

การสร้างธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ

วงเดือน พระนคน¹ พิษณุสินี แสนเสนยา² อรรถพล ศรีประภา³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการสร้างและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการของประชาชนอำเภอบึงคล้า กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ ตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอบึงคล้า และประชาชนรวม 121 คน ดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม 2562 ถึง เมษายน 2563 เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และแบบสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย กระบวนการสร้างและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ มี 4 ขั้นตอน 1. ศึกษาสถานการณ์ 2. จัดทำธรรมนูญสุขภาพ 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) สร้างความเข้าใจผู้บริหารและผู้นำชุมชน 2) จัดตั้งคณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล 3) ทบทวนข้อมูลและสถานการณ์ปัญหาพื้นที่ 4) ออกแบบเครื่องมือเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล 5) ยกร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล 6) จัดเวทีประชาคมหมู่บ้านพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพตำบลเชื่อมโยงกับการจัดทำแผนพัฒนาตำบล 7) ปรับปรุงร่างและจัดเวทีพิจารณาธรรมนูญสุขภาพตำบล 8) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล 3. การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ หลังประกาศใช้ 2 ขั้นตอน 1. ยกร่างธรรมนูญสุขภาพอำเภอ และประชาพิจารณ์ 2. ขั้นตอนการ 3. ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพอำเภอในการขับเคลื่อน โดยมีร่างประกาศประกอบด้วย 10 หมวด 83 ข้อ มีการสร้างธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอเชื่อมโยงกับธรรมนูญสุขภาพระดับตำบลและแผนการจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น 3 แห่ง โดยมีประเด็นการจัดการขยะเป็นประเด็นในการขับเคลื่อน จนเกิดนวัตกรรมหมู่บ้านต้นแบบการจัดการขยะ 4. การประเมินผล การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในระดับน้อย (\bar{X} =1.66, SD=0.13) พฤติกรรมการจัดการขยะในระดับปานกลาง (\bar{X} = 1.97, SD=0.20)

คำสำคัญ : ธรรมนูญสุขภาพอำเภอ, การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ, การพัฒนาคุณภาพชีวิต

^{1,2} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงคล้า

³ นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกกว้าง

Corresponding Author: Wongdaun phranakoom, E-mail: phra29@hotmail.com

Received: December 5, 2021; Revised December 24, 2021; Accepted December 30, 2021

Design Health Constitution towards the Development of Integrated Quality of Life

Wongdaun Phranakorn¹ Pitsinee Sansenya² Arthapol Sriprapha³

ABSTRACTS

This study is action research to design a health constitution towards improving the development quality of life in Bung Khla District. The sample was selected by purposive sampling representative of the Bung Khla District quality of Life Development Committee and a total of 121 people, operated between May 2019 to April 2020. The data were collected by questionnaire, field record form, focus group and observation form. Data analysis using descriptive statistics and qualitative data analysis use content analysis. The results of creating a health constitution consisted of 4 steps 1) situational study phase 2) formulating an 8-step health constitution consisting of 1) Enhancing understanding of community administrators and leaders 2) Establishing a sub-district health constitution working group 3) Review the information and situation of problem areas 4) Design data collection and analysis tools 5) Drafting the sub-district health constitution 6) Organize a forum for the community to consider a district health statute linked to the preparation of a district development plan 7) Improve the draft and arrange a forum to consider the district health statute 8) Driving the health constitution After promulgating two steps 1) Drafting district health statutes and public hearing 2) Implementation stage 3) Enacting district health statutes to drive the draft declaration consists of 10 sections, 83 articles. District- health constitutions are created, linked to district-health constitutions and management plans of 3 National Health Security Local Fund, with waste management as a driving point until the innovation village model for waste management. 4) Evaluation of participation in the health constitution driving at a low level (\bar{X} =1.66, SD=0.13) and waste management behavior at a moderate level (\bar{X} =1.97, SD=0.20).

Key words: District Health Constitution, Driving Health Constitution, Quality of Life Improvement

^{1,2} Public Health Technical Office, Professional Level, Bung Khla District Public Health Office

³ Public Health Technical Office, Khok Kwang Health Promoting Hospital

บทนำ (Introduction)

ธรรมนูญสุขภาพ เป็นคำที่ใช้ควบคู่กันมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2545 เมื่อครั้งมีการจัดทำ กฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพ และต่อมาออกมาเป็นกฎหมายที่เรียกว่า “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ” หรือชื่ออย่างเป็นทางการว่า “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ”¹ ซึ่งเป็นเครื่องมือตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ โดยกำหนดให้มีการทบทวนอย่างน้อยทุก 5 ปี ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับแรกประกาศใช้เมื่อปี 2552 และฉบับที่ 2 เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ครอบคลุมสุขภาพในทุกมิติ คือ กาย จิต ปัญญา และสังคม เป็นภาพพื้ประสงคร่วมของระบบสุขภาพ และเป็นกรอบแนวคิดของการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่⁽²⁾ ธรรมนูญสุขภาพมีความสำคัญมีผลผูกพันที่ชัดเจนต่อหน่วยงานรัฐ และที่เกี่ยวข้องในฐานะที่เป็นมติคณะรัฐมนตรีขเดียวกันในทางสังคม ธรรมนูญสุขภาพมีลักษณะเป็นเจตนารมณ์ร่วมและพันธะร่วมกันของสังคม (Social Commitment) เพื่อใช้เป็นกรอบของระบบสุขภาพของประเทศให้ค้ำถึงถึงความหมายสุขภาพ 4 มิติ นอกจากสุขภาพทางกาย ใจ สังคม แล้วยังครอบคลุมถึงสุขภาพทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health)² ตาม

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 5 มาตรา 46,47 และ 48 ซึ่งว่าด้วย ธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นเครื่องมือ และกลไกที่ให้โอกาสประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ใช้เป็นเครื่องมือในการกำกับดูแล สุขภาวะของประชาชน ภายใต้ศักยภาพของทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ด้วยหลักการมีส่วนร่วม และการพึ่งตนเอง จะนำไปสู่การทำแผนสุขภาพชุมชนที่สามารถปฏิบัติการได้จริง³ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรธานี มีการขยายผลธรรมนูญสุขภาพ เฉพาะพื้นที่ร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สู่การพัฒนาตำบล จัดการสุขภาพต้นแบบโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และมีการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพมีการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพให้เกิดเป็นรูปธรรม⁴ มีพื้นที่ดำเนินการเป็นจังหวัดในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุตรธานีสนับสนุน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) ใช้เครื่องมือธรรมนูญสุขภาพเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนตำบลในพื้นที่ 7 จังหวัดอีสานตอนบน ประกอบด้วย จังหวัดเลย หนองบัวลำภู อุตรธานี หนองคาย สกลนคร นครพนม และ บึงกาฬ การดำเนินการระยะแรกจะเริ่มดำเนินการในช่วงต้นปี 2557⁵

อำเภอปงศล้า มีต้นทุนทางทรัพยากร องค์ความรู้ภูมิปัญญา ประวัติศาสตร์ วิถีวัฒนธรรม ความเชื่อมีทุนทางสังคม หลากหลาย วิสาหกิจชุมชนสวนยางพารา ประชาชนชาวบ้าน ประชาชนมีการศึกษา พื้นฐานเศรษฐกิจที่เข้มแข็ง หลากหลาย วัฒนธรรมผู้นำท้องถิ่นมีวิสัยทัศน์กว้างไกล แต่ในลักษณะของการทำงานภาคส่วน ยังแยกกันดำเนินการ การจัดทำธรรมนูญ สุขภาพเฉพาะพื้นที่จะสามารถสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ ตั้งแต่การวิเคราะห์ ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่ การลดปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ การวางระบบการพัฒนา ทรัพยากรต่างๆ ปัญหาสังคมด้านต่างๆ และ เกิดการพัฒนาแบบพฤติกรรมสุขภาพได้อย่าง ยั่งยืน จากความสำคัญและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาที่จะ สร้างธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอปงศล้า เพื่อเป็น กติกา ข้อตกลงร่วมกันในการพัฒนา ระบบสุขภาพ ตามความต้องการของคน ในพื้นที่ ให้มีความสุขกายสุขใจ อยู่ใน สิ่งแวดล้อมที่ดี มีความเอื้ออาทร เห็นคุณค่า ของชุมชน และภูมิปัญญาท้องถิ่นของเรา ให้ เกิดความอยู่ดีมีสุขตามสภาพ มุ่งเน้นที่ ปัญหาในพื้นที่เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพะ หรือสุขภาพอย่างสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมที่เชื่อมโยงกันเป็น องค์รวม นำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิต ประชาชนอำเภอปงศล้า

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อพัฒนากระบวนการสร้าง การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ใน ประเด็นการคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน อำเภอปงศล้า จังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อประเมินผลการใช้ธรรมนูญ สุขภาพระดับอำเภอสู่การพัฒนาคุณภาพ ชีวิต อำเภอปงศล้า จังหวัดบึงกาฬ

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (Action Research) โดยกำหนด กรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁶ เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) P - Planning การวางแผน 2) A - Acting การปฏิบัติการ 3) O - Observing การสังเกตการณ์ และ 4) R - Reflecting การสะท้อนผลการปฏิบัติ และถอดบทเรียน

ประชากร คือ กลุ่มองค์กรต่างๆ ในอำเภอที่เอื้อต่อกระบวนการขับเคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพ ได้แก่ 1) ภาคการเมือง หรือ กลุ่มผู้นำตำบล 2) กลุ่มของผู้ที่ปฏิบัติงาน เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชน 3) ภาคประชาชน ได้แก่ กลุ่มสภาเด็กและ เยาวชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน กลุ่มเกษตรกร กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่เคารพนับถือของคน

ในอำเภอ การทำงานร่วมกันใน 3 ภาคส่วน
ตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเลือก
แบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมี
กลุ่มประชากรทั้งหมด 121 คน

กลุ่มที่ 1 ภาควิชาการ คือกลุ่มของ
ผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ
ของประชาชน จำนวน 20 คน ประกอบไป
ด้วยรายละเอียดต่อไปนี้ นักวิชาการ
สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่วิเคราะห์
นโยบายและแผนองค์การบริหารส่วนตำบล
จำนวน 3 คน นักวิชาการศึกษา จำนวน 5 คน
นักพัฒนาชุมชน จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่ป้องกัน
และบรรเทาสาธารณภัย จำนวน 3 คน

กลุ่มที่ 2 ภาครัฐและการเมือง
ประชากรที่ จำนวน 35 คน ประกอบด้วย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จำนวน 3 คน นายกองค์การบริหาร
ส่วนตำบล จำนวน 3 คน ปลัดองค์การบริหาร
ส่วนตำบล จำนวน 3 คน กำนันและ
ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 11 คน คณะกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำนวน
15 คน

กลุ่มที่ 3 ภาคประชาชนและสังคม
จำนวน 45 คน ประกอบด้วย ประธานกลุ่ม
ผู้สูงอายุตำบลและอำเภอ จำนวน 4 คน
ประธานสภาเด็กและเยาวชน จำนวน 1 คน
ปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 4 คน ประธานบ้าน
กลุ่มเกษตรกร จำนวน 10 คน ประธานกลุ่ม

แม่บ้าน จำนวน 10 คน ประธานกลุ่มจักสาน
จำนวน 5 คน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านจากความร่วมมือจากหน่วยงานการ
ส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 11 คน

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก เกณฑ์
การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) มี
ตำแหน่งบทบาทหน้าที่ในระดับอำเภอ
มีศักยภาพในการเข้าร่วมวิจัย 2) แสดงความ
คิดเห็นและให้ข้อมูลได้ และ 3) เข้าร่วมการ
วิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก
(Exclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่
และเปลี่ยนตำแหน่งหรือไม่มีบทบาทหน้าที่
ในระดับอำเภอ

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิง
ปริมาณ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน
ลักษณะข้อมูลทางประชากรเป็นแบบสอบถาม
เกี่ยวกับข้อมูลลักษณะประชากร ของประชากร
ที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ
เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
อาชีพ รายได้ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วม
ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ แบ่ง
ออกเป็น 4 ด้านวิเคราะห์แผนชุมชน ด้านการ
จัดการทุน ด้านการคัดเลือกประเด็นขับเคลื่อน
ด้านการประเมินผล จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านพฤติกรรม
การจัดการขยะ จำนวน 15 ข้อ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และ แบบสังเกต โดยมีรายละเอียดดังนี้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้ได้ค่า Index of Item - Objective Congruence หรือ IOC ให้ค่าอยู่ระหว่าง 0.60 ถึง 1 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ นำไปทดลองใช้กับลักษณะประชากรที่คล้ายคลึงกัน พื้นที่ตำบลนาแสง อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 30 ชุด ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 15 คน บุคลากรภาครัฐ 5 คน ภาคสังคม 10 คน นำมาวิเคราะห์ เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha - Coefficient) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.8

ผลการวิจัย (Result)

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์
อำเภอบุ่งคล้า มีประชากรทั้งหมด 13,851 คน ชาย 6,897 คน หญิง 6,954 คน จำนวนหลังคาเรือน 3,417 หลังคาเรือน แบ่งการปกครองออกเป็น 25 หมู่บ้าน 3 ตำบล 3 เขตองค์การ

บริหารส่วนตำบล ห่างจากจังหวัดบึงกาฬ 43 กิโลเมตร เป็นพื้นที่ที่อยู่ตาม แนวถนนสายทางหลวงหมายเลข 212 สายบึงกาฬ - นครพนม **สภาพทางสังคม** ปัจจุบันสภาพสังคมครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยาย กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวประมาณร้อยละ 80 ของครัวเรือน เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจที่หากินฝืดเคืองยิ่งขึ้น ประกอบกับการรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกมาใช้กันแพร่หลาย สังคมเริ่มมีการดูแล เอาใจใส่กันน้อยลง อยู่แบบตัวใคร ตัวมันมากขึ้น ผู้สูงอายุและเด็ก (กลุ่มวัยพึ่งพิง) ขาดคนดูแล ครอบครัวขาดความอบอุ่น การเลือกคู่ครองขาดความตระหนัก ยังคิด จึงทำให้ญาติที่มีสายเลือดใกล้ชิดกันอยู่กันเป็นครอบครัวมากขึ้น **สภาพทางเศรษฐกิจ ด้านการเกษตรกรรม** พื้นที่ ส่วนใหญ่ใช้เป็นที่นาปลูกข้าว ข้าวโพด ปลูกยางพารา ซึ่งทำให้สภาพทางเศรษฐกิจรายได้เปลี่ยนไปจากแต่ก่อนจากการทำนาอย่างเดียว มีรายได้เพิ่มขึ้นจากการขาย ข้าวโพด และยางพารา เดือนละ 1-2 ครั้ง มาเป็นรายได้ และเข้ารับจ้างในโรงงานจนเกิดผลกระทบต่อสภาพสังคมทางครอบครัว **ด้านการศึกษา** มีโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา 11 แห่ง ซึ่งมีโรงเรียนขยายโอกาสมัธยมศึกษาตอนต้น

1 แห่ง โรงเรียนมัธยมศึกษา 1 แห่ง ปัจจุบันระบบคมนาคมสะดวก สมาชิกบางส่วนส่งลูกหลานไปเรียนในตัว อำเภอบึงกาฬ มากขึ้น

ด้านการศาสนา ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

ระยะที่ 2 จัดทำธรรมนูญสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.90) อายุระหว่าง 35 - 44 ปี (ร้อยละ 37.19) รองลงมาอายุระหว่าง 45 - 50 (ร้อยละ 28.09) น้อยที่สุดอายุ 51 ขึ้นไป (ร้อยละ 5.79) มีอายุเฉลี่ย 47.7 ปี (SD=9.05) สถานภาพ สถานภาพสมรส (ร้อยละ 84.30) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ

27.27) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 23.97) อาชีพหลัก เกษตรกร (ร้อยละ 42.15) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานรัฐ (ร้อยละ 33.06) รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 บาท ถึง 12,261 บาท (ร้อยละ 70.97) รองลงมา 19,523 - 26,783 (ร้อยละ 23.54) บทบาทหน้าที่ในชุมชนจากหน่วยงานประชากร ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน, สารวัตรกำนัน, แพทย์ประจำตำบล (ร้อยละ 33.88) รองลงมาคือสมาชิก อบต., รองนายก อบต., นายก อบต., เลขานายก อบต. (ร้อยละ 28.09) ดังตารางแสดงที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทางประชากร (n=121)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=121)	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	87	71.91
- หญิง	34	28.09
2. อายุ (ปี)		
- น้อยกว่า 25	8	6.62
- 26 - 34	27	22.31
- 35 - 44	45	37.19
- 45 - 50	34	28.09
- 51 ขึ้นไป	7	5.79
(\bar{x} = 47.47, SD = 9.05, Min = 23, Max = 58)		

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทางประชากร (n=121) (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=121)	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส		
- โสด	13	10.74
- สมรส	102	84.30
- หม้าย/หย่า/แยก	6	4.96
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
- ประถมศึกษา	18	14.88
- มัธยมศึกษาตอนต้น	33	27.26
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	29	23.97
- อนุปริญญา/ปวส.	12	9.92
- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	29	23.97
5. อาชีพหลัก		
- เกษตรกร	51	42.15
- รับจ้าง	16	13.22
- ค้าขาย	14	11.57
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานรัฐ	40	33.06
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
- น้อยกว่า 5,000	12	9.92
- 5,001-12,261	21	17.35
- 12,262-19,522	43	35.54
- 19,523-26,783	28	23.14
- 26,784 ขึ้นไป	17	14.05
7. บทบาทหน้าที่ในชุมชน		
- สมาชิก อบต., รองนายกอบต., นายกอบต.,	34	28.09
เลขานายกอบต.	41	33.89
- กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน, สารวัตรกำนัน, แพทย์ประจำตำบล	14	11.57
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	32	26.45
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สมาชิกกลุ่มอื่น ๆ		

การพัฒนากระบวนการ แบ่งเป็น
วางแผนใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและ
หาแนวทางแก้ไข จัดทำธรรมนูญสุขภาพ
8 ขั้นตอน

1) สร้างความเข้าใจผู้บริหารและ
ผู้นำชุมชนกำหนดเป้าหมายการจัดทำ
ธรรมนูญสุขภาพ โดยการจัดประชุมชี้แจงราย
ตำบลโดยมีกลุ่มเป้าหมายสำคัญ คือ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
ตำบล ทั้ง 3 ตำบล

2) จัดตั้งคณะทำงานธรรมนูญ
สุขภาพระดับตำบล ประกอบด้วย นายก
องค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 3 แห่ง
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ครูประจำ
โรงเรียนในเขตตำบลทุกโรงเรียน เจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ตัวแทนองค์กร ชุมชน ในพื้นที่
ตำบล

3) ทบทวนข้อมูลและสถานการณ์
ปัญหาพื้นที่ คณะทำงานธรรมนูญสุขภาพ
ระดับตำบล จัดประชุมวิเคราะห์สภาพปัญหา
ที่กระทบกับคุณภาพชีวิตของประชาชนใน
ตำบล

4) ออกแบบเครื่องมือ เก็บข้อมูล
และวิเคราะห์ข้อมูล

5) ยกย่องธรรมนูญสุขภาพตำบล
ครอบคลุมสภาพปัญหาและความต้องการใน
ระดับตำบล

6) จัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน
พิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล เชื่อมโยง
กับการจัดทำแผนพัฒนาตำบล

7) ปรับปรุงร่างและจัดเวทีพิจารณา
ธรรมนูญสุขภาพตำบล

8) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ
ตำบล

ระยะที่ 3 การขับเคลื่อนธรรมนูญ สุขภาพหลังประกาศใช้ 2 ขั้นตอน

1) ยกย่องธรรมนูญสุขภาพ อำเภอ
และประชาพิจารณ์ กระบวนการสร้าง
ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ อำเภอทุ่งคล้า
จังหวัดบึงกาฬมี 4 ขั้นตอนได้แก่ วางแผน
(Planning) ขั้นปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกตผล
การปฏิบัติงาน (Observation) ขั้นสะท้อน
กลับการปฏิบัติ (Reflection) ดังนี้

1. **ขั้นวางแผน** ผู้วิจัยได้กำหนด
แผนการดำเนินงาน โดยการประชุมสนทนา
กลุ่ม (Group Discussion) กับกลุ่มผู้เข้าร่วม
ในการวิจัย จำนวน 121 คน ข้อมูลที่ค้นพบใน
ระยะการศึกษาสภาพปัญหา สถานการณ์
หรือความภาคภูมิใจและภาพฝันหรือสิ่งที่
ต้องการให้เกิดในพื้นที่อำเภอทุ่งคล้าที่
สามารถส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สิ่งที่พบ
คือ เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท วิถีชีวิตเรียบง่าย
ประชาชน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกรี๊ด
ยางพารา กลางวันไม่มีคนอยู่บ้าน เหลือ
คนชราเฝ้าบ้าน การใช้เวลาว่างทำกิจกรรม

ร่วมกันในครอบครัวมีน้อยลง ประชาชนบางส่วนยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม เรื่องการบริโภคอาหาร ขาดการออกกำลังกาย มีการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในงานบุญประเพณีต่างๆ ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคระบบ หัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน

การวิเคราะห์ประเด็นเพื่อทบทวนและ ตรวจสอบความเหมือนและแตกต่าง ประกอบกับความภูมิเฝ้าระวังสิ่งที่ต้องการให้เป็นในอำเภอทุ่งคล้า เพื่อยกร่างขึ้นประเด็นที่จะต้องช่วยกันแก้ไขและเข้าใจตรงกัน พิจารณาจัดทำจุดหมายร่วมกันและจัดแบ่งเป็นหมวดหมู่ ภาพฝันหรือสิ่งที่ต้องการให้เกิดในพื้นที่ ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาพฝันหรือสิ่งที่ต้องการให้เกิดในพื้นที่อำเภอทุ่งคล้า

สถานการณ์/ความภูมิใจ	ภาพฝันสิ่งที่ต้องการ
1. ชุมชนมีความรักสามัคคี	1. ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น
2. มีโรงพยาบาลอยู่ใกล้บ้าน	2. ภาครัฐควรให้การสนับสนุนและคำแนะนำเกี่ยวกับความเป็นอยู่และการพัฒนา
3. มีโครงการบัตรทอง	3. ความสามัคคีเป็นหนึ่งเดียวในชุมชน
4. มีถนนตัดผ่านหน้าบ้าน	4. ขจัดมลภาวะพิษสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี
5. มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง	5. กำจัดขยะทำชุมชนให้สะอาด
6. มียาเสพติดระบาดน้อย	6. หมั่นตรวจสุขภาพตนเอง
7. มีผู้นำเข้มแข็ง	7. การประชาสัมพันธ์ การสื่อสารให้ทั่วถึง
8. มีกลุ่มและกองทุนหมู่บ้าน	8. การสร้างความเข้มแข็งในชุมชน
9. สมาชิกในชุมชนมีความร่วมมือร่วมใจกัน	

2. ขั้นตอนการ

2.1 นำข้อมูลธรรมนูญสุขภาพของ ทั้ง 3 ตำบล มีการนำเสนอข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ในเวทีและมีประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวมดังนี้

“กระผมว่าควรมีความชัดเจนใน ประเด็นความครอบคลุมเรื่องการสร้างสุขภาพ”

“ผมว่าขยะนี่น่าครับ มันหลายชิ้น ทุกมือๆ มันสกปรกหมกหมมดัก เก็บบ่หมด เมาจะยาก”

“อยากมีเตาเผาขยะอยู่ทุกหมู่บ้าน ค่ะ แต่หลังกว่า อบต. สิมาเก็บบางที่จน ล้นถึง เน่าเหม็น หมาคาบไปหย่าชะกะมี”

2.2 พัฒนาศักยภาพแกนนำคณะ ทำงานธรรมนูญสุขภาพระดับตำบลและ อำเภอ จำนวน 25 คน ศึกษาดูงานการจัดทำ ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ศึกษาดูงานใน พื้นที่จังหวัดเลย

2.3 ขั้นตอนการยกย่องธรรมนูญสุขภาพอำเภอ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการยกย่องซึ่งมาจาก หัวหน้าส่วนราชการในอำเภอผู้คลัง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนประจำองค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 3 แห่ง ผู้แทนผู้นำชุมชน โดยนำข้อสรุปจากการเสนอแนวคิดในเวทีและการปรับปรุงความเหมือนและแตกต่างของธรรมนูญสุขภาพทั้ง 3 ตำบล ประกอบการยกย่อง

2.4 จัดทำเวทีคืนข้อมูลให้กับผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเสนอความคิดเห็นต่อร่างธรรมนูญสุขภาพอำเภอจำนวน 1 ครั้ง โดยได้รับการสนับสนุนวิทยากรจาก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ศูนย์การศึกษาบึงกาฬ จำนวน 1 ครั้ง

2) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพอำเภอในการขับเคลื่อน ประเด็นของ พชอ.ผู้คลัง ร่างประกาศประกอบด้วย 10 หมวด 83 ข้อ เรียกว่า ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่อำเภอผู้คลังได้แก่

หมวดที่ 1 สรรค์สร้างครอบครัวอบอุ่น

หมวดที่ 2 หนุนนำการมีสุขภาพดีชีวิตเป็นสุข

หมวดที่ 3 มีจิตอาสาเชิงรุก สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี

หมวดที่ 4 จัดบริการสาธารณสุขให้อย่างมีมาตรฐาน

หมวดที่ 5 ส่งเสริมสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น

หมวดที่ 6 ชุมชนอยู่กันอย่างปลอดภัย
ห่วงใยคุ้มครองผู้บริโภค

หมวดที่ 7 ใส่ใจข่าวสารและเผยแพร่องค์ความรู้

หมวดที่ 8 ผู้เกี่ยวข้องด้านสุขภาพได้รับการพัฒนา

หมวดที่ 9 ใส่ใจงบประมาณด้านสุขภาพชุมชน

หมวดที่ 10 บทเฉพาะกาล

มีการสร้างธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอเชื่อมโยงกับธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล และแผนการจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น 3 แห่ง โดยมีประเด็น การจัดการขยะเป็นประเด็นในการขับเคลื่อน ทำให้เกิดประเด็นขับเคลื่อนการจัดการขยะในชุมชน เชื่อมโยงธรรมนูญสุขภาพ หมวดที่ 3 มีจิตอาสาเชิงรุก สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี ข้อ 27 ประชาชนคนผู้คลังเป็นชุมชนที่รักษาความสะอาดมีการจัดการขยะอย่างเป็นระบบและถูกต้อง นวัตกรรมหมู่บ้านต้นแบบการจัดการขยะและเสวียนในการทำปุ๋ยหมักส่งผลให้ผ่านการประเมินตามแผนงานโครงการอำเภอสะอาด แต่ละหมู่บ้านรวมกลุ่มในการจัดการขยะ หรือเป็นกองทุนขยะของหมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้านจัดตั้งธนาคารขยะหรือผ้าป่าขยะ โรงเรียนและประชาชนในหมู่บ้านมีการจัดการขยะอย่างถูกตามเกณฑ์การประกวด ผู้นำชุมชน/อบต./ครูแต่ละตำบล ร่วมกันออกประเมินคัดเลือกหมู่บ้านต้นแบบและโรงเรียนต้นแบบ

ตามเกณฑ์ คณะกรรมการประกวดระดับอำเภอ ออกประเมินหมู่บ้านต้นแบบและโรงเรียนต้นแบบในการจัดการขยะ พหุ. บุ่งคล้า มอบรางวัลหมู่บ้านต้นแบบ และโรงเรียนต้นแบบในการจัดการขยะ

3. ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติงาน

(Observation) ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนให้ความร่วมมือในการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และประเมินผลการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงงานให้ดีขึ้น การอภิปรายผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนให้ความสนใจอภิปราย พบว่าในตำบลเมืองคักร ภาคีเครือข่ายสุขภาพที่หลากหลายและเข้มแข็งที่มีการจัดกิจกรรมของกลุ่มชมรมอย่างต่อเนื่อง กลุ่มอาสาสมัครจิตอาสาต่างๆ ที่มีการทำงานเชื่อมโยงช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการติดตามโดยคณะอนุกรรมการ ตามหลัก PDCA โดย 1) เชื่อมโยงข้อบังคับหรือเทศบัญญัติของอปท.และแผนงานกองทุนตำบล 2) ประกาศเป็นกติกาหรือข้อตกลงชุมชน 3) เกิดต้นแบบแหล่งเรียนรู้

4. ขั้นสะท้อนกลับการปฏิบัติ

(Reflection) จากผลการดำเนินงานก่อให้เกิดการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมกำหนดเป็นกรอบ กติกา หรือ ข้อตกลงร่วมของชุมชน ที่เกิดจากความเห็นร่วมของคนในชุมชน การบูรณาการการทำงานร่วมกันระดับพื้นที่ ภาครัฐ ท้องถิ่น ประชาชน ความมุ่งมั่นตั้งใจของผู้นำ เช่น นายกอบต./เทศบาล แกนนำชุมชน ต้องการแก้ไขปัญหาประชาชนในพื้นที่

ระยะที่ 4 การประเมินผล

การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน

ธรรมนูญสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า ระดับการมีส่วนร่วม ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.66$, $SD=0.13$) ด้านวิเคราะห์แผนชุมชนระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.72$, $SD=0.27$) ด้านการจัดการทุน ระดับน้อย ($\bar{X}=1.61$, $SD=0.26$) ด้านการคัดเลือกประเด็นขับเคลื่อน ระดับน้อย ($\bar{X}=1.65$, $SD=0.26$) ด้านการประเมินผลระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.67$, $SD=0.13$) ดังตารางแสดงที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ (n=121)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	\bar{X}	SD	แปลความ
วิเคราะห์แผนชุมชน	1.72	0.27	ปานกลาง
ด้านการจัดการทุน	1.61	0.26	น้อย
ด้านการคัดเลือกประเด็นขับเคลื่อน	1.65	0.26	น้อย
ด้านการประเมินผล	1.67	0.28	ปานกลาง
ภาพรวม	1.66	0.13	น้อย

พฤติกรรมกำจัดการขยะ
ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการกำจัดขยะ
ภาพรวม มีพฤติกรรมกำจัดการขยะ ระดับ
ปานกลาง ($\bar{X}=1.97$, $SD=0.20$) โดยมี
พฤติกรรม ที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ แยกขยะ
ก่อนทิ้งลงในถังขยะ ระดับมาก ($\bar{X}=2.35$,

$SD=2.90$) รองลงมา คือ ฝักรถขยะที่
สามารถย่อยสลายได้ ($\bar{X}=2.16$, $SD=0.73$)
พฤติกรรมกำจัดการขยะน้อยที่สุดเผาขยะ
ทุกชนิด ($\bar{X}=1.80$, $SD=0.20$) ดังแสดงตาราง
ที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมกำจัดการขยะ (n=121)

พฤติกรรมกำจัดการขยะ	\bar{X}	SD	แปลความ
1. ทานแยกขยะก่อนทิ้งลงในถังขยะ	2.35	0.90	มาก
2. ทานเศษอาหารลงในถังเศษอาหาร	1.85	0.87	ปานกลาง
3. ทานนำถุงพลาสติก ถุงหิ้ว ที่ยังมีสภาพดีกลับมาใช้ซ้ำ	2.03	0.67	ปานกลาง
4. ทานนำขยะที่ยังใช้ได้ มาดัดแปลงใช้ใหม่	2.13	0.69	ปานกลาง
5. ทานปฏิเสธการรับถุงพลาสติก เมื่อซื้อของ 1 – 2 ชิ้น	1.91	0.71	ปานกลาง
6. ทานนำถุงผ้า/ถุงพลาสติกที่ใช้ซ้ำได้ไปซื้อของที่ร้าน	2.15	0.75	ปานกลาง
7. ทานพกกระบอกน้ำส่วนตัวเวลาออกไปข้างนอก	1.91	0.83	ปานกลาง
8. ทานแยกขยะเศษอาหารที่บ้านของท่าน มาหมักทำปุ๋ยหมักหรือน้ำหมัก	1.97	0.76	ปานกลาง
9. ทานแยกทิ้งขยะอันตราย	1.92	0.79	ปานกลาง
10. ทานแยกขยะรีไซเคิลที่บ้านของท่าน	1.73	0.76	ปานกลาง
11. ทานฝักรถขยะที่สามารถย่อยสลายได้	2.16	0.73	ปานกลาง
12. ทานนำขยะย่อยสลายได้ไปทำปุ๋ยหมักไว้ในครัวเรือน	1.90	0.74	ปานกลาง
13. ทานใช้ถุงผ้าเมื่อต้องไปซื้อสินค้าที่ร้านค้า	2.04	0.72	ปานกลาง
14. ทานนำขยะรีไซเคิลไปจำหน่าย	1.91	0.77	ปานกลาง
15. ทานเผาขยะทุกชนิด	1.80	0.72	ปานกลาง
ภาพรวม	1.97	0.20	ปานกลาง

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผลการวิจัย การสร้างธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ วราพร วันไชยธนวงศ์ และคณะ^{2,7,8} ธรรมนูญประชาชนอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ พร้อมทั้งมีแต่งตั้งคณะทำงาน และการกำหนดบทบาทอย่างชัดเจน จะต้องมีการกำหนดกติกา การทำงานร่วมกันที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับ สำนักงานวิจัยและ พัฒนาระบบสุขภาพชุมชน⁽⁹⁾ ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี ควรเป็น “กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม” (Participatory Public Policy Process: PPPP)⁹ ซึ่งร่างธรรมนูญสุขภาพอำเภอปงศัลยา เรียกว่า “ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่อำเภอปงศัลยา” ประกอบด้วย 10 หมวด 83 ใช้เป็นแผนการจัดการให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนคนปงศัลยา สอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล โดยขับเคลื่อนผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมี 3 แห่ง ในอำเภอ โดยการขับเคลื่อนต้องแปลงธรรมนูญสู่การปฏิบัติ ซึ่งผลที่ได้ในการคัดเลือกประเด็นการจัดการขยะ แต่ยังพบว่าการประเมินผลการมีส่วนร่วมยังอยู่ในระดับน้อย และพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะในระดับปานกลาง สอดคล้องผลการศึกษา กฤตยา

อาชวานิจกุล และ กุลภา วจนสาระ⁽¹⁰⁾ พบว่าปัญหาการสื่อสารให้ประชาชนรับรู้เข้าใจถึงประโยชน์ที่จะตามมาจากการสร้างและใช้ธรรมนูญสุขภาพ แม้จะมีการรับรู้และพึงพอใจต่อการสร้างและใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล ในระดับมากก็ตามยังพบว่าประชาชนยังเข้าไม่ถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะ การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพอำเภอปงศัลยา จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการวางกรอบการขับเคลื่อนงานสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เป็นกลไกสำคัญที่เกิดจากความร่วมมือกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพ และ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นแหล่งทุนที่สำคัญในการสนับสนุนงบประมาณการขับเคลื่อนงานสุขภาพที่สอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพฯ ให้กับประชาชนการประชุมบูรณาการประจำเดือนที่มีตัวแทนจากทุกฝ่ายทุกหน่วยงาน และทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นท้องถิ่น, ท้องที่, รพ.สต., วัด, โรงเรียน, อสม. ฯลฯ มาเข้าร่วมประชุม จึงเป็นเสมือนการเชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ เนื่องจากทุกฝ่ายได้ปรึกษาหารือกัน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ ร่วมกันพัฒนาเพื่ออำเภอปงศัลยา

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเรื่องการเรียนรู้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอปงศัลยาและกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพอำเภอปงศัลยา

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายอุดม อยู่อินไกร นายอำเภอบุงคล้า (2562) ที่กรุณา ยินยอมให้การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตเป็นประเด็นหลักและแสวงหาเครื่องมือ ในการพัฒนา ส่งเสริมการค้นคว้าจนพบ ธรรมนูญสุขภาพอำเภอ ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอบุง คล้าทุกท่านที่ร่วมกระบวนการศึกษาวิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอบุงคล้า กลุ่ม ตัวอย่างที่ร่วมให้ข้อมูลและศึกษาเรียนรู้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. **ก้าวอย่างทางเดินสู่ธรรมนูญว่าด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับแรก : บริษัทยามรินทร์พรันต์ตั้ง แอนด์ พับลิชชิง จำกัด (มหาชน)**; 2555.
2. ไพศาล ลิ้มสถิตย์. **ธรรมนูญว่าด้วยระบบ สุขภาพแห่งชาติ : มิติทางกฎหมาย**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550: 1-322.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550**. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ; 2550.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรดิตถ์. **คู่มือการประเมินเสริม พลังธรรมนูญสุขภาพ**. โรงพิมพ์ศักดิ์ศรี อักษรการพิมพ์; 2560.

5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. **รายงานประจำปี พ.ศ. 2557 สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานสานพลัง 7**. นนทบุรี สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2557.
6. Kemmis. S, McTaggart. R. The Action Research Reader. 3 ed. Deakin University Press. 1988.
7. วราพร วันไชยธนวงศ์, พิมพิไล อุ่นบ้าน, พจณีย์ มนัสพรหม. **การพัฒนาและ ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่**. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2560;23(1):43-53.
8. ทนงค์ดี พลอาษา, ประเสริฐ ประสมรักษ์. **ผลการประเมินความเข้มแข็งของการ สร้างและใช้ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะ พื้นที่ ในมุมมองของประชาชน จังหวัด อำนาจเจริญ**. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562;34(4):379-85.
9. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน (สพช.). **นโยบายสาธารณะ : เครื่องมือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ชุมชน**. การประชุมมหกรรมสุขภาพ ชุมชน ครั้งที่ 2 จากความรู้สู่ระบบ จัดการใหม่ จินตนาการเป็นจริงได้ไม่ รู้จบ วันที่ 19 มกราคม 2555 ณ อาคารอิมแพ็ค คอนเวนชันเซ็นเตอร์ เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี. 2555.

10. กฤตยา อาชวนิจกุล, กุลภา วจนสาระ.

บทสำรวจวาทกรรมและการเมือง
เรื่องสมัชชาสุขภาพ. วารสาร
สังคมศาสตร์. 2551;20:114-42.

11. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

ก่อ - ร่าง - สร้าง - เคลื่อน บทเรียน
ธรรมนูญสุขภาพ 6 พื้นที่ ธรรมนูญว่า
ด้วยสุขภาพสู่ตำบลสุขภาวะของ
ประชาชน ตำบลดงมูลเหล็ก อำเภอ
เมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ฉบับที่ 1 พ.ศ.
2554. นนทบุรี. 2556.