยเป็นกลุ่มที่ต้องพัฒนา พบว่า ประธาน คณะกรรมการ และเลขานุการกองทุนฯ ระดับท้องถิ่นขาดความรู้และทักษะในการบริหารกองทุนฯ ตลอดจนถึง เข้าใจในบทบาทและเงื่อนไขในการดำเนินงานน้อย ส่งผลให้มีการอนุมัติโครงการที่ล่าช้าและไม่สามารถบริหารจัดการงบประมาณได้ แต่อย่างไรก็ตามยังคงพบว่าการดำเนินงานระหว่างระดับตำบลและระดับอำเภอจะมีการประชุมและรับรู้ข้อมูลร่วมกันอย่างเสมอจะเห็นได้จากคำพูดจากการทำสนทนากลุ่ม “หาก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) มีการดำเนินงานอะไรจะมีการเชิญ เลขานุการ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เข้าร่วมประชุม ด้วยทุกครั้ง”0202

- **การประชาสัมพันธ์/อบรม/สัมมนา/คู่มือ** สื่อมวลชน ดำเนินการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ซึ่งรูปแบบที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ สื่อสิ่งพิมพ์อื่นๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านสื่อออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ก ไลน์ ส่วนกิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำ บุคคลต้นแบบ เช่น กิจกรรม To be number one กิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงที่เป็นเลขานุการและคณะกรรมการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยความร่วมมือของสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สนอ.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นต้น

3. การปฏิบัติตามกลยุทธ์

- **การจูงใจ** มีการดำเนินงานขับเคลื่อนในประเด็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีสถานศึกษาเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินงาน ในวัยเด็กและวัยรุ่น ซึ่งทางโรงเรียนจะมีครูเป็นคณะกรรมการฯ มีกิจกรรมให้ความรู้หน้าเสาธง เพื่อให้นักเรียนเห็นความสำคัญต่อการไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ สุรา การรณรงค์ไม่จำเป็นต้องวันสำคัญ เช่น วันยาเสพติดโลกเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่สามารถดำเนินการได้อย่างสม่ำเสมอ และที่สำคัญนายอำเภอซึ่งเป็นประธานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ถือได้ว่าเป็นบุคคลต้นแบบในการไม่ยุ่งเกี่ยวกับ สุรา ยาสูบและสารเสพติด นอกจากนี้ยังมีบุคคลต้นแบบ หน่วยงานต้นแบบ โดยมีกิจกรรมค้นหาผู้นำต้นแบบในการเลิกบุหรี่ ประกาศลงนาม MOU ร่วมกันในการมอบป้ายเลิกบุหรี่ ให้แก่กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ในที่ประชุมหมู่บ้าน จัดกิจกรรมเฉพาะเวทีเสวนาในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกัน เช่น ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และสำนักงานสถานีตำรวจ นอกจากนี้มีการดำเนินงานอำเภอยิ้มเคลื่อนที่ทุกเดือน โดยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ร่วมจัดนิทรรศการ พูดคุยประเด็นปัญหาสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงฯ ให้พื้นที่ได้เห็นความสำคัญในการดำเนินงาน ขับเคลื่อนร่วมกัน มีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยง ลดโรค 3 อ.2 ส. ที่ได้รางวัล มีกิจกรรมโรงเรียนปลอดอบายมุข คือ หากห้องเรียนใดผ่านเกณฑ์ นายอำเภอจะมอบเกียรติบัตรให้แก่ครูประจำชั้น มีกิจกรรมการลงเยี่ยมกองทุนสุขภาพตำบล ปีละ 1 ครั้ง และในพื้นที่มีการเยี่ยมเสริมพลังในการประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจากการดำเนินงานของคณะกรรมการฯ พบว่า มีแรงจูงใจ มีความสุขและมีความภูมิใจต่องานที่ปฏิบัติ ตั้งคำพูดของคณะกรรมการฯ ท่านหนึ่งจากการทำสนทนากลุ่มที่ว่า “มีการลงไปเยี่ยมเสริมพลังในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) การทำงานสนุกมาก”0202

4. การประเมินกลยุทธ์/การควบคุมกำกับกลยุทธ์

- **บุคลากร** มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาจากแต่ละภาคส่วนซึ่งมีจำนวน 21 คน นายอำเภอเป็นประธาน และลงนามในคำสั่ง มีสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ส่วนในระดับตำบลได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะส่งต่อการดำเนินงาน เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่แทน ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จะมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี เป็นประธาน มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) เป็นเลขานุการและมีคณะกรรมการ คือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นตัวแทนจากภาคเอกชน ภาครัฐ และภาคประชาชน นอกจากนี้ ยังมีชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล กองทุนตำบล (สปสช.) ตำรวจ ทหาร ผู้นำองค์กร เจ้าหน้าที่ของรัฐ และฝ่ายป้องกันของปกครองท้องถิ่นร่วมเป็นกรรมการอีกด้วย สอดคล้องกับคำพูดจากการทำสนทนากลุ่ม “ฝ่ายปกครองจะเข้ามามีส่วนร่วมด้วยการดำเนินกิจกรรมงดเหล้า

เข้าพรรษาเข้ามาร่วมบูรณาการพูดคุย มีการติดตาม นำวัยรุ่นเข้าร่วมกิจกรรมสอดแทรกความผูกพันกับผู้นำ แข่งขันกีฬาในหมู่บ้าน เป็นต้น” 0203

สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีคณะกรรมการทั้งในระดับตำบลและในระดับอำเภอ ซึ่งประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพสต.) เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้ช่วย ที่ประชุมหมู่บ้าน แกนนำหมู่บ้าน ภาศิเครือข่าย ในส่วนระดับอำเภอ ได้แก่ ปลัดอำเภอ ฝ่ายป้องกัน พัฒนาชุมชน เกษตรอำเภอ โรงเรียน ครู พระ “บางพื้นที่ในคณะทำงานมีท่านเจ้าอาวาสเป็นคณะทำงานด้วย” 0201

- **การเงิน** องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล ให้การสนับสนุนงบประมาณและสถานที่สำหรับการจัดกิจกรรมแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ ซึ่งในด้านการของงบประมาณมีการนำเสนอแผนงาน 2 รูปแบบ คือ แผนกองทุนหลักประกันสุขภาพ และแผนงบประมาณตามข้อบัญญัติที่ตั้งไว้ ซึ่งบางท้องถิ่นงบประมาณไม่พออาจไปขอเพิ่มในข้อบัญญัติงบประมาณปกติของท้องถิ่นได้

- **วัสดุ/ทรัพยากร** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะดำเนินการจัดสรร แบ่งปันทรัพยากรเพื่อนำมาใช้ร่วมกันภายในตำบลและอำเภอ และนอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดังคำพูดจากการทำสนทนากลุ่ม “บางพื้นที่มีสายสัมพันธ์กับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เช่น เทศบาลนาสาร จะได้รับสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์สำหรับทำวัสดุประชาสัมพันธ์ เพื่อดำเนินงานเกี่ยวกับพื้นที่ปลอดภัย และด้านสื่อได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)” 0206

- **การบริหารจัดการ** การทำงานเป็นทีมทั้งระบบ (คน ทีม) ซึ่งกระบวนการที่ทำให้การดำเนินงานเกิดความเข้มแข็งได้เกิดจากเวทีพูดคุยซึ่งเน้นการพูดคุยภาษาสุขภาพของคนนาสาร และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามกองทุนฯ ในอำเภอบ้านนาสาร การบริหารจัดการกองทุนฯ โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการ 3 ชุด เพื่อการขับเคลื่อนงานที่มีคุณภาพ โดยจะมีการจัดประชุมกำหนดแผนงานและการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ชี้แจงเป้าหมายการดำเนินงานให้แก่เครือข่าย ร่วมคัดเลือกแผนให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของพื้นที่ บูรณาการด้านการดำเนินงานกับภาศิเครือข่ายในพื้นที่ มีการบูรณาการ การดำเนินงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยมีการจัดทำเวทีประชาคมหรือจัดประชุมคณะกรรมการ วางแผน ร่วมดำเนินโครงการตามแผนงาน และเสนอของงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในการป้องกันและแก้ปัญหา แล้วนำเสนอผลความก้าวหน้าการดำเนินงานในเวทีประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ (พชอ.) อีกครั้ง

- **การตรวจสอบและประเมินผล** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานแผนงานโครงการว่าผลลัพธ์บรรลุจุดมุ่งหมายหรือไม่ กำหนดไตรมาสละ 1 ครั้ง โดยมีการจัดประชุมสรุปและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน สรุปแนวทางแก้ไขในเวทีเยี่ยมเสริมพลังระดับอำเภอ ในระดับตำบลจะมีการเยี่ยมเสริมพลังในวันประชุม

ประจำเดือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นประจำทุกปี เมื่อรับรู้ผลการดำเนินงานแล้วให้ดำเนินการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อปรับนโยบายและแผนงานให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

จากข้อมูลการวิเคราะห์การจัดการกลยุทธ์ข้างต้น ทำให้สามารถสรุปออกมาเป็นประเด็นความร่วมมือในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการกองทุนตำบล ตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1) การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ คือ ศึกษาจากนโยบาย/ยุทธศาสตร์ ค่านิยมและภารกิจดำเนินการ ผลการดำเนินงานและกฎหมายที่บังคับใช้ในพื้นที่ รวมทั้งสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และนำข้อมูลจากช่องทางการรับรู้ข้อมูลผ่านสื่อต่าง ๆ จากฐานข้อมูลของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข มาจัดประชุมร่วมกันกับภาคีเครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ นำมาสรุปสถานการณ์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาพร้อมกันทั้งในส่วนของคณะกรรมการในระดับอำเภอ ระดับตำบล และภาคประชาชน หลังจากนั้นนำไปวางแผนแก้ปัญหาตามระดับความสำคัญต่อไป ซึ่งจะเห็นได้ว่าทั้ง 2 พื้นที่ที่มีการดำเนินการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

2) การวางแผนเชิงกลยุทธ์ คือ จัดประชุมชี้แจงความรู้ความเข้าใจต่อบทบาทและหน้าที่ หลังได้รับการแต่งตั้งตามคำสั่งให้เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการส่งเสริมความรู้และระบบข้อมูลสารสนเทศ จากหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยคณะกรรมการแต่ละหน่วยงานจะมีการดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้ตามบทบาทหน้าที่ ของหน่วยงานตนเอง ได้แก่ คณะกรรมการที่เป็นตัวแทนภาคเอกชนหรือผู้ประกอบการวิชาชีพในอำเภอ เช่น สถาบันการศึกษา จะดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่นักเรียน นักศึกษา เกี่ยวกับเรื่อง สุรา ยาสูบ และสารเสพติด และหน่วยงานสาธารณสุข คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ วรรณคดีประชาสัมพันธ์ จัดทำสื่อความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ ส่วนตัวแทนภาคประชาชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะร่วมกันจัดกิจกรรมและสอดส่องให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบ ร่วมกับตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยมีช่องทางการติดต่อสื่อสารผ่านทางสื่อออนไลน์ เป็นหลัก ซึ่งมีการสื่อสารผ่านตัวแทนคณะกรรมการ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการมีการดำเนินงานด้านการประชาสัมพันธ์ ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา แนวทางแก้ปัญหาสุรา ยาสูบและสารเสพติด จัดอบรมพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงที่เป็นเลขานุการ และคณะกรรมการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยความร่วมมือของสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สนส.มอ.) และภาคีเครือข่ายด้านการดำเนินงาน ทั้งในภาคประชาสังคมและภาคประชาชน โดยจะเห็นได้ว่า ทั้ง 2 พื้นที่ที่ทำการศึกษา จะมีความแตกต่างในด้านบุคลากรที่เป็นคณะกรรมการ เนื่องจากอำเภอบ้านนาสาร แต่งตั้งคณะกรรมการ พชต.มาขับเคลื่อนการดำเนินงานแผนและโครงการในพื้นที่

แทนคณะกรรมการ พชอ.ส่วนอำเภอสวี ได้มีการแต่งตั้งอนุกรรมการของ พชอ. ที่เป็นคณะกรรมการเฉพาะประเด็นปัจจัยเสี่ยงฯ จึงส่งส่งผลให้แนวทางการดำเนินงานมีลักษณะที่แตกต่างกัน แต่สุดท้ายมีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ความคล้ายคลึงกัน แต่ถึงอย่างไรก็ตาม หากพื้นที่ไหนที่มีการดำเนินงานได้ตรงจุดกว่า ย่อมจะมีผลการดำเนินงานการแก้ปัญหาที่ค่อนข้างจะดีกว่าอีกพื้นที่หนึ่งเสมอ

3) การปฏิบัติตามกลยุทธ์ โดยจะมีการจัดประชุมกำหนดแผนงานและการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบร่วมกันของประชาชนในชุมชน การดำเนินงานจะให้ชุมชนเป็นคนขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ ซึ่งแจ้งเป้าหมายการดำเนินงานให้แก่เครือข่าย โดยร่วมคัดเลือกแผนให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของพื้นที่ บูรณาการด้านการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ผลักดันให้มีการสร้างบุคคลต้นแบบและหมู่บ้านต้นแบบสำหรับศึกษาดูงาน รวมทั้งขยายการดำเนินงานเป็นตำบลต้นแบบ คณะกรรมการดำเนินงานร่วมรณรงค์สร้างจิตสำนึก ในพื้นที่ส่งผลให้เกิดการยอมรับในผู้นำ ผู้سهพ ผู้ดื่ม ผู้สูบ และชาวบ้านทั่วไป ส่งผลให้จำนวนรายใหม่ลดลง และส่งเสริมให้มีข้อตกลงร่วมกันในหมู่บ้าน มีกิจกรรมประเพณีปลอดเหล้า ต่าง ๆ การดำเนินงานของคณะกรรมการจะเน้นการดำเนินงานภายในชุมชนเป็นหลัก เน้นการสร้างควมไว้วางใจให้กันและกัน หลังจากนั้นนำเสนอผลความก้าวหน้าการดำเนินงานในเวทีประชุม ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อวางแผนพัฒนาการดำเนินงานในพื้นที่ ต่อไป ซึ่งจะเห็นได้ว่าทั้ง 2 พื้นที่ที่ทำการศึกษามีการปฏิบัติตามกลยุทธ์ในลักษณะเดียวกัน แต่ผลการดำเนินงานในพื้นที่ใดจะประสบความสำเร็จดีกว่า ย่อมขึ้นอยู่กับความมุ่งมั่นและร่วมมือร่วมใจกันของประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่รับผิดชอบแผนงานและโครงการด้วย

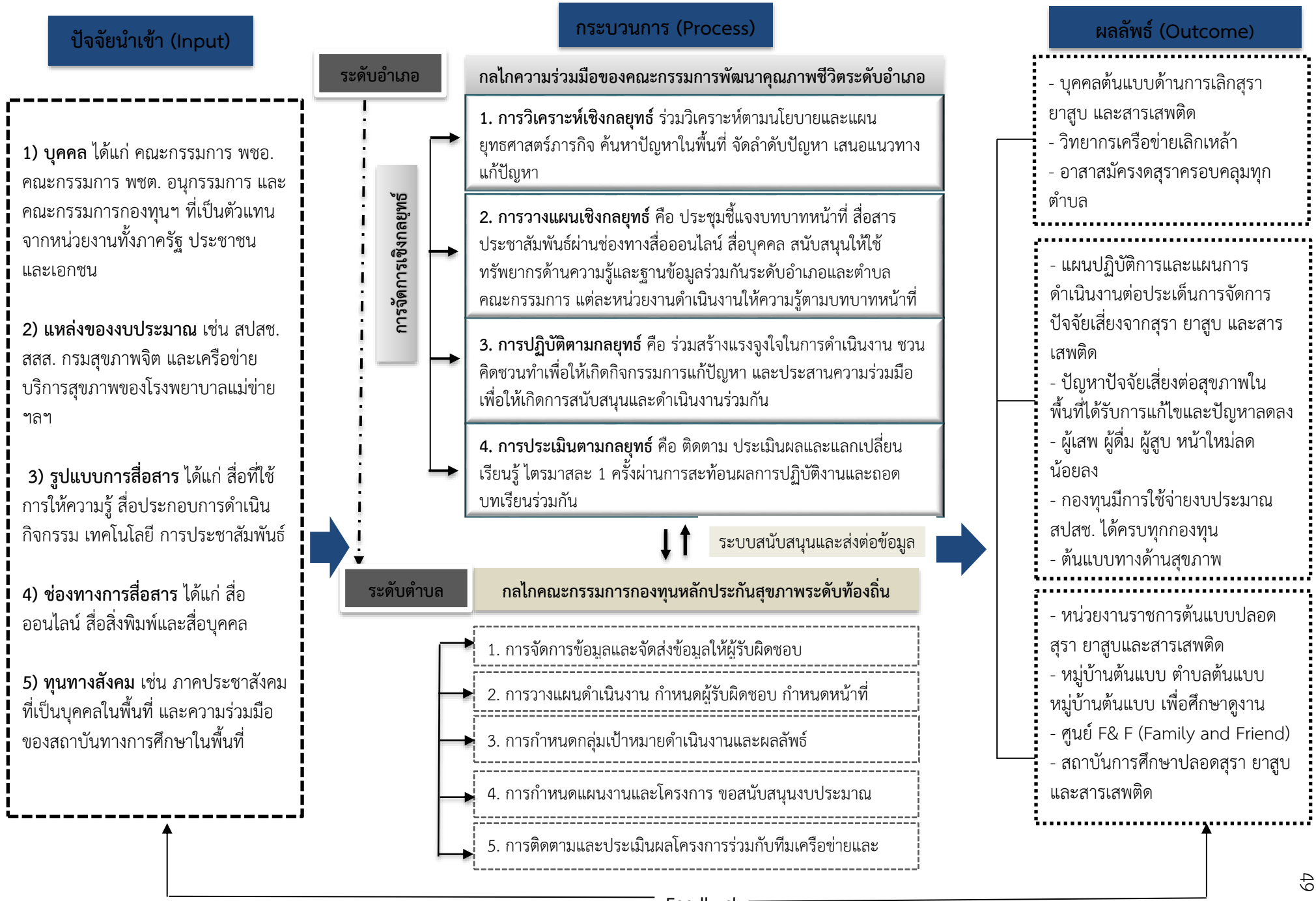
4) การประเมินตามกลยุทธ์ ประกอบด้วย ดังนี้

(1) ด้านบุคลากร จะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมีนายอำเภอเป็นประธานควบคุมการดำเนินงาน จะเห็นได้ว่ามีคณะกรรมการที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะหน่วยงาน หลากหลาย

(2) ด้านงบประมาณจะเห็นได้ว่าได้รับการสนับสนุนหลัก ๆ จาก สปสช. สสส. กรมสุขภาพจิต และโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นต้น

(3) ด้านวัสดุอุปกรณ์และทรัพยากร อาศัยการแบ่งปันจัดสรรใช้ร่วมกันเป็นหลัก ผลการดำเนินงาน จะมีการกำหนดประเด็นปัญหาและผลักดันการดำเนินงานโดยประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะถ่ายระดับข้อมูลการดำเนินงานไปยังหน่วยงานในระดับตำบล เช่น พชต. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดย พชอ.จะดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานแผนงานและโครงการว่าผลลัพธ์บรรลุจุดมุ่งหมายหรือไม่ โดยกำหนดไตรมาสละ 1 ครั้ง ให้มีการจัดประชุมสรุปและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน และหาแนวทางแก้ไขในเวทีเยี่ยมเสริมพลังระดับอำเภอ ส่วนในระดับตำบลจะมีการเยี่ยมเสริมพลังในวันประชุมประจำเดือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นประจำทุกปี ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อปรับนโยบายและแผนงานให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป สำหรับตัวอย่างกิจกรรมการติดตามและประเมินผลที่เห็นชัดในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ การบรรจุเรื่องปัจจัยเสี่ยงฯ นี้อยู่ในวาระการประชุมติดตามประจำเดือน และการมีคณะอนุกรรมการต่อประเด็นนี้ หรือมีคณะกรรมการระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้านเป็นผู้รับนโยบายในการดำเนินงาน เป็นต้น

ซึ่งจากการสรุปผล และวิเคราะห์ผลวิจัยทั้งหมด ทำให้สามารถสรุปรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 ได้ดังแสดงในรูปภาพที่ 3



ภาพประกอบที่ 3 แสดงรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11

10. สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเชิงพรรณนาคครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 กรณีศึกษา เครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพรและเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร และเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 227 คน ซึ่งประกอบด้วย 1) คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ของอำเภอสวี จังหวัดชุมพร และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทั้งสิ้น จำนวน 207 คน 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของอำเภอสวี และอำเภอบ้านนาสาร รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 คน เก็บข้อมูลโดยใช้การวิจัยเอกสาร แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา จึงมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทำการสรุปผลการวิจัย และอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

10.1 สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานด้านปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร และเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ใน 2 พื้นที่ศึกษา ที่ตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 207 คน แบ่งเป็นรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1.1 คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอสวี จังหวัดชุมพร มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 107 คน ส่วนใหญ่อายุ อยู่ระหว่าง 35-60 ปี ร้อยละ 81.31 เป็นเพศชาย เกินกว่าครึ่ง คิดเป็นร้อยละ 55.14 สถานภาพสมรสสูงถึง ร้อยละ 72.64 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ มัธยมศึกษา/ปวช. และปริญญาตรี ร้อยละ 34.58 และ 35.51 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.40 และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีตำแหน่งปัจจุบันเป็นคณะกรรมการกองทุนฯ ร้อยละ 71.03 ส่วนตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้นำชุมชน ร้อยละ 37.50 ซึ่งเป็นตัวแทนจากหน่วยงาน อบต./เทศบาล ร้อยละ 39.08 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานด้านแผนงานโครงการอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 40.28

1.1.2 คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 100 คน ส่วนใหญ่อายุ อยู่ระหว่าง 35-60 ปี ร้อยละ 75.00 เป็นเพศหญิง เกินกว่าครึ่ง คิดเป็นร้อยละ 62.00 สถานภาพสมรส สูงถึง ร้อยละ 63.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ปริญญาตรี และมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 38.00 และ 37.00 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.00 และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีตำแหน่ง

ปัจจุบันเป็นคณะกรรมการกองทุนฯ ร้อยละ 72.00 ส่วนตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 25.00 เป็นตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐ/สาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)/เทศบาล ร้อยละ 44.00 และ 39.00 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การทำงานด้านแผนงานโครงการ ร้อยละ 59.00

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ใน 2 พื้นที่ศึกษา ที่เข้าร่วมทำการสนทนากลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 20 คน โดยแบ่งเป็นเครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร จำนวน 11 คน และเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 9 คน โดยทั้ง 2 พื้นที่ ประกอบไปด้วย เลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ ซึ่งคณะกรรมการส่วนใหญ่เป็นตัวแทนจากภาคประชาชน รองลงมา คือ ภาครัฐ และภาคเอกชน ตามลำดับ

2. แผนงานและโครงการ การจัดการปัจจัยเสี่ยงของกองทุนสุขภาพตำบลในปัจจุบันและที่ควรจะเป็นจากความคิดเห็นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และรูปแบบการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพฯ

2.1 ขอบเขตการดำเนินงานและแผนงาน โครงการและกิจกรรม

ในพื้นที่ จะมีการกำหนดแผนงานและโครงการ เพื่อแก้ปัญหาตามสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นแกนนำในการช่วยผลักดันในการจัดทำแผนงานและโครงการ เพื่อนำมาเสนอขอสนับสนุนงบประมาณ ร่วมประชุมพิจารณาสนับสนุนงบประมาณ ในการจัดทำแผนงานและโครงการ พร้อมทั้งสนับสนุน จัดทีมพี่เลี้ยง และพัฒนาทักษะในการจัดทำแผนงานและโครงการให้แก่ชาวบ้านและผู้นำชุมชน รวมทั้งภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ และบันทึกข้อมูลแผนงานและโครงการ ลงในเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบลภาคใต้ (<http://localfund.happynetwork.org>) ซึ่งมีการแยกรายละเอียดของแผนงาน โครงการ ออกเป็นแต่ละประเภทอย่างชัดเจน

2.2 ข้อมูลการรับรู้สถานการณ์และระดับปัญหา

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการรับรู้สถานการณ์แต่ละด้าน ดังนี้ ด้านสุรา ร้อยละ 97.20,87.20 ด้านยาสูบ ร้อยละ 95.28,87.20 และด้านสารเสพติด ร้อยละ 75.24,67.90 ตามลำดับ ส่วนระดับปัญหาในภาพรวมส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าอยู่ในระดับปานกลาง

2.3 การหาสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยง ช่องทางการรับรู้ สาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้น

ช่องทางการรับรู้สถานการณ์ ได้แก่ สื่อบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน ด้านสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น เอกสารแผ่นพับ ไลน์ ป้ายโฆษณา และด้านสื่อออนไลน์ เช่น โทรศัพท์ วิทยุ ไลน์ เฟสบุ๊ค รวมทั้งหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน การจัดอบรมในหมู่บ้าน และร้านค้าในหมู่บ้าน เป็นต้น เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุจะพบว่าส่วนใหญ่มาจากตัวบุคคล ที่มีความเชื่อ มีค่านิยมผิดๆ ลอกเลียนแบบ รวมทั้งเกิดจากปัญหาสุขภาพ ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ด้านครอบครัว เป็นแบบอย่างไม่ดี ขาดความอบอุ่น

ด้านเศรษฐกิจ พบว่า เมื่อเศรษฐกิจไม่ดี ส่งผลให้เกิดความเครียดและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ในด้านร่างกาย เช่น เกิดโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางระบบทางเดินหายใจ โรคตับ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนด้านจิตใจ เกิดภาวะทางจิตใจ และด้านสังคม เกิดความวุ่นวาย การทะเลาะวิวาท เกิดอาชญากรรม การสูญเสียชีวิต เป็นต้น

2.4 การกำหนดเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบและวางแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติดในแต่ละพื้นที่

ได้มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน โดยผู้รับผิดชอบทั้งในหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ครู ในสถานศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน มีบทบาทในการให้ความรู้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน องค์การบริหารปกครองส่วนท้องถิ่น สอดส่องดูแล ร่วมดำเนินการจัดโครงการแก้ปัญหา ตำรวจ ทหาร ปกครองท้องถิ่น กำกับดูแลด้านกฎหมาย เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมโดยส่วนใหญ่ที่ดำเนินการได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้ กิจกรรมการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การสร้างภาคีเครือข่าย สสำรวจผู้เสพและผู้เลิกเสฟได้ โดยส่วนใหญ่กิจกรรมที่พื้นที่คิดว่าเหมาะสมต่อการแก้ปัญหา คือ สร้างภาคีเครือข่าย มอบหมายหน้าที่ตามบทบาทของบุคคล ทำงานร่วมกัน การจัดโครงการเลิกบุหรี่ งดเหล้าเข้าพรรษา เป็นต้น

2.5 รายละเอียด ตัวอย่างแผนงานและโครงการ

พบว่า แผนงานและโครงการของอำเภอสวี จังหวัดชุมพรและอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จะอยู่ในประเด็นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เป็นประเภทโครงการรณรงค์ อบรม ให้ความรู้ เป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยังมีด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เอื้อต่อการป้องกันปัญหา กิจกรรมที่ได้รับความนิยม คือ โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่ ประเด็นแผนงานด้านการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง เป็นโครงการค้นหาผู้เสพ คัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกันและปราบปรามผู้เสพ แผนงานด้านการบำบัด รักษา เช่น โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไถ่องค์ราชัน โครงการบำบัดยาเสพติด สุรา โดยชุมชนเป็นศูนย์กลางระดับอำเภอ และแผนงานและโครงการ ด้านการสร้างต้นแบบทางสุขภาพ เช่น สานพลังสู่ตำบลปลอดภัย จัดตั้งเครือข่ายองค์กรงดเหล้าและโครงการหมู่บ้านสีขาว เป็นต้น

2.6 การติดตามและประเมินผลแผนงานและโครงการ ทั้ง 2 พื้นที่ มีการติดตามผลการดำเนินงานโดย เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภายใต้กำกับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ผ่านโปรแกรม HDC และมีการดำเนินงานติดตามประเมินผลร่วมกับคณะกรรมการกองทุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลและผู้รับผิดชอบโครงการ ผู้นำชุมชน วัด โรงเรียน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นต้น

2.7 จุดอ่อนในการดำเนินงานจัดทำแผนงานและโครงการ

ขาดการประชาสัมพันธ์ ในพื้นที่ทำให้ประชาชนไม่ทราบข้อมูล สำหรับร่วมเขียนโครงการและจัดทำโครงการ เพื่อแก้ปัญหา แผนงานโครงการไม่ครอบคลุมการแก้ปัญหา การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ขาดความร่วมมือระหว่างประชาชนและหน่วยงานภาครัฐบางหน่วยงาน รวมทั้งภายหลังการดำเนินงานโครงการ ขาดการติดตามและประเมินผล

3. แผนงาน/โครงการ การจัดการปัจจัยเสี่ยงของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่ควรจะเป็นในความคิดเห็นของคณะกรรมการกองทุนฯ

แผนงานที่สามารถแก้ปัญหาได้จริง มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม ในเรื่อง ส่งเสริมป้องกัน รักษา ฟื้นฟู มีการขยายระเบียบที่บังคับการเบิกจ่ายงบประมาณให้ง่ายต่อการเบิกจ่าย มีการวางแผนงานโครงการให้ดำเนินงานโครงการในระยะยาว และควรยกเป็นวาระของตำบลหรือหมู่บ้าน รับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะและนำไปปรับปรุงแผนงานให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นและมีข้อตกลงร่วมกันของชุมชน เป็นธรรมนูญสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางแก้ปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะชุมชน

ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากข้อมูลรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและแผนงานโครงการข้างต้น จะสามารถสรุปกระบวนการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ได้ดังต่อไปนี้ (1) การจัดการข้อมูลของสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ซึ่งข้อมูลได้มาจากแหล่งสื่อโฆษณา สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อด้านบุคคล เป็นหลัก จัดเก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่และหน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบล และส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานในระดับอำเภอเพื่อวางแผนแก้ปัญหาาร่วมกัน (2) การวางแผนการดำเนินงาน เป็นขั้นตอนของการนำข้อมูล จัดทำเวทีประชาคมหรือจัดประชุมคณะกรรมการ เพื่อกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ในการดำเนินงาน (3) การกำหนดแผนงานและโครงการ โดยคณะกรรมการที่จากหลายภาคส่วน ร่วมจัดทำแผนงานและโครงการ นำเสนอของงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และ (4) การติดตามประเมินผล ร่วมกับทีมอื่น ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยพัฒนาความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง

4. ความร่วมมือในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการกองทุนตำบล รายละเอียด ดังต่อไปนี้

1) การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ คือ ศึกษาจากนโยบาย ยุทธศาสตร์ ค่านิยมและภารกิจดำเนินงาน ผลการดำเนินงานและกฎหมายที่บังคับใช้ในพื้นที่ รวมทั้งวิเคราะห์ทางสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ นำข้อมูลมาจัดประชุมร่วมกับภาคีเครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ สรุปสถานการณ์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาาร่วมกันทั้งในส่วนของคณะกรรมการระดับอำเภอและระดับตำบล รวมทั้งภาคประชาชน นำไปวางแผนแก้ปัญหาตามระดับความสำคัญของแต่ละประเด็นปัญหาต่อไป

2) การวางแผนเชิงกลยุทธ์ คือ จัดประชุมชี้แจงความรู้ความเข้าใจต่อบทบาทและหน้าที่ ส่งเสริมความรู้และระบบข้อมูลสารสนเทศ จากหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง โดยคณะกรรมการแต่ละหน่วยงานจะมีการดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้ตามบทบาทหน้าที่ ของ

หน่วยงานตนเอง โดยมีช่องทางการติดต่อสื่อสารผ่านทางสื่อออนไลน์ เป็นหลัก หรือสื่อสารผ่านตัวแทนคณะกรรมการ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการมีการดำเนินงานด้านการประชาสัมพันธ์ ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา แนวทางแก้ปัญหา สุรา ยาสูบและสารเสพติด จัดอบรมพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงที่เป็นเลขานุการ รวมทั้งคณะกรรมการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการกองทุนตำบล เป็นต้น

3) การปฏิบัติตามกลยุทธ์ จัดประชุมกำหนดแผนงานและการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบร่วมกันในชุมชน ซึ่งแจ้งเป้าหมายการดำเนินงานให้แก่เครือข่าย ร่วมคัดเลือกแผนงานให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของพื้นที่ คณะกรรมการดำเนินงานร่วมรณรงค์สร้างกระแส นำเสนอผลความก้าวหน้าการดำเนินงานในเวทีประชุม ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อวางแผนพัฒนาการดำเนินงาน ต่อไป

4) การประเมินตามกลยุทธ์ แต่งตั้งคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมีนายอำเภอเป็นประธานควบคุมการดำเนินงาน ส่วนงบประมาณได้รับการสนับสนุนหลักจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และมีความเพียงพอ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ทรัพยากร อาศัยวิธีการแบ่งปันจัดสรรให้ใช้ร่วมกันในพื้นที่ ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานแผนงานโครงการว่าผลลัพธ์บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ไตรมาสละ 1 ครั้ง โดยมีการจัดประชุมสรุปและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน แนวทางแก้ไขในเวทีเยี่ยมเสริมพลังระดับอำเภอ และระดับตำบล ดำเนินการเยี่ยมเสริมพลังในวันประชุมประจำเดือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เมื่อรับรู้ผลการดำเนินงานแล้วให้ดำเนินการประเมินความพึงพอใจ เพื่อปรับนโยบายและแผนงานให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

10.2 การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรាយาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคณะกรรมการกองทุนตำบล เขตสุขภาพที่ 11 ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาตามประเด็นการค้นพบ ดังนี้

1. ด้านแผนงานและโครงการ การจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในปัจจุบัน จะเห็นได้ว่า ในทั้ง 2 พื้นที่ จะมีการกำหนดแผนงาน โครงการ เพื่อแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรាយาสูบและสารเสพติด ตามสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ แต่ก็พบว่าแผนงานและโครงการ ไม่ครอบคลุมการแก้ปัญหาเนื่องจากบุคคลในพื้นที่ขาดการวิเคราะห์สภาพปัญหาที่แท้จริงของพื้นที่ และขาดการประเมินศักยภาพหรือความพร้อมในการดำเนินงานโครงการของแต่ละพื้นที่ ซึ่งสาเหตุโดยส่วนใหญ่ คือ ประชาชนในพื้นที่โดยทั่วไปไม่ทราบเกี่ยวกับการร่วมเขียนโครงการ เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์ และการเขียนโครงการเป็นปัญหาอย่างมากในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะที่เกิดขึ้นกับภาคประชาชน เพราะชาวบ้านจำนวนมาก หลายคนไม่ได้มีความรู้หรือความเชี่ยวชาญในการเขียนโครงการ ทำให้กลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการจัดทำโครงการ (อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, ธารินทร์ เพ็ญวรรณ, ธนัย เกตวงกต, อภิญา เลหาประภานนท์, และรัตติยา อักษรทอง,

2561) และจากแผนงานโครงการ ที่มี พบว่า จำนวนแผนงานและโครงการเกี่ยวกับการแก้ปัญหาด้านสารเสพติด มีจำนวนน้อยทั้งในระดับตำบลและอำเภอ สำหรับในพื้นที่จะอยู่ในรูปแบบกิจกรรม To be number one สำหรับวัยเด็กนักเรียน นักศึกษา สำหรับวัยทำงานและบุคลากรที่ไม่อยู่ในสถานศึกษา จะอยู่ในรูปแบบการเข้าค่ายบำบัด เป็นส่วนใหญ่ สาเหตุเนื่องจากการดำเนินงานแก้ปัญหาในด้านนี้สามารถกระทำไต่ยากกว่าการแก้ปัญหาสุราและยาสูบ ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยไม่สามารถเปิดเผยได้ และเปรียบเทียบขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณ ยังไม่มีความคล่องตัว มีความยุ่งยาก ส่งผลให้หน่วยงาน หรือประชาชน ที่เขียนโครงการเกิดความเบื่อหน่ายไม่อยากเขียนโครงการ ในด้านการวางแผน จะเห็นได้ว่าแผนงานและโครงการโดยส่วนใหญ่จะออกจากหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นเจ้าของเงินทุนเป็นหลัก จึงส่งผลให้รายละเอียดของแผนงานและโครงการไม่มีความหลากหลายต่อประเด็นการแก้ปัญหาจากหน่วยงานอื่น ๆ มักมีโอกาสนี้แต่ละปีจะมีแผนงานและโครงการที่ซ้ำๆ เดิม ๆ จึงมีความจำเป็นที่กองทุนตำบลควรมีการส่งเสริมให้หน่วยงานหรือภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในพื้นที่เข้าร่วมเขียนโครงการของงบประมาณสนับสนุนร่วมแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ ให้มากขึ้น นอกจากนี้แผนงานและโครงการที่เกิดขึ้นจะเกิดปัญหาที่เห็นได้ชัดเจน คือ มีการกำหนดเป้าหมาย วิธีการดำเนินงานและผลลัพธ์ไม่ชัดเจน บางโครงการแก้ปัญหาได้ในวงแคบ และบางโครงการแก้ปัญหาได้ไม่หมด สำหรับในส่วนของการทำงานมอบหมายหน้าที่และชี้แจงการดำเนินงานจะพบว่าคณะกรรมการที่เข้าร่วมแต่ละครั้งเป็นคณะกรรมการคนเดิม ๆ เลยส่งผลให้ได้แผนงานโครงการแบบเดิม ๆ ด้านการติดตามและประเมินผลจะเห็นได้ว่าการบันทึกแผนงานและโครงการตามเว็บไซต์ของกองทุนสุขภาพตำบลของเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อติดตามและประเมินผลแผนงานและโครงการ พบว่า มีจำนวนน้อย ซึ่ง ระบบนี้ถือได้ว่าเป็นระบบติดตามประเมินผลร่วมกันระหว่างคณะกรรมการติดตามประเมินผลของโครงการ และสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สนส.ม.อ.) ที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและพี่เลี้ยง เนื่องจาก มีการระบุ ช่วงเวลาการทำกิจกรรมโครงการอย่างชัดเจน แต่ปัญหาในการใช้ระบบอยู่ที่ผู้รับผิดชอบโครงการ กล่าวคือ เมื่อมีการดำเนินโครงการไปแล้ว ผู้รับผิดชอบโครงการไม่มีการบันทึกข้อมูลลงในระบบติดตามประเมินผล ส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องและพี่เลี้ยงได้รับทราบข้อมูลในระบบที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง และมีผลต่อการนำข้อมูลไปใช้ประกอบการวางแผนพัฒนางานในอนาคตอีกด้วย เพราะหากไม่มีการบันทึกข้อมูลจะทำให้มองเห็นว่า ยังมีงบประมาณค้างท่ออยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งในความเป็นจริงอาจมีการเบิกจ่ายไปเกือบหมดแล้วก็ตาม (ศุริยวงศ์ วาสนา และพิเชตุภูมิ นิลละออ, (มปป.))

2. ด้านแผนงานและโครงการ การจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในอนาคตที่ควรจะเป็น จะเห็นได้ว่า ในประเด็น การระบุสถานการณ์ปัญหา ของ 2 พื้นที่จำเป็นที่จะต้องสนับสนุน ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและประชาชนเข้าร่วมค้นหาปัญหาและประเมินศักยภาพการแก้ปัญหาของพื้นที่มากขึ้น เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ด้านสถานการณ์ปัญหาปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ เพื่อจะได้นำข้อมูลปัญหาเหล่านี้มาใช้สำหรับการเขียนแผนงานและโครงการสำหรับการแก้ปัญหาในพื้นที่ได้ครอบคลุมต่อไป ซึ่งในส่วนประเด็นการวางแผน ส่งเสริมให้มีการร่วม

ประชุมจัดทำแผนของทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อดำเนินการเพิ่มแผนงานและโครงการ ในการแก้ปัญหาที่มีความหลากหลาย และมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมทักษะด้านการบริหารแผนงานและโครงการ ให้แก่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานและโครงการ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการแผนงานและโครงการที่ดี มีประสิทธิภาพชัดเจน มุ่งเน้นการจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนงานและโครงการในลักษณะภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย ส่วนในด้านการติดตามประเมินผล ให้มีการทำการประเมินอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน เพื่อประโยชน์ของการนำข้อมูลไปใช้พัฒนาเชิงนโยบายต่อไป

สำหรับการดำเนินงานด้านแผนงานและโครงการในแต่ละพื้นที่ เน้นให้ทุกหน่วยงานทั้งในภาครัฐ และภาคเอกชน เข้าร่วมการดำเนินงานไม่ใช่เฉพาะหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเท่านั้น เพราะทุกหน่วยงานล้วนมีปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ ที่ต้องได้รับการแก้ไขเช่นกัน มีการส่งเสริมและผลักดันให้มีการพัฒนาความร่วมมือจากภาคี เครือข่ายนอกหน่วยงานสาธารณสุขให้มากยิ่งขึ้น (ศิริวรรณ ทুমเชื้อ และคณะ, 2560) และจะเห็นได้ว่า กิจกรรม แผนงานและโครงการ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่จะประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ในภาพรวมของ 2 พื้นที่นั้น คือ แผนงานและโครงการที่ดำเนินงานในลักษณะอาศัยความร่วมมือของผู้นำชุมชน ประชาชน ในพื้นที่ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น กิจกรรมร่วมสร้างนโยบายสาธารณะ กติกาในชุมชน เน้นการดำเนินงานในลักษณะเชิงรุก และเน้นการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด เช่น ครอบครัวเข้มแข็ง สถานศึกษาและหน่วยงานราชการปลอดสุรา ยาสูบและสารเสพติด หมู่บ้านสีขาว เป็นต้น และที่สำคัญการสร้างบุคคลต้นแบบ หน่วยงานต้นแบบ หมู่บ้านต้นแบบ ถือได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยสร้างความตระหนักให้เห็นถึงผลกระทบของปัญหาที่จะเกิดขึ้น ช่วยสร้างแรงจูงใจในการร่วมแก้ปัญหามากยิ่งขึ้น

3. ความร่วมมือในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกองทุนสุขภาพระดับตำบล เมื่อวิเคราะห์ตามแนวคิดทฤษฎีระบบ จะมีประเด็นค้นพบ ดังต่อไปนี้

มิติด้านปัจจัยนำเข้า ที่เกี่ยวกับในส่วนของบุคลากร ซึ่งเป็นคณะกรรมการสำหรับดำเนินงาน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการกองทุนตำบล และคณะกรรมการภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมดำเนินกิจกรรม แผนงานและโครงการจัดการปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ จะเห็นได้ชัดว่าคณะกรรมการเหล่านี้ล้วนเป็นบุคคลในพื้นที่ เนื่องจากจะเข้ามาช่วยผลักดันให้เกิดการดำเนินงานได้อย่างครอบคลุมและเข้าถึงการทำกิจกรรมร่วมกับประชาชนได้มากกว่าบุคลากรในส่วนระดับอำเภอ โดยสามารถชักชวนบุคคลที่เป็นแกนนำหลักที่สำคัญในพื้นที่ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชนมาเข้าร่วมดำเนินงานได้ แต่ก็พบว่า บริบทของการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ใน 2 พื้นที่ ไม่เหมือนกัน เนื่องจากมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่เข้าไปรับนโยบายดำเนินงานที่แตกต่างกัน คือ ในส่วนของพื้นที่แรก จะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการปัจจัยเสี่ยงเฉพาะประเด็นสุรา ยาสูบ และสารเสพติด โดยแต่งตั้ง

บุคคลที่เป็นตัวแทนจากหน่วยงานที่แก้ปัญหาโดยตรง จึงช่วยส่งเสริมให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แต่อีกพื้นที่ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ที่มีบทบาทในการแก้ปัญหาหลาย ๆ ประเด็นของพื้นที่ อาจจะทำให้การแก้ปัญหาไม่เฉพาะเจาะจงเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบข้อดีที่เป็นปัจจัยนำเข้าที่จะช่วยส่งผลให้การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในพื้นที่ประสบความสำเร็จอย่างเห็นได้ชัดเจน คือ ทุนทางสังคม ซึ่งประกอบไปด้วย บุคลากรและหน่วยงานในภาคประชาสังคม ที่เข้าร่วมดำเนินงานแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ ในพื้นที่อย่างเข้มแข็ง รวมทั้งความร่วมมือทางด้านวิชาการจากหน่วยงานสถาบันทางการศึกษาในพื้นที่ ที่เข้ามามีบทบาทส่งเสริม พัฒนาทักษะความรู้ทางด้านวิชาการให้แก่คณะกรรมการฯ ผู้รับผิดชอบโครงการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

มิติด้านกระบวนการ จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ (พขอ.) และคณะกรรมการกองทุนตำบล มีลักษณะการดำเนินงานร่วมกัน ในแบบการสนับสนุน ส่งต่อข้อมูล และร่วมกันดำเนินงาน ด้วยวิธีการแต่งตั้งกรรมการร่วมกัน จัดประชุมหาปัญหาแนวทางการแก้ปัญหา และกำหนดเป้าหมาย แผนงานและโครงการร่วมกัน ดังนั้น จึงควรจัดให้มีเวทีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอ ระหว่างคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ และภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการทุติยภูมิอย่างต่อเนื่อง (ประดิษฐ์ สุขพัฒนศรีกุล ,2560) และมีการประสานกับหน่วยงานอื่น ๆ ในภาคีเครือข่ายในด้านการใช้ทรัพยากร ด้านคน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี ฐานข้อมูลร่วมกัน สำหรับตัวอย่างกิจกรรมที่เห็นได้ชัดเจน คือ กิจกรรมเข้าค่ายบำบัดผู้ติดยาเสพติดในระดับอำเภอซึ่งจะเห็นได้ว่า เป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินงานและใช้ทรัพยากรร่วมกันจากหลาย ๆ ภาคส่วนอย่างชัดเจน เช่น จากหน่วยงานสาธารณสุข ฝ่ายปกครองในระดับตำบล ระดับอำเภอ ฝ่ายทหาร ตำรวจ ครูจากสถาบันสถานศึกษาในพื้นที่ หน่วยงานภาคประชาชน ผู้นำชุมชน หน่วยงานของภาคประชาสังคม และเกษตรอำเภอ เป็นต้น แต่จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จะมีการรับรู้บทบาทของตนเองเกี่ยวกับการดำเนินงานแผนงานและโครงการ ว่าตนไม่ได้มีหน้าที่หลักในการจัดทำแผนงานและโครงการ แต่มีหน้าที่ร่วมกำหนดนโยบาย จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จัดทำสรุปแผนงานและโครงการพิจารณางบประมาณที่ผ่านการสนับสนุน แล้วนำมาชี้แจงให้แก่คณะกรรมการกองทุนตำบล ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพและประชาชนที่เขียนโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณในการแก้ปัญหา รวมทั้งมีบทบาทในการดำเนินงานจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพในการเป็นทีมพี่เลี้ยง ช่วยเหลือการดำเนินงาน รวมทั้งประสานความร่วมมือให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันในการจัดทำแผนงานและโครงการ ของภาคีเครือข่ายในชุมชนให้เข้ามามีส่วนในการดำเนินงานตามกลไกในแต่ละระดับ ต่อไปซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ ตามแนวคิดการจัดการกลยุทธ์ ตามกลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จะเห็นได้ว่า ทุกขั้นตอนจะมีส่วนร่วมการทำงานทั้งในระดับตำบลและระดับอำเภอ เช่น ในขั้นตอนการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ จะพบว่า คณะกรรมการฯ ในระดับอำเภอ

และตำบล จะมีการร่วมวิเคราะห์นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ เพื่อร่วมค้นหา ปัญหา จัดลำดับและแนวทางแก้ปัญหา แต่เป็นเฉพาะกลุ่มคณะกรรมการฯ ส่วนน้อยเท่านั้น และในส่วนของขั้นตอนการวางแผนกลยุทธ์ จะเป็นขั้นตอนที่มีการเข้าร่วมค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในกระบวนการประชุมชี้แจงบทบาทหน้าที่ ชี้แจงเป้าหมายการดำเนินงาน และสรุปผลการดำเนินงาน จะสังเกตได้จากการที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพพระดับตำบล (พชต.) จัดประชุมทำแผนงานและโครงการทุกครั้งจะเชิญคณะกรรมการ พชอ. เข้าร่วมเสมอ นอกจากนี้ยังมีในด้านของการสนับสนุนจัดสรรทรัพยากรด้านความรู้และฐานข้อมูลร่วมกันในระดับอำเภอและตำบล อีกด้วย ส่วนในขั้นตอนการปฏิบัติตามกลยุทธ์พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จะมีการดำเนินงานสนับสนุน สร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน และจัดกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะให้แก่คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลอย่างสม่ำเสมอ และสำหรับขั้นตอนการประเมินตามกลยุทธ์จะเป็นขั้นตอนที่มีการร่วมดำเนินงานกันอย่างเห็นได้ชัดเจน คือ มีการลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันระหว่างคณะกรรมการ พชอ. และคณะกรรมการกองทุนตำบล รวมทั้งมีการบรรจุมาระการประชุมเกี่ยวกับแผนงานและโครงการด้านปัจจัยเสี่ยงฯ ของกองทุนฯ ลงในวาระการประชุมของคณะกรรมการ พชอ. เป็นต้น

มิติด้านผลลัพธ์ พบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยส่วนใหญ่จะประกอบ ด้วย 3 ส่วนหลัก ๆ ด้วยกัน ได้แก่ 1) คน ซึ่งก่อเกิดบุคคลต้นแบบ ที่มหาวิทยาลัย และอาสาสมัคร 2) ระบบหรือกลไก จะเกิดแผนการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ และกลไกของการแก้ปัญหาทั้งในด้านการใช้จ่ายงบประมาณ และการสร้างนวัตกรรม หรือต้นแบบในการแก้ปัญหา 3) สิ่งแวดล้อมจะเห็นได้ว่า มีการเกิดหน่วยงานราชการ หมู่บ้านต้นแบบ สถานศึกษาสีขาว ที่ปราศจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด โดยผลลัพธ์ ทั้งหมดเหล่านี้ ล้วนสอดคล้องกับรายละเอียดของกิจกรรม แผนงานและโครงการ เป้าหมาย ขบวนการดำเนินงาน ที่วางไว้ตั้งแต่ต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่า หากภายในพื้นที่มีการประสานงานความร่วมมือกันทั้งในระดับอำเภอและตำบล เพื่อร่วมกันวางแผนจัดทำแผนงานและโครงการเพื่อแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ อย่างเข้มแข็งและครอบคลุมประเด็นปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ จะช่วยทำให้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ ในพื้นที่ลดลงได้ในที่สุด

10.3 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรมีการส่งเสริมให้มีการจัดทำแผนงานและโครงการ เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสารเสพติดในพื้นที่ให้มากขึ้น
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรทำการผลักดันให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพ มีการบันทึกข้อมูลการพัฒนาแผนงานและโครงการ การติดตามโครงการในเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบลภาคใต้ให้มากขึ้น เนื่องจากปัจจุบันมีการบันทึกข้อมูลจำนวนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ควรเชื่อมโยงกลไกการทำงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ เพื่อให้ประชาชนและชุมชนท้องถิ่นมาขับเคลื่อนบูรณาการทรัพยากร งบประมาณของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการร่วมกันแก้ปัญหาในพื้นที่ และเพื่อให้เกิดการผลักดัน แผนงานและโครงการ เพื่อเขียนขอสนับสนุนงบประมาณจากเงินกองทุนฯ ต่อไป

4. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรมีการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน การรับรู้บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านแผนงานและโครงการ ในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น

10.4 ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเก็บข้อมูลในภาคตัดขวาง ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและยาเสพติดในพื้นที่ในลักษณะการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) หรือ นำรูปแบบ (model) ที่ได้ในครั้งนี้นำไปศึกษาต่อยอดในลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณ์ ชุนล็ก. 2016. The participation of the development of district health system operation among health personnel in At Samat district health learning management network, Roi Et Province; การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานระบบ สุขภาพ อำเภอของบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายจัดการ. *วารสาร ทันตภิบาล (Thai Dental Nurse Journal)*, 27(1), 77-91.
- กฤษดา แสงดี และคณะ.2559. การศึกษาการเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการ ระบบสุขภาพ อำเภอ นิพนธ์ต้นฉบับ Original Article .*วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25 (5), 854-864.
- เกษม คนไว. 2556. การจัดทำแผนพัฒนาสามปีที่สุดคคลัง กับความต้องการ ของประชาชน ในเขต องค์การบริหารส่วนตำบลนาสะเม้ง อำเภอตอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. *วารสาร บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัย ราชภัฏ สกลนคร (Sakon Nakhon Graduate Studies Journal)*, 10(50), 133-140.
- จรรุวรรณ ชิโพธิ์, ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว, และ ธีรยุทธ อุดมพร. 2560. การพัฒนารูปแบบการสร้างการ มี ส่วนร่วม ของชุมชน ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกัน สุขภาพ ในระดับท้องถิ่น เทศบาล ตำบล โนนแดง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสาร การ พยาบาล การ สาธารณสุข และ การ ศึกษา (Nursing Public Health and Education Journal)*, 18(1), 80-91.
- ดรชนี สระบัว. 2556. การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการจัดทำแผนชุมชน ขององค์การบริหารส่วน ตำบล ชะแมบ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสาร วิชาการ มทร. สุวรรณภูมิ (RMUTSB ACADEMIC JOURNAL)*, 1(1), 61-68.
- ทัศนีย์ พานพรหม. 2557. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุน สุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 23(1), 6-14.
- นงลักษณ์ พวงมาลัย, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ, ทิวดี มณีโชติและสมใจ นกดี. 2559. การพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารวิจัย และพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*.11(1), 349-361.

- นพดล พรหมรักษา. 2559. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหาร กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่. *วารสาร ความ
ปลอดภัย และสุขภาพ. 9(32)*, 31-43.
- นายมนตรี สิงห์สุวรรณ. มปป.การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning) ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
www.sec.psu.ac.th/kdb/get_file.php?kdb_id=montr130802094615&file_id=1
(สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2561).
- เนื่อแพร เล็กเพื่องฟู, ณัฐ ธารพานิช, กิจวัตร ทาเจริญ, สุขใจ ว่องไวศิริวัฒน์ และนพพล วิทย์วรพงศ์
2558. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภาคใต้ 2558. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- ประดิษฐ์ สุขพัฒนศรีกุล.2560. ศึกษาผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ : กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอ
เขาพนม จังหวัดกระบี่.*วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้. 31(2)*, 41-47.
- ประทีป ธนกิจเจริญ. 2556. ถอดบทเรียนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
www.govesite.com/sasukyaso/document.php?fid=201401062235490aFR31s.
(สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2561).
- ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, มานพ คณะโต และกิตติมา โมะเมน. 2556. การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับ
อำเภอ. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 1(3)*, 17-28.
- ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัย <http://www.thaigoodview.com/node/52146>
(สืบค้นเมื่อ 16 สิงหาคม 2561).
- พงศ์เทพ สุธีรัฐฉ. 2559. การติดตาม สนับสนุนและประเมินผลโครงการ,สงขลา : สถาบันการจัดการ
ระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พิมพ์เพ็ญ พรเฉลิมพงศ์ และ นิธิยา รัตนานนท์. มปป. ศูนย์เครือข่ายข้อมูลอาหารครบวงจร
[http://www.foodnetworksolution.com/wiki/word/3220/%E0%B8%AA%E0%B8%
%B8%E0%B8%A3%E0%B8%B2](http://www.foodnetworksolution.com/wiki/word/3220/%E0%B8%AA%E0%B8%
%B8%E0%B8%A3%E0%B8%B2) (สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2562).
- ไพบุลย์ ลักษณะกุล. 2556. การพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการจัดการ
อำเภอสุขภาพดี กรณีศึกษา อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง.*วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม. 16*
(ฉบับพิเศษ), 3-14.

- ภูดิท เตชาติวัฒน์, พัชรินทร์ สิริสุนทร, ศิวีไลซ์ วรรณรัตน์จิตรและนิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์. 2555. ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ใช้แผน ที่ทางเดินยุทธศาสตร์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 26(3), 1-15.
- มัญทนา อินทรสุภา. 2560. การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของ คณะกรรมการ กองทุนหลักประกัน สุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอ ท่าแซะ จังหวัด ชุมพร. *วารสาร บัณฑิต ศึกษา มหาวิทยาลัย ราชภัฏ สอนสุนันทา*, 1(2), 59-72
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. 2560. เอกสารประกอบการอธิบาย (ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2560. สำนักงานบริหาร ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด นนทบุรี, พิมพ์ครั้งที่ 1.
- รัฐวัชร พัฒนจิระรุ่งน. 2557. ทฤษฎีระบบ System Theory
<http://poundtv5.blogspot.com/2014/10/system-theory.html> (สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2561).
- รุ่งเรือง แสนโกษา, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และ สมเจตน์ ภศุรี. 2557. รูปแบบการ บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการ สุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และ กาฬสินธุ์). *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรม ราชูปถัมภ์*. 8(2), 200-216.
- ศิริภาณี ศรีหาภาค, วัชร อมรโรจน์วรวุฒิ, สุพจน์ แก้วบุตดี, สมใจ เจียรพะพงษ์, ณรงค์ คำอ่อน, และ ธาณี กล่อมใจ. 2561. การเรียนรู้เสริมสมรรถนะ การบริหารจัดการระบบ สุขภาพ อำเภอ โดย ใช้ บริบทเป็น ฐาน: ศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น. *Journal of Phrapokkiao Nursing College*, 27(1), 179-188.
- ศิริวรรณ ทুমเชื้อ, นพวรรณ ศิริเขตต์, อุษา จันทร์ขวัญ, พรพรรณ พุ่มประยูร, ณิชฐ์นรี คำ อูไร, พัทธินยา เชียงตา. 2560. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอในการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น : กรณีศึกษา อำเภอบ้านหมอ จังหวัด สระบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27, 172-183.

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และ ปวีณา บัณฑิตประจักษ์. มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อ
การควบคุมยาสูบ. 2561. รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561.
กรุงเทพมหานคร : เจริญดีมีนคังการพิมพ์.

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์และปวีณา บัณฑิตประจักษ์. 2559. สถานการณ์การ
ควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559. มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์วิจัยและ
จัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, กรุงเทพมหานคร : เจริญดีมีนคังการพิมพ์, พิมพ์ครั้งที่ 1.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง
เสริมสุขภาพ (สสส.) สรุปการประชุม “ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการด้านการควบคุม
ยาสูบและพัฒนาโครงการขับเคลื่อนจังหวัดปลอดบุหรี่ภาคใต้” วันที่ 21 พฤษภาคม 2556
ณ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา”

สถาปณารูปแห่งชาติ. 2558. รายงานสรุป ระบบบริการสุขภาพ ระบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน
ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ระบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพ.
สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการ สถาปณารูป : สำนัก
การพิมพ์ กรุงเทพมหานคร.

สร้อยณี อู่เสี้ยนยาง,ดร.คณน ไตรจันทร์และดร.อิศรัฎฐ์ รินไธสง. 2559. สุขภาพองค์การขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่ภาคใต้ประเทศไทย: การทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของ
โมเดลตามบริบทวัฒนธรรม.วารสารการจัดการสมัยใหม่. 14(2), 115-128.

สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย. (2562). รายงานสถานการณ์ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย
ประจำปี พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มปป. แผนงานควบคุมการ
บริโภคยาสูบ ปี 2560-2564 , 197-222.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. 2560. แผนปฏิบัติการ
ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2560.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. มปป. คณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) แนวทางการดำเนินการ
บนพื้นฐานของการเชื่อมโยงระหว่างหลักการกับการสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์
จากพัฒนาการและการดำเนินการใน 73 พื้นที่ สู่การขยายผลเป็น 200 พื้นที่.

- สำนักบริหารการสาธารณสุข. 2557. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 1-32.
- สุจิตรา สายแก้ว และ พรทิพย์ คำพอ. 2556. การพัฒนาศักยภาพ ของคณะกรรมการ กองทุนหลักประกัน สุขภาพในการพัฒนาการ วางแผน อย่างมีส่วนร่วมกองทุน หลักประกันสุขภาพเทศบาล ตำบลหนองบัวลาย อำเภอบัวลาย จังหวัด นครราชสีมา. *วารสาร วิจัย สาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น KKU Journal for Public Health Research*, 6(3), 55-65.
- สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร. มปป. การบำบัดรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ SMOKING-CESSATION THERAPY. เอกสารคำสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 กระบวนวิชาระบบ ทางเดินหายใจ (RESPIRATORY SYSTEM).
- อรทัย ศรีทองธรรมและอุบลศรี บุคดา. 2559. กระบวนการพัฒนานโยบายการป้องกัน ควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ขององค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่สำนักงาน หลักประกันสุขภาพ เขต 10 อุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*. 14(14), 53-67.
- อัชกรณั วงศ์ปรีดี. 2558. ความพร้อมของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการด้านสุขภาพ กรณีศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนใน ประเทศไทย Local Communities' Preparedness for Health Management: A Case of Local Administrative Organizations in the Upper Northeast in Thailand. *วารสารการบริหารท้องถิ่น*. 8(1), 1-15.
- อัษฎาพงษ์ สีมานอก. มปป. ชุดกิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมมือเทคนิค STAD เรื่อง ความปลอดภัยในชีวิต เล่มที่ 1 ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงและแนวทางป้องกัน ความเสี่ยงต่อสุขภาพ. สำนักการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม องค์การบริหารส่วน จังหวัดนครราชสีมา กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย.

อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, ธารินทร์ เพ็ญวรรณ, ธนัย เกตวงกต, อภิญา เลหาประภานนท์, และรัตติยา อักษรทอง.2561.รายงานฉบับสมบูรณ์ การประเมินนโยบายกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 11 เพื่อสนับสนุนการดำเนินนโยบายในระยะถัดไป. Assessment of community health fund, Public Health Region 11, to support the next phase of policy making.วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.),1-114

อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร และสาวิตรี อัจฉนาภรณ์ชัย. 2559. ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในประเทศไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Antonio Dans. 2011. The rise of chronic non-communicable disease in southeast Asia. Lancet ; 337: 680-89. www.thelancet.com.

Pauline Barnett ,Clare Clayden. 2007. Health Reforms 2001 Research Project Report No. 2 GOVERNANCE IN DISTRICT HEALTH BOARDS On Behalf of the Health Reforms 2001 Research Team August 2007, www.vuw.ac.nz/hsrc Or from Maggy Hope maggy.hope@vuw.ac.nz. Published By Health Services Research Centre Victoria University of Wellington.

Sirisri, R., & Kenaphoom, S. 2017. Performance role of the Village Committee in Maung Nong Khai District, Nong Khai. วารสาร สันติ ศึกษา ปรีทรรศน์ ม จร (Journal of MCU Peace studies), 5(1), 42-50.

Stephen Walker.2013. Model Financial Statements Te Motu District Health Board 2012-13 Model financial statements for a District Health Board prepared under New Zealand equivalents to International Financial Reporting Standards. April 2013 version 2.0 Audit New Zealand St Paul's Square 45 Pipitea Street Wellington.

WHO and the Ministry of Health, New Zealand. 2012. Health Service Delivery Profile New Zealand.

WHO.2009. Risk factors. Global health risks,http://www.who.int/topics/risk_factors/en/

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายงานผลงานที่ตีพิมพ์และการประชุมวิชาการ



การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องงานพลังการก้าวข้ามขีดจำกัดเพื่อภาคใต้แห่งความสุข 2562
วันที่ 5-7 สิงหาคม 2562 ณ โรงแรมนิภาการ์เด้น อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และ สารเสพติด ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE ในเขตสุขภาพที่ 11

Health Risk Management for Alcohol, Tobacco and Substance Abuse of the District Health
Board Under the UCCARE Framework in Health Region 11

นางเยาว์ ชิดวรรณ¹ และ ซอเฟียะห์ นิมะ²

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) ที่อยู่: ชั้น 10 อาคาร 1 ตึกทรัพยากรการเรียนรู้
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา รหัสไปรษณีย์ 90110
อีเมล: ¹yao0908712854@gmail.com, ²sophienima@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจาก สุรา ยาสูบ และสารเสพติด ตามแนวทาง UCCARE ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในเขตสุขภาพที่ 11 ผู้ให้ข้อมูล เป็นตัวแทนจาก พชอ. และภาคีเครือข่ายที่ดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช และเครือข่ายสุขภาพ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร จำนวน 27 คน โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด ระหว่างเดือนพฤษภาคม-เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า พชอ. มีการดำเนินงานตามกรอบ UCCARE 6 ประการดังนี้ 1) การทำงานเป็นทีม ประกอบด้วยสมาชิกที่ข้ามสายงานจำนวน 21 คน ที่ร่วมกันออกแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพฯ 2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย เป็นขั้นตอนที่ พชอ. รับฟังปัญหา สร้างสัมพันธ์ภาพ ประเมินความพึงพอใจและมีการใช้ข้อมูลจากประชาชนในพื้นที่มาพัฒนาแผน และโครงการ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย มีช่องทางที่สำคัญ เช่น การประชุมประจำเดือนเพื่อจัดลำดับก่อนหลังของปัญหาให้ตรงตามความต้องการของชุมชน 4) การชื่นชมและให้คำชม มีการประกาศรางวัลเชิดชูเกียรติในชุมชนต้นแบบที่มีแนวปฏิบัติที่ดีและบุคคลต้นแบบที่สามารถลด ละ และ เลิกได้ 5) การแบ่งปัน ทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร มีการใช้และพัฒนาทรัพยากรร่วมกันในหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น กลุ่มวิชาชีพ สถาบันการศึกษาและวิชาการ และ 6) การให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทและความจำเป็น มีการจัดระบบการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันในชุมชนให้บรรลุผล โดยการบูรณาการทำงานในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ

สรุปและเสนอแนะ ในระยะเริ่มต้นของการดำเนินงาน พชอ. มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพตามกรอบ UCCARE อย่างไรก็ตาม พชอ. ควรมีการดำเนินงานอย่างมืออาชีพโดยอาศัยระบบที่เลี้ยงเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการที่ก้าวหน้าต่อไป

คำสำคัญ การจัดการ, ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ, พชอ., แนวทาง UCCARE

Abstract

The purpose of this descriptive research was to investigate the health risk management of alcohol, tobacco, and substance abuse by the district health boards (DHBs) under the UCCARE framework in the health region 11. The data was collected by using opened questionnaires in 27 key stakeholders from the DHBs and the health risks management networks of Chawang, Nakhon Si Thammarat and Sawee, Chumphon during May-July 2019. The data was then analyzed by the descriptive statistics and thematic analysis.

Results: DHBs were performed their tasks in 6 dimensions of the UCCARE as follows: 1) *Unity Team:* DHBs were comprised cross-functional up to 21 members which were responsible for providing health risk management services in their districts. 2) *Customer Focus:* this process encompassed the ways in which the DHBs listened to the voice of local people, built relationships, determined the level of satisfaction, and used health risk information to identify and act on opportunities for a plan or project improvement. 3) *Community participation:* DHBs have demonstrated their channels for the collective involvement of local people in assessing and prioritizing their needs and organizing strategies to meet those needs in a monthly meeting. 4)



การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องสถานพลังการก้าวข้ามขีดจำกัดเพื่อภาคได้แห่งความสุข 2562

วันที่ 5-7 สิงหาคม 2562 ณ โรงแรมนิภาการีเต็นท์ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Appreciation: an appreciating culture was mentioned in many ways such as the best practice awards for health risk management and good role model in persons who quitted. 5) *Resource sharing and human development:* DHBs were shared value to all relevant stakeholders in the health workforce area, including public and private sector employers, professional associations, education and training institutions. 6) *Essential care:* DHBs worked for surveillance, prevention and control to ensure that the health risk problems were seamless and integrated into all health services to achieve in health outcomes.

Conclusion and suggestion: At a preliminary phase, the finding presented that the DHBs have played a vital role in health risk management under UCCARE framework. However, they need to show a sense of professional social responsibility in health improvement by occupied with a mentor or a coaching team to advance in the management model.

Keyword: Management, Health Risk, District Health Board, UCCARE Framework

1. บทนำ

ในปัจจุบัน พบว่า ระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลกและของประเทศไทยกำลังเผชิญสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและหลากหลาย ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนเกิดจากสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพเป็นสำคัญ โดยเฉพาะการใช้สารเสพติด การบริโภคสุราและยาสูบ โดยจะส่งผลให้มีแนวโน้มการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เกิดการเจ็บป่วย พิการ ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยจะส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ จากสถานการณ์ ในระดับประเทศมีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 32.3 หรืออาจกล่าวได้ว่า 1 ใน 3 ของคนไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา [1] ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดอุบัติเหตุ และการก่ออาชญากรรม และในปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 11.4 ล้านคน (ร้อยละ 20.7) [2] ส่วนสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด ประเทศไทยยังคงประสบกับปัญหานี้ จะเห็นได้จาก สถิติการจับกุมยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดชายแดน ร้อยละ 56.59 ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งของยาเสพติดทั่วประเทศ [3] ในระดับภาคใต้ พบว่า เขตสุขภาพที่ 11 มีสัดส่วนของนักดื่มเพศชายถึงร้อยละ 37.8 เทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศที่ร้อยละ 53.0 โดยเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรวัยรุ่นทั้งหมดในภาค และเคยประสบอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับร้อยละ 14.2 สูงกว่าภาพรวมของประเทศที่ร้อยละ 8.0 ส่วนยาเสพติด ในเขตสุขภาพที่ 11 พบมีการแพร่ระบาดสูงทั้งยาบ้า พิษกระท่อม และไอซ์ ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดชุมพร จังหวัดภูเก็ต และจังหวัดกระบี่ ตามลำดับ

การดำเนินงานที่ผ่านมา มีกลไกที่สำคัญ คือ กลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยรูปแบบการ

ดำเนินงาน จะอยู่ในลักษณะที่วิเคราะห์สถานการณ์ในบริบทพื้นที่เพื่อหาปัญหา ปัจจัยเสี่ยง มาวางแผนปฏิบัติงาน ดำเนินงาน เพื่อจัดทำแผนงาน โครงการสำหรับแก้ปัญหา ติดตามและประเมินผลโครงการ ถึงแม้จะมีการดำเนินงานมาในระยหนึ่งแล้วแต่ก็พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของกลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ทำให้การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดไม่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ ด้านการชี้แจงประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจการดำเนินงานกองทุน ด้านการทำข้อตกลงกองทุน เป้าหมายการดำเนินงานกองทุนไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ของจังหวัด การบริหารจัดการบางแห่งยังไม่เป็นรูปธรรม ขาดการประสานความร่วมมือที่ดี ขาดการทำงานเป็นทีม บุคลากรสาธารณสุขของฝ่ายท้องถิ่นไม่มีความรู้ความเข้าใจด้านการจัดการงบประมาณ ทำให้การเบิกจ่ายงบประมาณล่าช้า ขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโครงการ ขาดเจ้าภาพหรือผู้รับผิดชอบแผนงาน โครงการที่ชัดเจน จึงทำให้แผนงาน โครงการของกองทุนตำบลด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติดในบางพื้นที่ มีจำนวนน้อยไม่สามารถแก้ปัญหาได้ครอบคลุมรวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่สอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้ เนื่องจากขาดการประเมินผลและติดตามผลการดำเนินงานโครงการอย่างต่อเนื่อง [4]

ส่วนกลไกที่สำคัญอีกกลไกหนึ่งคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะมีบทบาทในการสนับสนุนและติดตาม ประเมินผลการดำเนินการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอ รวมถึงประสานงานกับทุกภาคส่วนในการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ พิจารณาเห็นชอบแผนและงบประมาณ จัดทำและนำทรัพยากรต่าง ๆ จากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ภายในอำเภอมาใช้ร่วมกัน ทำให้เกิดแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมเรียนรู้อย่างเป็นระบบ



การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องสานพลังการก้าวข้ามขีดจำกัดเพื่อภาคใต้แห่งความสุข 2562 วันที่ 5-7 สิงหาคม 2562 ณ โรงแรมนิภาการ์เด้น อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง การทำงานในรูปแบบของเครือข่ายที่เน้นกระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ทำให้เกิดการสานพลังของเครือข่ายในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงจากสุรายาสูบ และสารเสพติด ซึ่งจะทำให้ระบบสุขภาพอำเภอมีความเข้มแข็งในการดำเนินงาน [5]

อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังขาดการเชื่อมโยงหรือบูรณาการความร่วมมือระหว่างสองกลไกข้างต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาถึงกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีบทบาทในการผลักดันการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และสารเสพติด ตามแนวทาง UCCARE ในเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อให้มีการจัดทำแผนงานโครงการ และแผนยุทธศาสตร์ระดับพื้นที่ เกี่ยวกับด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและสามารถนำแผนมาใช้แก้ปัญหาได้อย่างครอบคลุมต่อไป

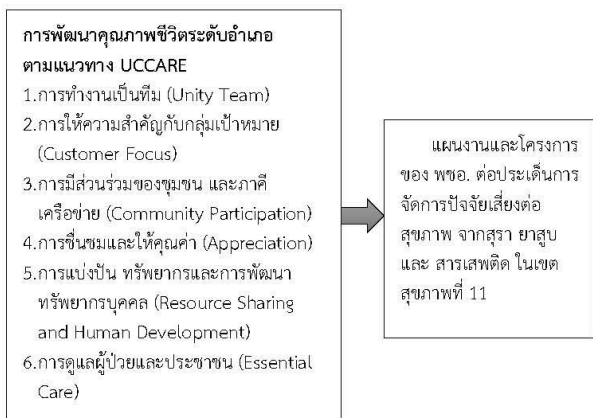
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจาก สุรายาสูบ และ สารเสพติด ตามแนวทาง UCCARE ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในเขตสุขภาพที่ 11

3. วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ซึ่งมีรายละเอียด วิธีการดำเนินการวิจัยภายใต้กรอบแนวคิดของระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) ตามองค์ประกอบ UCCARE ดังแสดงในรูปที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

3.1 ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแผนงานโครงการของกองทุนตำบล คือ คณะกรรมการกองทุนตำบล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร และเครือข่ายสุขภาพอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 27 คน จากการสมัครใจเข้าร่วมให้ข้อมูล ซึ่งจะประกอบไปด้วย ดังนี้

- 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ครู ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ตัวแทนภาคประชาชน
- 2) คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล จำนวน 8 คน
- 3) ภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านปัจจัยเสี่ยง/ที่เลี้ยง จำนวน 4 คน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน

คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล

1. เป็นบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งอยู่ในคำสั่งคณะกรรมการกองทุนตำบล และเป็นบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งอยู่ในคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ที่ศึกษา
2. มีประสบการณ์ด้านการทำงานในระบบสุขภาพระดับตำบล และอำเภอ
3. มีความรู้เกี่ยวกับแผนงาน โครงการ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และแผนงานยุทธศาสตร์ระดับตำบลและอำเภอ

3.2 พื้นที่ศึกษา การเลือกพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ใช้

วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยเลือกจังหวัด ในพื้นที่เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 11 คือ เครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร และเครือข่ายสุขภาพอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ดังต่อไปนี้

1. คัดเลือกอำเภอ และตำบลที่เป็นพื้นที่ที่มีความโดดเด่นด้านการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีทีมคณะกรรมการที่มีความเข้มแข็ง ร่วมมือ ร่วมใจในการดำเนินงานจังหวัดละ 1 อำเภอ และ 1 ตำบล โดยเป็นพื้นที่ที่ศึกษา จำนวน 1 แห่ง และพื้นที่ที่มีบริบทของการดำเนินงานใกล้เคียงกัน จำนวน 1 แห่ง
2. พื้นที่ที่ศึกษา คือ เครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร เป็นพื้นที่ที่มีการกำหนดแผนงาน โครงการ ด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบและสารเสพติดครบทั้ง 3 ประเภทของแผนงานในปี 2561 และ 2562 ซึ่งข้อมูลได้จากเว็บไซต์ของกองทุนหลักประกัน



การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องงานพลังการก้าวข้ามขีดจำกัดเพื่อภาคใต้แห่งความสุข 2562

วันที่ 5-7 สิงหาคม 2562 ณ โรงแรมนิภาการ์เด้น อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ กองทุนสุขภาพตำบล
<https://localfund.happynetwork.org/>

3. เป็นพื้นที่ที่มีการบริหารจัดการแผนงาน/
 โครงการ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่มี
 ประสิทธิภาพ

4. เป็นพื้นที่ที่มีเครือข่ายประชาสังคมที่เข้มแข็ง
 และได้มีการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข

5. เป็นพื้นที่ที่เป็นต้นแบบด้านการดำเนินงาน
 ด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสาร
 เสพติด

3.3 ระยะเวลาในการศึกษา

ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือน พฤษภาคม-กรกฎาคม
 2562

3.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านปัจจัยเสี่ยงจากสุรา
 ยาสูบและสารเสพติด ศึกษาเกี่ยวกับแผนงาน/โครงการด้าน
 การดำเนินงานด้านจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา
 ยาสูบและสารเสพติด ในเครือข่ายปัจจุบันเป็นอย่างไรและ
 แผนงานโครงการที่ควรจะเป็นว่าเป็นในลักษณะใด และศึกษา
 บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอว่า
 มีส่วนในการผลักดันให้เกิดแผนงาน/โครงการ ด้านการจัดการ
 ปัจจัยเสี่ยงตามแนวทาง UCCARE อย่างไรบ้าง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสรุปผลข้อมูลการดำเนินงานและเครื่องมือ
 ประกอบที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่อง
 บันทึกเสียง สมุดบันทึก ดินสอ ปากกาสำหรับจดบันทึก
 บรรยากาศและคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล โดยจะมี
 รายละเอียดดังต่อไปนี้

แบบสอบถามปลายเปิด ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมด 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการ
 ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด จำนวน
 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามบทบาท หน้าที่การ
 ดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
 ตามแนวทาง UCCARE มีทั้งหมด 14 ข้อ

ส่วนที่ 4 รายละเอียดของแผนงานโครงการ ใน
 ระดับอำเภอวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช และอำเภอสวี
 จังหวัดชุมพร เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาด้าน
 ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด จำนวน
 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 เป็นส่วนแสดงความคิดเห็น ปัญหาและ
 ข้อเสนอแนะของภาพรวมในการจัดทำแผนงานโครงการ
 จำนวน 4 ข้อ

4.1 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content
 Validity) ด้วยการหาค่า IOC : Index of item objective
 congruence ของผู้เชี่ยวชาญจากการให้ผู้เชี่ยวชาญ
 ตรวจสอบแบบสอบถามการวิจัยเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงของ
 แบบสอบถาม หรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ
 วัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา ดูในความชัดเจนของข้อความ
 ตรวจสอบภาษาที่ใช้ โดยมีผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คือ
 อาจารย์ประจำหลักสูตรการจัดการระบบสุขภาพ ของ
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จำนวน 1 ท่าน ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ
 ด้านวิจัยคุณภาพ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับคณะกรรมการ
 พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์
 ผู้เชี่ยวชาญด้านแผนงาน โครงการปัจจัยเสี่ยง สุรา ยาสูบและ
 สารเสพติด จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะที่
 ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสม หลังจากได้
 แบบสอบถามที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดีแล้ว จึงนำไปใช้ในการ
 เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

5. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย
 ใช้แบบสอบถามปลายเปิด มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมดังนี้
 คือ

1) นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ปรับปรุงแก้ไข
 เรียบร้อยแล้ว เพื่อขอพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย
 ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในคนจากสถาบันการจัดการ
 ระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ EC
 013/61

2) จัดทำหนังสือแนะนำตัวจากสถาบันการจัดการ
 ระบบสุขภาพภาคใต้ ถึง เครือข่ายสุขภาพอำเภอแต่ละพื้นที่
 ศึกษา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย
 เพื่อที่จะได้ทำการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ

3) เข้าพบปะแนะนำตัวต่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อขอ
 อนุญาตในการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้แนะนำตัว ซึ่งแจ้ง
 วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
 เพื่อที่จะทำให้เกิดการไว้วางใจ พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม
 ตัวอย่าง และขออนุญาตใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล

4) ลงพื้นที่จัดเก็บแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง ที่
 เป็นคณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล และ
 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ
 ภาศึเครือข่ายที่ทำงานด้านปัจจัยเสี่ยง/พีเสี่ยง พร้อมทั้งร
 การตอบกลับเพื่อนำมาวิเคราะห์ สรุปผลข้อมูล ต่อไป



การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องงานพลังการก้าวข้ามขีดจำกัดเพื่อภาคใต้แห่งความสุข 2562 วันที่ 5-7 สิงหาคม 2562 ณ โรงแรมนิภาการ์เด้น อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

5) หลังจากวิเคราะห์สรุปผลการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทางผู้วิจัยจะดำเนินการ จัดส่งผลงานการวิจัย ไปให้แก่ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ในด้านนี้โดยตรง เช่น บุคลากรที่ดำเนินงานด้านการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่ที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อร่วมพิจารณา ทบทวน และให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ผลการวิจัยในครั้งนี้

6. สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสังเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นการวิจัยที่กำหนดไว้ เกี่ยวกับสถานการณ์การดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง ของกองทุนสุขภาพระดับตำบล ในเขตสุขภาพที่ 11 โดยใช้วิธีการพรรณนา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยมีขั้นตอน คือ นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึก ภาคสนามมาอ่านหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจใน ภาพรวมของข้อมูลที่ได้ และพิจารณาประเด็นที่สำคัญ ไม่ใช้ ความคิดเห็นของผู้วิจัย อ่านทบทวนซ้ำหลาย ๆ ครั้ง จนผู้วิจัย เกิดความเข้าใจ เพื่อที่จะตีความ ซึ่งตรวจสอบความถูกต้อง ของข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) 2 วิธี ได้แก่ ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล และตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล โดยทำการ จัดระบบข้อมูลและจำแนกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ เพื่อให้ เข้าใจง่าย และสามารถนำมาใช้ได้อย่างสะดวก แล้วจึงตั้งชื่อ คำสำคัญ นำหัวข้อสรุปแนวคิดที่มีความหมายคล้ายคลึงหรือ แตกต่างกันมาจัดเป็นกลุ่มหัวข้อสรุป สูดท้ายสังเคราะห์ข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

7. ผลการศึกษา

7.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี มากถึง ร้อยละ 77.78 เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 55.56 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ถึงร้อยละ 40.74 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม เป็นส่วนมากถึงร้อยละ 51.85 คณะกรรมการกองทุนตำบลส่วนใหญ่ มีตำแหน่งเป็น กรรมการ ร้อยละ 77.78 นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนจะมี ตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน และไม่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน มากสูงสุดถึง ร้อยละ 59.26 ส่วน ประสบการณ์การทำงานด้านแผนงาน โครงการ จนถึงปัจจุบัน อยู่ที่ประมาณ 4-5 ปี ร้อยละ 44.44 และเมื่อพิจารณาจำนวน

ครั้งของการจัดประชุมที่มีการจัดทำแผนงานโครงการของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า จำนวน 2-3 ครั้ง/ปี และจำนวนครั้งของการเข้าร่วม ประชุมของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออยู่ระหว่าง 2-3 ครั้ง/ปี เช่นกัน

7.2 สถานการณ์และรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

ข้อมูลสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ พบว่า มีจำนวนผู้ เสพรายใหม่ ที่เป็นเยาวชนอายุไม่เกิน 25 ปี และสตรีเพิ่ม จำนวนมากขึ้น ในกลุ่มอายุ 25-40 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราการ สูบมากที่สุด ร้อยละ 37.38 ในขณะที่อัตราการเลิกบุหรี่ที่เลิก ได้ มากกว่า 6 เดือน ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีเพียง ร้อยละ 15.98 เท่านั้น โดยระดับปัญหาสุราในพื้นที่ ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.94 ปัญหายาสูบ ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.06 และปัญหาเสพติด อยู่ใน ระดับปานกลางถึงขั้นมาก ร้อยละ 40.00 และยังพบอีกว่า งบประมาณโดยรวมที่ใช้ในการควบคุมปัญหาปัจจัยเสี่ยงของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีน้อย จำนวนร้านค้าชุมชนที่ ปฏิบัติตามกฎหมายในการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยังมี น้อย ชุมชนต้นแบบเลิกสุรา ยาสูบ สารเสพติด รวมทั้งจำนวน อาสาสมัครและเครือข่ายคนทำงาน เพื่อการจัดการควบคุม ยาสูบในชุมชนมีไม่ค่อนมาก ประชาชนบางส่วนยังขาดความรู้ และความตระหนักถึงอันตรายของสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ซึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ ร้านค้าไม่ปฏิบัติตามกฎหมายการ จำหน่าย ทำให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย ด้านตัวบุคคล คือเด็ก เยาวชน อยากรอง เพื่อนชักจูง คนในครอบครัวเป็นตัวอย่างที่ ไม่มีมีการใช้สารเสพติด ปัญหาความเครียดจากการทำงาน และค่านิยมของสังคมที่เปลี่ยนไป ขาดความรู้ความเข้าใจที่ ถูกต้องเกี่ยวกับโทษของสุรา ยาสูบและสารเสพติด และไม่มี การออกกฎหมายควบคุมอย่างจริงจัง ซึ่งจะมีหน่วยงานหรือ บุคคลที่เข้าร่วมเกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหา ได้แก่ บุคคลใน ครอบครัว เป็นตัวหลัก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ระดับตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน โรงเรียน ครู ผู้นำชุมชนสร้างสิ่งแวดล้อมที่ไม่ เอื้อต่อการสูบบุหรี่ ทหาร ตำรวจและปกครองท้องถิ่นเข้า มาร่วมสอดส่องดูแลความเรียบร้อยจับกุมดำเนินคดีตาม กฎหมายและนอกจากนี้ยังมีภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อีกมากมาย อาทิเช่น อำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล วัด ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น จะเห็นได้ว่า ปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หลัก ๆ คือ ผลเสีย ต่อสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด มะเร็งตับ ถุงลมโป่งพอง



การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องสถานพลังการก้าวข้ามขีดจำกัดเพื่อภาคใต้แห่งความสุข 2562
วันที่ 5-7 สิงหาคม 2562 ณ โรงแรมนิภาการ์เด็น อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหอบหืด เกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่ เกิดปัญหาทะเลาะวิวาท การลักขโมย และเกิดปัญหาใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว ชุมชน และทาง พชอ. ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ คือ ร่วมผลักดันให้เกิดการดำเนินงาน โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบเพื่อจัดการปัญหาในระดับอำเภอ สร้างภาคีเครือข่าย โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม แบ่งตามบทบาทหน้าที่ ประสานงานกับกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สารวัตร ผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับเครือข่ายทุกภาคส่วนตั้งแต่ในระดับตำบล เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันการดื่มสุรាយาสูบและสารเสพติด มีการจัดประชุมระดมความเห็น ประชุมประจำเดือน/ทำเวทีประชาคมหมู่บ้านเพื่อหาปัญหา สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการจัดโครงการ นอกจากนี้ได้มีการจัดทำฐานข้อมูล ส่งเสริมการให้ความรู้ รวมทั้งจัดสถานที่สำหรับผู้สูบบุหรี่ สร้างการเรียนรู้ร่วมกัน ภายในชุมชน สถานศึกษา วัด สร้างจิตสำนึกในชุมชน มีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้มินิวัดกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เสนอข่าว ประชาสัมพันธ์ทุก ๆ มิติ ในเรื่องแนวทางของการแก้ปัญหาสุรกายาสูบและสารเสพติดในชุมชน

7.3 การวางแผนการดำเนินงาน

ในแต่ละพื้นที่ มีการกำหนดแผนงาน โครงการร่วมกัน ตามประเด็นการแก้ปัญหาในแต่ละด้าน โดยผ่านเวทีประชาคม หรือประชุมคณะทำงาน ดังนี้

ตารางที่ 1 แผนงานโครงการ ด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสุรกายาสูบ และสารเสพติด ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราชและเครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร

ประเด็น	แผนงาน/ โครงการ อ.สวี จ.ชุมพร	แผนงาน/ โครงการ อ.ฉวาง นครศรีธรรมราช
การอบรมให้ความรู้	-อบรมให้ความรู้ ในโรงเรียน ครอบครัว -อบรมให้ความรู้ แก่ผู้นำ เยาวชน	-อบรมเยาวชนให้ ความรู้ในโรงเรียน โดยการอบรมเยาวชน ช่วงปิดภาคเรียนของ ทุกปีโดยการเข้าค่าย 3 วัน/2คืน
รณรงค์/ ประชาสัมพันธ์ สร้างเสริม สุขภาพ	-โครงการรณรงค์ ลด ละ เลิก บุหรี่ สุรกายาสเสพติด -ชวนคนเลิกเหล้า	-โครงการรณรงค์ สร้างสังคมปลอดบุหรี่ และสุรกายา

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเด็น	แผนงาน/ โครงการ อ.สวี จ.ชุมพร	แผนงาน/ โครงการ อ.ฉวาง นครศรีธรรมราช
จัดสิ่งแวดล้อม เพื่อให้อี้อต่อ การป้องกัน ปัญหาสุขภาพ	-วัดสร้างสุข เจ้าอาวาสเป็น ต้นแบบเลิกบุหรี่ -ชวนคนงดเหล้า เลิกบุหรี่ -กิจกรรมร้านค้า ห้ามจำหน่ายสุรกายาสูบในหมู่บ้าน ให้แก่เด็กอายุ ต่ำกว่า 20 ปี -ส่งเสริมสถาบัน ครอบครัวมาร่วมรับรู้ และแก้ปัญหา	-เครือข่ายชุมชน ลด ละ เลิกเหล้า
จัดกิจกรรมที่ เอื้อต่อการ สร้างเสริม/ ป้องกันสุขภาพ	-งดเหล้าเข้าพรรษา -โครงการป้องกันยา เสพติดใน สถานศึกษา -ออกกำลังกายเพื่อ สุขภาพหรือกีฬา ด้านยาเสพติด -ค่ายเยาวชนห่างไกล ยาเสพติด	-โครงการจัดการ เพื่อสุขภาพ การ เลิกบุหรี่ สุรกายา เสพติด ลด ละ เลิก บุหรี่ -โครงการงดเหล้า เข้าพรรษา -จัดการแข่งขันกีฬา ในชุมชน
การคัดกรอง กลุ่มเสี่ยง	-โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่เถิดไท องค์กรราชัน	-ลงพื้นที่คัดกรอง
กิจกรรม ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม/ บำบัดฟื้นฟู	-โครงการบำบัดสาร เสพติดในชุมชน	-ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ด้วยใช้หลัก 3 อ. 2 ส
สร้างต้นแบบ ด้านสุขภาพที่ดี	-บุคคล หมู่บ้าน ต้นแบบ	-แกนนำต้นแบบ การเลิกสุรกายาสูบ



การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องสถานพลังการก้าวข้ามขีดจำกัดเพื่อภาคใต้แห่งความสุข 2562
วันที่ 5-7 สิงหาคม 2562 ณ โรงแรมนิภาการ์เด้น อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

7.4 การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และ สารเสพติด ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE

Unity team : การทำงานเป็นทีม

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการมาจากแต่ละภาคส่วนซึ่งมีจำนวน 21 คน ได้ทำหน้าที่ร่วมประชุม วางแผน ออกนโยบายและกำหนดวิธีการดำเนินงาน โดยอาศัยข้อมูลสถานการณ์ปัญหาที่ได้มาจาก สื่อโฆษณา สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อด้านบุคคล ที่มีการจัดเก็บข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลเพื่อนำมาแก้ปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกในพื้นที่ให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ร่วมกันหลังจากนั้น นำเสนอผลการประเมินตนเองตามแนวทาง UCCARE และสรุปความก้าวหน้าการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ ในเวทีประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แบบบูรณาการ เพื่อวางแผนพัฒนาดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

Customer focus :

การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย

มีกระบวนการพิจารณาประเด็นปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายจำแนกตาม รายเก่า รายใหม่ เพศ และ กลุ่มอายุ โดยอาศัยวิธีการสร้างการรับรู้และค้นหาความต้องการในการแก้ไขปัญหาของประชาชนผ่านช่องทางสื่อสาร ได้แก่ การประชุมประจำเดือน และการประชาสัมพันธ์ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ สื่อสิ่งพิมพ์อื่นๆ อสม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อออนไลน์ ที่ประชุมหมู่บ้าน ที่ประชุมผู้นำชุมชน หรือที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนและที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยสามารถดูได้จากรายงานการประชุม และกิจกรรมที่ดำเนินการของแต่ละพื้นที่

Community Participation :

การมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย

มีการบูรณาการการดำเนินงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยมีการจัดทำเวทีประชาคมหรือจัดประชุมคณะกรรมการ การจัดประชุมวางแผน ร่วมดำเนินโครงการตามแผนงาน การเสนอของบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ร่วมกันติดตามในชุมชน มีการทบทวนและปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงาน มีการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายทุกภาคส่วนในการป้องกันและแก้ปัญหา ได้แก่ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียน ตัวแทนภาคประชาชน อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาคเอกชน สื่อมวลชน ตัวแทนองค์กรหรือตัวแทนจากชมรมต่าง ๆ นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ เป็นต้น

Appreciation : การชื่นชมและให้คุณค่า

โดยมีการจัดประชุมสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ เพื่อร่วมพัฒนาผลการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบและสารเสพติด อย่างต่อเนื่อง โดยมีนายอำเภอชื่นชมและให้คุณค่า พร้อมจัดกิจกรรมเสริมพลัง และนำเสนอผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหา ในเวทีแลกเปลี่ยนเสริมพลังในการตรวจราชการกรณีปกติของกระทรวงภายในเขตสุขภาพของทุกพื้นที่ในแต่ละจังหวัด รวมทั้งมีการประกาศรางวัลเชิดชูเกียรติในบุคคลต้นแบบที่สามารถลด ละ และ เลิกต่อสุรายาสูบและสารเสพติดและสร้างชุมชนต้นแบบที่มีแนวปฏิบัติที่ดี

Resource sharing and human

development : การแบ่งปัน ทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการแก้ไขปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และสารเสพติด ทั้งในด้านคน เงิน เครื่องมือ ความรู้ และเทคโนโลยี รวมทั้งฐานข้อมูลทางด้านสุขภาพ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อบต. เทศบาล ให้การสนับสนุนงบประมาณและสถานที่สำหรับการจัดกิจกรรมแก้ปัญหา เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล สนับสนุนทีมวิทยากรเพื่อให้ความรู้ สนับสนุนเครื่องมือ เทคโนโลยี และข้อมูลสำหรับการจัดการปัญหาปัจจัยเสี่ยง ชมรม อสม. ให้การดูแลสอดส่อง รมรณรงค์คัดกรองบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงด้านปัจจัยเสี่ยง ดำรวจออกตรวจร้านค้าที่กระทำผิดกฎหมายปราบปรามจับกุม นำเข้าสู่กระบวนการบำบัด สื่อมวลชน ดำเนินการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น เป็นต้น เพื่อแก้ไขปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบและสารเสพติดร่วมกัน

Essential care : การดูแลผู้ป่วยและประชาชน

มีการจัดระบบการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันในชุมชน โดยกลุ่มแกนนำ มีการจัดสภาพแวดล้อม ให้ความรู้ และการเข้ามามีส่วนร่วมของหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ คณะกรรมการติดตามดูแล รายงานผลการดำเนินงานปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานให้ประธานทราบ ประชุมสรุปและนำเสนอผลการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการดำเนินการประชาสัมพันธ์ส่งเสริมให้มินิวัตรกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง



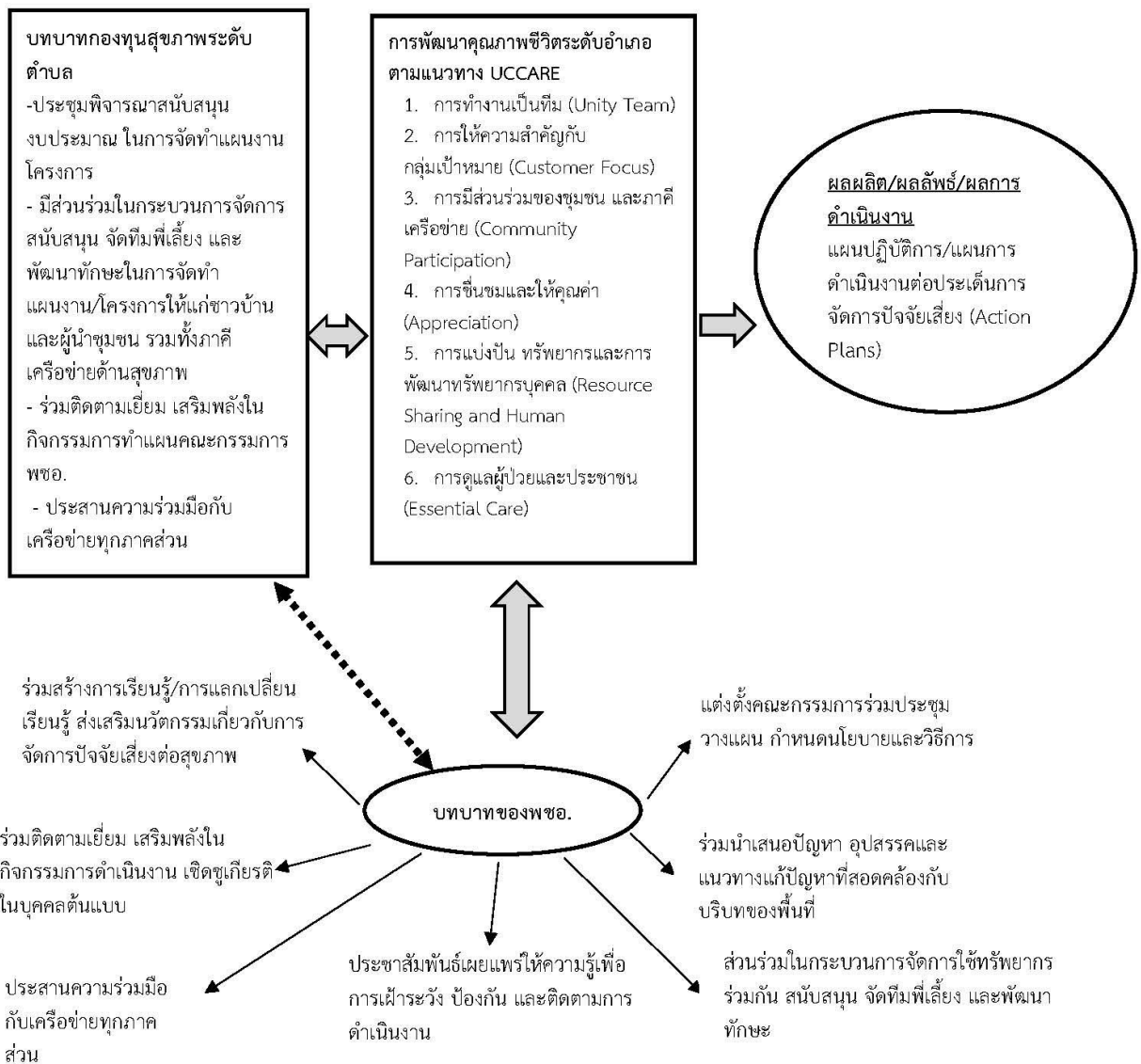
การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องงานพลังการก้าวข้ามขีดจำกัดเพื่อภาคใต้แห่งความสุข 2562
วันที่ 5-7 สิงหาคม 2562 ณ โรงแรมนิภาการ์เด็น อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ต่อสุขภาพเพื่อนำเสนอแนวคิดกรมในเวทีสรุปผลการดำเนินงานระดับจังหวัด ต่อไป

7.5 การติดตามประเมินผล

ในระดับตำบลและอำเภอทีมประเมินลงพื้นที่ประเมินคุณภาพการดำเนินงานแผนงาน/โครงการ โดยคณะกรรมการกองทุน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ระดับตำบล (รพสต.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) นายอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และหน่วยงานป้องกันยาเสพติดในระดับอำเภอ ผู้นำชุมชน โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์จากประชาชนที่เกี่ยวข้องในหมู่บ้าน รวมทั้งมีการติดตามการใช้จ่ายงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)



รูปที่ 2 การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และ สารเสพติด ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE ในเขตสุขภาพที่ 11



การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องสานพลังการก้าวข้ามขีดจำกัดเพื่อภาคใต้แห่งความสุข 2562
วันที่ 5-7 สิงหาคม 2562 ณ โรงแรมนิภาการใต้ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

8. อภิปรายผลการศึกษาค

การศึกษาคครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคการจัดการบัจจยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE จากผลการศึกษาคตามทีกล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการมาจากแต่ละภาคส่วนซึ่งเป็นบุคลากรทีมีความเชี่ยวชาญหลากหลาย เข้ามาคำทำหน้าทีร่วม วางแผน ออกนโยบายและกำหนดวิธีการดำเนินงาน โดยอาศัยข้อมูลสถานการณ์ปัญหาทีได้มาจากสื่อโฆษณา สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อด้านบุคคล ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สื่อโฆษณาต่างๆ เป็นช่องทางในการเผยแพร่ข้อมูลที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย และสะดวกทีสุด มีการจัดเก็บข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลเพื่อนำมาแก้ปัญหาด้านบัจจยเสี่ยงต่อสุขภาพทีได้รับการคัดเลือกในพื้นที่ให้บรรลุวัตถุประสงค์ทีวางไว้ แต่ยังมีปัญหาของการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอ (พชอ.) คือ คณะกรรมการจำนวนน้อยเกินไปจึงทำให้ไม่ครอบคลุมการดำเนินงาน คณะกรรมการไม่ทราบว่ตนเองได้รับการแต่งตั้งเป็นกรรมการชุดนี้ ไม่ทราบบทบาทหน้าที่ทีชัดเจน ขาดการประชุมทีต่อเนื่องคณะกรรมการไม่ทราบว่มีการประชุม ดังนั้น จึงควรมีการแจ้งและชี้แจงรายละเอียดให้แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทราบเกี่ยวกับการดำรงตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ การจัดประชุม โดยจะมีกระบวนการพิจารณาประเด็นปัญหาบัจจยเสี่ยงต่อสุขภาพทีสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมายผ่านช่องทางสื่อสาร ได้แก่ การประชุมประจำเดือน และการประชาสัมพันธ์ มีการจัดทำเวทีประชาคมหรือจัดประชุมคณะกรรมการ การจัดประชุมวางแผน ร่วมดำเนินโครงการตามแผนงานกับภาคีเครือข่าย โดยส่วนมากจะเป็นหน่วยงานสาธารณสุข เนื่องจากเป็นหน่วยงานทีมีทั้งในระดับ ตำบล ระดับอำเภอ ทีดำเนินงานด้านนี้มาโดยตลอด ดังนั้นจึงควรทีจะมีการประสานกับหน่วยงานอื่น ๆ ในภาคีเครือข่ายให้เข้าร่วมการดำเนินงานให้มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นในด้านการจัดใช้ทรัพยากร ด้านคน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี ฐานข้อมูลร่วมกัน ดังจะเห็นตัวอย่างทีชัดเจนได้จากกิจกรรมการเข้าค่ายบำบัดผู้ติดยาเสพติดในระดับอำเภอซึ่งจะเห็นได้ว่า เป็นกิจกรรมทีมีการดำเนินงานและใช้ทรัพยากรร่วมกันจากหลาย ๆ ภาคส่วนอย่างชัดเจน เช่น จากหน่วยงานสาธารณสุข ฝ่ายปกครองในระดับตำบล ระดับอำเภอ ฝ่ายทหาร ตำรวจ หน่วยงานภาคประชาชน ผู้นำชุมชน และหน่วยงานของภาคประชาสังคม เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า

ได้มีการร่วมสร้างการเรียนรู้/การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งเสริมนวัตกรรมเกี่ยวกับการจัดการบัจจยเสี่ยงต่อสุขภาพ เพื่อร่วมแก้ปัญหาบัจจยเสี่ยงในพื้นที่ร่วมติดตามเยี่ยม เสริมพลังในกิจกรรมการดำเนินงาน เชิดชูเกียรติในบุคคลต้นแบบโดยมีนายอำเภอเป็นประธาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาผลการดำเนินงานด้านการจัดการบัจจยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและทีสำคัญควรประชาสัมพันธ์เผยแพร่ให้ความรู้เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ติดตามการดำเนินงานสารเสพติดและควรมีการเร่งส่งเสริมให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) โดยเร็ว เพื่อการประสานงานและดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับตำบลและอำเภอ สร้างความรู้ความเข้าใจให้คณะทำงาน และควรทำการติดตามประเมินผลร่วมกันระหว่างคณะกรรมการกองทุนควรชี้จุดทีควรมีการเพิ่มเติมให้โครงการมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นต่อไป ถึงแม้ผลการดำเนินงานในระยะเริ่มต้นของพชอ. ตามแนวทาง UCCARE พบว่ครอบคลุมทั้ง 6 ประเด็น อย่างไรก็ตาม ควรเสริมการดำเนินงานด้วยกลไกอื่น เช่น การมีระบบทีเลี้ยงทีเสริมพลังอำนาจให้สามารถพัฒนารูปแบบการดำเนินงานทีก่อให้เกิดการแก้ปัญหาตามบริบทพื้นที่ ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

9. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลงานวิจัยทีได้จะนำมาปรับใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการผลักดันให้เกิดแผนงาน/โครงการ โดยช่วยกระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้อง ร่วมออกแบบและปรับปรุงรายละเอียดของแผนงาน/โครงการด้านการจัดการบัจจยเสี่ยงให้สอดคล้องกับการแก้ปัญหาในพื้นที่ เช่น สถาบันทางวิชาการภายในเขตสุขภาพควรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการ พชอ. ร่วมทีมีการร่วมมือกับทีเสี่ยงในภาคประชาสังคม เพื่อทีจะทำให้จำนวนแผนงานโครงการด้านบัจจยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติดของกองทุนมีจำนวนมากขึ้นและครอบคลุมการแก้ปัญหาโดยตรงซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาด้านบัจจยเสี่ยงต่อสุขภาพในพื้นที่ได้ต่อไป

10. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลการวิจัยในช่วงระยะเวลาสั้นๆ และกลุ่มตัวอย่างอาจมีจำนวนน้อยอาจไม่ครอบคลุม ในครั้งต่อไปควรเก็บในกลุ่มตัวอย่างในจำนวนทีเพิ่มมากขึ้นและควรใช้วิธีการดำเนินการวิจัยแบบสนทนากลุ่มหรือสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างมาร่วมด้วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นและเป็นข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น



การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องสถานพยาบาลก้าวข้ามขีดจำกัดเพื่อภาคใต้แห่งความสุข 2562
วันที่ 5-7 สิงหาคม 2562 ณ โรงแรมนิภาการ์เด็น อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

11. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล กะเป็ยตและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ฉวาง ภาคีเครือข่าย/พี่เลี้ยง เครือข่ายสุขภาพอำเภอฉวาง เจ้าหน้าที่และอสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน กะเป็ยต อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช และ คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลทุ่งระยง และ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอฉวี ภาคี เครือข่าย/พี่เลี้ยง เครือข่ายสุขภาพอำเภอฉวี จังหวัดชุมพร ที่ เสียสละเวลามาให้ข้อมูลวิจัยและสนับสนุนสถานที่ในการ ดำเนินวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ สถาบันการจัดการระบบ สุขภาพภาคใต้ (สจรส.มอ) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ที่ให้การสนับสนุนในการสร้างผลงานวิจัย และ ดร.ซอพิยะห์ นิเมะ ที่ให้ความรู้และเป็นพี่ปรึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้

12. เอกสารอ้างอิง

- [1] เนื่อแพร เล็กเฟื่องฟู, ญัฐ ธารพานิช, กิจวัตร ทาเจริญ, สุขใจ ว่องไวศิริวัฒน์ และนพพล วิทย์วรพงศ์. (2558). สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ภาคใต้ 2558. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- [2] ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ประภาพรพรณ เอี่ยมอนันต์และ ปวีณา บันกระจำจ. (2559). สถานการณ์การ ควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559. มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์วิจัยและจัดการ ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีมีนคังการพิมพ์.
- [3] สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. (2560). แผนปฏิบัติการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2560.
- [4] นงลักษณ์ พวงมาลัย, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ, ทิวัตต์ มณี โชติและสมใจ นกดี. (2559). การพัฒนารูปแบบ การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ท้องถิ่น จังหวัดฉะเชิงเทรา.วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขา มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์.11(1), 349-361.
- [5] กฤษดา แสวงดี และคณะ. (2559). การศึกษาการ เสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการ ระบบ สุขภาพอำเภอ นิพนธ์ต้นฉบับ Original Article. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 5 (5), 854-864.

ที่ อว.6800.13/250



สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

15 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ตอบรับให้นำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการ

เรียน น.ส.นงเยาว์ ขิลวรรณ

ตามที่สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) จะจัดประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง "สานพลังการก้าวข้ามขีดจำกัดเพื่อภาคใต้แห่งความสุข" ระหว่างวันที่ 5-7 สิงหาคม 2562 ณ โรงแรมนิภาการ์เด็น อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งท่านได้ส่งบทความฉบับเต็มงานวิจัย เรื่อง การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามแนวทาง UCCARE ในเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อนำเสนอในการประชุมวิชาการดังกล่าวนี้

ในการนี้ สจรส.ม.อ. ได้พิจารณาแล้ว และยินดีตอบรับให้ท่านนำเสนองานวิจัยในการประชุมวิชาการในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรัฐผิ)

ผู้อำนวยการสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สจรส.ม.อ.

ชั้น 10 อาคาร 1 ศูนย์ทรัพยากรการเรียนรู้ (อาคาร LRC)

โทรศัพท์ 074-282900-2, 084-0581724

โทรสาร 074-282901



สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ขอมอบประกาศนียบัตรนี้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวนงเยาว์ ชิลวรรณ

ได้นำเสนอผลงานวิชาการแบบปากเปล่า (Oral Presentation) ในงานประชุมวิชาการระดับชาติ

เรื่อง "สถานพลังการก้าวข้ามขีดจำกัดเพื่อภาคใต้แห่งความสุข"

วันที่ 5-7 สิงหาคม 2562

ณ โรงแรมนิภาการ์เด็น อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2005/11/11

ผศ.ดร.ภก.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ

รองอธิการบดีฝ่ายวางแผนและนโยบายสาธารณะ

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ที่ วส.พปก. ๔/๖๓

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

๓๖ ถ.เลียบเนิน ต.วัดใหม่

อ.เมือง จ.จันทบุรี ๒๒๐๐๐

วันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง รับต้นฉบับ และแจ้งปี-ฉบับของวารสารที่จะลงตีพิมพ์บทความวิจัย

เรียน คุณนงเยาว์ ชีวรรณ

ตามที่ท่านมีความประสงค์ส่งบทความวิจัยเรื่อง “รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ ๑๑” เพื่อเผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี นั้น บัดนี้กองบรรณาธิการวารสารได้ตรวจสอบต้นฉบับในเบื้องต้นพบว่า ต้นฉบับมีเนื้อหาตรงตามขอบเขตของวารสาร มีส่วนประกอบครบถ้วน และมีรูปแบบตามที่วารสารกำหนด จึงมีมติรับต้นฉบับ และจะดำเนินการเพื่อการลงตีพิมพ์บทความวิจัยดังกล่าวในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ ๓๒ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๔) โดยขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้ ๑) ส่งต้นฉบับที่สมบูรณ์มายังระบบออนไลน์ของวารสาร ในช่วงวันที่ ๑-๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ๒) เมื่อกองบรรณาธิการส่งข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) ให้แล้ว ท่านปรับแก้งานส่งกลับมาภายใน ๒ สัปดาห์ และ ๓) ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความ ข้อมูลต่าง ๆ รวมถึงรายการอ้างอิงที่ใช้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และหวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการดำเนินการทุกขั้นตอน

ขอแสดงความนับถือ



(นางคนีสร์ เจริญกิจ)

บรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

รายงานการวิจัย

รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไก ความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 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 ชิดวรรณ¹, วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

Nongyao Chinlwan¹, B.Sc. (Public Health)

ซอพีเยห์ นิมะ², ปร.ด. (เภสัชศาสตร์)

Sawpheedah Nima², Ph.D. (Pharmaceutical Sciences)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจาก สุรา ยาสูบ และสารเสพติด ตามกรอบ UCCARE ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในเขตสุขภาพที่ 11 ผู้ให้ข้อมูล เป็นตัวแทนจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และคณะกรรมการ พชอ. ของอำเภอสวี จังหวัดชุมพร และ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 226 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2562-มีนาคม 2563 โดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า พชอ. มีรูปแบบการดำเนินงานดังนี้ 1) การทำงานเป็นทีม (unity team) ประกอบด้วยสมาชิกที่เข้ามาสายงานจำนวน 21 คน ที่ร่วมกันออกแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ 2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย (customer focus) มีการรับฟังปัญหา สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความพึงพอใจและมีการใช้ข้อมูลในพื้นที่มาพัฒนาแผนและโครงการ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (community participation) การประชุมประจำเดือนคือช่องทางที่สำคัญ เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในชุมชน 4) การชื่นชมและให้คุณค่า (appreciation) มีการประกาศรางวัลเชิดชูเกียรติในชุมชนต้นแบบที่มีแนวปฏิบัติที่ดีและบุคคลต้นแบบที่สามารถลด ละ และ เลิกปัจจัยเสี่ยงฯ ได้ 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (resource sharing and human development) มีการใช้และพัฒนาทรัพยากรร่วมกันในหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น กลุ่มวิชาชีพ สถาบันการศึกษาและวิชาการ 6) การให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทและความจำเป็น (essential care) มีการจัดระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันในชุมชนให้บรรลุผล โดยการบูรณาการทำงานในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ

ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาที่ได้สะท้อนรูปแบบการดำเนินงานในภาพรวมเท่านั้น อย่างไรก็ตามควรศึกษาประเมิน UCCARE ว่าอยู่ในระดับใด เพื่อให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงานที่ต่อเนื่องต่อไปในระยะยาว
คำสำคัญ: รูปแบบ, การจัดการ, ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ, กลไกความร่วมมือ, พชอ.

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

1 นักศึกษาปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1 Master's student in Health System Management, Health Systems Management Institute, Prince of Songkla University.

1 ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: yao0908712854@gmail.com

2 รองศาสตราจารย์ ดร. สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2 Associate Professor Dr., Health Systems Management Institute, Prince of Songkla University : Advisor

Abstract

This research was a descriptive study design aiming to explore the model of health risks management from alcohol, tobacco, and substance abuse in accordance with the UCCARE framework under the cooperative mechanism of the District Health Board (DHB) in Health Region 11. The data was collected by questionnaire and focus group discussion from 226 informants consisting of the Local Health Fund Committees and the DHB of Sawi District, Chumphon and Ban Na San District, Surat Thani during July 2019-March 2020. The analyzation was then performed with the descriptive statistics and content analysis.

The study declared that the DHBs have fulfilled the health risk management with UCCARE as follows. 1) The unity team: this consisted of 21 cross-functional members who are collaborating on the design of health risk management. 2) Customer focus: they listened to the community's problems, build relationships, assessed people satisfaction, and used local information to develop plans and projects. 3) Community participation: Monthly meeting was an important channel to prioritize the community's problems. 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, such as professional groups and academic institutions. 6) Essential care: this provided the integrated health services at all levels in the community.

Suggestions: The finding reflected that the overall model was only basically operated. However, it should be evaluated the level of UCCARE to achieve continuous development in the long run.

Keyword: Model, Management, Health Risk, Cooperative Mechanism, DHBs

เป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการใช้สารเสพติด การบริโภคสุราและยาสูบ จะส่งผลให้มีแนวโน้มการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เกิดการเจ็บป่วย พิการ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา กระทบต่อเศรษฐกิจ ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ จากสถานการณ์ ในประเทศไทย พบว่าความชุกของการดื่มสุราในปัจจุบันสูงที่สุดในประชากรกลุ่มวัยทำงานตอนต้น (อายุ 25-44 ปี) ร้อยละ 33.46 (สวितริ อัยณางค์กรชัย, 2562) ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดอุบัติเหตุ และการก่ออาชญากรรม และจากการสำรวจข้อมูลในปี 2560 พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.10) โดยในระดับประถมศึกษา มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 22.00 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) ส่วนสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด ประเทศไทยยังคงประสบกับปัญหานี้ จะเห็นได้จาก สถิติการจับกุมยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดชายแดน ร้อยละ 56.59 ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งของยาเสพติดทั่วประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, 2560) ในระดับภาคใต้ พบว่า เขตสุขภาพที่ 11 มีสัดส่วนของนักดื่มเพศชายถึงร้อยละ 37.8 เทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศที่ร้อยละ 53.0 โดยเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรวัยรุ่นทั้งหมดในภาค และเคยประสบอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับร้อยละ 14.2 สูงกว่าภาพรวมของประเทศที่ ร้อยละ 8.0 ภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด ร้อยละ 48.48 ส่วนด้านยาเสพติด พบว่า มีการแพร่ระบาดสูงทั้งยาบ้า พืชกระท่อม และไอซ์ ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดชุมพร จังหวัดภูเก็ต และจังหวัดกระบี่ ตามลำดับ

การดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติด ที่ผ่านมามีกลไกในระดับพื้นที่ที่สำคัญ 2 กลไก คือ (1) กลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยรูปแบบการดำเนินงาน จะอยู่ในลักษณะที่วิเคราะห์สถานการณ์ในบริบทพื้นที่เพื่อหาปัญหา ปัจจัยเสี่ยง นำมาวางเป้าประสงค์การดำเนินงาน จัดทำแผนงาน โครงการสำหรับแก้ปัญหา ติดตามและประเมินผลโครงการ (นงลักษณ์ พวงมาลัย, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ, ทิวดี มณีโชติ, และสมใจ นกดี, 2559) และ (2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะมีบทบาทในการสนับสนุนและติดตาม ประเมินผลการดำเนินการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอ รวมถึงประสานงานกับทุกภาคส่วนในการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ พิจารณาเห็นชอบแผนและงบประมาณ จัดหาและนำทรัพยากรต่าง ๆ จากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ภายในอำเภอมาใช้ร่วมกัน ทำให้เกิดแนวความคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง การทำงานในรูปแบบของเครือข่ายที่เน้นกระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ทำให้เกิดการสานพลังของเครือข่ายในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน (กฤษดา แสงดี, เกษร คงแถม, สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ, จันทิมา นวะมะวัฒน์, วิภาพร สิทธิศาสตร์, และอนงค์ลักษณ์ พันธุ์พรหมธาดา, 2559)

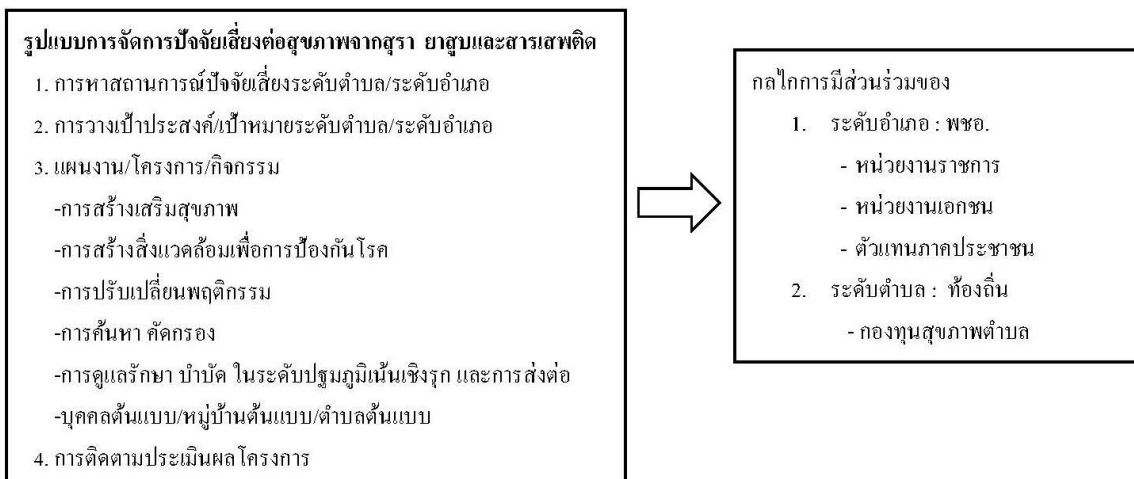
อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังขาดการเชื่อมโยงหรือบูรณาการความร่วมมือระหว่างสองกลไกข้างต้น ดังนั้นการศึกษาค้างนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีบทบาทในการผลักดันการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ตามแนวทาง UCCARE ในเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อให้มีการจัดทำแผนงาน โครงการ และแผนยุทธศาสตร์ระดับพื้นที่ เกี่ยวกับด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและสามารถนำแผนมาใช้แก้ปัญหาได้อย่างครอบคลุมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบของการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการกลยุทธ์ เข้ามาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์และการจัดการปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ซึ่งจะประกอบไปด้วย การหาสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงระดับตำบล/ระดับอำเภอ การวางเป้าประสงค์/เป้าหมายระดับตำบล/ระดับอำเภอ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม และการติดตามและประเมินผลโครงการ ซึ่งจะศึกษาในกลุ่มคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อหาสถานการณ์การดำเนินงาน แผนงาน/โครงการ ด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง ซึ่งถือได้ว่าเป็นความร่วมมือในระดับตำบล และนำข้อมูลการดำเนินงานมาใช้ศึกษา รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีบทบาทในการผลักดันการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ตามแนวทาง UCCARE ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ผู้ให้ข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 226 คน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นทุกตำแหน่ง รวมจำนวน 200 คน คัดเลือกตามความสมัครใจจาก 2 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 10 กองทุน จำนวน 100 คน และอำเภอสวี จังหวัดชุมพร จำนวน 10 กองทุน จำนวน 100 คน

ส่วนที่ 2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 16 คน โดยคัดเลือกตามความสมัครใจจากเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี และเครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร เครือข่ายละ 8 คน ภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านปัจจัยเสี่ยง/พื้เลี้ยง จำนวน 10 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล ดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งอยู่ในคำสั่งคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานีและอำเภอสวี จังหวัดชุมพร รวมทั้งมีประสบการณ์ด้านการทำงานในระบบสุขภาพระดับตำบล และอำเภอ มีความรู้เกี่ยวกับแผนงาน โครงการ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น และแผนงานยุทธศาสตร์ระดับอำเภอ

เครื่องมือการวิจัย มีดังนี้

1) **แบบสอบถามปลายเปิด ปลายปิด** จัดทำขึ้นเพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ของชุมชน โดยดูสถานการณ์และลักษณะแผนงาน/โครงการในกองทุนตำบลด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1.1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ตำแหน่งในชุมชน ประสบการณ์ทำงานแผนงาน/โครงการในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

1.2) ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานการณ์และรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น และบทบาท หน้าที่การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

1.3) ส่วนที่ 3 ข้อมูลของแผนงาน โครงการ ของอำเภอสวี และอำเภอบ้านนาสาร เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด

1.4) ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงความคิดเห็น ปัญหาและข้อเสนอแนะของภาพรวมในการดำเนินงาน

2) **แบบสนทนากลุ่ม** เพื่อค้นหาปัญหาและข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับกลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ โดยทำการสนทนากลุ่มกับกรรมการที่อยู่ในตำแหน่งใกล้เคียงกัน แบ่งเป็น 2 เครือข่าย ๆ ละ 8 คน ประกอบด้วย 5 ข้อ ดังนี้

2.1) กระบวนการจัดทำแผน/โครงการฯ ของกรรมการ พชอ. ตามแนวทาง UCCARE

2.2) การดำเนินการจัดการปัญหาสุรา ยาสูบและสารเสพติด ที่ผ่านมามีลักษณะอย่างไร

2.3) ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามบทบาทหน้าที่ ที่ผ่าน มาเป็นอย่างไร เพราะเหตุใด และต้องการการปรับเปลี่ยนอย่างไร

2.4 ปัญหา หรืออุปสรรคอะไรบ้างที่มีผลต่อการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้อง กับแผนงาน โครงการด้านการจัดการปัญหา สุรา ยาสูบและสารเสพติด

2.5) แผนงาน โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของกองทุน สุขภาพตำบลควร ดำเนินการอย่างไรเพื่อให้มีผู้รับผิดชอบชัดเจน และครอบคลุมพื้นที่ และควรมีใครเข้ามาเกี่ยวข้อง

พิกัษลัทธิกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ 1) โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ EC 013/61) และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บ รวบรวมข้อมูลและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม มีขั้นตอน ในการเก็บรวบรวมดังนี้ คือ

1. นำโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือวิจัย เสนอเพื่อพิจารณาของจริยธรรมในการวิจัย ของ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. จัดทำหนังสือแนะนำตัวจากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ ถึง ประธานคณะกรรมการ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ทุกกองทุนในอำเภอสวี จังหวัดชุมพร และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี และและเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทั้ง 2 พื้นที่ เพื่อ ขออนุญาตเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อที่จะได้ทำการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ

3. เข้าพบปะแนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อที่จะทำให้เกิดการไว้วางใจ พร้อมทั้งการพิกัษลัทธิกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล

4. การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยการศึกษาแผนงาน โครงการเกี่ยวกับสุรา ยาสูบ และยาเสพติดจากเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบล แล้วนำมาแผนงาน/โครงการมาตรวจสอบความถูกต้องกับ คณะกรรมการกองทุนฯอีกครั้ง รวมทั้งทบทวนเอกสารทางวิชาการ วารสาร บทความต่างๆ เอกสาร อิเล็กทรอนิกส์ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาร่างรายงานวิจัย โดยศึกษาจาก แหล่งข้อมูล ดังต่อไปนี้

4.1. รายงานการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

4.2 การบันทึกแผนงาน โครงการ ในเว็บไซต์ กองทุน สุขภาพ ตำบล

(localfund.happynetwork.org)

4.3 แผนงาน โครงการจากคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล

5. นำส่งแบบสอบถามจำนวน 220 ชุด ให้แก่กลุ่มตัวอย่างแต่ละหน่วยงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล เพื่อแจกจ่ายแบบสอบถามให้แก่คณะกรรมการกองทุนฯ ในพื้นที่อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี และอำเภอสวี จังหวัดชุมพร พร้อมทั้งรอการตอบกลับเพื่อนำมาวิเคราะห์ สรุปผลข้อมูล ต่อไป

6. คืนข้อมูลให้แก่ชุมชน ในประเด็นสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด และรูปแบบการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง แก่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ภาควิชาการศึกษาด้านสุขภาพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้นำชุมชน เป็นต้น

7. ดำเนินการสนทนากลุ่ม กับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของทั้ง 2 อำเภอ และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นเกี่ยวกับการจัดทำแผนงาน โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและยาเสพติด เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเพื่อหาข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ กลไกการมีส่วนร่วมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการผลักดันให้มีการจัดทำแผนงาน โครงการกองทุนตำบลของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และเพื่อศึกษาแผนงาน โครงการเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ปัญหา และข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ ใช้เวลาแต่ละอำเภอ ประมาณ 90 นาที

8. หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ สรุปผลข้อมูลการวิจัย เพื่อจัดทำรูปแบบ ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปผลการศึกษา โดยใช้วิธีการพรรณนาการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล คือ นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป และการบันทึกภาคสนาม พิจารณาประเด็นที่สำคัญ เพื่อที่จะตีความ ซึ่งตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) 2 วิธี ได้แก่ ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล และตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบระหว่างนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานด้านปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (N=207)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอสวี จังหวัดชุมพร มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 107 คน ส่วนใหญ่อายุ อยู่ระหว่าง 35-60 ปี ร้อยละ 81.31 เป็นเพศชาย เกินกว่าครึ่ง คิดเป็นร้อยละ 55.14 สถานภาพสมรสสูงถึง ร้อยละ 72.64 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ มัธยมศึกษา/ปวช. และปริญญาตรี ร้อยละ 35.51 และ 34.58 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.40 และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีตำแหน่งปัจจุบันเป็นคณะกรรมการกองทุนฯ ร้อยละ 71.03 ส่วนตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้นำชุมชน ร้อยละ 37.50 เป็นตัวแทนจากหน่วยงาน อบต./เทศบาล ร้อยละ 39.08 และมีประสบการณ์การทำงานด้านแผนงาน โครงการส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 40.28

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 100 คน ส่วนใหญ่อายุ อยู่ระหว่าง 35-60 ปี ร้อยละ 75.00 เป็นเพศหญิง เกินกว่าครึ่ง คิดเป็นร้อยละ 62.00 สถานภาพสมรส สูงถึง ร้อยละ 63.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ปริญญาตรี และมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 38.00 และ 37.00 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.00 และมีตำแหน่งปัจจุบันเป็นคณะกรรมการกองทุนฯ ร้อยละ 72.00 ส่วนตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 25.00 เป็นตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐ/สาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)/เทศบาล ร้อยละ 44.00 และ 39.00 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การทำงานด้านแผนงาน โครงการ ร้อยละ 59.00

1.2 ข้อมูลการรับรู้สถานการณ์และระดับปัญหา ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการรับรู้สถานการณ์และระดับปัญหาด้านสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของคณะกรรมการกองทุนฯ ในแต่ละพื้นที่

คณะกรรมการกองทุนฯ	ร้อยละของการรับรู้สถานการณ์			ระดับปัญหา
	สุรา	ยาสูบ	สารเสพติด	
อำเภอสวี จังหวัดชุมพร	97.20	95.28	75.24	ปานกลาง
อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี	87.20	87.20	67.90	ปานกลาง

1.3 การหาสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยง ช่องทางการรับรู้ สาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้น

ช่องทางการรับรู้สถานการณ์ ได้แก่ สื่อบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน เป็นต้น สื่อประชาสัมพันธ์ เช่น เอกสารแผ่นพับ ไลน์ ป้ายโฆษณา สื่อออนไลน์ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ ไลน์ เฟสบุ๊ก รวมทั้งหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน การจัดอบรมในหมู่บ้าน และร้านค้าในหมู่บ้าน เป็นต้น เมื่อวิเคราะห์สาเหตุจะพบว่า มาจากตัวบุคคล ที่มีความเชื่อ มีค่านิยมผิด ๆ ลอกเลียนแบบ เกิดจากปัญหาสุขภาพ ส่วนด้านสิ่งแวดล้อม มีโรงงานผลิตในพื้นที่ ร้านค้าจำหน่ายไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ด้านปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาความเครียด ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ในด้านร่างกาย เช่น เกิด โรคเมะเร็งปอด ในปีงบประมาณ 2563 อำเภอสวี จังหวัดชุมพร มีผู้ป่วย 27 รายซึ่งเพิ่มจาก

ปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 22.22 โรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชุมพร มีอัตราการตายสูงสุดในระดับเขตสุขภาพที่ 11 ถึงร้อยละ 10.58 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ในปีงบประมาณ 2563 อำเภอบ้านนาสารจังหวัดสุราษฎร์ธานี และอำเภอสวี จังหวัดชุมพร พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 216 คน และ 231 ราย ตามลำดับ และพบจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.22 และ ร้อยละ 13.42 ตามลำดับ ส่วนด้านจิตใจ ในระดับเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สูงถึงร้อยละ 34.70 นอกจากนี้ด้านสังคม เกิดความวุ่นวาย การทะเลาะวิวาท เกิดอาชญากรรม สูญเสียชีวิต เป็นต้น (ที่มา: Health Data Center)

1.4 การกำหนดเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบและวางแผนการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลเพื่อแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด

ได้มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน โดยผู้รับผิดชอบทั้งในหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ครู ในสถานศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน ที่มีบทบาทในการให้ความรู้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สอดส่องดูแลร่วมดำเนินการจัดโครงการแก้ปัญหา ดำรวจ ทหาร ปกครองท้องถิ่น กำกับดูแลด้านกฎหมาย เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมโดยส่วนใหญ่ที่ดำเนินการ ได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้หรือกิจกรรมการณรงค์ประชาสัมพันธ์โดยการสร้างกระแสประเพณีปลอดสุรา ยาสูบตามช่วงเทศกาลต่าง ๆ พบว่า ทุกท้องถิ่นมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง มีภาคีเครือข่ายในอำเภอในการดำเนินงาน To Be Number One ในสถานศึกษา ซึ่งผลที่เกิดขึ้น คือผู้สูบบุหรี่/ผู้ดื่มหน้าใหม่ (นักเรียน) ลดลง มีเครือข่ายอาสาสมัครงดเหล้าครอบคลุมทุกตำบล และภายในตำบลมีการใช้งบประมาณกองทุนฯ ในการแก้ปัญหาสุรา ยาสูบ และสารเสพติดส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ในด้านกิจกรรมการบำบัด ลด ละเลิก พบว่า มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษา เพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับปีก่อน ๆ หรือกิจกรรมงานบุญปลอดเหล้า ที่พบว่า ประชาชนในพื้นที่ให้การตอบรับเป็นอย่างดี ส่วนกิจกรรมด้านการบังคับใช้กฎหมายจะมีกิจกรรมสถานที่ราชการปลอดสุรา ยาสูบ ตามกฎหมาย ร้อยละ 100 และมีการบังคับใช้กฎหมายในงานประเพณี โดยส่วนใหญ่กิจกรรมที่พื้นที่คิดว่าเหมาะสมต่อการแก้ปัญหา คือ สร้างภาคีเครือข่าย มอบหมายหน้าที่ตามบทบาทของบุคคล ทำงานร่วมกัน เป็นต้น และการติดตามและประเมินผลแผนงาน/โครงการทั้ง 2 พื้นที่ มีการติดตามผลการดำเนินงานโดย เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภายใต้กำกับของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) และ โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ผ่านโปรแกรม HDC ตัวอย่างกิจกรรม ได้แก่ โครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ ทัวไทย เทิดไท้องค์ราชัน”

2. แผนงาน/โครงการ การจัดการปัจจัยเสี่ยงของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในปัจจุบันและที่ควรจะเป็นจากความคิดเห็นของคณะกรรมการกองทุนฯ

2.1 ขอบเขตการดำเนินงาน/แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ในพื้นที่ จะมีการกำหนดแผนงาน โครงการ เพื่อแก้ปัญหาตามสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นแกนนำในการช่วยผลักดันในการจัดทำแผนงาน โครงการ เพื่อมานำเสนอขอสนับสนุนงบประมาณ มีหน้าที่ประชุมพิจารณาสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำแผนงานโครงการ มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการ สนับสนุน จัดทีมพี่เลี้ยง และพัฒนาทักษะในการจัดทำแผนงาน/โครงการให้แก่ชาวบ้านและผู้นำชุมชน รวมทั้งภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ และทำการบันทึกข้อมูลแผนงาน โครงการลงในเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบลภาคใต้

ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดจำนวนแผนงาน/โครงการ ด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสุรา ยาสูบและสารเสพติดของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอสวี จังหวัดชุมพรและแผนงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

พื้นที่	ปี	แผนงาน	จำนวน แผนงาน	โครงการ ที่พัฒนา	โครงการ ที่ติดตาม	งบประมาณ
อำเภอสวี จังหวัดชุมพร	2561	แผนงานเหล้า	11	3	4	135,050
		แผนงานบุหรี	11	5	4	147,930
		แผนงานสารเสพติด	11	8	10	391,702
	2562	แผนงานเหล้า	3	1	3	15,000
		แผนงานบุหรี	1	1	1	10,000
		แผนงานสารเสพติด	1	1	-	0.00
อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี	2561	แผนงานเหล้า	2	1	1	7,995
		แผนงานบุหรี	9	5	3	73,170
		แผนงานสารเสพติด	1	2	-	0.00
	2562	แผนงานเหล้า	2	2	-	0.00
		แผนงานบุหรี	2	2	2	33,860
		แผนงานสารเสพติด	2	1	1	10,000

ที่มา : จากฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ของกองทุนสุขภาพตำบลภาคใต้ (<http://localfund.happynetwork.org>)

ปี 2561-2562

2.2 รายละเอียด ตัวอย่างแผนงาน/โครงการ

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียด ตัวอย่างแผนงาน/โครงการ ของแต่ละพื้นที่

ประเด็น	อำเภอสวี จังหวัดชุมพร	อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
<u>ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตห่างไกลจากสารเสพติด สุรา บุหรี่/ ค่ายเยาวชนสดใส 2. โครงการอบรมการดูแลสุขภาพพรมรงค์ ป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษา 3. โครงการลด ละเลิกเหล้า บุหรี่ ยาเสพติด 4. โครงการลดนักสูบบุหรี่ใหม่ในโรงเรียน 5. โครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพหรือกีฬาต้านยาเสพติด 6. โครงการอบรมให้ความรู้แก่ผู้นำ เยาวชน ครอบครัวร่วมใจต้านภัยยาเสพติด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มกีฬาต้านยาเสพติด /To Be Number one 2. โครงการลดละเลิกบุหรี่ สุรา ยาเสพติด 3. โครงการรณรงค์ต่อต้านภัยจากยาเสพติด 4. โครงการอบรมเยาวชนห่างไกลจากยาเสพติดของโรงเรียน 5. โครงการอบรมให้ความรู้แก่ ผู้นำชุมชน แก่เยาวชน
<u>ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้อุตสาหกรรมการป้องกันปัญหา</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา 2. โครงการสถานศึกษาปลอดยาเสพติด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา 2. โครงการเทศกาลปลอดเหล้า เราปลอดภัย 3. โครงการคุ้มครองผู้บริ โภค 4. โครงการโรงเรียนปลอดเหล้า 5. โครงการปลอดบุหรี่ในชุมชน
<u>ด้านการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. โครงการค้นหาผู้เสพ คัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกันและปราบปรามผู้เสพ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. โครงการค้นหาผู้เสพ คัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกันและปราบปรามผู้เสพ
<u>ด้านการบำบัดรักษา</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชวนคนเลิกเหล้า 2. โครงการบำบัดยาเสพติดในชุมชน 3. โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยศรัทธา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยศรัทธา 2. โครงการบำบัดยาเสพติด สุรา โดยชุมชนเป็นศูนย์กลางระดับอำเภอ 3. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
<u>ด้านการสร้างต้นแบบทางสุขภาพ</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สถานพลังสู่ตำบลปลอดบุหรี่ 2. จัดตั้งเครือข่ายองค์กรงดเหล้า 3. วัดสร้างสุข มีเจ้าอาวาสเป็นต้นแบบเลิกบุหรี่ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. โครงการหมู่บ้านสีขาว 2. จัดตั้งภาคีเครือข่ายในตำบลในเรื่องการลดใช้ยาเสพติดให้โทษอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3. โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สถานพลังชุมชนร่วมใจต้านภัยบุหรี่

3. ความร่วมมือในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

3.1 Unity team: การทำงานเป็นทีม

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 21 คน โดยมีนายอำเภอลงนาม มีอนุกรรมการทำงานประเด็นสุรา ยาสูบ มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน วางแผนและร่วมกันดำเนินงาน โดยอนุกรรมการฯ จะวางแผนร่วมกันในการจัดทำแผน แล้วเสนอชุดใหญ่ เพื่อให้มีมติรับรองแผน ประสานงานร่วมกันทั้งแนวตรงและแนวราบ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการมาจากแต่ละภาคส่วน มีทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน ส่วนในระดับตำบลได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ให้ขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่แทน โดยคณะกรรมการชุดนี้ จะมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี เป็นประธาน มีผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) เป็นเลขานุการ

3.2 Customer focus: การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย

มีกระบวนการพิจารณาประเด็นปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายและช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชากรทุกกลุ่ม กำกับด้วยนิยามตามช่วงวัยและประเภทของประชากร โดยผ่านช่องทางการสื่อสาร ช่องทางการเข้าถึงบริการทั้งในเชิงรุกและเชิงรับในพื้นที่ คือ สื่อออนไลน์ ได้แก่ ไลน์ เฟสบุ๊ก เว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) นอกจากนี้ยังได้จากการประชุมประจำเดือน การประชาสัมพันธ์ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ สื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ประชุมหมู่บ้าน ที่ประชุมผู้นำชุมชน หรือที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ และที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อนำปัญหาดังกล่าวมาพัฒนาระบบงาน และประเมินความพึงพอใจต่อไป

3.3 Community Participation: การมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย

การบูรณาการการดำเนินงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ โดยมีการจัดทำเวทีประชาคมหรือจัดประชุมคณะกรรมการ การจัดประชุมวางแผน ร่วมดำเนินโครงการตามแผนงาน ในลักษณะร่วมคิดร่วมทำ ร่วมประเมินผล โดยจัดทำแผนงานโครงการแล้วถ่ายระดับลงไปยังกองทุนตำบลเพื่อเสนอของบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ส่วนด้านข้อมูล และความรู้ มีสถาบันวิชาการคือ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ (สจรส.ม.อ.) แนะนำให้มีการบันทึกข้อมูลลงในเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบลเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน มีการทบทวนและปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงาน มีการประเมินผลการดำเนินงานในประเด็นเหล่านี้และบุหรี มีการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายทุกภาคส่วนในการป้องกันและแก้ปัญหา ได้แก่ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ผู้อำนวยการ โรงเรียน ตัวแทนภาคประชาชน ภาคเอกชน สื่อมวลชน ตัวแทนองค์กรหรือตัวแทนจากชมรมต่าง ๆ นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ เป็นต้น

3.4 Appreciation: การชื่นชมและให้คุณค่า

จัดประชุมสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ เพื่อร่วมพัฒนาผลการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด อย่างต่อเนื่อง โดยมีนายอำเภอชื่นชมและให้คุณค่า นำเสนอผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหา ในเวทีแลกเปลี่ยนเสริมพลังในการตรวจราชการกรณีปกติของกระทรวงภายในเขตสุขภาพของทุกพื้นที่ในแต่ละจังหวัด รวมทั้งมีการประกาศรางวัลเชิดชูเกียรติในบุคคลต้นแบบที่สามารถลด ละ และ เลิกต่อสุรา ยาสูบและสารเสพติดและสร้างชุมชนต้นแบบที่มีแนวปฏิบัติที่ดี ซึ่งตัวอย่าง Best Practice ในพื้นที่ เช่น มีศูนย์ F & F (Family and Friend) โดยความร่วมมือของครอบครัวชุมชน เพื่อน จะตั้งอยู่ศูนย์กลางของหมู่บ้าน มีการดำเนินกิจกรรมโดยใช้หลัก ดำเนินการ คือ 3 ก 6 ป กิจกรรมตำบลต้นแบบขององค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัย อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และนวัตกรรมประกวดโรงเรียนสีขาวของโรงเรียนบ้านนาสาร อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นต้น

3.5 Resource sharing and human development: การแบ่งปัน ทรัพยากรและการ พัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการแก้ไขปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ทั้งในด้าน คน เงิน เครื่องมือ ความรู้ และเทคโนโลยี รวมทั้งฐานข้อมูลทางด้านสุขภาพ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล ให้การสนับสนุนงบประมาณและสถานที่สำหรับการจัดกิจกรรมแก้ปัญหา เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนทีมวิทยากรเพื่อให้ความรู้ สนับสนุนเครื่องมือ เทคโนโลยี อนุกรรมการ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) ให้การสนับสนุนงบประมาณและสถานที่สำหรับการจัดกิจกรรมแก้ปัญหา ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมสุขภาพจิต เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน (แม่ข่าย) เป็นต้น

3.6 Essential care: การดูแลผู้ป่วยและประชาชน

เปิดให้บริการคลินิกให้คำปรึกษาในการเลิกสุรา ยาสูบ หากเกินศักยภาพจะส่งต่อ ไปให้โรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ มีการรณรงค์ให้ความรู้ แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้ห่างไกล ลดละเลิก สุรา ยาสูบ ยาเสพติด ร่วมกับผู้นำชุมชนหรือหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาลในพื้นที่ ดำรวจ ร่วมสอดส่องดูแลนำเข้าสู่กระบวนการบำบัด ติดตามดูแลผู้ป่วย สร้างนวัตกรรม เช่น มีศูนย์ F & F (Family and Friend) โดยความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน เพื่อน จะตั้งอยู่ศูนย์กลางของหมู่บ้าน มีการดำเนินกิจกรรมโดยใช้หลัก ดำเนินการ คือ 3 ก 6 ป โดยชุมชนมีส่วนร่วมกับผู้ปกครอง และผู้เสพ ให้มีการส่งต่อไปยังหน่วยบริการ ไม่ส่งไปค่ายบำบัดเนื่องจากกลัวการสร้างเครือข่ายยาเสพติดเพิ่ม

จากผลการศึกษา ข้างต้น ทำให้ได้รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 ดังแสดง ตามรูปที่ 2

องค์ประกอบของการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด

1. การหาสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงระดับตำบล/ระดับอำเภอ การรับรู้สถานการณ์ด้านช่องทางสื่อบุคคล สื่อออนไลน์ สื่อโฆษณา สื่อสิ่งพิมพ์ การรับรู้ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ สาเหตุของปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบที่การเกิดขึ้น และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
2. การวางแผนเป้าประสงค์/เป้าหมายระดับตำบล/ระดับอำเภอ ในการร่วมกำหนดแผนงาน โครงการ
3. ทรัพยากรที่ใช้
 - บุคคล/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการผู้นำ บุคคลที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานทั้งภาครัฐ ประชาชน และเอกชน
 - งบประมาณ เช่น งบประมาณ สปสช. งบประมาณจาก สสส. กรมสุขภาพจิต และงบประมาณอื่นๆ
 - อุปกรณ์ เช่น สื่อที่ใช้การให้ความรู้ สื่อประกอบการดำเนินกิจกรรม และสื่อประชาสัมพันธ์ เป็นต้น
 - ความรู้ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากครูในสถานศึกษา และทีมวิทยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในภาครัฐและเอกชน
 - เทคโนโลยี เช่น ระบบการบันทึกข้อมูลแผนงาน โครงการ ระบบการติดตามแผนงาน โครงการ

บทบาทคณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล

- ประชุมพิจารณาสนับสนุนงบประมาณ ในการจัดทำแผนงานโครงการ
- มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการ สนับสนุน จัดตั้งพี่เลี้ยง และพัฒนาทักษะในการจัดทำแผนงาน/โครงการให้แก่ชาวบ้านและผู้นำชุมชน รวมทั้งภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ
- ร่วมติดตามเยี่ยม เสริมพลังในกิจกรรมการเข้าร่วมกับคณะกรรมการ พชอ.
- ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายทุกภาคส่วน

บทบาทของ คณะกรรมการ พชอ. ตามแนวทาง UCCARE

1. การทำงานเป็นทีม (Unity Team) แต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. พชต. อนุทำงาน ร่วมประชุม วางแผน กำหนดนโยบายและวิธีการดำเนินงาน
2. การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus) ตามช่วงวัย และประเภทของประชากร
3. การมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย (Community Participation) ได้แก่ ฝ่ายปกครอง เช่นผู้นำชุมชน ปกครองท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สถานศึกษา ภาคเอกชน (NGOs) และภาคประชาชน
4. การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) ร่วมติดตามเยี่ยม เสริมพลังในกิจกรรมการดำเนินงาน เชิดชูเกียรติในบุคคลต้นแบบ หมู่บ้าน/ตำบลต้นแบบ
5. การแบ่งปัน ทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Resource Sharing and Human Development) ได้แก่ ดินคน เงิน ทรัพย์สิน ความรู้ เทคโนโลยี
6. การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential Care) จัดหน่วยบริการ คลินิก ให้คำปรึกษา ส่งเสริมวัฒนธรรมเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ สมารถนำใจ

ผลผลิต/ผลลัพธ์ผลการดำเนินงาน

- แผนปฏิบัติการ/แผนการดำเนินงานต่อประเด็นการจัดการปัจจัยเสี่ยง (Action Plans) ได้แก่ แผนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การค้นหาคัดกรอง การดูแลรักษา บำบัด ในระดับปฐมภูมิขั้นเชิงรุกและการสร้างระบบทางด้านสุขภาพ
- บุคคลต้นแบบ
- หน่วยงานราชการต้นแบบ
- หมู่บ้าน/ตำบล ต้นแบบ

การติดตามและการประเมินผล

รูปที่ 2 รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และ สารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 11 ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษิตตามประเด็นการค้นพบ ดังนี้

1. ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานด้านปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และอำเภอ บ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นส่วนใหญ่ จะมีตำแหน่งในชุมชนที่เป็นผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ประชานชมรมต่าง ๆ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยจะเป็นตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐ/ สาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)/เทศบาล โดยพบว่า การมีตำแหน่งเป็นผู้นำชุมชน จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมและเป็นช่องทางให้บุคคลต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาสังคม ได้มากกว่า บุคคลทั่วไปที่ไม่มีตำแหน่งในชุมชน เพราะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในสังคม อีกทั้งหน่วยงานหลักที่แก้ปัญหาในพื้นที่ ก็ยังเป็นกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย เมื่อศึกษาถึงการรับรู้สถานการณ์ปัญหา ในแต่ละด้านพบว่า ด้านสารเสพติด มีร้อยละการรับรู้ที่น้อยกว่าด้านอื่น ทั้งใน 2 พื้นที่ เนื่องจาก เป็นปัญหาที่แยกกว่าด้านสุราและยาสูบ สื่อการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย ไม่ว่าจะป็นสื่อด้านบุคคล และสื่อออนไลน์ และสื่อสิ่งพิมพ์เนื่องจากข้อมูลยังคงเป็นความลับ

2. แผนงาน/โครงการ การจัดการปัจจัยเสี่ยงของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในปัจจุบัน

ในพื้นที่ จะมีการกำหนดแผนงาน โครงการ เพื่อแก้ปัญหาตามสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ แต่ก็พบว่า แผนงาน โครงการ ไม่ครอบคลุมการแก้ปัญหา สาเหตุโดยส่วนใหญ่ คือ ประชาชนในพื้นที่โดยทั่วไปไม่ทราบเกี่ยวกับการร่วมเขียน โครงการเพื่อแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยง เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์ และการเขียนโครงการเป็นปัญหาอย่างมากในหลายพื้นที่โดยเฉพาะที่เกิดขึ้นกับภาคประชาชน เพราะชาวบ้านจำนวนมาก หลายคนไม่ได้มีความรู้หรือ ความเชี่ยวชาญในการเขียนโครงการ ทำให้กลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการจัดทำโครงการ (อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, ชารินทร์ เพ็ญวรรณ, ธนัย เกตวงกต, อภิญา เลหาประภานนท์, และรัตติยา อักษรทอง, 2561)

3. ความร่วมมือในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.)

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการมาจากแต่ละภาคส่วนซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญหลากหลาย เพื่อมาขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอ และตำบล ซึ่งบางพื้นที่ จะเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ที่มีนายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นประธาน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) เป็นเลขานุการ เน้นบุคคลในพื้นที่ เนื่องจากคณะกรรมการเหล่านี้ จะเข้ามาช่วยผลักดันให้เกิดการดำเนินงานได้อย่างครอบคลุมและเข้าถึงการทำกิจกรรมกับประชาชนได้มากกว่าบุคลากรในส่วนระดับอำเภอ สามารถชักชวนบุคคลที่เป็นแกนนำหลักที่สำคัญในพื้นที่ ได้แก่

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน มาร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยอาศัยข้อมูลสถานการณ์ปัญหาที่ได้มาจาก สื่อออนไลน์ สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อค่านบุคคล ซึ่งจะแสดงให้เห็นว่า สื่อออนไลน์ต่างๆ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก เว็บไซต์ เป็นช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย และสะดวกที่สุด มีการจัดเก็บข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลเพื่อนำมาแก้ปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกในพื้นที่ให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยจะมีกระบวนการพิจารณาประเด็นปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย ผ่านการประชุมประจำเดือน และ การประชาสัมพันธ์ และควรจัดให้มีเวทีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอ ระหว่างคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอและภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการทุติยภูมิอย่างต่อเนื่อง (ประดิษฐ์ สุขพัฒนศรีกุล ,2560) มีการประสานกับหน่วยงานอื่น ๆ ในภาคีเครือข่ายในด้านการจัดใช้ทรัพยากร ด้านคน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี ฐานข้อมูล ร่วมกัน สำหรับตัวอย่างกิจกรรมที่เห็นได้ชัดเจน คือ กิจกรรมเข้าค่ายบำบัดผู้ติดยาเสพติดในระดับอำเภอซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินงานและใช้ทรัพยากรร่วมกันจากหลาย ๆ ภาคส่วนอย่างชัดเจน เช่น จากหน่วยงานสาธารณสุข ฝ่ายปกครองในระดับตำบล ระดับอำเภอ ฝ่ายทหาร ตำรวจ ครูจากสถาบันการศึกษาในพื้นที่ หน่วยงานภาคประชาชน ผู้นำชุมชน และหน่วยงานของภาคประชาสังคม เกษตรอำเภอ เป็นต้น แต่ยังคงพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายนอกหน่วยงานสาธารณสุขยังมีเพียงส่วนน้อย โดยการมีส่วนร่วมนั้นจะอยู่ในรูปแบบร่วมเป็นวิทยากรทีมกระบวนการ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมและผลักดันให้มีการพัฒนาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายนอกหน่วยงานสาธารณสุขให้มากยิ่งขึ้น (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่า ได้มีการร่วมสร้างการเรียนรู้/การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งเสริมนวัตกรรมเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เพื่อร่วมแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ เป็นต้น มีกิจกรรมการดำเนินงาน เชิดชูเกียรติบุคคลต้นแบบมีการติดตามโดยใช้ชุมชนบำบัด ซึ่งผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน จะเป็นตัวหลักในการติดตาม และในบางพื้นที่มีการติดตามผลการดำเนินงานด้วยวิธีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน เป็นต้น

แม้ผลการดำเนินงานในระยะเริ่มต้นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของแต่ละพื้นที่จะครอบคลุมทั้ง 6 ประเด็น ตามแนวทาง UCCARE แล้ว อย่างไรก็ตาม ควรศึกษาประเมิน UCCARE ว่าอยู่ในระดับใด เพื่อให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงานที่ต่อเนื่องต่อไปในระยะยาวและควรมีการเสริมการดำเนินงานด้วยกลไกอื่น เช่น การมีระบบพี่เลี้ยงที่เสริมพลังอำนาจให้สามารถพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่ก่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาดรามบบริบทพื้นที่ ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ควรมีการประชุมประชาสัมพันธ์นำเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ผ่านทางสื่อต่าง ๆ ของท้องถิ่นเป็นประจำและต่อเนื่อง

2. สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุน เกี่ยวกับทักษะในการบริหารงานของกองทุน การวางแผน การเขียน โครงการ การติดตามและการประเมินผลเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ ของตนเอง และส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ควรเชื่อมโยงกลไกการทำงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ทั้งระดับประเทศ กระทรวง ไปจนถึงจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล ให้เป็นไปในทิศทางที่ตอบสนองต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพแบบบูรณาการ โดยคัดสรรประเด็นร่วมในการดำเนินการระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และชุมชนท้องถิ่นมาขับเคลื่อนด้วยการบูรณาการทรัพยากร งบประมาณของส่วนงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการร่วมกันแก้ปัญหาในพื้นที่ และเพื่อให้เกิดการผลักดัน แผนงาน โครงการ เพื่อเขียนขอสนับสนุนงบประมาณจากเงินกองทุนฯ ต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเก็บข้อมูลในภาคตัดขวาง ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อการดำเนินงานของพชอ. ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและยาเสพติดในพื้นที่ในลักษณะการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) หรือ นำรูปแบบ (model) ที่ได้ในครั้งนี้นำไปศึกษาต่อยอดในลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี และอำเภอสวี จังหวัดชุมพร รวมทั้งภาคีเครือข่ายทางด้านสุขภาพ ที่เสียสละเวลามาให้ข้อมูลวิจัยและสนับสนุนสถานที่ในการดำเนินวิจัย ในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ (สจรส.มอ) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กฤษดา แสงดี, เกษร คงแถม, สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ์, จันทิมา นวะมะวัฒน์, วิภาพร สิทธิศาสตร์, และอนงคัลักษณ์ พันธุ์พรหมชาติ (2559). การศึกษาการเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการ ระบบสุขภาพอำเภอ นิพนธ์ต้นฉบับ *Original Article*. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 5 (5), 854-864.
 นงลักษณ์ พวงมาลัย, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ, ทิวัตต์ มณีโชติ, และสมใจ นกดี. (2559). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จังหวัดละโว้. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 11(1), 349-361.

- ประดิษฐ์ สุขพัฒนศรีกุล.(2560). *ศึกษาผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ : กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่*. วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้. 31(2), 41-47
- ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, นพวรรณ สิริเขตต์, อุษา จันทร์ขวัญ, พรพรรณ พุ่มประยูร, ณัฐนรี คำอุไร, พชนิยา เชียงตา. (2560). *การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น : กรณีศึกษา อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี*. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 27, 172-183.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และ ปวีณา ปั้นกระจำง. มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2561). *รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561*. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- สาวตรี อัมฉ่างกรชัย. (2562). *รายงานสถานการณ์ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. (2560). *แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2560*.
- อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, ชารินทร์ เพ็ญวรรณ, ธนัย เกิดวงกต, อภิญญา เลหาประภานนท์, และรัตติยา อักษรทอง. (2561). *รายงานฉบับสมบูรณ์ การประเมินนโยบายกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 11 เพื่อสนับสนุนการดำเนินนโยบายในระยะถัดไป. Assessment of community health fund, Public Health Region 11, to support the next phase of policy making*. วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.),1-114

ภาคผนวก ข

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ (Participant Information Sheet)

คณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์
สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet)

(เพื่อประกอบการตัดสินใจ)

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้งlobal
ความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนงเยาว์ ชีววรรณ โทรศัพท์ 090-8712854

หน่วยงาน สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ

ก่อนที่ท่านจะลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมร่วมวิจัย ท่านควรได้รับทราบว่

- โครงการนี้เป็นโครงการวิจัย
- ท่าน ไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อใดๆ ต่อท่าน
- ในเอกสารนี้อาจมีข้อมูลที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี
- นักวิจัยผู้ขอความยินยอมต้องให้ ข้อมูลและเวลาที่เพียงพอแก่ท่าน ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ

เรียน ท่านผู้อ่านที่นับถือ

ผู้วิจัยขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามในโครงการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงขอแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้เพื่อประกอบการตัดสินใจของท่าน ขอให้ท่านใช้เวลาในการอ่านและทำความเข้าใจรายละเอียดตามเอกสารที่ท่านได้รับจำนวน 2 หน้านี้ ถ้าท่านไม่เข้าใจหรือสงสัยประการใด ท่านสามารถซักถามผู้วิจัย/ผู้ให้ข้อมูลแก่ท่านได้อย่างเต็มที่ และถ้าท่านสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านลงชื่อในใบสมัครใจเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบของการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้งlobalความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 โดยผู้ให้ข้อมูล คือ คณะกรรมการกองทุนตำบลและภาคีเครือข่ายด้านการจัดการสุขภาพ ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร และเครือข่ายสุขภาพอำเภอ บ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่าง เดือนกรกฎาคม 2562 – ตุลาคม 2562 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ทั้งหมดมี 4 ส่วน ทั้งหมด 25 ข้อ จำนวน 6 หน้า ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ขณะที่ท่านกำลังร่วมตอบแบบสอบถามหรือให้สัมภาษณ์ หากท่านรู้สึกไม่สบายใจที่จะตอบคำถามบางข้อ ท่านสามารถข้ามคำถามนั้นไปได้ และหากผู้ให้ข้อมูลเหนื่อย/ล้า ก็อาจพักได้ หรืออาจจะหยุดการให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อ ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้จัดทำรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ พวกสุรา ยาสูบ สารเสพติด ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ภายใต้งlobalความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อที่ผู้ให้ข้อมูลจะสามารถนำรูปแบบดังกล่าวมาปรับใช้กับบริบทของพื้นที่ในเครือข่ายและเครือข่ายอื่นๆ รวมทั้งนำมาใช้เป็นตัวช่วยในการวางนโยบายและแนวทางการจัดทำแผนงานโครงการในระดับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล และเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพระดับอำเภอ ต่อไป

ในการให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้เข้าร่วมวิจัยดำเนินการให้ข้อมูลหรือตอบคำถามตามความคิดเห็นของท่าน ส่วนไหนที่ไม่สามารถตอบได้ให้ระบุว่าไม่ต้องการให้ข้อมูล ทั้งนี้ผลการแสดงความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลจะถูก

ภาคผนวก ค

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

คณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์
สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

ข้าพเจ้า (นาย /นาง /นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในโครงการวิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสูร
ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพ
ที่ 11

ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวนางเยาว์ ชิลวรรณ และได้รับทราบถึงรายละเอียดของ
โครงการวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอน ตลอดจนผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ
และข้าพเจ้า ยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยให้วิเคราะห์และ
นำเสนอเป็นข้อมูลในภาพรวม ผู้วิจัยต้องเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากข้าพเจ้า ไว้เป็นความลับ และไม่เผยแพร่ต่อ
สาธารณะเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ
ในอนาคต

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับนางสาวนางเยาว์
ชิลวรรณ ได้ที่ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ 077-277555 ต่อ 1275 (ในเวลาราชการ) และ
090-8712854 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 074-282900 ได้ในวันและเวลาราชการ

ข้าพเจ้า เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว
ข้าพเจ้ายินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และได้ลงลายมือชื่อ หรือให้นักวิจัยผู้อ่านให้ข้าพเจ้าฟัง
ลงลายมือชื่อในใบแสดงความยินยอมให้ข้อมูลแทนข้าพเจ้า

ลงชื่อ

(นักวิจัยผู้ลงนามแทน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ

(ผู้ตอบแบบสอบถาม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

นักวิจัยต้องมอบสำเนาเอกสารฉบับนี้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย เก็บไว้ 1 ชุดด้วย

ภาคผนวก ง
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. รศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมยาสูบ การพัฒนาสุขภาพชุมชน
ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รศ.ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลแบบองค์รวม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ผศ.ดร.สมเกียรติยศ วรเดช ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ
คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
วิทยาเขตพัทลุง

ภาคผนวก จ
แบบประเมินเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง : รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามการวิจัย เรื่อง รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งประกอบด้วยดังต่อไปนี้

1) แบบสัมภาษณ์ มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 รายละเอียดของแผนงานโครงการ ในระดับอำเภอของอำเภอศรี และอำเภอบ้านนาสาร เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 เป็นส่วนแสดงความคิดเห็น ปัญหาและข้อเสนอแนะของภาพรวมในการจัดทำแผนงานโครงการ จำนวน 3 ข้อ

2) แบบสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาบทบาท หน้าที่ กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพฯ จำนวน 7 ข้อ

2. เอกสารนี้เป็นแบบประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญ แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพเป็น 3 ส่วนคือ ความถูกต้อง ความเหมาะสม และความสอดคล้อง ทั้งนี้จะมีการตรวจสอบโดยยึดตามเนื้อหาเป็นหลัก

3. ขอความกรุณาตรวจสอบเอกสารแต่ละรายการแล้วตอบลงความเห็น โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละรายการ

3.1 ตัวเลขในช่องประเมินมีความหมายดังนี้

+ 1 หมายถึง เมื่อท่านแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้อง

0 หมายถึง เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้อง

- 1 หมายถึง เมื่อท่านแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม และไม่สอดคล้อง

3.2 องค์ประกอบการประเมิน

ความถูกต้อง หมายถึง รายการที่นำมาประเมินมีความถูกต้องตามวัตถุประสงค์และเนื้อหา

ความเหมาะสม หมายถึง รายการที่นำมาประเมินมีความเหมาะสมตามวัตถุประสงค์และเนื้อหา

ความสอดคล้อง หมายถึง รายการที่นำมาประเมินมีความมีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์และเนื้อหา

4. หากท่านมีข้อเสนอแนะใด ๆ โปรดขีดฆ่าหรือเขียนลงในข้อคำถามที่ท่านเห็นสมควร

ลงชื่อ.....นางเยาว์ ชีวรรณ.....

ผู้วิจัย

1) แบบสอบถามสำหรับคณะกรรมการกองทุนตำบล แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อความคำถาม	ผลการพิจารณา			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะ
	คนที่1	คนที่2	คนที่3			
1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (นับอายุเต็มปี)	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	
2. เพศ () หญิง () ชาย	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	
3. สถานภาพสมรส () โสด () สมรส () หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	
4. การศึกษา () ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา/ปวช. () อนุปริญญา/ปวส. () ปริญญาตรี () ปริญญาโท () ปริญญาเอก () อื่นๆ (โปรดระบุ).....	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	
5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหลัก อะไร () 1. เกษตรกรรม () 2. ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	ปรับข้อความเป็นอาชีพหลักในปัจจุบันของท่าน

ข้อคำถาม	ผลการพิจารณา			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะ
	คนที่1	คนที่2	คนที่3			
<input type="checkbox"/> 3. คำขาย/ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> 4. แม่บ้าน <input type="checkbox"/> 5. รับจ้าง / ลูกจ้าง <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ (ระบุ).....						

1) แบบสอบถามสำหรับคณะกรรมการกองทุนตำบล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อคำถาม	ผลการพิจารณา			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะ
	คนที่1	คนที่2	คนที่3			
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนบาท (สมาชิกทุกคน)	+1	+1	0	0.66	นำไปใช้ได้	ผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 3 ไม่แน่ใจว่าจะมีประโยชน์อะไร
7. เป็นตัวแทนจากหน่วยงาน องค์กร หรือ ภาคส่วนใด	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	
8. ตำแหน่งของท่านในคณะกรรมการกองทุนตำบลปัจจุบัน	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	
9. ตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน (ถ้ามี)	+1	+1	0	0.66	นำไปใช้ได้	ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 ให้ข้อเสนอแนะว่าบางคนอยู่ระดับอำเภอจะไม่มีตำแหน่งในชุมชน
10. ประสบการณ์การทำงานด้านแผนงาน โครงการ (จนถึงปัจจุบัน) <input type="checkbox"/> เคยทำ โครงการ จำนวน.....ปี <input type="checkbox"/> ไม่เคยทำ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	ควรปรับข้อคำถามแบบระบุแผนงานโครงการเกี่ยวกับปัญหาสุรา ยาสูบและสารเสพติดน่าจะตรงกว่า

1) แบบสอบถามสำหรับคณะกรรมการกองทุนตำบล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์และรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

ข้อความถาม	ผลการพิจารณา			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะ
	คนที่1	คนที่2	คนที่3			
1.ท่านคิดว่าสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติดในระดับตำบล/อำเภอของท่านเป็นอย่างไรบ้าง 1.1 วิเคราะห์การรับรู้สถานการณ์แยกเป็นประเด็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและระดับปัญหา	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	ปรับคำถามให้เข้าใจง่าย “ท่านคิดว่าสถานการณ์สุรา ยาสูบและสารเสพติดในตำบล/อำเภอของท่านเป็นอย่างไร”
1.2 ขอให้ท่านยกตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาสุรา ยาสูบ และสารเสพติดที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ในตำบล/อำเภอของท่าน	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	
1.3 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุรา ยาสูบ และสารเสพติด	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	
1.4 บุคคล/หน่วยงานหลักๆ ที่เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ในตำบล/อำเภอของท่าน	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	ใครเป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลัก บุคคลเหล่านั้นเข้ามาทำหน้าที่อย่างไร และมีบทบาทหน้าที่อะไรบ้าง
2.วิธีการดำเนินการแก้ปัญหาสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ที่มีผลกระทบต่อ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	

ข้อคำถาม	ผลการพิจารณา			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะ
	คนที่1	คนที่2	คนที่3			
สุขภาพ ในตำบล/อำเภอของท่านเป็นอย่างไรบ้าง						
3.ผลการดำเนินงาน (ตามข้อ 2) เป็นอย่างไร	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	
4. ท่านคิดว่าวิธีการแก้ปัญหาใดที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	เพิ่มข้อคำถาม “ท่านทราบได้จากอะไร ท่านคิดว่าวิธีการใดที่ควรนำมาใช้พัฒนาและปรับปรุง เพราะอะไร”

1) แบบสอบถามสำหรับคณะกรรมการกองทุนตำบล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์และรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

ข้อคำถาม	ผลการพิจารณา			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะ
	คนที่1	คนที่2	คนที่3			
5. ในระดับตำบลและอำเภอของท่าน ได้มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของแผนงานกองทุน ที่เกี่ยวข้องกับจัดการ แก้ปัญหาสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ หรือไม่ อย่างไร และดำเนินการโดยใคร หรือหน่วยงานใด	+1	0	+1	0.66	นำไปใช้ได้	

ส่วนที่ 3 รายละเอียดของแผนงานโครงการ ในระดับอำเภอของอำเภอสวี และอำเภอบ้านนาสาร เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยง
ต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด

ข้อความ	ผลการพิจารณา			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะ
	คนที่1	คนที่2	คนที่3			
1. แผนงานโครงการเกี่ยวกับการจัดการปัญหาจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ที่มีผลต่อสุขภาพของกองทุนสุขภาพตำบลที่ผ่านมา เหมาะสมและเพียงพอต่อการแก้ปัญหาจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ที่มีอยู่ในพื้นที่หรือไม่อย่างไร เพราะเหตุใด	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	
2. รายละเอียดของแผนงาน โครงการ เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของกองทุนสุขภาพตำบลที่ควรจะเป็น ที่สามารถแก้ปัญหาได้บรรลุเป้าหมาย สูงสุด ควรเป็นอย่างไรบ้าง	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	

ส่วนที่ 3 รายละเอียดของแผนงานโครงการ ในระดับอำเภอของอำเภอสวี และอำเภอบ้านนาสาร เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยง
ต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด (ต่อ)

ข้อความ	ผลการพิจารณา			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะ
	คนที่1	คนที่2	คนที่3			
3. ท่านต้องการให้กองทุนสุขภาพตำบลจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในประเด็นใดเพิ่มเติม เพราะเหตุใด	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	

ข้อความถาม	ผลการพิจารณา			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะ
	คนที่1	คนที่2	คนที่3			
4. ยกตัวอย่าง แผนงาน โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด	+1	+1	0	0.66	นำไปใช้ได้	ผู้วิจัยจะเป็นผู้จัดคำตอบของผู้ให้ข้อมูลลงในกรอบของแนวคำถามที่กำหนดไว้
5. แผนงานงาน โครงการที่ผ่านมาได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานใดบ้าง สนับสนุนในเรื่องใด เพียงพอหรือไม่ เพราะอะไร	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

ข้อความถาม	ผลการพิจารณา			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะ
	คนที่1	คนที่2	คนที่3			
1. ภาพรวมของแผนงาน/โครงการต่อการตอบสนองต่อปัญหาปัจจัยเสี่ยงสุรา ยาสูบ และ สารเสพติด	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	ปรับข้อความ เป็น “ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนงาน โครงการด้านการจัดการปัญหาสุรา ยาสูบและสารเสพติดที่มีผลต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง”
2. จุดอ่อนในการจัดทำแผนงาน/โครงการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพสุรา ยาสูบและสารเสพติด อะไรบ้าง	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	
3. ข้อเสนอแนะ	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	

2) แบบสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาบทบาทหน้าที่ กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพฯ

ข้อความคำถาม	ผลการพิจารณา			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะ
	คนที่1	คนที่2	คนที่3			
1. กระบวนการจัดทำแผน/โครงการฯ ของกรรมการ พชอ. (เล่าขั้นตอนและทำเป็นแผนภาพเพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้ช่วยกันเติม และในแต่ละขั้นตอนมีใครเป็นกลไกแกนนำสำคัญ) ตามแนวทาง UCCARE	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	
2. การดำเนินการจัดการปัญหาสุรา ยาสูบและสารเสพติดที่มีผลต่อสุขภาพ ที่ผ่านมามีลักษณะอย่างไร	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	
3. ท่านคิดว่าผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามบทบาทหน้าที่ ที่ผ่านมามีอย่างไร เพราะเหตุใด ประเด็นไหนที่พึงพอใจ (สำเร็จ) ประเด็นไหนที่ยังไม่พึงพอใจ และต้องการการปรับเปลี่ยนอย่างไร	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	
4.ท่านคิดว่ามีปัญหา หรืออุปสรรคอะไรบ้างที่มีผลต่อการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลที่เกี่ยวกับแผนงาน โครงการด้านการจัดการปัญหา สุรา ยาสูบและสารเสพติด	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	
5. ท่านคิดว่าแผนงาน โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของกองทุนสุขภาพตำบลควรดำเนินการอย่างไรเพื่อให้มีผู้รับผิดชอบชัดเจน และครอบคลุมพื้นที่ และควรมีใครเข้ามาเกี่ยวข้อง	+1	+1	+1	1	นำไปใช้ได้	

ภาคผนวก ฉ
เครื่องมือใช้ในการวิจัย



สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Health System Management Institute Prince of Songkla University

แบบสอบถามปลายเปิด

เรื่อง : รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11

ชื่อผู้วิจัย : นางสาวนงเยาว์ ชิลวรรณ

นักศึกษาลัทธิสุตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษา : ดร. ซอพิยะห์ นิมะ

สำหรับ : คณะกรรมการกองทุนตำบล/ภาคีเครือข่ายและพี่เลี้ยงที่ทำงานด้านปัจจัยเสี่ยง ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี และเครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ จัดทำขึ้นเพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ของชุมชน โดยดูบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการผลักดันให้เกิดแผนงาน/โครงการ เป็นแบบสอบถามที่ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบของการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งแบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 รายละเอียดของแผนงานโครงการ ในระดับอำเภอของอำเภอสวี และอำเภอบ้านนาสาร เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ มีทั้งหมด 3 ข้อ

คำนิยาม

สุรา หมายถึง เครื่องดื่มใดๆ ในรูปของของเหลวที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl Alcohol) เป็นองค์ประกอบไม่น้อยกว่า 0.5 เปอร์เซ็นต์ โดยปริมาตร และสามารถบริโภคได้ หรือ เครื่องดื่มที่มีแรงแอลกอฮอล์เกิน 0.5 ดีกรี แต่ไม่เกิน 80 ดีกรี ได้แบ่งสุราเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ 1) สุราแช่ หมายถึง สุราที่ไม่ได้กลั่น และให้หมายความรวมถึงสุราแช่ที่ไม่ได้ผสมกับสุรากลั่นแล้ว แต่ยังมีแรงแอลกอฮอล์

ไม่เกิน 15 ดิกรีด้วย สุราแช่และผลิตภัณฑ์ มีหลายชนิด เช่น อุ สาเก สาโท กระแช่ น้ำตาลเมา ทั้งนี้ไม่รวมเบียร์ 2) สุรากลั่น หมายถึง สุราที่ได้กลั่นแล้ว และให้หมายความรวมถึงสุรากลั่นที่ได้ผสมกับสุราแช่แล้ว แต่มีแรงแอลกอฮอล์เกินกว่า 15 ดิกรี ตัวอย่างของสุรากลั่น เช่น วิสกี้ บรั่นดี วอดก้า รัม สุราขาว เป็นต้น

ยาสูบ หมายถึง เป็นผลิตภัณฑ์ทางการเกษตรที่ผลิตจากใบของต้นยาสูบ การได้รับยาสูบบวกพบในรูปของการสูบ การเคี้ยว การสูดกลิ่นหรือยาเส้น ผลิตภัณฑ์ยาสูบสามารถจำแนกตามการใช้งานออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควัน (Smoked tobacco) ได้แก่ บุหรี่โรงงาน บุหรี่มวนเอง และผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ เช่น ชิการ์ ไปป์ ชิชา ฮุกก้า บารากู บุหรี่ซีโย บุหรี่ชูรส และผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน (Smokeless tobacco) ได้แก่ ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงรสนานัตตุ์ และบุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น

สารเสพติด หมายถึง สารเคมีหรือยาที่อาจจะเป็นผลิตภัณฑ์ธรรมชาติหรือจากการสังเคราะห์ ซึ่งเมื่อบุคคลใดเสพหรือรับเข้าสู่ร่างกายซ้ำ ๆ กันแล้วไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ เป็นช่วงระยะ ๆ หรือนานติดต่อกันก็ตามจะทำให้บุคคลนั้นต้องตกอยู่ใต้อิทธิพลของสารนั้น และอาจต้องเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อย ๆ ก่อให้เกิดพิษเรื้อรัง จนทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้เสพนั้นเสื่อมโทรมลง เช่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน แอลเอสดี (LSD) เอ็คซ์ตาซี หรือ MDMA ผีน มอร์ฟีน โคเคนหรือโคคาอีน เมทาโดน สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 หรือ ประเภทที่ 2 เช่น อะเซติลแอนไฮโดรด์ อะเซติลคลอไรด์ เอทิลดีนไดอาเซเตด ไลเซอร์จิก อาซิก กัญชา พืชกระท่อม และเห็ดขี้ควาย เป็นต้น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงและเติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (นับอายุเต็มปี)
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
3. สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด
 - () 2. สมรส
 - () 3. หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ท่านจบการศึกษาระดับใด
 - () 1. ไม่ได้รับการศึกษา
 - () 2. ประถมศึกษา
 - () 3. มัธยมศึกษา/ปวช.
 - () 4. อนุปริญญา/ปวส.
 - () 5. ปริญญาตรี
 - () 6. ปริญญาโท

- () 7. ปริญญาเอก
 () 8. อื่นๆ (โปรดระบุ).....
5. อาชีพหลักในปัจจุบันของท่าน
 () 1. เกษตรกรรม
 () 2. ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ
 () 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 () 4. แม่บ้าน
 () 5. รับจ้าง / ลูกจ้าง
 () 6. อื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท (รวมสมาชิกทุกคน)
 7. ตำแหน่งของท่านในคณะกรรมการกองทุนตำบลปัจจุบัน.....
 8. เป็นตัวแทนจากหน่วยงาน องค์กร หรือ ภาคส่วนใด.....
 9. ตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน (ถ้ามี).....
 10. ประสบการณ์การทำงานด้านแผนงาน โครงการ การป้องกันควบคุม สุรา ยาสูบและ
 สารเสพติด (จนถึงปัจจุบัน)
 () เคยทำ โครงการ () ไม่เคยทำปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์และรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ
 คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็น
 จริงและเต็ม

ข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์ ข้อใดตอบไม่ได้ให้ท่านทำเครื่องหมาย -

1. สถานการณ์สุรา ยาสูบและสารเสพติด ในตำบล/อำเภอของท่าน
 1.1 วิเคราะห์การรับรู้สถานการณ์แยกเป็นประเด็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ดังนี้
- สุรา
 () รับรู้ () ไม่รับรู้-จากแหล่งใดบ้าง โปรด
 ระบุ.....
 -ปัญหาระดับใด
 () เล็กน้อย () น้อย () ปานกลาง () มาก () มากที่สุด
- ยาสูบ () รับรู้ () ไม่รับรู้
 -จากแหล่งใดบ้าง โปรด
 ระบุ.....
 -ปัญหาระดับใด () เล็กน้อย () น้อย () ปานกลาง () มาก () มาก
 ที่สุด
สารเสพติด () รับรู้ () ไม่รับรู้

-จากแหล่งใดบ้าง โปรด

ระบุ.....

-ปัญหาระดับใด () เล็กน้อย () น้อย () ปานกลาง () มาก () มากที่สุด

1.2 ขอให้ท่านยกตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาสุรา ยาสูบ และสารเสพติดที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ในตำบล/อำเภอของท่าน ประเด็น ดังนี้

- สุรา.....

.....

- ยาสูบ.....

.....

- สารเสพติด.....

1.3 จงวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุรา ยาสูบ และสารเสพติด

.....

.....

1.4 ขอให้ท่านระบุถึงบุคคล/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ในตำบล/อำเภอของท่าน

.....

.....

2. วิธีการดำเนินการแก้ปัญหาสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ในตำบล/อำเภอของท่านเป็นอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

3. ผลการดำเนินงาน (ตามข้อ 2) เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

4. ท่านคิดว่าวิธีการแก้ปัญหาใดที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ทราบได้จากอะไร

.....

.....

5. ในระดับตำบลและอำเภอของท่าน ได้มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของแผนงานกองทุน ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ แก้ปัญหาสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ และดำเนินการโดยใคร หรือหน่วยงานใด ผลเป็นอย่างไร

.....

.....

ส่วนที่ 3 รายละเอียดของแผนงานโครงการ ในระดับอำเภอของอำเภอสวี และอำเภอบ้านนาสาร เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบและสารเสพติด

1. ท่านคิดว่าแผนงานโครงการเกี่ยวกับการจัดการปัญหาจากสุรายาสูบ และสารเสพติด ที่มีผลต่อสุขภาพของกองทุนสุขภาพตำบลที่ ผ่านมา เหมาะสมและเพียงพอต่อการแก้ปัญหาจากสุรายาสูบ และสารเสพติด ที่มีอยู่ในพื้นที่หรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด

() เหมาะสม จงให้เหตุผล/คำอธิบายประกอบ

.....

.....

() ไม่เหมาะสม จงให้เหตุผล/คำอธิบายประกอบ

.....

.....
2. ท่านคิดว่ารายละเอียดของแผนงาน โครงการเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ของกองทุนสุขภาพตำบลที่ควรจะเป็น หรือที่ท่านอยากเห็น ควรเป็นอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....
3. ท่านต้องการให้กองทุนสุขภาพตำบล จัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในประเด็นใดเพิ่มเติม เพราะเหตุใด

.....

.....

.....
4. ขอให้ท่านยกตัวอย่าง แผนงาน โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และสารเสพติด ที่มีในระดับตำบล/อำเภอ ของท่าน

.....

.....
5. แผนงานโครงการที่ผ่านมา ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานใดบ้าง สนับสนุนในเรื่องใด และเพียงพอหรือไม่ เพราะอะไร

.....

.....

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

1. ท่านมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนงานโครงการ ด้านการจัดการปัญหา สุรา ยาสูบและสารเสพติด ที่มีผลต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง

1.1 ภาพรวมของแผนงาน/โครงการต่อการตอบสนองต่อปัญหาปัจจัยเสี่ยง สุรา ยาสูบ และสารเสพติด

.....

1.2 จุดอ่อนในการจัดทำแผนงาน/โครงการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ สุรา ยาสูบและสารเสพติด มีอะไรบ้าง

.....

1.3 ข้อเสนอแนะ

.....

แบบสนทนากลุ่ม

คำชี้แจง เป็นคำถามเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

1. กระบวนการจัดทำแผน/โครงการฯ ของกรรมการ พขอ. (เล่าขั้นตอนและทำเป็นแผนภาพ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้ช่วยกันเติม และในแต่ละขั้นตอนมีใครเป็นกลไกแกนนำสำคัญ)

2. การดำเนินการจัดการปัญหาสุรา ยาสูบและสารเสพติดที่มีผลต่อสุขภาพ ที่ผ่านมา มีลักษณะอย่างไร

3. ท่านคิดว่าผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ บทบาทหน้าที่ ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร เพราะเหตุใด ประเด็นไหนที่พึงพอใจ (สำเร็จ) ประเด็นไหนที่ยังไม่พึงพอใจ และต้องการการปรับเปลี่ยนอย่างไร

4. ท่านคิดว่ามีปัญหา หรืออุปสรรคอะไรบ้างที่มีผลต่อการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพ ตำบลที่เกี่ยวกับแผนงาน โครงการด้านการจัดการปัญหา สุรา ยาสูบและสารเสพติด

5. ท่านคิดว่าแผนงาน โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของกองทุนสุขภาพ ตำบลควรดำเนินการอย่างไรเพื่อให้มีผู้รับผิดชอบชัดเจน และครอบคลุมพื้นที่ และควรมีใครเข้ามาเกี่ยวข้อง

ภาคผนวก ข
ภาพประกอบการลงกิจกรรมเก็บข้อมูลวิจัย



ภาพกิจกรรมการสนทนากลุ่ม ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสวี่ จังหวัด
ชุมพร เมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2563 ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวี่

ภาพประกอบการลงกิจกรรมเก็บข้อมูลวิจัย



ภาพกิจกรรมการสนทนากลุ่ม ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2563 ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านนาสาร

ภาพประกอบการลงกิจกรรมเก็บข้อมูลวิจัย



ภาพกิจกรรมการลงพื้นที่ไปเก็บแบบสอบถาม