

# การขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เขตสุขภาพที่ 4

## Policy driving to People's Quality of Life Development, Health Area 4

มานพ ทองตัน และ พภััสสรณ์ วรภัทร์ธีระกุล

มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

**Manop Thongton and Paphatsorn Woraphatthirakul**  
Western University, Thailand  
Corresponding Author, E-mail: nophongton@gmail.com

\*\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบาย ได้แก่ การบูรณาการ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัดในการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน 2) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยการขับเคลื่อนนโยบาย ได้แก่ นโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกช่วงวัย ภาวะผู้นำ และการมีส่วนร่วมต่อการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน และ 3) นำเสนอรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 30 บุคคล ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลระดับเขต จำนวน 6 บุคคล ระดับจังหวัด จำนวน 8 บุคคล และระดับอำเภอ จำนวน 16 บุคคล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ระหว่างวันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 ถึง วันที่ 28 มีนาคม 2567

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์การบูรณาการ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัด ใช้หลักการบูรณาการยุทธศาสตร์ด้วยการเชื่อมโยงพลังทางสังคม พลังวิชาการ และพลังอำนาจรัฐ สร้างเสริมพลังแห่งการเรียนรู้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง และการติดตามประเมินผลให้ต่อเนื่อง 2) นโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกช่วงวัยมีอิทธิพลต่อการวางยุทธศาสตร์เชื่อมโยงกับประเด็นมิติด้านสังคม และสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อความปลอดภัย ส่วนอิทธิพลของผู้นำจะพัฒนากอบความคิด วิสัยทัศน์ การจัดองค์ความรู้พื้นฐานชีวิตในลักษณะของไตรภาคีให้เป็นพื้นที่จัดการตนเอง ซึ่งอิทธิพลการมีส่วนร่วมจะเสริมพลังการสร้างปัญญาเชื่อมร้อยพลังทุกภาคส่วนจัดทำยุทธศาสตร์ที่สมดุล พัฒนากลไกการประสานเชื่อมโยงกับองค์กรภาคีเครือข่ายในทุกกระดับ และ 3) THONGTON's Model เป็นรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ประกอบด้วย (1) การสร้างทีมด้วยภาวะผู้นำที่มีอิทธิพลสร้างศรัทธาและбарมี (2) การบูรณาการและการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกันแบบองค์รวม (3) การจัดโครงสร้างองค์กรชัดเจนเหมาะสม (4) ภาคีและเครือข่ายทำงานร่วมกันแบบพหุภาคี (5) ใช้กระบวนการทัศน์กรอบแนวคิดเชิงพัฒนาการเติบโตในการวัดแนวโน้มสถานการณ์ (6) ความไว้วางใจจากการมีส่วนร่วมและยกย่องเชิดชูเกียรติด้วยความชื่นชมยินดี (7) เสริมสร้างโอกาสในเชิงการพัฒนาและความรอบรู้ด้วยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และ

\* วันที่รับบทความ : 18 พฤศจิกายน 2567; วันแก้ไขบทความ 9 ธันวาคม 2567; วันตอบรับบทความ : 11 ธันวาคม 2567

(8) กำหนดนโยบายเมืองคุณภาพชีวิตน่าอยู่เป็นวาระแห่งชาติต่อไป

คำสำคัญ : นโยบาย; คุณภาพชีวิต; เขตสุขภาพ

## Abstract

The objectives of this research were to: 1) study the Policy driving situation included: Integrated, success factors, Obstacles and limitations to Policy driving to People's Quality of Life Development, 2) study the influence of Policy driving factors included: policies to developed the quality of life at all ages, leadership and participation to Policy driving to People's Quality of Life Development and 3) present a model for Policy driving to People's Quality of Life Development. Qualitative research were used 30 key informants, included: 6 key Informants from area level, 8 key Informants from provincial level and 16 key informants from district level. The data were collected by Non - participant Observations, In - depth interviews and Focus group discussion methods between 2023, 9 November to 2024, 28 March.

The results of this research showed that: 1) The Integrated situation, success factors, obstacles and limitations were integrated strategies by connected Social power, Academic power and Government power to strengthen the empowerment to learned area base on people - centered to continuous monitoring and evaluation. 2) Policies for developed at all ages were influence the planning of strategies and linked to social issues to environment conducive to safety. Leadership were the influence developed a mindset, vision, organize structure and basic life to learned in a tripartite manner into a self - management area. And participation were enhanced the power of created wisdom, linked forces in every sector, created a balance strategies and developed into co - ordination mechanisms and links with strategies of organization and network partners at all levels. And 3) a THONGTON's model was the Policy driving to People's Quality of Life Development included: (1) Team building by Leadership to Influence on building faith and prestige. (2) Holistic and Integrated Resource sharing. (3) Organization structure to flexible and suitable. (4) Nodes & Networks on multilateral collaboration. (5) Growth Mindset Paradigm to gauged Quality of Life Situations trend. (6) Trusted on Participation and Honor Appreciation. (7) Opportunities Strengthening Development by Results oriented and Digital Technology literacy. And (8) National agenda setting of "Livable Quality of Life City Policy."

**Keywords** : Policy; Quality of Life; Health area

## บทนำ

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566 – 2570, (2565) ยึดหลัก “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง”สู่การพัฒนาที่ยั่งยืนซึ่งมีแนวทางการพัฒนาบนพื้นฐานของการให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา และจากการกำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาประเทศจึงต้องให้ความสำคัญกับการวางรากฐานการพัฒนาคนให้มีความสมบูรณ์ ซึ่งเป็นการยกระดับศักยภาพของประเทศในหลากหลายมิติ ด้วยการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนา การส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ความอยู่ดีมีสุขของคนไทยและสังคมไทยให้มีขีดความสามารถในการแข่งขัน พัฒนาเศรษฐกิจ สร้างความเท่าเทียมและความเสมอภาคของสังคม ด้วยประสิทธิภาพการบริหารจัดการของภาครัฐตามยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 - 2580 (2561) เพื่อให้คนไทยมีทัศนคติและพฤติกรรมตามบรรทัดฐานที่ดี ได้รับการศึกษาที่มีคุณภาพสูงตามมาตรฐานสากล รวมทั้งให้สถาบันทางสังคมมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ

ในขณะที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอว่า การส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มีความเป็นธรรมเท่าเทียมกันต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีความหลากหลายทั้งจากภาวะทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย, 2559) จากการสังเคราะห์ประสบการณ์ของพื้นที่ พบว่า คนภาคกลางตอนบนต้องเผชิญกับปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่เพิ่มขึ้นทุกปี สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม มีมลพิษที่เกิดจากการพัฒนาภาคอุตสาหกรรม ประกอบกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ ได้ส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัย มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ปัญหาเสพติดและอบายมุข หนี้สินภาคครัวเรือนสูงขึ้น การไม่มีที่ดินทำกินและที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ที่มีการใช้ยาและสารเคมีภาคการเกษตรก่อให้เกิดการปนเปื้อนในอาหารและน้ำเป็นต้นเหตุของการเจ็บป่วยด้วยพยาธิสภาพต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่เขต 4 เห็นได้ชัดเจนถึงกระแสการพัฒนาที่ยึดเศรษฐกิจเป็นตัวนำส่งผลกระทบต่อสถาบันครอบครัวขาดความเข้มแข็ง (คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ 4, 2564)

อย่างไรก็ตามความไม่สอดคล้องเชื่อมโยงขาดการบูรณาการร่วมกันในนโยบายยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การที่จะทำให้ประเด็นปัญหาเชิงสังคมหรือจุดคานงัดสำคัญ จะถูกนำมาขับเคลื่อนให้สอดคล้องเชื่อมโยงกันนั้น จึงขึ้นอยู่กับการวิเคราะห์ประเด็นร่วมให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย การบูรณาการทรัพยากร องค์ความรู้ และข้อมูลร่วมกัน ให้เกิดการขยายผลการเรียนรู้ระหว่างกัน (คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ 4, 2561) ซึ่งส่งผลกระทบต่อกรอบการขับเคลื่อนนโยบายของภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนที่ขาดความต่อเนื่อง ดังนั้น บทความวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลและนำเสนอรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เขตสุขภาพที่ 4 ต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบาย ได้แก่ การบูรณาการ ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยการขับเคลื่อนนโยบาย ได้แก่ นโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิต ในทุกช่วงวัย ภาวะผู้นำ และการมีส่วนร่วมต่อการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เขตสุขภาพที่ 4
3. เพื่อนำเสนอรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เขตสุขภาพที่ 4

## ระเบียบวิธีวิจัย

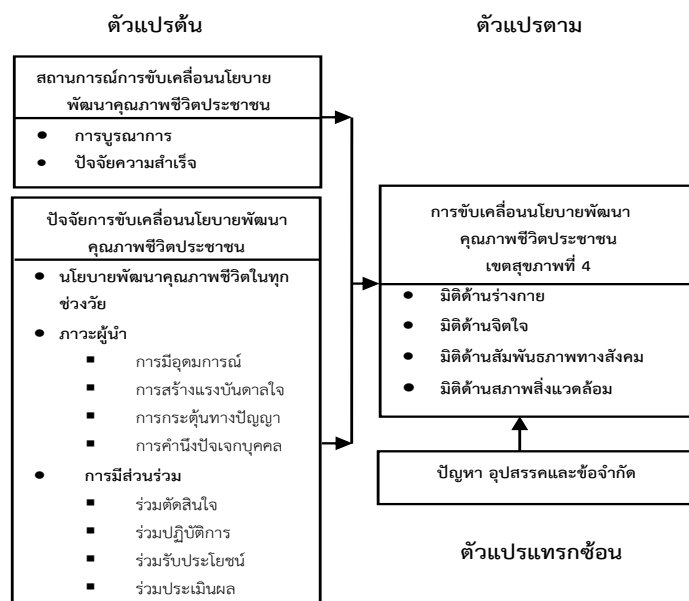
รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 บุคคล ประกอบด้วยผู้บริหารสำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ 4 (กขป.4) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เขตพื้นที่ 4 รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นายอำเภอและสาธารณสุขอำเภอในเขตสุขภาพที่ 4 โดยเครื่องมือในการวิจัย 3 แบบ ได้แก่ 1) การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก และ 3) การสนทนากลุ่ม (ชาย โปธิสิตา, 2562) ได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดย 1) นำแบบการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมที่ ออกแบบไว้นำไปเก็บข้อมูลพร้อมกันกับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ซึ่ง 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ นัดหมายวัน เวลา สถานที่ และชี้แจงแก่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญระดับเขตสุขภาพ จังหวัดและอำเภอ ทั้ง 22 บุคคล และ 3) การสนทนากลุ่ม เชิญแกนนำสาธารณสุขอำเภอตัวแทนเขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 บุคคล จัดเวทีรวมอภิปรายสร้างบรรยากาศด้วยกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ เปิดประเด็นหัวข้อให้อภิปรายร่วมกัน บันทึกการสนทนากลุ่มเป็นแผนที่ความคิด (Mind Mapping) บันทึกเสียงและภาพ ทบทวน สรุปความคิดรวบยอดตามประเด็นข้อคำถามให้ผู้เข้าร่วมได้มีความเห็นในประเด็นที่สอดคล้องหรือไม่สอดคล้อง

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้องโดยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบจาก 1) จากแหล่งข้อมูล (Sources Data) จากผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อมูลสำคัญ 3 แหล่ง ได้แก่ ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ 2) วิธีการรวบรวมข้อมูล (Methods) ด้วยวิธีการ 3 แบบด้วยกัน ได้แก่ การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม และ 3) หลักการแนวคิดและทฤษฎีในการทบทวนวรรณกรรมหลากหลายทฤษฎี วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content's Analysis) จัดหมวดหมู่ (Category) นำมาสังเคราะห์เป็นประเด็นร่วมหรือประเด็นหลัก (Theme) เพื่ออธิบายเนื้อหา (Text) พร้อมทั้งใช้ประเด็นที่ได้หาความเชื่อมโยงกับเอกสารที่เกี่ยวข้องกันตามกรอบประเด็นจากแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งระบุรูปแบบการทำงานอย่างเป็นระบบ (System-Based) ทั้งในแนวตั้งและแนวนอน

การกำหนดหมวดหมู่ของเนื้อหา (Coding) โดยใช้วิธีจับใจความสำคัญกับบทสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลสำคัญสรุปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดตัวแปรตาม ได้แก่ การขับเคลื่อนนโยบายคุณภาพชีวิตตามระเบียบสำนักทะเบียนสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.2561 (2561) ร่วมกับ WHOQOL- BREF (WHO,1996) ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การขับเคลื่อนนโยบายคุณภาพชีวิตมิติด้านร่างกาย มิติด้านจิตใจ มิติด้านสัมพันธภาพทางสังคม และมิติด้านสภาพสิ่งแวดล้อม โดยได้นำตัวแปรต้น 2 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรต้นที่ 1 สถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบาย ประกอบด้วย สถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบาย การบูรณาการ ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จของแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ตัวแปรต้นที่ 2 อิทธิพลของปัจจัยการขับเคลื่อนนโยบาย ประกอบด้วย ตัวแปรนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกช่วงวัยของรัฐบาล ตัวแปรภาวะผู้นำตามแนวคิดของตามทฤษฎีของ Bass, B. M., & Avolio, B. J (1993) ซึ่งประกอบด้วย การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นการใช้ความคิด และการสร้างความสัมพันธ์รายบุคคล และตัวแปรต้นที่ 3 การมีส่วนร่วมตามทฤษฎีของ Cohen, John M. & Uphoff, Norman T. (1980) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ในการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน โดยมีตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า 1) การบูรณาการแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน มีการสร้างกระบวนการเรียนรู้พลังของชุมชน พลังของวิชาการ และพลังของนโยบายอำนาจรัฐผลักดันยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ร่วมกับภาคีเครือข่าย บูรณาการการมีส่วนร่วมสร้างสมดุลเป้าหมายและผลลัพธ์ร่วม ด้วยการใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมพลังในภาพรวมไตรภาคีหรือพหุภาคี โดยคำนึงถึงปัจจัยเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ทำให้ทุกคนมีความสุข และยึดหลักเหตุผลในนโยบายผลประโยชน์สูงสุดของสังคม สร้างความเข้มแข็งชุมชนด้วยการปกครองตามหลักประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นพระประมุข 2) ปัจจัยความสำเร็จของตัวผู้นำและความเข้มแข็งเครือข่ายจะเชื่อมโยงกันบูรณาการความร่วมมือและทรัพยากรจากการมีส่วนร่วมใช้ข้อมูลสารสนเทศในพื้นที่มาวิเคราะห์อย่างเหมาะสมครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ความมั่นคง ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มีแหล่งท่องเที่ยวปลอดภัย แหล่งศิลปวัฒนธรรมประเพณีที่ดึงดูดใจ ศูนย์กลางการศึกษา ศูนย์การค้าส่งสินค้าขนาดใหญ่ อนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและจัดการจัดการสัตว์ป่าสงวน ภายใต้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ส่งผลให้เกิดวัฒนธรรม “คนอำเภอเดียวกัน ไม่ทอดทิ้งกัน” ทั้งนี้เพื่อบรรลุแก่นสำคัญของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ด้วยการ “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” ด้วยการเติบโตทางเศรษฐกิจ ความครอบคลุมทางสังคม และการคุ้มครองสิ่งแวดล้อม และ 3) ปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัดจากกระบวนการสร้างปัญญาและวิถีคิดของคนที่หลากหลายรุ่น ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนไม่ตรงกับสภาพปัญหาพื้นที่แบบองค์รวม ขาดการวิเคราะห์จัดทำยุทธศาสตร์ร่วมกัน และขาด การบูรณาการทรัพยากรจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนของแต่ละองค์กรหรือหน่วยงาน แม้แต่ในเชิงนโยบายเองเกิดปัญหาเชิงปฏิบัติเห็นภาพที่ไม่ชัดเจน รวมทั้งไม่มีกรอบทิศทาง เป้าหมายที่ชัดเจนที่ทุกภาคส่วนได้รับรู้และมีส่วนร่วมดำเนินการ ประกอบกับผู้นำทางธรรมชาติยังแสดงบทบาทได้ไม่เต็มศักยภาพ จากความเป็นเมืองเต็มรูปแบบประชาชนหนาแน่น มีการเคลื่อนย้ายประชากร การทำงานเชิงรุกของทีมค่อนข้างยาก กลุ่มเป้าหมายไม่ได้รับการดูแลที่เท่าที่ควร ขาดการประสานการมีส่วนร่วมบูรณาการทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคมในปัญหาไม่ไปในทิศทางเดียวกัน ภาครัฐไม่มีความต่อเนื่องในเรื่องการกำกับติดตามและประเมินผล

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่า 1) นโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกช่วงวัยโดยรวมมีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน โดยปัจจัยทางสังคมของกลุ่มวัยเป็นตัวกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของความยั่งยืนสถาบันครอบครัว เศรษฐกิจ รายได้ หล่อหลอมความภาคภูมิใจในความเป็นไทย สร้างการรับรู้พื้นฐานให้กับเด็ก เยาวชน การพัฒนาทักษะวัยเรียนและวัยแรงงาน การเพิ่มแรงงานผู้สูงอายุและสตรีที่มีศักยภาพในตลาดแรงงาน รวมทั้งการสนับสนุนเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุรองรับสังคมสูงวัย ภายใต้ภูมิสังคมแห่งการเรียนรู้ในการพัฒนาศักยภาพคนด้วยการสื่อสารความรู้เท่าทันต่อปัจจัยแวดล้อม และสร้างกลไกบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนให้สอดคล้องกับช่วงวัยและพฤติกรรมตาม Generation เป็นฐานข้อมูลที่เป็นที่เป็นระบบเดียวกัน โดยยึดหลักการ ทิศทาง และแนวทางสำคัญของการปฏิรูปประเทศไทย ยกกระดับศักยภาพประชากร

ให้มีผลผลิตภาพเพิ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ภาวะผู้นำโดยรวมมีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนนั้น อุดมการณ์ผู้นำเป็นการสร้างแรงบันดาลใจที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาและผลักดันวิสัยทัศน์ด้วยศักยภาพบูรณาการการกำหนดยุทธศาสตร์ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันด้วยการมองเห็นพื้นฐานชีวิตในชุมชน ด้วยการแสวงหาความร่วมมือขององค์กรภาครัฐ เอกชน และประชาชน โดยมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “อำเภอสุขใจ พลังคน พขอ. และ ให่รางวัล “พื้นที่กับการขับเคลื่อน พขอ.” เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกัน ซึ่งประเด็นเป้าหมายในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิต สร้างสัมพันธ์ภาพผลักดันเสริมพลังกระตุ้นศักยภาพ ความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการเชื้อสัญญาตัญญาของทีมงาน ยอมรับความเสี่ยงเพื่อให้ได้สิ่งท้าทายที่เป็นนวัตกรรมซึ่ง “จุดแตกหักสุดท้ายอยู่ที่หมู่บ้าน ชุมชน” โดยนำประเด็นที่ใกล้เคียงกันไปเชื่อมโยงในทุกจังหวัดทุกอำเภอและทุกพื้นที่ โดยเน้นเส้นทางที่เรียกว่า Quality Wellness City ในลักษณะของแนวคิด “พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นพื้นที่จัดการตนเองแล้วประชาชนได้ประโยชน์” และ 3) การมีส่วนร่วมโดยรวมมีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ร่วมกันพัฒนาพื้นที่แหล่งเรียนรู้กลาง พิพิธภัณฑการพัฒนการผลิตสินค้าควบคู่กับการอนุรักษ์แก้ปัญหาสัตว์ป่าสงวนร่วมกัน ทบทวนและต่อยอดอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายอย่างรับผิดชอบ การจัดการองค์ความรู้คนเมืองที่มีคุณภาพของเขตเมืองเต็มรูปแบบ กึ่งเมือง และชนบท ด้วยหลักธรรมาภิบาลในการแก้ปัญหาเชิงสังคม สร้างความเข้าใจความเชื่อส่วนบุคคลและความสามารถทางวัฒนธรรมชุมชน การตัดสินใจ การปฏิบัติที่คำนึงถึงผลประโยชน์เชิงสังคม และประเมินผลหาทางเลือกให้มีประสิทธิภาพ จากการใช้ฐานชุมชนร่วมเรียนรู้ทิศทางการทำงานร่วมกัน สร้างความศรัทธาความไว้วางใจกันขับเคลื่อนงานอย่างมีพลวัตให้ครอบคลุม โดยการอาศัยความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่มั่นคงควบคู่กับทักษะและประสบการณ์นอกเหนือไปจากภูมิภาวะทางจิตใจถือเป็นระบบการตรวจสอบและถ่วงดุลซึ่งกันและกัน โดยมุ่งเน้นอารยสถาปัตยกรรมเพื่อคนทั้งมวลเป็นส่วนรวมของสังคมและพัฒนาสีทธิความเสมอภาคให้อยู่คู่สังคมไทยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 พบว่า 1) THONGTON's Model เป็นรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) การสร้างทีมด้วยภาวะผู้นำที่มีอิทธิพลสร้างศรัทธาและบารมี (T - Team building by Leadership to Influence on building faith and prestige.) (2) การบูรณาการและการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกันแบบองค์รวม (H - Holistic & Integrated Resource sharing.) (3) การจัดโครงสร้างองค์กรอย่างชัดเจนเหมาะสมให้มีความยืดหยุ่น (O - Organization structure to flexible and suitable.) (4) ภาควิชาและเครือข่ายทำงานร่วมกันแบบพหุภาคี (N - Nodes & Networks on multilateral collaboration.) โดยอาศัย 2) มาตรการสนับสนุนที่จำเป็นและเหมาะสม ได้แก่ (5) การใช้กระบวนการทัศน์กรอบแนวคิดเชิงพัฒนาการเติบโตในการวัดแนวโน้มสถานการณ์คุณภาพชีวิต (G - Growth Mindset Paradigm to gauged Quality of Life Situations trend.) (6) การได้รับความไว้วางใจจากการมีส่วนร่วมและยกย่องเชิดชูเกียรติด้วยความชื่นชมยินดี (T - Trusted on Participation and Honor Appreciation.) (7) เสริมสร้างโอกาสในเชิงการพัฒนาโดยเน้นผลลัพธ์สำคัญและความรอบรู้การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (O - Opportunities Strengthening

Development by Results oriented and Digital Technology literacy.) และ (8) การกำหนดนโยบายเมืองคุณภาพชีวิตน่าอยู่เป็นวาระแห่งชาติ (N - National Agenda setting of “Livable Quality of Life City Policy.”

## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 1 พบว่า 1) การบูรณาการแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน มีการสร้างกระบวนการเรียนรู้พลังของชุมชน พลังของวิชาการ และพลังของนโยบายอำนาจรัฐผลักดันยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (ประเวศ วะสี, 2552) ร่วมกับภาคีเครือข่าย บูรณาการการมีส่วนร่วมสร้างสมดุลเป้าหมายและผลลัพธ์ร่วม ด้วยการใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมพลังในภาพรวมไตรภาคีหรือพหุภาคี โดยคำนึงถึงปัจจัยเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ทำให้ทุกคน มีความสุข (พัชรกัญญ์ เจริญชุตินันท์, 2562) และยึดหลักเหตุผลในนโยบายผลประโยชน์สูงสุดของสังคม (Dye, Thomas R., 1984) สร้างความเข้มแข็งชุมชนด้วยการปกครองตามหลักประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นพระประมุข 2) ปัจจัยความสำเร็จของตัวผู้นำและความเข้มแข็งเครือข่ายจะเชื่อมโยงกันบูรณาการความร่วมมือและทรัพยากรจากการมีส่วนร่วมใช้ข้อมูลสารสนเทศในพื้นที่มาวิเคราะห์อย่างเหมาะสม (Key, Chad Lamar., 2020) ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ความมั่นคงของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ประยุทธ์ จันทร์โอชา, 2565) มีแหล่งท่องเที่ยวปลอดภัย แหล่งศิลปวัฒนธรรมประเพณี ที่ดีงาม ศูนย์กลางการศึกษา ศูนย์การค้าส่งสินค้าขนาดใหญ่ อนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและการบริหารจัดการสัตว์ป่าสงวน ภายใต้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ส่งผลให้เกิดวัฒนธรรม “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” (โอกาส การย์กวินพงศ์, 2565) ทั้งนี้เพื่อบรรลุแก่นสำคัญของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ด้วยการ “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” ด้วยการเติบโตทางเศรษฐกิจ ความครอบคลุมทางสังคม และการคุ้มครองสิ่งแวดล้อม (Brundtland G, H. (1987) 3) ปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัดจากกระบวนการสร้างปัญญาและวิถีคิดของคนที่หลากหลายรุ่น ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนไม่ตรงกับสภาพปัญหาพื้นที่แบบองค์รวม ขาดการวิเคราะห์จัดทำยุทธศาสตร์ร่วมกัน และขาดการบูรณาการทรัพยากรจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนของแต่ละองค์กรหรือหน่วยงาน (ประเสริฐ เล็กสรรเสริญ และประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2560) แม้แต่ในเชิงนโยบายเองเกิดปัญหาในเชิงปฏิบัติเห็นภาพที่ไม่ชัดเจน รวมทั้งไม่มีกรอบทิศทาง เป้าหมายที่ชัดเจนที่ทุกภาคส่วนได้รับรู้และมีส่วนร่วมดำเนินการ (Conteh, Joseph Gbanabom., 2022) ประกอบกับผู้นำทางธรรมชาตินี้ยังแสดงบทบาทได้ไม่เต็มศักยภาพจากความเป็นเมืองเต็มรูปแบบประชาชนหนาแน่น มีการเคลื่อนย้ายประชากร การทำงานเชิงรุกของทีมค่อนข้างยาก กลุ่มเป้าหมายไม่ได้รับการดูแลที่ดีเท่าที่ควร ขาดการประสานการมีส่วนร่วมบูรณาการทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคมในปัญหาไม่ไปในทิศทางเดียวกัน ภาครัฐไม่มีความต่อเนื่องในเรื่องการกำกับติดตามและประเมินผล

จากผลการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 2 พบว่า 1) นโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกช่วงวัยโดยรวม มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน โดยปัจจัยทางสังคมของกลุ่มวัยเป็นตัวกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของความยั่งยืนสถาบันครอบครัว เศรษฐกิจ รายได้ หล่อหลอมความภาคภูมิใจในความเป็นไทย สร้างการรับรู้พื้นฐานให้กับเด็ก เยาวชน การพัฒนาทักษะวัยเรียนและวัยแรงงาน การเพิ่มแรงงานผู้สูงอายุและสตรีที่มีศักยภาพในตลาดแรงงาน รวมทั้งการสนับสนุนเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุรองรับสังคมสูงวัย (สุทธิพงษ์ จุลเจริญ, 2567) ภายใต้ภูมิสังคมแห่งการเรียนรู้ในการพัฒนาศักยภาพคนด้วยการสื่อสารความรู้เท่าทันต่อปัจจัยแวดล้อม และสร้างกลไกบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนให้สอดคล้องกับช่วงวัยและพฤติกรรมตาม Generation เป็นฐานข้อมูลเป็นที่ เป็นระบบเดียวกัน โดยยึดหลักการ ทิศทาง และแนวทางสำคัญของการปฏิรูปประเทศไทย ยกย่องศักยภาพประชากรให้มีผลิตภาพเพิ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รศรินทร์ เกรย์ อภิชาติ จำรัส ฤทธิรงค์ และกัญญา อภิพรชัยสกุล, 2565) 2) ภาวะผู้นำโดยรวมมีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนนั้น อุดมการณ์ผู้นำเป็นการสร้างแรงบันดาลใจที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาและผลักดันวิสัยทัศน์ด้วยศักยภาพบูรณาการการกำหนดยุทธศาสตร์ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันด้วยการมองเห็นพื้นฐานชีวิตในชุมชน (Bass, B. M., & Avolio, B. J., 1993) ด้วยการแสวงหาความร่วมมือขององค์กรภาครัฐ เอกชน และประชาชน โดยมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “อำเภอสุขใจ พลังคน พขอ.และให้รางวัล“ฟันเฟืองกับการขับเคลื่อน พขอ.”เสริมสร้างความ เป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกัน (Daft, Richard L., 2005) ซึ่งประเด็นเป้าหมายในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิต สร้างสัมพันธภาพผลักดันเสริมพลังกระตุ้นศักยภาพ ความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการเชื้อสัญญาตญาณของทีมงาน ยอมรับความเสี่ยงเพื่อให้ได้สิ่งท้าทายที่เป็นนวัตกรรมซึ่ง “จุดแตกหักสุดท้ายอยู่ที่หมู่บ้าน ชุมชน” (Bass, B.M.,1985) และ (Howell, J. M. & Frost, P. J., 1989) โดยนำประเด็นที่ใกล้เคียงกันไปเชื่อมโยงในทุกจังหวัด ทุกอำเภอและทุกพื้นที่ โดยเน้นเส้นทางที่เรียกว่า Quality Wellness City ในลักษณะของแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นพื้นที่จัดการตนเองแล้วประชาชนได้ประโยชน์” และ 3) การมีส่วนร่วมโดยรวมมีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ร่วมกันพัฒนาพื้นที่แหล่งเรียนรู้กลาง พิพิธภัณฑ การพัฒนาการผลิตสินค้าควบคู่กับการอนุรักษ์แก้ปัญหาสัตว์ป่าสงวนร่วมกัน ทบทวนและต่อยอดอำนาจหน้าที่ตาม กฎหมายอย่างรับผิดชอบ การจัดการองค์ความรู้คนเมืองที่มีคุณภาพของเขตเมืองเต็มรูปแบบ กิ่งเมือง และชนบท ด้วยหลักธรรมาภิบาลในการแก้ปัญหาเชิงสังคม (Key, Chad L., 2020) สร้างความเข้าใจความเชื่อส่วนบุคคลและความสามารถทางวัฒนธรรมชุมชน การตัดสินใจ การปฏิบัติที่คำนึงถึงผลประโยชน์เชิงสังคม และประเมินผลหา ทางเลือกให้มีประสิทธิภาพ (Cohen, John M. & Uphoff, Norman T., 1980) จากการใช้ฐานชุมชนร่วมเรียนรู้ ทิศทางการทำงานร่วมกัน สร้างความศรัทธาความไว้วางใจกันขับเคลื่อนงานอย่างมีพลวัตให้ครอบคลุม โดยการ อาศัยความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่มั่นคงควบคู่กับทักษะและประสบการณ์นอกเหนือไปจากวุฒิภาวะทางจิตใจถือเป็น ระบบการตรวจสอบและถ่วงดุลซึ่งกันและกัน (Trewartha R.L. & Newport, Mavin Gene., 2019) โดยมุ่งเน้น

อารยสถาปัตยกรรมเพื่อคนทั้งมวลเป็นส่วนรวมของสังคม และพัฒนาสิทธิความเสมอภาคให้อยู่คู่สังคมไทยอย่างยั่งยืน

จากผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 พบว่า 1) THONGTON's Model ประกอบด้วย (1) การสร้างทีมด้วยภาวะผู้นำที่มีอิทธิพลสร้างศรัทธาและบารมี (T - Team building by Leadership to Influence on building faith and prestige.) สามารถสร้างสมดุลตามหลักคารวะธรรม สามัคคีธรรม สร้างแรงบันดาลใจ บรรยากาศและความสามารถในการโน้มน้าวจิตใจ ผลักดันกระตุ้นความกระตือรือร้นการพัฒนาที่เป็นจุดคานงัดสำคัญ (Yukl, Gray. & Van Fleet, David D.,1992) (2) การบูรณาการและการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกันแบบองค์รวม (H - Holistic & Integrated Resource sharing.) วางยุทธศาสตร์บริหารจัดการทรัพยากรและงบประมาณร่วมกันของกลไกภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่ายยุทธศาสตร์ (Cohen, John M. & Uphoff, Norman T.,1980) (3) การจัดโครงสร้างองค์กรอย่างชัดเจนเหมาะสมให้มีความยืดหยุ่น (O - Organization structure to flexible and suitable.) และมีความสอดคล้องกับหน้าที่ที่รับผิดชอบเหมาะสมในการปฏิบัติงาน (Bass, B. M., & Avolio, B. J.,1993) (4) ภาคีและเครือข่ายทำงานร่วมกันแบบพหุภาคี (N - Nodes & Networks on multilateral collaboration.) ยกระดับการขับเคลื่อนให้เกิดความยั่งยืนที่เป็นรูปธรรมให้ “คนไทยใส่ใจดูแลกันไม่ทอดทิ้งกัน” (พัสสรณ์ วรภัทร์ธีระกุล, 2560) และอาศัย 2) มาตรการสนับสนุนที่จำเป็นและเหมาะสม ได้แก่ (5) การใช้กระบวนการทัศน์กรอบแนวคิดเชิงพัฒนาการเติบโตในการวัดแนวโน้มสถานการณ์คุณภาพชีวิต (G - Growth Mindset Paradigm to gauged Quality of Life Situations trend.) ซึ่งเป็นทัศนคติการพัฒนาศักยภาพที่ท้าทายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและพัฒนานวัตกรรม (Thompson Bonita., 2022) และ (พจนามาโนช, 2567) (6) การได้รับความไว้วางใจจากการมีส่วนร่วมและยกย่องเชิดชูเกียรติด้วยความชื่นชมยินดี (T - Trusted on Participation and Honor Appreciation.) ในผลสำเร็จของการปฏิบัติงานร่วมกัน (จรัสพงศ์ คลังกรณ์, ภูวนัย เพ็ชรโปร และนิยม พัฒนศรี, 2567) (7) เสริมสร้างโอกาสในเชิงการพัฒนาโดยเน้นผลลัพธ์สำคัญและความรอบรู้การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (O - Opportunities Strengthening Development by Results oriented and Digital Technology literacy.) ให้สัมพันธ์เชื่อมโยงส่งเสริมอารยสถาปัตยกรรมเพื่อคนทั้งมวล (Friendly Design) (บุญทัน ดอกไธสง, 2566) และ (8) การกำหนดนโยบายเมืองคุณภาพชีวิตน่าอยู่เป็นวาระแห่งชาติ (N - National Agenda setting of “Livable Quality of Life City Policy.”) เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของทุกคน ยกกระตือรือร้นไปสู่การบรรลุ “เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) (สหประชาชาติประเทศไทย, 2025) ดังนั้นรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เขตสุขภาพที่ 4 ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เขตสุขภาพที่ 4

### สรุปผลและองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง การขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบาย อิทธิพลของปัจจัยการขับเคลื่อนนโยบาย และนำเสนอรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เขตสุขภาพที่ 4 ใช้หลักการบูรณาการยุทธศาสตร์ด้วยการเชื่อมโยงพลังทางสังคม พลังวิชาการ และพลังอำนาจรัฐ สร้างเสริมพลังแห่งการเรียนรู้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง และการติดตามประเมินผลให้ต่อเนื่อง นโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกช่วงวัยมีเชื่อมโยงกับประเด็นมิติด้านสังคม และสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อความปลอดภัยซึ่งผู้นำจะพัฒนารอบความคิด วิสัยทัศน์ การจัดองค์ความรู้พื้นฐานชีวิตในลักษณะของไตรภาคีให้เป็นพื้นที่จัดการตนเอง สำหรับการมีส่วนร่วมจะเสริม

พลังการสร้างปัญญาเชื่อมโยงพลังทุกภาคส่วนจัดทำยุทธศาสตร์ที่สมดุล พัฒนากลไกการประสานเชื่อมโยงกับองค์กรภาคีเครือข่ายในทุกระดับ โดยงานวิจัยนี้ได้ข้อค้นพบองค์ความรู้ THONGTON's Model เป็นรูปแบบสำคัญสามารถนำไปประยุกต์ใช้และให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์กำหนดแนวทางวางแผนจากข้อมูลสถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบายทั้งจากการบูรณาการยุทธศาสตร์ ทิศทาง แผนงาน และเป้าหมาย โดยปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัด โดยการสนับสนุนของภาวะผู้นำ และการมีส่วนร่วมซึ่งผลการวิจัยและข้อเท็จจริงสามารถปรับปรุง ปรับเปลี่ยน แก้ไขตามสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำรูปแบบไปประยุกต์ในพื้นที่ปฏิบัติการในระดับพื้นที่ชุมชน และนโยบายระดับชาติเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ควรศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัจจัยปัญหาอุปสรรคในการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) รวมทั้งการวิจัยประเมินผลนโยบายที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับชุมชน

### 2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

รัฐบาลจัดทำนโยบายเป็นวาระแห่งชาติให้มีการดำเนินการ “จังหวัดหรือพื้นที่จัดการตนเอง” ผลักดันกลไกภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคีเครือข่ายยกระดับการขับเคลื่อนให้เกิดความยั่งยืนที่เป็นรูปธรรม เข้าถึงบริการของรัฐและเอกชนได้สะดวก เพียงพอ รวดเร็วและไม่ซับซ้อน ซึ่งจะสามารถพัฒนาสู่ “เมืองสุขภาพดีน่าอยู่ (Wellness Livable City)” ตอบสนองคนทุกกลุ่มวัยที่มีความแตกต่างหลากหลายให้สัมพันธ์เชื่อมโยงส่งเสริมอารยสถาปัตยกรรมเพื่อคนทั้งมวล (Friendly Design) ผลักดันกลไกการจัดทำนโยบายให้เป็นวาระแห่งชาติสู่ “เมืองคุณภาพชีวิตน่าอยู่ (Livable Quality of Life City)”

### 3. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ทุกภาคส่วนควรร่วมกันบูรณาการจัดทำยุทธศาสตร์อย่างมีส่วนร่วม สร้างสมดุลตามหลักการยอมรับสามัคคีธรรม สร้างแรงบันดาลใจในบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงวิชาการสู่ชุมชนผลักดันทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขากำหนดนโยบายสาธารณะร่วมกัน ยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกนโยบายสาธารณะอย่างเป็นรูปธรรม ปลุกฝังจิตวิญญาณท้องถิ่นจัดการตนเองในเชิงอัตลักษณ์ กระตุ้น ส่งเสริมและสร้างความเข้าใจในการดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy Philosophy) สร้างปัญญาด้วยการ

ประสานให้เป็นเนื้อเดียวกันของ “คนเขตพื้นที่ไม่ทอดทิ้งกันใส่ใจดูแลกัน” ร่วมกันพัฒนาจังหวัดหรือพื้นที่จัดการตนเอง

## เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ 4. (2561). *การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่ 4*. สระบุรี: เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 4.
- คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ 4.(2564). *การพัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 4 พ.ศ. 2564 – 2565*. : เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 4.
- จรัสพงศ์ คลังกรณ์, ภูวนัย เพ็ชรโปร และนิยม พัฒนศรี (2567).การพัฒนาวิถีชีวิตชุมชนบ้านศรีวังจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. 10 (2), 259 – 270.
- ชาย โปธิสิตา. (2562). *ศาสตร์และศิลป์การวิจัยเชิงคุณภาพ,คู่มือนักศึกษาและนักวิจัยสังคมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- บุญทัน ดอกไธสง. (2566). *AI การพัฒนาทุนมนุษย์ยุค New Normal*. พระนครศรีอยุธยา: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- ประกาศเรื่องแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570). (1 พฤศจิกายน 2565). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 258 ง, 1 – 143.
- ประกาศเรื่องยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 – 2580). (13 ตุลาคม 2561). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 135 ตอนที่ 82 ก, 1 – 70.
- ประยุทธ์ จันทร์โอชา. (2565). คำแถลงประกอบงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แถลงต่อสภาผู้แทนราษฎร วันที่ 31 พฤษภาคม 2565. *ออนไลน์*. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2567. แหล่งที่มา: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/55239/>
- ประเวศ วะสี.(2552). *กระบวนการนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ประเสริฐ เล็กสรรเสริญ และประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2560). การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของสมัชชาสุขภาพ จังหวัดนนทบุรี. *Veridian E-Journal, Silpakorn University สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*. 10 (3), 2205 – 2220.
- พจนา มาโนช. (2567). ภาวะผู้นำตามหลักปรัชญาหลังนวยุคสายกลาง. *วารสารสถาบันพอดี้*. 1 (2), 1 – 8.
- ภัสสรณ์ วรภัทร์ธีระกุล. (2560). การบริหารจัดการภาครัฐไทยภายใต้ระบบรัฐสวัสดิการ. *Journal of Management Science Nakhon Pathom Rajabhat University*. 4 (1), 110 – 122.

- พัชรกันย์ เจริญรัตน์. (2562). นโยบายสาธารณะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้มีรายได้น้อยผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏ*. 6 (2), 336 - 338.
- รศรินทร์ เกรย์, อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และกัญญา อภิพรชัยสกุล. (2565). *ชุดโครงการประสานงานวิจัย “นโยบายเพื่อสร้างเสริมความมั่นคงทางประชากรของประเทศไทย” สถาบันวิจัยประชากรและสังคม*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
- ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. (9 มีนาคม 2561). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 135 / ตอนพิเศษ 54 ง, 1- 6.
- สหประชาชาติประเทศไทย. (2025). เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. *ออนไลน์*. สืบค้นเมื่อ 7 มิถุนายน 2567. แหล่งที่มา: <https://thailand.un.org/th/sdgs/>.
- สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *บันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB)*. *ออนไลน์*. สืบค้นเมื่อ 26 เมษายน 2567. แหล่งที่มา: <http://www.ylo.moph.go.th/webssjold/file2018/doc081160-1.pdf>.
- คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ 4. (2561). *การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่ 4*. สระบุรี : เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 4.
- สุทธิพงษ์ จุลเจริญ. (2567). ปลัด มท. สั่งทุก จว. ตั้ง “คณะกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนทุกช่วงวัย”. *ออนไลน์*. สืบค้นเมื่อ 21 สิงหาคม 2567. แหล่งที่มา: <https://www.thairath.co.th/news/local/2809546>.
- โอบาส การ์ยักวินพงศ์. (2565). *สธ.จัดมหกรรมพลังคน พชอ.ครั้งที่ 2 คุณภาพชีวิตวิถีใหม่มอบรางวัลเชิดชูเกียรติ พชอ./พชข. ที่มุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่*. *ออนไลน์*. สืบค้นเมื่อ 12 พฤษภาคม 2567. แหล่งที่มา: [https://www.thailandplus.tv/archives/638052./](https://www.thailandplus.tv/archives/638052/)
- Bass B M. (1985). *Leadership and Performance Beyond Expectations*. New York : The Free Press.
- Bass, B.M., & Avolio, B.J. (1993). *Transformational leadership: A response to critiques*. In M.M. Transformational Leadership. SAGE publications, Inc.
- Brundtland, G. (1987). *Report of the World Commission on Environment and Development : Our Common Future*. : United Nations General Assembly document A/42/427.
- Cohen, John M. & Uphoff, Norman T. (1980). Participation's place in rural Development. *Seeking charity through specificity*. Vol. 8, *World development*, 213-235.
- Conteh, Joseph Gbanabom. (2022). *Residents' Perceptions of Healthcare Disparities in Rural Sierra Leone*. A Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy, Public Policy and Administration, Health Policy: Walden University.
- Daft, Richard L. (2005). *The Leadership Experience*. Canada: Thomson Southwestern.
- Dye, Thomas R. (1984). *Understanding Public Policy*. (5<sup>th</sup> ed). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice - Hall, Inc.

- Howell, J. M., & Frost, P. J. (1989). A laboratory study of charismatic leadership. *Organizational behavior and human decision processes*, 43 (2), 243-269.
- Key, Chad Lamar. (2020). *CRISIS IN HEALTHCARE: TACTICAL APPROACHES INFLUENCING PATIENT ENGAGEMENT, LEADERSHIP DIVERSITY, AND CULTURAL COMPETENCE*. A Dissertation for the degree of Doctor of Business Administration, Faculty of the Graduate School: University of Maryland Global Campus. Prentice - Hill, Inc.
- Thompson, M. S. (1960). *Evaluation for decision in social programs*. England: Saxon House, D.C. Health Ltd.
- Trewartha, R.L., Newport, M.G. (2019). Decision Making. *Online*. Retrieved 2024, 10 July from <https://www.managementstudyguide.com/what-is-decision-making.htm>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. (1996). *WHOQOL–BREF, INTRODUCTION, ADMINISTRATION, SCORING AND GENERIC VERSION OF THE ASSESSMENT, PROGRAMME ON MENTAL GENEVA*: WORLD HEALTH ORGANIZATION.
- Yukl, Gray. & Fleet, V. D. (1992). *Theory and Research on Leadership in Organizations: Handbook of Industrial and Organization Psychology*. California: Consulting Psychologists.