

บทเรียนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ “ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ภาคเหนือ”

อุทิศ จิตเงิน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การพัฒนาตำบลเพื่อจัดการคุณภาพชีวิตเป็นกระบวนการที่สำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้มแข็ง/ชุมชนท้องถิ่น ให้สามารถจัดการตนเองได้ตามบริบทของพื้นที่ โดยภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการบูรณาการการทำงาน ต้องเข้ามามีส่วนร่วมและแสดงบทบาทเสริมพลังกันในทิศทางและเป้าหมายเดียวกัน ภายใต้หลักคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง”

บทเรียนการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ ภาคเหนือ ใช้วิธีการจัดการความรู้(Knowledge Management : KM) ในภาคเหนือ 4 ตำบล คือ 1) ตำบลแคมป์สน อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ 2) ตำบลตำบลโมโกร อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก 3) ตำบลลอย อำเภอบึง จังหวัดพะเยา และ 4) ตำบลกลางเวียง อำเภอเมือง จังหวัดน่าน ค้นพบบทเรียนสำคัญต่อการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ คือ 1) **การมีรากฐานที่เข้มแข็ง** ซึ่งหมายถึง การมีทีมหรือคณะทำงานที่หลากหลาย บูรณาการบทบาทสู่เป้าหมายเดียวกัน, มีการสร้างบรรยากาศที่ดีและเอื้ออำนวยต่อการทำงานร่วมกัน, การมีข้อมูลที่ต้องการครบถ้วน เป็นปัจจุบัน มีการจัดการระบบข้อมูล แพลตฟอร์ม ความหมายของข้อมูลสู่การวางแผนและสื่อสาร

กลุ่มเป้าหมายและภาคีเครือข่ายสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย

2) **การจัดการแบบมีส่วนร่วม** โดยเฉพาะมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน, มีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผน, การประเมินผล, เครื่องมือที่ใช้สร้างการมีส่วนร่วม เช่น แผนที่ผลลัพธ์ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ แผนแม่บทชุมชน Appreciation Influence Control :AIC และ Future Search Conference : FSC 3) **มีภาคีเครือข่ายหลากหลายและมีเป้าหมายที่สอดคล้องกัน** มีการแบ่งขอบเขต/บทบาทหน้าที่เป็น 2 ระดับ คือพื้นที่บริหารจัดการและสนับสนุน (Area Management and Support) เป็นบทบาทหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และพื้นที่การปฏิบัติการ (Area Operation) เป็นบทบาทหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรืออาจเรียกชื่ออื่น และ 4) **ประชาชนกลุ่มเป้าหมายและภาคีเครือข่ายแสดงบทบาท** กล่าวคือเจ้าหน้าที่ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาชน “ได้แสดงบทบาทและเชื่อมประสานบทบาทของตนสู่ภาคีเครือข่ายอื่นได้อย่างเหมาะสม ลงตัว มีเป้าหมายเดียวกัน

หัวใจของความสำเร็จ (Critical Success Factor) ของการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต คือ ประชาชนและภาคีเครือข่าย แสดงบทบาทที่สอดคล้องและเสริมพลังกันและกัน (Synergy)

ตัวชี้วัดความสำเร็จ (Key Performance Indicator) ของการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็นตัววัดกระบวนการ (Process Indicator) คือ “กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่(ตำบล)”

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอต่อผู้บริหารและนโยบายส่วนกลาง

1) กำหนดให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นนโยบายหรือเป็นวาระแห่งชาติ และระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติอย่างเป็นรูปธรรม 2) กำหนดเป็นนโยบายบูรณาการการดำเนินงานกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่เฉพาะองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพเท่านั้น เช่น มหาดไทย ศึกษา เกษตร ฯลฯ เป็นต้น

2. ข้อเสนอต่อผู้บริหารในพื้นที่(อำเภอและจังหวัด)

1) ปรับกระบวนการทัศน์บุคคลากร (Mind Set) การพัฒนาคุณภาพชีวิต 2) พัฒนาความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ทั้งด้านวิชาการและเทคนิคการทำงานที่ใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

3. ข้อเสนอต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1) กำหนดการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็นนโยบายสาธารณะของพื้นที่ 2) เป็นองค์กรหลักในการดำเนินการทุกขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3) สนับสนุนด้านการพัฒนาศักยภาพทีมระดับตำบลในการจัดทำแผนงานโครงการ และอื่น ๆ 3) ดำเนินการออกข้อบัญญัติสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิต

บทนำ

“กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)” ถูกนำมาเป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน มาตั้งแต่ต้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) โดยเน้นเรื่อง 3ก1ข (กรรมการ กองทุน การบริหารจัดการ

และข้อมูล) โดยมีเป้าหมาย คือ ต้องการให้ประชาชนทั้งระดับปัจเจก ครอบครัว และระดับชุมชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนปี 2543 (Health for All by the Year 2000) และประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ทางด้านสาธารณสุข ตามคำขวัญการสาธารณสุขมูลฐานของไทยว่า **“แม้เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพของพวกเราเองได้”**

กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานได้พัฒนาต่อเนื่องเรื่อยมาจวบจนกระทั่งมาถึงปี 2545 แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานได้ขยายฐานคิดไปสู่ **“การพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน”** ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบราชการและการกระจายอำนาจ ตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่ให้สิทธิและหน้าที่ของประชาชนที่จะได้รับการดูแลและจัดการสุขภาพให้มีสุขภาพดีได้ด้วยตัวของภาคประชาชนเอง

ต่อมาในปี พ.ศ. 2561 องค์การอนามัยโลก จัดประชุม Second International Conference on Primary Health Care Towards Universal Coverage and the Sustainable Development Goals ณ กรุงอัสตานา สาธารณรัฐคาซัคสถาน ในการประชุมนี้เป็นการรับรองข้อความในพันธะสัญญาตามความปรารถนาแห่งปฏิญญาอัลมา-อะตา เมื่อปี พ.ศ. 2521 ดังกล่าวข้างต้น และเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี พ.ศ. 2573 ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งได้จัดทำเป็นปฏิญญาอัสตานา (Astana Declaration) เพื่อเป็นการสืบทอดเจตนารมณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับโลก มุ่งสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage -UHC) และบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ในปี 2573 และประเทศไทยโดยคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบต่อร่างปฏิญญาแห่งอัสตานา ในการประชุมระดับโลกด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ในการประชุมดังกล่าวทั้งนี้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพโดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนได้ดำเนินการพัฒนา **“หมู่บ้านจัดการ**

สุขภาพ” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และในปี พ.ศ. 2564 ได้ปรับเป็นการพัฒนา “ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต” เพื่อให้สอดคล้องกับหลักคิดการสาธารณสุขมูลฐานที่มองว่าการสาธารณสุขมูลฐานนอกจากจะเป็นการพัฒนาด้านสุขภาพแล้วยังต้องบูรณาการกับหน่วยงานอื่นๆในการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืน ใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา เปิดพื้นที่ให้ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมและเป็นเจ้าภาพร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม ผลของการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพหรือตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่ผ่านมา มีทั้งผลลัพธ์ในเชิงปริมาณ ส่วนผลลัพธ์ในเชิงคุณภาพยังไม่มี ความชัดเจนและไม่ลึกพอที่จะนำมาวิเคราะห์ให้เห็นเป็นรูปธรรม การนำข้อมูลของพื้นที่ที่ได้รับการประเมินและคัดเลือกเป็นต้นแบบการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตมาวิเคราะห์และสังเคราะห์บทเรียนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาต่อยอด และขยายผลสู่พื้นที่อื่นๆ

วัตถุประสงค์

เพื่อถอดบทเรียนการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตพื้นที่ต้นแบบ และนำบทเรียนดังกล่าวใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน และเป็นข้อเสนอเพื่อการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

ขอบเขตการถอดบทเรียน

บทเรียนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ “ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ภาคเหนือ” ใช้วิธีการจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM) ในตำบลที่ถูกคัดเลือกให้เป็นพื้นที่ต้นแบบหรือพื้นที่ดีเด่น ภาคเหนือ ปี พ.ศ. 2564 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 4 ตำบล ได้แก่ 1) ตำบลแคมป์สน อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ 2) ตำบลตำบลโมโกร อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก 3) ตำบลออย อำเภอปง จังหวัดพะเยา และ 4) ตำบลกลางเวียง อำเภอเมือง จังหวัดน่าน โดยมีประเด็นการจัดการความรู้ 5 ประเด็นหลักที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตำบลจัดการ

คุณภาพชีวิต ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การสร้างและพัฒนาทีม (Team) 2) การพัฒนาแผน/งานโครงการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิต (Plan) 3) การดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ (Action) 4) การประเมินผลลัพธ์การพัฒนา (Result) และ 5) ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

วิธีการจัดการความรู้

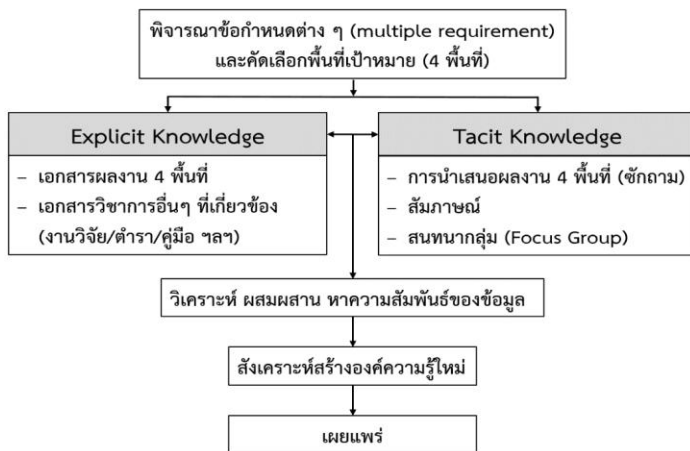
โดยพิจารณาจากข้อกำหนดต่าง ๆ (multiple requirement) แล้วนำมาดำเนินการจัดการความรู้ดังต่อไปนี้ 1) จัดการความรู้จากความรู้ที่ชัดเจน (explicit knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์จากเอกสารผลการดำเนินงานของพื้นที่เป้าหมาย รวมทั้งเอกสารวิชาการ ตำรา คู่มืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และ 2) จัดการความรู้ที่ฝังอยู่ในคน (tacit knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ของบุคคลในการทำ ความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ เช่น ทักษะการทำงาน ทักษะคิด วิเคราะห์ โดยการสังเคราะห์ผ่านกระบวนการนำเสนอผลการดำเนินงานในเวทีวิชาการระดับเขตและภาค (การนำเสนอ การซักถาม) การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการความรู้

1) เอกสารผลงานการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของพื้นที่เป้าหมาย 2) แบบการสัมภาษณ์ 3) แนวคำถามสนทนากลุ่ม (focus group) กลุ่มเป้าหมายได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ขั้นตอนการจัดการความรู้

ขั้นตอนการจัดการความรู้ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต



การวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปผลการจัดการความรู้ โดยการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ผสมผสาน หาความสัมพันธ์ของข้อมูล และสังเคราะห์สร้างองค์ความรู้ใหม่

การเผยแพร่ 1) เผยแพร่ในเวทีแลกเปลี่ยนทางวิชาการระดับเขตและภาค 2) การถ่ายทอดแลกเปลี่ยนในเวทีวิชาการต่าง ๆ และ 3) เผยแพร่ลงวารสารสารานุกรมสุขมูลฐานภาคเหนือ

ผลการจัดการความรู้

ผลการจัดการความรู้ “กาพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบภาคเหนือ” เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1.1 มีรากฐานที่เข้มแข็ง รากฐานการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย

1) มีทีมหรือคณะทำงานที่เข้มแข็ง

ลักษณะของทีมหรือคณะทำงานต้องมีความหลากหลาย ครอบคลุมประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต และที่ขาดไม่ได้คือ ทีมงานจะต้องประกอบด้วย 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ซึ่งจะเป็นกลไกในการพัฒนา โดยเฉพาะแกนนำภาค

ประชาชนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุเป้าหมายที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals ; SDGs)

2) ฐานคิดทีมทำงานตรงกัน ฐานคิดสำคัญ

ในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต คือ “กระบวนการสร้างชุมชนเข้มแข็ง มีศักยภาพ สามารถลุกขึ้นมาจัดการตนเองได้ (self-management) เจ้าหน้าที่ภาครัฐต้องลดบทบาทการครอบงำชุมชน ต้องเชื่อมั่นว่าชาวบ้านเขาทำได้ “ไม่ยึดติดตำรา”

3) มีการพัฒนาศักยภาพทีมทำงาน

สม่ำเสมอ สร้างและพัฒนาบรรยากาศการทำงานของ “ความเป็นกัลยาณมิตร” “ให้เกียรติซึ่งกันและกัน”

4) มีข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน

การจัดการข้อมูลที่ดีจะช่วยเพิ่มมูลค่าและประโยชน์ของแผนงาน/โครงการ และควรเป็นฐานข้อมูลที่มีส่วนได้ส่วนเข้าถึงและใช้ได้

1.2 การจัดการแบบมีส่วนร่วม

1) มีส่วนร่วมในกระบวนการทำแผน

ประชาชนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนได้ “ประชาชนต้องเป็นผู้ทำเอง” ในกระบวนการดำเนินงานจึงต้องมีเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในทุกขั้นตอน ได้แก่

- 1) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหา/ความต้องการ การวางแผนงาน โครงการ กิจกรรม
- 2) มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
- 3) มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
- 4) มีส่วนร่วมในการประเมินผล

2) การใช้มาตรการทางสังคม มาตรการ

ทางสังคมหรือธรรมเนียมชุมชน เป็นเครื่องมือที่จะนำมาซึ่งการปฏิบัติของสมาชิกชุมชนให้ไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อการบรรลุเป้าหมายที่ง่ายและเร็วขึ้น

3) การสร้างกระบวนการเรียนรู้ข้อมูล

ชุมชน การสร้างการเรียนรู้มีหลายวิธี เช่น การจัดเวทีประชาคม การนำเสนอผลงาน การถอดบทเรียน ซึ่งสามารถทำได้ทั้งก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ และจะช่วยยกระดับการเรียนรู้ของชุมชนพร้อมกันไป

4) การระดมทุน มีการระดมทุนทั้งจากภายในชุมชน เช่น การขอสนับสนุนจากกองทุนหมู่บ้าน กองทุนสัจจะออมทรัพย์ การทอดผ้าป่า ฯลฯ และการระดมทุนจากภายนอกชุมชน เช่น ขอสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ สำนักงานกองสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นต้น

5) การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการสื่อสารที่ต้องมีการวางแผนและดำเนินการอย่างเป็นระบบ ให้การสื่อสารเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

6) การจัดเวทีสรุปผลการดำเนินงาน เป็นการถอดบทเรียนและวางแผนการดำเนินงานใหม่ที่ดียิ่งกว่าเดิม เพื่อการพัฒนาในอนาคต

โดยใช้เครื่องมือสร้างการมีส่วนร่วม ได้แก่

- 1) แผนที่ผลลัพธ์ 2) แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 3) แผนแม่บทชุมชน 4) Appreciation Influence Control :AIC 5) Future Search Conference : FSC

1.3 มีภาคีเครือข่ายหลากหลายและมีเป้าหมายที่สอดคล้องกัน

1) มีเครือข่ายทั้งภายนอกและภายในชุมชนที่หลากหลาย

2) การแบ่งบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายที่ชัดเจน

2.1) พื้นที่บริหารจัดการและสนับสนุน (Area Management and Support) เป็นบทบาทหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2.2) พื้นที่การปฏิบัติการ (Area Operation) เป็นบทบาทหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรืออาจเรียกชื่ออื่น

1.4 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายและภาคีเครือข่ายแสดงบทบาท

กล่าวคือเจ้าหน้าที่ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาชน “ได้แสดงบทบาท และเชื่อมประสานบทบาทของตนสู่ภาคีเครือข่ายอื่นได้อย่างเหมาะสม ลงตัว มีเป้าหมายเดียวกัน” ได้แก่

1) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายแสดงบทบาท ที่สำคัญได้แก่

1.1) เป็นผู้นำ ตัดสินใจ หรือมีส่วนร่วมในกระบวนการทำแผนชุมชน

1.2) เป็นผู้นำในการกำหนดมาตรการทางสังคม

1.3) มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายท้องถิ่น

1.4) สะท้อนข้อมูลชุมชนในเวทีการประชุมต่างๆ

1.5) เป็นแกนนำหลักในการทำกิจกรรมของชุมชนตามแผนงาน/โครงการ

1.6) แสวงหางบประมาณดำเนินการทั้งภายในและภายนอกชุมชน

1.7) ร่วมกับภาคีเครือข่าย สรุป ประเมินผลถอดบทเรียนการพัฒนา

2) บทบาทเจ้าหน้าที่ภาครัฐ

2.1) ปรับวิธีคิดการทำงาน “ใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง”

2.2) สนับสนุนข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

2.3) เปลี่ยนบทบาทจากผู้ชี้แนะ ผู้สั่งการ เป็นผู้จัดกระบวนการเรียนรู้ สนับสนุนการเรียนรู้ของชุมชน ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ผู้แนะนำ (Coaching) เป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ให้ชุมชนได้เกิดการเรียนรู้

2.4) ร่วมดำเนินการ ทำงานเชิงรุก

2.5) ทำงานแบบองค์รวมในหลายมิติ ทำงานร่วมกับองค์กรอื่นๆแบบพหุภาคี

2.6) พัฒนาหา รูปแบบ หรือนวัตกรรมการดำเนินงาน เช่น การวิจัยรูปแบบต่าง ๆ (Research and Development : R&D / Routine to Research : R2R)

2.7) ใช้การจัดการความรู้เพื่อพัฒนากระบวนการทำงานอยู่เสมอ

3) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.1) มีกระบวนการคืนข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อการจัดทำแผนชุมชน เช่น ข้อมูล จปฐ. หรือ ข้อมูลอื่น ๆ

3.2) สนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ชุมชนในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดเวทีประชาคม เปิดโอกาสให้แกนนำชุมชนเข้าร่วมประชุมสะท้อนข้อมูลในการประชุมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.3) ร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะ และนำนโยบายสาธารณะกำหนดเป็นข้อบังคับของท้องถิ่น

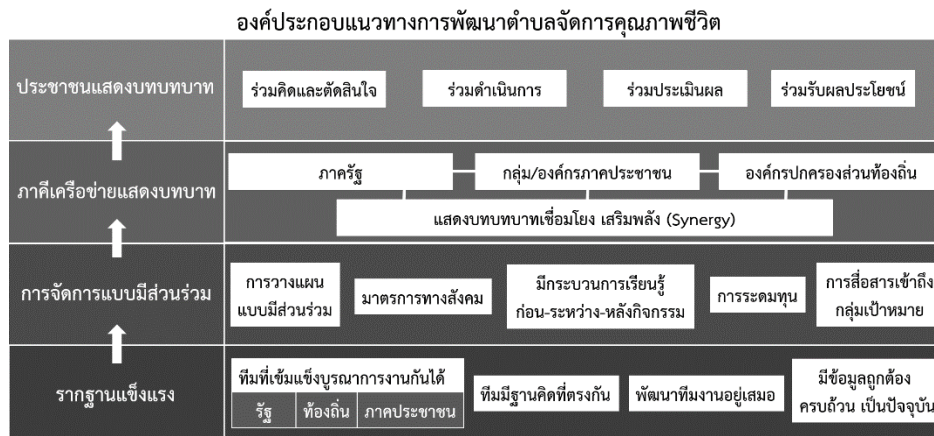
3.4) กำหนดข้อบังคับด้านงบประมาณด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต

3.5) ร่วมดำเนินงาน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

หัวใจของความสำเร็จ (Critical Success Factor) ของการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต คือ ประชาชนและภาคีเครือข่าย แสดงบทบาทที่สอดคล้องและเสริมพลังกันและกัน (Synergy)

ตัวชี้วัดความสำเร็จ(Key Performance Indicator) ของการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็นตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicator) คือ “กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่(ตำบล)”

แผนภาพแสดงองค์ประกอบแนวทางการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต



- หัวใจความสำเร็จ (Critical Success Factor) ประชาชนและภาคีเครือข่าย แสดงบทบาท ที่สอดคล้องและเสริมพลังกัน (Synergy)
- ตัวชี้วัดความสำเร็จ(Key Performance Indicator) คือ กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอต่อผู้บริหารและนโยบายส่วนกลาง

- 1) กำหนดเป็นนโยบายบูรณาการการดำเนินงานกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่เฉพาะองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพเท่านั้น เช่น มหาตไทย ศึกษา เกษตร ฯลฯ เป็นต้น
- 2) ควรมีระบบการสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและงบประมาณอย่างต่อเนื่อง
- 3) กำหนดให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นนโยบายหรือเป็นวาระแห่งชาติ และระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอต่อผู้บริหารในพื้นที่(อำเภอและจังหวัด)

- 1) ปรับกระบวนการทัศนบุคลลากร (Mind Set) การพัฒนาคุณภาพชีวิต
- 2) พัฒนาความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ทั้งด้านวิชาการและเทคนิคการทำงานที่ใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง
- 3) สนับสนุนบุคลลากรในการทำงาน เชิงรุก และกำหนดเป็นนโยบายให้ชัดเจน
- 4) หาแหล่งงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนให้มีการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- 1) นำตัวชี้วัดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายในการดำเนินงาน
- 2) กำหนดการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็นนโยบายสาธารณะของพื้นที่
- 3) เป็นองค์กรหลักในการดำเนินการทุกขั้นตอน การพัฒนาคุณภาพชีวิต
- 4) สนับสนุนด้านการพัฒนาศักยภาพทีมระดับตำบล ในการจัดทำแผนงานโครงการ และอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2557). *วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521 - 2557) : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*.
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2548). *มาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน*. กระทรวงมหาดไทย.
- กฤษฎา บุญชัย. (2541). แนวคิดทฤษฎีในการศึกษาชุมชนและประชาสังคม. *วารสารร่วมพวกษ์*. 17(1): 13-44
- กาญจนา แก้วเทพ. (2538). *การทำงานแนววัฒนธรรมชุมชนโดยถือนุรักษ์เป็นศูนย์กลาง*. กรุงเทพฯ : สมาคมทอเล็กแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2546). *สิทธิหน้าที่พลเมืองระบบสุขภาพภาคประชาชน*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : เริดิเอชั่น.
- เฉลิมวุฒิ อุตโน และคณะ. (2558). ประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย. *วารสารร่วมพวกษ์ มหาวิทยาลัยเกริก*. 33(3): 10-30.

- ชนินทร์ เจริญกุล. (2454). การพัฒนาสาธารณสุขโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม: แนวคิดและข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สถาบันฝึกอบรมอนามัยชนบท คณะสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูชัย ศุภวงศ์. (2541). บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)กับการพัฒนาด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. *วารสารหมออนามัย*. 20(2): 3-12.
- ประพนธ์ ปิยรัตน์. (2536). การมีส่วนร่วม และการมีหุ้นส่วนในการแก้ปัญหา : กลวิธีที่สำคัญเพื่อการพัฒนามนุษย์และชุมชนอย่างยั่งยืน. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง* 7(1): 5-13.
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2543). *รายงานการวิจัยความเข้มแข็งของชุมชนและประชาคมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- อุทิศ จิตเงินและคณะ. (2551). *รายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพนาร่อง ภาคเหนือ ปี 2551*. นครสวรรค์: พิมพ์ดีการพิมพ์.