

โครงการประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ
Project for the evaluation of the Performance Assessment of District Health Board
at Pakdeechumphon District,Chaiyaphum Province.

พุทธชัย มาลัย

บทคัดย่อ

การประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (District Health Board) จังหวัดชัยภูมิ มีวัตถุประสงค์คือ เพื่อประเมินความสอดคล้องและเหมาะสมด้านบริบท (Context Evaluation) ประเมินความเหมาะสมและเพียงพอด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation), ประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) และ ด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน (Product Evaluation) ซึ่งพื้นที่เป้าหมายการประเมินทั้ง 6 ตำบล ของอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed method) ระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ

ผลการวิจัยพบว่ากลไกการบริหารของ พชอ. การได้มาของคณะกรรมการ พชอ. พบว่า มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. ในด้านการกำหนดเกณฑ์และคุณสมบัติของคณะกรรมการสอดคล้องกับระเบียบสำนักนายกฯ โครงสร้างและกลไกการบริหารงานของ มีการจัดตั้งคณะกรรมการรายประเด็น เพื่อทำหน้าที่รับนโยบายจากพื้นที่เสนอต่อ พชอ. และถ่ายทอดนโยบาย พชอ. สู่พื้นที่เพื่อนำไปปฏิบัติ การกำหนดเป้าหมายและแผนยุทธศาสตร์ของ พชอ. เน้นการขับเคลื่อนนโยบายที่เสนอขึ้นมาจากพื้นที่โดยผสมผสานกับประเด็นนโยบายจากระดับจังหวัด การกำกับติดตามการดำเนินงานโครงการของ พชอ. มีการ ติดตามงานในรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งนี้ การให้การสนับสนุนและการแก้ไขปัญหาในการนำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการไปดำเนินการ เน้นส่งเสริมความเป็นเจ้าของ

ผลการประเมิน ด้านบริบทแต่ละพื้นที่ที่มีการบูรณาการใช้เทคนิคกระบวนการพัฒนางานในพื้นที่อยู่แล้วได้แก่การประเมินตนเอง ของการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ การใช้รูปแบบการทำแผนชุมชนด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการรวมทั้งการพัฒนากระบวนการตามแนวทาง PCA มาตรฐาน HA และมีการใช้กระบวนการขับเคลื่อนงานพัฒนาเครือข่ายบริการด้วยกระบวนการจัดการความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านนโยบาย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลาง ด้านกระบวนการ ประเด็นการประเมิน คือ ขั้นตอนการดำเนินงาน การติดตามนิเทศและประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลาง ด้านผลผลิต พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องระดับมาก ด้านผลลัพธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องระดับมาก องค์ประกอบการพัฒนาการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นสอดคล้องในระดับปานกลาง การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก การแบ่งปันและการพัฒนาบุคลากรกลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับมาก การทำงานจนเกิดคุณค่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามี ความสอดคล้องในระดับปานกลาง ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบาย พชอ. ได้แก่ ศักยภาพและภาวะผู้นำของประธาน (นายอำเภอ) และทีมเลขาฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สสอ. การทำงานเป็นทีม การสร้างความร่วมมือ การมีโครงสร้างการทำงานเชื่อมระหว่างอำเภอและตำบลที่ชัดเจน การสนับสนุนติดตามจากผู้บริหารระดับจังหวัด และการเยี่ยมเสริมพลังทั้งจากระดับจังหวัด

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ,การประเมินผล

ABSTRACT

Performance Assessment of District Health Board in Pakdee chumphon District, Chaiyaphum Province. The aims of this study were to assess of the provincial and district committee level, in 6 Subdistrict of Pakdee chumphon District, Chaiyaphum Province. province.), which will assess the compliance of the project in the context ,input, process, output and outcome . This research uses a mixed data collection method between qualitative research and quantitative research.

The results of the research revealed that the NPC administration mechanism, the acquisition of the NPC Committee, found that the NPC Committee was appointed in terms of determining the criteria and qualifications of the Committee in accordance with the regulations of the Prime Minister's Office. Structure and management mechanism of A sub-committee was set up for each issue. to act to accept the policy from the area, propose to the NPC and transfer the NPC policy to the area for implementation. The determination of goals and strategic plans of the NPC emphasizes on the propelling of policies proposed from the area by blending with policy issues from the provincial level. Including the creation of participation from the promotion of joint ownership in the operations of the main host agencies involved in driving the NPC work issues in each issue. Supervision and follow-up of the project implementation of the PCH. n each issue Monitoring and monitoring of the project implementation of the NPC has been followed up in formal and informal ways. Emphasis on promoting ownership. The results showed that the context of each area with the integration of technical development in areas already include self-assessment. The District Health Board Using a model planned community with quality development, including the development of quality guidelines HA PCA standard and are used for process-driven application development, network management services, process know-how. The knowledge from routine to research. The input policy, budget, personnel, equipment showed that. Commented that there is a consistent level. The process Issue Rating Is the process of implementation Tracking supervision and evaluation The samples of the opinion that there is consistency in the level of output of the sample is of the opinion that there is a consistent level of results, the sample is of the opinion that there is a consistent level. The development of district health network. The collaboration at the district level were moderate consensus. Providing essential care The samples of the opinion that there is a consistent level. The sharing and development groups. Commented that there is a consistent level. The involvement of community groups. Commented that there is a consistent level. And the value of work Sample Commented that there is a consistent level. The key factors that affect the success of the PPP policy are the potential and leadership of the chairman (sheriff) and the secretary team, especially the PPP, teamwork. engagement There is a clear working structure connecting the district and the sub-district. Follow-up support from provincial executives and strengthening visits from both the provincial level

Keywords: District Health Board, assessment.

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ระบบสุขภาพปฐมภูมิกลับมาเป็นที่สนใจของประชาคมโลก จากสัญญาณการเคลื่อนไหวขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ที่มีประกาศปฏิญญาแอสตานา (Declaration of Astana) ใน พ.ศ. 2561 ซึ่งมีหัวใจสำคัญในการส่งเสริมประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 3 มิติ ได้แก่ การขับเคลื่อนและกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (Multi-sectoral policy and action) การส่งเสริมบทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุข (Public health function) และการเสริมพลังประชาชนและชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง (Empowered people and community) ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพที่มองสุขภาพแบบองค์รวมมากกว่าการรักษาโรคที่ปลายเหตุ โดยเน้นพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวคิด Integrated and People Centred Health Services (IPCHS) ซึ่งมุ่งให้เกิดการบูรณาการการให้บริการสุขภาพในทุกมิติที่สอดคล้องกับบริบทของประชาชนและชุมชนของผู้รับบริการ (World Health Organization, 2015) สำหรับประเทศไทย ได้มีความพยายามพัฒนาระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิมาอย่างยาวนาน นับแต่พ.ศ. 2544 ซึ่งล้วนสอดคล้องกับทิศทางปฏิญญาแอสตานา ค.ศ. 2018 อย่างไรก็ตาม ความพยายามดังกล่าวยังเผชิญความท้าทายในเชิงโครงสร้างการบริหารจัดการของระบบราชการไทยที่ทำงานแบบแยกส่วน ทำให้การบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคสาธารณสุขและภาคส่วนอื่นของรัฐ เพื่อปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) ดังนั้น จึงมีความพยายามอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาเกือบ 10 ปีที่ผ่านมาในการส่งเสริมการทำงานแบบองค์รวมระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชนและภาคประชาสังคม โดยมีความพยายามปรับระบบสุขภาพให้เชื่อมโยงการทำงานกับหน่วยงานภาคส่วนอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานในระดับอำเภอถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้เข้มแข็งภายใต้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งทำให้ใน พ.ศ. 2558 คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบให้มีมติดำเนินงานตามกรอบการดำเนินงานวาระปฏิรูปแห่งชาติเพื่อปฏิรูประบบสาธารณสุขภายใต้แนวคิดดังกล่าว (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562). (พรรณพิมล วิบุลากร, 2561). จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2561 ได้มีการประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (หรือในชื่อภาษาอังกฤษว่า District Health Board) โดยมีใจความสำคัญคือการกำหนดโครงสร้างและระบบการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารจัดการของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอเดิมที่รวมศูนย์การบริหารจัดการไว้ที่ภาคสาธารณสุข ให้เป็นโครงสร้างที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ ในระดับอำเภอมากขึ้นโดยกำหนดให้นายอำเภอเป็นประธานสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ และมีคณะกรรมการที่คัดเลือกมาจากหน่วยงานรัฐภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อบูรณาการความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ ผ่านการจัดการปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและสังคม เช่น ขยะมูลฝอย ปัจจัยที่นำไปสู่อุบัติเหตุจราจร พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เป็นต้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) ทั้งนี้ เพื่อประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานของ พชอ. ในภาคสาธารณสุข จึงได้ใช้เกณฑ์ตามแนวทาง UCCARE (Unity team, Customer focus, Community participation, Appreciation, Resource sharing & human development, และ Essential care) ประเมินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยมีการแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เริ่มมีแนวทาง ขยายการดำเนินงานเป็นระบบ เรียนรู้ และบูรณาการ ซึ่งผลลัพธ์ของการประเมิน UCCARE จะแบ่งพื้นที่ดำเนินการออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพื้นที่ที่ดำเนินการได้ดี กลุ่มพื้นที่ดำเนินการปานกลาง และกลุ่มพื้นที่ริเริ่มดำเนินการ (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย, 2561) ซึ่งผลการประเมิน UCCARE อาจ

สะท้อนให้เห็นว่าอำเภอที่อยู่ในขั้นพัฒนาการระดับต่างๆ นั้นมีความเข้มแข็งมากน้อยเพียงใด แต่ระดับการประเมินตาม UCCARE อาจไม่สะท้อนประสิทธิภาพการทำงานได้ในทุกมิติได้อย่างชัดเจน ทั้งในเชิงระบบการทำงาน ของ พขอ. โครงสร้าง และกระบวนการทำงาน ที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอการศึกษานี้ จึงมุ่งสนับสนุนการพัฒนาและปรับปรุงนโยบาย พขอ. ซึ่งจะนำไปสู่การสังเคราะห์ การสะท้อนผลลัพธ์ของนโยบาย (feedback) การปรับปรุงเนื้อหาและต่อยอดนโยบาย การดำเนินงานของ พขอ. และกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนนโยบาย พขอ. เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีขึ้นกว่าเดิมและมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป โดยใช้กรอบแนวคิดการให้บริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ปฏิญญาแอสตานา (WHO, 2018)

ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบสาธารณสุขและระบบสุขภาพ ที่เน้นการดูแลสุขภาพพื้นฐานแบบพอเพียงและพึ่งตนเอง เป็นการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งในระยะยาวจะส่งผลต่อความมั่นคงทางสุขภาพได้อย่างยั่งยืน โดยมีปัจจัยสนับสนุน คือ รัฐธรรมนูญ ฉบับปี พุทธศักราช 2550 มาตรา 80 (2) ที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนา ระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชน และชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และการจัดบริการสาธารณสุข ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีกลไกการประสานงานในระดับอำเภอที่เป็นระบบเรียกว่า “คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ หรือ คปสอ.” โดยมีบทบาทในการติดตามงาน, การประสานงานหรือแก้ปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรบ้างแต่ไม่มากนักเมื่อปฏิรูประบบสุขภาพ หน่วยคู่สัญญาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) คือองค์กรบริหารจัดการด้านสุขภาพระดับพื้นที่อำเภอ นับเป็นองค์กรบริหารจัดการรูปแบบใหม่ที่เกิดขึ้นพร้อมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เนื่องจากระบบการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่คิดวิธีการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร ดังนั้น CUP จึงเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่รับจัดบริการตามพันธะสัญญาที่ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) กำหนดไว้ในเงื่อนไขของการขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยคู่สัญญาในการจัดบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิเมื่อระบบงานของ CUP ได้กลายมาเป็นองค์กรในการจัดสรรทรัพยากรระดับอำเภอ ทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณ และครุภัณฑ์ ภายใต้การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มโอกาสการมีสุขภาพดีของประชาชน กลไกหนึ่งที่สำคัญคือการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมิบทบาทสำคัญในการให้บริการใกล้บ้านใกล้ใจและพัฒนาศักยภาพของการบริการด้านแรกที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA) จึงได้เกิดขึ้นและทดลองนำร่องตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา ต่อมาในปี 2553 นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิดขึ้น การลงทุนด้านนี้น้อย ทั้งๆที่ต้นทุนต่ำกว่าการรักษาเมื่อเจ็บป่วย และแนวโน้มการเกิดโรคที่เป็นภาระต่อสังคมและประเทศชาติ เปลี่ยนเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมและสามารถป้องกันได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และมะเร็ง การยกระดับสถานีอนามัยที่มีกว่า 9,000 แห่ง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จึงเป็นจุดเปลี่ยนระบบสาธารณสุขครั้งสำคัญที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ในปี 2556 ทิศทางการปรับตัวของกระทรวงสาธารณสุข มีแนวนโยบายที่สำคัญคือการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับอำเภอ (District Health Board :DHB) ภายใต้หลักการ “ในการพัฒนาระบบการสาธารณสุขของประเทศไทยให้สำเร็จ เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีจะต้องอาศัยกลไกทางการเงินการคลังควบคู่กับการบริหารจัดการ ทั้งเรื่องกำลังคน การปรับโครงสร้างการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบ สามารถนำสิ่งที่มีอยู่มา

ใช้ประโยชน์ร่วมกันได้” โดยปรับกลไกการทำงาน โดยแบ่งเป็น 12 เขตบริการสุขภาพ อำเภอกักตึชุมพล จังหวัดชัยภูมิมีบริบทของพื้นที่เป็นภูมิประเทศแบบภูเขาสูงและที่ราบโดยแบ่งลักษณะการปกครอง 6 ตำบล ด้วยความแตกต่างทางภูมิศาสตร์และสภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวิถีชีวิต ความเชื่อ มีผลต่อการจัดการ ปัญหาสุขภาพเป็นอย่างมาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกักตึชุมพล จังหวัดชัยภูมิจึงได้นำนโยบายการพัฒนา คุณภาพชีวิตอำเภอ มาดำเนินโครงการทั้ง 6 ตำบล ตั้งแต่ปี 2561 ได้มีการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งพบว่า มีความสำเร็จตามบันได 5 ขั้นอยู่ในระดับขั้นที่ 1 และ 2 เป็นส่วนใหญ่ ของการพัฒนาตาม บันได 5 ขั้นของ การประเมิน โดยใช้แบบการประเมินตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ(DHB)ใน อำเภอกักตึชุมพล จังหวัดชัยภูมิสำหรับนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ปรับปรุง หรือประกอบการตัดสินใจ ในการจัดระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพบริบทและความต้องการของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (DHB) อำเภอกักตึชุมพล จังหวัด ชัยภูมิใน 4 ด้าน ดังนี้

1. เพื่อประเมินความสอดคล้องและเหมาะสมด้านบริบท (Context Evaluation)ของการพัฒนา คุณภาพชีวิตอำเภอ (DHB) อำเภอกักตึชุมพล จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อประเมินความเหมาะสมและเพียงพอด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation)ในการ ดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (DHB)อำเภอกักตึชุมพล จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) ดำเนินการจัดกิจกรรมของการพัฒนา คุณภาพชีวิตอำเภอ (DHB)อำเภอกักตึชุมพล จังหวัดชัยภูมิ
4. เพื่อประเมินด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน (Product Evaluation)ของการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอ (DHB) อำเภอกักตึชุมพล จังหวัดชัยภูมิดังนี้
 - 4.1 การบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการและวัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรม
 - 4.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ(District Health Board สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกักตึชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีศึกษา (Methodology)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed method) ระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ใช้กระบวนการที่ผู้ประเมินได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการเสริมพลังหรือศักยภาพการดำเนินงานให้กับผู้ปฏิบัติ โดยทำหน้าที่เสมือนผู้ชี้แนะแนวทางหรืออำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยเทคนิค วิธีการ และกระบวนการ เพื่อให้เกิดการยอมรับและไว้วางใจซึ่ง กันและกัน จนในที่สุดทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถตัดสินใจ พัฒนา และปรับปรุงการดำเนินงานได้ด้วยตนเอง เก็บ ข้อมูลโดยอาศัยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi-Structured Interview Guidelines) ด้วยวิธีการ สัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้มีบทบาทหน้าที่และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน พขอ. จำนวน ทั้งสิ้น 41 ราย ดังนี้

- 1.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับพื้นที่ (พชพ.) จำนวน 3 ราย คณะกรรมการ พชอ. ระดับอำเภอ(นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน สาธารณสุขอำเภอ) และผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ผู้อำนวยการ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข)จำนวน 48 ราย

1.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ผู้อำนวยการ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) จำนวน 12 ราย กลุ่มชุมชนท้องถิ่น (ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน แกนนำชุมชน ประธานชมรม นายก อบต.) จำนวน 50 ราย และกลุ่มผู้รับบริการประชาชน (ประชาชนทั่วไปที่ไม่ใช่ อสม.) จำนวน 50 ราย

2. การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานคุณภาพชีวิตอำเภอประกอบด้วย 5 ตอนคือ

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับผู้ตอบ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งประสบการณ์ในการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ตอนที่ 2 เกี่ยวกับสภาพการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย ความสอดคล้องและเหมาะสมของนโยบาย/ โครงการวัตถุประสงค์ของโครงการ เป้าหมายของโครงการ

ตอนที่ 3 เกี่ยวกับปัญหาการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประกอบด้วย ความเหมาะสมและเพียงพอบุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วยกิจกรรมการดำเนินงานตามแนวทางDHBการนิเทศ ติดตาม กำกับ การประเมินผล

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วยผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพประชาชนตาม essential care และการพัฒนา ODOP กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย จำนวน 418 ราย

การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงแก่นสาระ (Thematic Analysis) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา

การสังเคราะห์ข้อมูล ใช้การเปรียบเทียบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) เพื่อหาความสอดคล้องและความแตกต่างด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยบูรณาการประเด็นสุขภาพและประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของประชาชน พร้อมทั้งระบุรูปแบบการทำงานอย่างเป็นระบบ (System-based) ทั้งในแนวตั้งและแนวราบ การกำหนดหมวดหมู่ของเนื้อหา (Coding) โดยใช้วิธีจับใจความสำคัญในบทสัมภาษณ์ของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่มงานวิจัยขึ้นนี้เน้นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีการทวนสอบประเด็นคำถามและผลที่ได้จากการศึกษากับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเป็นการยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล

จริยธรรมการวิจัยในคน

คณะผู้วิจัย ได้ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนสาขาสังคมศาสตร์ เมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2565 Certificate of Approval No : 30/2565

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

เดือน มิถุนายน 2565 - ตุลาคม 2565

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 61.70 และเพศชาย จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 38.80 พบว่า อายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 35.10 มีระยะเวลาปฏิบัติงานส่วนใหญ่ระหว่าง 1-9 ปี จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 34.60 บทบาทของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 285 คน คิดเป็นร้อยละ 70.90 รองลงมาเป็นคนคณะกรรมการเครือข่าย จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 22.10 และผู้บริหาร จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ

กลไกการบริหารของ พขอ.

การได้มาของคณะกรรมการ พขอ. พบว่า การแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ. ในด้านการกำหนดเกณฑ์ และคุณสมบัติของคณะกรรมการสอดคล้องกับระเบียบสำนักนายกฯ อย่างไรก็ตาม กระบวนการได้มาจะมีการแต่งตั้งกรรมการตามรายชื่อของผู้ที่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับระเบียบสำนักนายกฯ มีความพร้อมในการทำงาน พขอ. ในฐานะกรรมการมาน้อยเพียงใดก่อนพิจารณาแต่งตั้ง

โครงสร้างและกลไกการบริหารงานของ มีการจัดตั้งคณะกรรมการประเด็นเหมือนกัน เพื่อทำหน้าที่รับนโยบายจากพื้นที่เสนอต่อ พขอ. และถ่ายทอดนโยบาย พขอ. สู่พื้นที่เพื่อนำไปปฏิบัติต่อไป ซึ่งการดำเนินงานในระดับพื้นที่จะมีการตั้ง พชต. ขึ้นมาเพื่อนำนโยบายไปปฏิบัติ พร้อมทั้งรายงานสถานการณ์ กลับมายัง พขอ. ผ่านคณะกรรมการขับเคลื่อนรายละเอียด มีบทบาทหน้าที่อำนวยความสะดวกหรือส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในอำเภอ เช่น การติดตามงานในรูปแบบทางการ และการกำกับติดตามแบบไม่เป็นทางการ เป็นต้นเพื่อส่งเสริมการทำงานแบบเครือข่ายระหว่างภาคส่วนและสร้างความเป็นเจ้าของร่วม

การกำหนดเป้าหมายและแผนยุทธศาสตร์ของ พขอ. เน้นการขับเคลื่อนนโยบายที่เสนอขึ้นมาจากพื้นที่โดยผสมผสานกับประเด็นนโยบายจากระดับจังหวัด รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมจากการส่งเสริมความเป็นเจ้าของร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานเจ้าภาพหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นงาน พขอ. ในแต่ละประเด็น นอกจากนี้ยังพบว่า พขอ. ยังลงพื้นที่เยี่ยมชมเสริมพลัง เพื่อสร้างขวัญกำลังใจและเชิดชูผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ การจัดสรรทรัพยากรและแผนปฏิบัติการของ พขอ. มีการจัดสรรทุนทั้งจากภายในและภายนอกอำเภอเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินนโยบายของ พขอ. โดยมีทั้งการจัดสรร/สรรหาทุนผ่านหน่วยงานรัฐ อาทิ บูรณาการทุนจากกองทุนต่างๆ ในอำเภอ หรือเขียนพัฒนาข้อเสนอโครงการส่งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อขอทุนสนับสนุนการดำเนินโครงการ รวมทั้งสรรหาทุนอย่างไม่เป็นทางการผ่านการจัดกิจกรรมระดมทุนต่างๆ อาทิ จัดวิ่งการกุศล กิจกรรมทอดผ้าป่า

การกำกับติดตามการดำเนินงานโครงการของ พขอ. มีการติดตามงานในรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งนี้ การให้การสนับสนุนและการแก้ไขปัญหาในการนำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการไปดำเนินการ เน้นส่งเสริมความเป็นเจ้าของร่วม และช่วยอำนวยความสะดวกในการสรรหาทุนภายนอก มีการสนับสนุนรูปแบบดังกล่าวค่อนข้างจำกัดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนและชุมชนในการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพการมีส่วนร่วมของภาคส่วนและชุมชนในการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ คือการมีโครงสร้างการทำงานระดับตำบล ที่ได้รับการถ่ายทอดจากอนุกรรมการ

รายประเด็น มากำหนดวางแผนทางการปฏิบัติ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ก่อนประสานงานกับหน่วยงาน ผู้รับผิดชอบในระดับตำบลเพื่อดำเนินนโยบายต่อไป เช่น การป้องกันอุบัติเหตุจราจร พชต. จะประสานงานกับ ตำรวจในท้องที่และภาคสาธารณสุขเพื่อประเมินจุดเสี่ยง ความรุนแรง และผลกระทบของอุบัติเหตุ จากนั้นจึง จัดสรรหน้าที่ยังดำเนินการในการปิดหรือควบคุมพื้นที่เสี่ยงให้แก่หน่วยงานตำรวจ ในขณะที่ด้านการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลเป็นหน้าที่ของด้านสาธารณสุข เป็นต้นการสร้างการมีส่วนร่วมของ ภาคส่วนและชุมชนในระดับตำบล พชต.

การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ด้านนโยบายพบว่า ประเด็น มีการกำหนด นโยบายชัดเจนจากทุกระดับ ,การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ และกำหนด บทบาทหน้าที่ชัดเจนพบว่า ,มีการสนับสนุนทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับแผนพัฒนา การพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ, มีการดำเนินการตามแผนพัฒนาแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับมาก **ด้านบุคลากร** พบว่า ประเด็นมีจำนวน บุคลากรเพียงพอทุกสาขาวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ,มีการจัดฝึกอบรมให้กับบุคลากรในการ ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม, บุคลากรมีศักยภาพในการปฏิบัติงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ,ผู้บริหารให้ ความสนใจและให้การสนับสนุนโครงการนี้มากน้อยเพียงใด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความ สอดคล้องในระดับมาก **ด้านงบประมาณ** พบว่า ประเด็นมีการสนับสนุนงบประมาณจาก กระทรวง กรม กอง และเขตบริการสุขภาพ, มีการสนับสนุนงบประมาณ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, มีการสนับสนุน ทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง **ด้านวัสดุอุปกรณ์** พบว่า ประเด็นมีวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาใช้ ในการดำเนินงานพัฒนาการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ, มีวัสดุอุปกรณ์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างมี ประสิทธิภาพ, มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและ มีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆกลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง **ที่ค่าเฉลี่ย 3.36 การประเมิน กระบวนการ (Process Evaluation) มีประเด็นการประเมิน คือขั้นตอนการดำเนินงาน** พบว่า ประเด็น การมีวัสดุอุปกรณ์ที่นำมาใช้ในการดำเนินงานพัฒนาการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ, การมีวัสดุอุปกรณ์ในการ บันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ, มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลที่มี ประสิทธิภาพ และ มีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับ ปานกลาง **การติดตามนิเทศและประเมินผล** พบว่า มีการนิเทศ ติดตาม จากผู้รับผิดชอบงานและผู้บริหาร อย่างเหมาะสม, มีเครื่องมือและเกณฑ์ในการประเมินความสำเร็จของโครงการพบว่า ,มีการบูรณาการ การวางแผนนิเทศ ติดตามงานเครือข่ายสุขภาพอย่างเหมาะสมและ มีการสรุปผลการประเมิน และนำผลไปพัฒนา ปรับปรุงแก้ไขอย่างเหมาะสม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องในระดับปานกลาง **ที่ ค่าเฉลี่ย 3.37 การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) พบว่า มีแผนการพัฒนาสุขภาพประชาชน** ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ(5กลุ่มวัย),อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรมีความเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานทุก สาขาวิชาชีพ,สถานบริการทุกระดับมีการพัฒนาผ่านเกณฑ์มาตรฐานสากล,บุคลากรได้รับการพัฒนาตาม สมรรถนะทุกสาขาวิชาชีพ,บุคลากรได้รับการพัฒนาตามสมรรถนะทุกสาขาวิชาชีพ,บุคลากรมีความพึงพอใจใน การปฏิบัติงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ กลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่ามีความสอดคล้องระดับมาก **ที่ ค่าเฉลี่ย 3.42 การประเมินผลลัพธ์ (Outcome Evaluation) พบว่า ประเด็นการดำเนินงานระบบ** สุขภาพระดับอำเภอสามารถช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้, ระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้ภาคี เครือข่ายมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้, การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถดูแล สุขภาพประชาชนตามกลุ่มอายุ, มีการพัฒนาประเด็นสุขภาพ(ODOP) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพประชาชนได้

จริง, การดำเนินงานระบบสุขภาพทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ามีผลต่อคั่ง
ระดับมาก ที่ค่าเฉลี่ย 3.47

การวิเคราะห์ผลการดำเนินการตามองค์ประกอบพัฒนาการพัฒนาคูณภาพชีวิตอำเภอ การทำงานร่วมกันในระดับตำบล (Unity Health Team) พบว่า 1.)การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการพัฒนาคุณภาพชีวิต และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนพบว่า ผู้บริหาร ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีผลต่อคั่งในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96,0.95 และ 0.94 ตามลำดับ 2.) การประชุมคณะกรรมการบริหารการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างต่อเนื่องพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีผลต่อคั่งในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.84 ,0.72 ส่วนผู้บริหารมีความเป็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 0.50 3.) คณะกรรมการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะกรรมการเครือข่าย และ ผู้บริหาร ให้ความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 0.91 0.84 และ 0.75 ตามลำดับ 4.)คณะกรรมการฯสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมมีโครงการรองรับและมีผลงานชัดเจนพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคณะกรรมการเครือข่าย ให้ความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 0.88, 0.83 ส่วนผู้บริหาร ให้ความเห็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย 0.64 5.) คณะกรรมการฯมีการประเมินเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคณะกรรมการเครือข่าย ให้ความเห็นสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 0.87, 0.83 ส่วนผู้บริหาร ให้ความเห็นสอดคล้องในระดับปานกลาง ที่ค่าเฉลี่ย 0.61**การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential care) พบว่า** 1.) มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาสุขภาพของพื้นที่พบว่า ผู้บริหาร ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีผลต่อคั่งในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00,0.96 และ 0.94 ตามลำดับ 2.) มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาตามบริบทพื้นที่หรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนพบว่า ผู้บริหาร ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีผลต่อคั่งในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96,0.94 และ 0.93 ตามลำดับ 3.)มีการพัฒนาและแก้ปัญหาตามบริบทหรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนพบว่า ผู้บริหาร ,คณะกรรมการเครือข่ายฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีผลต่อคั่งในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00,0.92 และ 0.91 ตามลำดับ 4.)มีการติดตามประเมินผลการพัฒนาและการแก้ปัญหาพบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ , เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลต่อคั่งในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.90 ,0.89 และ 0.82 ตามลำดับ 5.)มีการขยายผลประเด็นสุขภาพอื่น หรือสามารถเป็นแบบอย่างที่ดี พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลต่อคั่งในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.86 ,0.84 และ 0.68 ตามลำดับ **การแบ่งปันทรัพยากร(resource sharing) พบว่า** 1.)มีการสนับสนุนบุคลากรในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันจากโรงพยาบาลในเครือข่าย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลต่อคั่งในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.06 ,0.87 และ 0.86 ตามลำดับ 2.) มีการสนับสนุนเครื่องอุปกรณ์ในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันจากโรงพยาบาลเครือข่ายพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลต่อคั่งในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ,0.90 และ 0.86 ตามลำดับ 3.)มีการสนับสนุนงบประมาณในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันจากโรงพยาบาลระหว่างหน่วยบริการ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , ผู้บริหาร และ คณะกรรมการเครือข่ายฯ ให้ความเห็นว่ามีผลต่อคั่งในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.91 , 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ 4.) มีการสนับสนุนและบริหารจัดการร่วมกันในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกัน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร

ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ,0.90 และ 0.86 ตามลำดับ 5.)มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกันในเครือข่าย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.91 ,0.89 และ 0.82 ตามลำดับ **การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน(community participation)**พบว่า 1.) ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ พบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ , ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข , ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.97 ,0.96 และ 0.95 ตามลำดับ 2.) ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพและ อปท.ชุมชนสนับสนุนงบประมาณ พบว่า ผู้บริหาร , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96 ,0.94 และ 0.91 ตามลำดับ 3.)ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการคิดวางแผน จัดการระบบสุขภาพชุมชนร่วมกันและมีผลลัพธ์เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม พบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ , ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.92 , 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ 4.) ชุมชนและเครือข่ายมีแผนการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ร่วมตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.89 ,0.87 และ 0.79 ตามลำดับ 5.)ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.89 ,0.84 และ 0.68 ตามลำดับ **การพัฒนาบุคลากร (Human development)** พบว่า 1.) มีการพัฒนาพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลหรือหน่วยงานส่งเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวง พบว่า คณะกรรมการเครือข่ายฯ , เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.98 ,0.93 และ 0.86 ตามลำดับ 2.) มีแผนพัฒนาบุคลากรที่เน้นการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ,0.92 และ 0.82 ตามลำดับ 3.) มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ,0.91 และ 0.75 ตามลำดับ 4.) มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรรคนวัตกรรม พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.92 ,0.90 และ 0.68 ตามลำดับ 5.) มีการพัฒนาบุคลากรให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเชื่อมโยงทั้งมิติทางกาย จิตใจและจิตวิญญาณ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , คณะกรรมการเครือข่ายฯ และผู้บริหาร ให้ความเห็นว่ามีผลสอดคล้องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.92 , 0.91 และ 0.68 ตามลำดับ

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า พขอ. มีการนำนโยบายของ พขอ. ไปปฏิบัติ โดยมีทิศทางที่มุ่งสู่การเป็นระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีลักษณะบูรณาการ และมีประชาชนเป็นศูนย์กลางบนพื้นฐาน Primary Health Care โดยผ่านกลไกการบริหารจัดการของ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ.สอดคล้องกับระเบียบสำนักนายกฯ เช่นเดียวกับการจัดตั้งคณะกรรมการรายประเด็น เพื่อทำหน้าที่รับนโยบายจากพื้นที่เสนอต่อ พขอ. และถ่ายทอดนโยบาย พขอ. สู่การปฏิบัติในพื้นที่ต่อไป โดยมีการจัดตั้ง พชต. เพื่อเป็นกลไกในการนำประเด็น

ปัญหาที่พขอ.กำหนดไปปฏิบัติ มีการขับเคลื่อนนโยบายที่เสนอขึ้นมาจากพื้นที่โดยเน้นสร้างความเป็นเจ้าของร่วม ผสมผสานกับประเด็นที่มาจากนโยบายระดับจังหวัด พร้อมทั้งรายงานสถานการณ์กลับมายัง พขอ. ผ่านคณะกรรมการขับเคลื่อนรายประเด็น มีการจัดสรรทุนทั้งจาก ภายในและภายนอกอำเภอเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานนโยบายของ พขอ. พขอ. และสร้างการมีส่วนร่วมส่งเสริมความเป็นเจ้าของร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานเจ้าภาพหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นงาน พขอ. ในแต่ละประเด็น ส่วนการเยี่ยมเสริมพลังยังไม่ชัดเจนทั้งนี้ ผลลัพธ์การดำเนินงานของ พขอ. ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของภาคส่วนและชุมชนในการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ คือการมีโครงสร้างการทำงานระดับตำบล เช่น พชต. เพื่อนำนโยบายของ พขอ.ไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ มีการสนับสนุนการประสาน และดำเนินนโยบายระดับตำบล และรวบรวมประเด็นปัญหา รายงานต่อ พขอ. ผ่านกลไกระดับอำเภอ และจัดสรรทรัพยากรระดับตำบลที่หลากหลาย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานระดับตำบล ส่วน การกำกับติดตามในระดับตำบล มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคมามากขึ้นกว่าเดิม มีความเข้มแข็งและบูรณาการทำงานกับภาคส่วนอื่นๆ เพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้ดีกว่า โครงการที่มีการขับเคลื่อนประเด็น พขอ. ในอำเภอระดับดีและระดับปานกลางได้จากการรับฟังความต้องการของประชาชนผ่านการเวทีประชาคมหรือการสำรวจ

ผลการประเมินด้านบริบทก่อนมีนโยบาย DHB ทุกพื้นที่มีทุนเดิมจากการทำงานในฐานะหน่วยงานสนับสนุนหน่วยปฏิบัติการประกอบกับการริเริ่มสร้างสรรค์งานใหม่ๆที่ปรับเปลี่ยนหมุนเวียนเป็นพลวัตรเพื่อตอบสนองต่อนโยบายในแต่ละยุคแต่ละสมัยสรุปสังเคราะห์เกี่ยวกับต้นทุนและบริบทพื้นที่เป็นแบบการทำงานกับประชาชนในพื้นที่ที่เกิดจากกระบวนการ Context Base Learning (CBL)การใช้รูปแบบการทำแผนชุมชนด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการรวมทั้งการพัฒนาคุณภาพตามแนวทาง Primary Care Award (PCA) มาตรฐาน HA และมีการใช้กระบวนการขับเคลื่อนงานพัฒนาเครือข่ายบริการด้วยกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ด้านนโยบาย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า มีความจำเป็นมากในการทำให้นโยบายบรรลุวัตถุประสงค์การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) มีประเด็นการประเมิน คือขั้นตอนการดำเนินงาน การติดตามนิเทศและประเมินผล พบว่า มีความเหมาะสมและสามารถดำเนินการได้ในระดับดี การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) พบว่า มีแผนการพัฒนาสุขภาพประชาชน ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ(5กลุ่มวัย) และบุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ามีผลสอดคล้องระดับสูง ส่วนการประเมินผลลัพธ์ (Outcome Evaluation) พบว่า ประเด็นการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอสามารถช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้และมีแนวทางการคัดเลือกมาจากกระบวนการ PCA,MBA,SRM เป็นกิจกรรมเด่นที่ชุมชนดำเนินการมาก่อน ประเด็นปัญหาสุขภาพส่วนมากเป็นโรคเรื้อรัง และเกิดรูปแบบการพัฒนา ODOP ที่เป็นภาพลักษณ์เดียวกัน

การวิเคราะห์ผลการดำเนินการตามองค์ประกอบการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ประเด็นการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ(Unity Health Team) เป็นการดำเนินงานในรูปแบบ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.)อยู่แล้ว ได้มีการแต่งตั้งคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน DHB ในระดับอำเภอแล้ว แต่ยังมีปัญหาในชุดคณะทำงานยังไม่ค่อยมีความเข้าใจเกี่ยวกับ Concept ในการดำเนินงาน DHB ภายในอำเภอเท่าที่ควร การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential care) พบว่าการจัดบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นของแต่ละอำเภอ มีความหลากหลาย และแตกต่างกัน ตามบริบทของพื้นที่ ถึงแม้ไม่มีโครงการ DHB พื้นที่ก็สามารถจัดบริการสุขภาพ ตอบสนองปัญหาพื้นที่อยู่แล้ว แต่ที่สำคัญ เป็นการจัดของหน่วยงาน แต่ให้มี

การร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ตามหลักการของ DHB ยังไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควรการเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพ มีทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ขึ้นอยู่กับความพร้อม และความสนใจของผู้ปฏิบัติงาน หรือตามนโยบายของผู้บริหารเป็นหลัก การแบ่งปันและการพัฒนาบุคลากร (resource sharing and human development) พบว่า มีการแบ่งปันและสนับสนุนทรัพยากรร่วมกัน รวมถึงมีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่ การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรรค์และ มีการพัฒนาบุคลากรให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชนอย่าง เชื่อมโยงทั้งมิติทางกาย จิตใจและจิตวิญญาณ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (community participation) การมีส่วนร่วมของภาคชุมชน ต่อการแก้ปัญหาสุขภาพนั้น ยังมีความแตกต่างและหลากหลาย รูปแบบ เนื่องจากสภาพบริบทของความแตกต่างของพื้นที่ และวิถีชีวิต สำหรับเขตพื้นที่ ที่มีพื้นที่ทุรกันดาร ประชาชนมีวิถีชีวิตในการทำมาหากินตลอดฤดู ทำให้ความสนใจในการมีส่วนร่วมน้อย หรืออาจไม่ค่อยให้ความสนใจเลย เพราะต้องทำมาหากิน ตลอดจนประเพณีและวัฒนธรรม ตามพื้นที่ต่างๆอาจไม่เอื้อต่อการจัดระบบ บริการสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐ ในส่วนพื้นที่ราบ เป็นพื้นที่ราบ และการคมนาคมสะดวกสบาย รวมถึง ความเจริญต่างๆ ทำให้วิถีชีวิต และวัฒนธรรมความเป็นอยู่แตกต่างจากพื้นที่ตำบล ที่เป็นภูเขาและที่ราบสูง โดยสิ้นเชิง การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ และการจัดการทำได้ดีกว่า ตลอดจนมีโอกาสของการพัฒนาองค์ ความรู้ร่วมกัน ระหว่างภาคประชาชนกับภาครัฐ ทั้งนี้ยังไม่ได้บรรลุถึงขนาดที่มีความเป็นเจ้าของสุขภาพเอง ส่วนการทำงานจนเกิดคุณค่า(Appreciation) พบว่า ในเรื่องของการสร้างคุณค่า ให้กับตัวผู้ให้บริการและผู้มา รับบริการ เนื่องจากในการดำเนินงาน DHB ตำบลที่เป็นพื้นที่กันดารห่างไกลทำให้การเข้าถึงบริการยากลำบาก ดังนั้นการดำเนินงานในระยะเริ่มแรกยังคงมุ่งเน้นที่การกระจายสถานบริการลงชุมชนให้ชาวบ้านห่างไกล ได้เข้าถึงบริการให้ครอบคลุมให้มากที่สุด ยังคงเน้นตั้งรับมากกว่าเชิงรุก และปัญหาการโยกย้าย สับเปลี่ยน ของบุคลากรทำให้การพัฒนาไม่ต่อเนื่อง การดำเนินการ DHB เข้าสู่ในบันไดขั้นที่ 1 ซึ่งก็ยังขาดในเรื่องของ การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ ภาคส่วนอื่นหรือ หน่วยงานอื่นมักไม่ค่อยให้ความสำคัญ

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบาย พขอ. ได้แก่ ศักยภาพและภาวะผู้นำ ของนายอำเภอ และทีมเลขาฯ พขอ.โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สสอ. การทำงานเป็นทีม การสร้างความมีส่วนร่วม การมีโครงสร้างการทำงานเชื่อมระหว่างอำเภอและตำบลที่ชัดเจน การสนับสนุนติดตามจากผู้บริหารระดับ จังหวัด และการเยี่ยมเสริมพลังทั้งจากระดับจังหวัดและระดับเขต นอกจากนี้งานวิจัยนี้พบว่า การประเมิน ตนเองด้วยเครื่องมือการประเมิน UCCARE อาจจะไม่สามารถระบุระดับของการพัฒนาของ พขอ. ได้อย่างแม่นยำ เนื่องจากความเข้าใจและการแปลความหมายที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.การกำหนดนโยบายใดๆก็เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพของหน่วยงานระดับพื้นที่หน่วยงานส่วนกลาง หรือระดับชาติควรพิจารณาถึงความสอดคล้องและการส่งเสริมเพื่อสานต่อต้นทุนบริบทในแต่ละพื้นที่ ประกอบด้วยการมีวัฒนธรรมการทำงานในพื้นที่วัฒนธรรมองค์กรที่มีมาก่อนการมีเครือข่ายของทีมงานที่กลุ่ม บุคคล ที่รวมกันร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่มานานซึ่งมากด้วยประสบการณ์ทำงานที่ได้แลกเปลี่ยน เรียนรู้

2.ควรสร้างความเข้มแข็งให้กับโครงสร้างกลไกที่บูรณาการหน่วยงานทุกภาคส่วนของ พขอ. เพื่อ ส่งเสริมการนโยบายนโยบาย/ยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติในระดับตำบล ร่วมกับกระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง ให้กำลังใจใน การทำงาน พร้อมกับการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการ พขอ. อาทิ ทักษะการจัดการข้อมูล ทักษะการ สื่อสาร

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. การพัฒนาศักยภาพของประธานและคณะกรรมการ พชอ. ให้เข้าใจเจตนารมณ์และเป้าหมายการพัฒนา พชอ. ว่าเป็นรูปแบบของการเรียนรู้และพัฒนาาร่วมกัน พร้อมกับพัฒนาศักยภาพทีมเลขานุการ พชอ. ให้สามารถจัดการข้อมูลและนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผน กำกับติดตาม และประเมินผลการทำงานของ พชอ. พร้อมใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพแก่หน่วยงานต่างๆ ภายในอำเภอเข้าใจถึงการทำงานของพชอ. เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีม การประสานงาน เกิดภาวะการนาร่วม การรู้จักแหล่งทรัพยากรที่สำคัญทั้งภายในอำเภอและภายนอก ตลอดจนใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังระดับอำเภอรู้อย่างดี โดยมียุทธศาสตร์เป็นผู้นำ

2. การพัฒนาและเสริมความเข้มแข็งของโครงสร้างการทำงานระดับตำบล (เช่น พชต.) รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการระดับตำบล

3. การสร้างความเข้าใจในระดับพื้นที่ พชอ. ถึงการใช้เครื่องมือการประเมินผลการพัฒนา พชอ. UCCARE โดยพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินตนเองของพื้นที่อย่าง UCCARE ให้เป็นรูปธรรม และมีการพัฒนาต่อยอดเพื่อความเที่ยงตรง และมีความน่าเชื่อถือต่อผลการประเมิน ที่สะท้อนผลการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ได้จริง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรพัฒนากระบวนการติดตามประเมินผลกลไกใหม่ในระดับจังหวัด คือ พชจ. ว่าสามารถกำกับและให้คำแนะนำต่อการดำเนินงานของ พชอ. ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่

2. หน่วยงานในระดับเขตสุขภาพ ควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของ สสอ. ในการพัฒนาเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนประเด็นนโยบายของ พชอ. ให้เป็นรูปธรรม

3. หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนข้อมูลให้กับทีมเลขานุการและ พชอ. ควรได้รับการพัฒนาทักษะการเก็บและรายงานข้อมูลอย่างเป็นระบบ

4. การกำหนดมาตรฐานของเกณฑ์ UCCARE ให้สามารถประยุกต์ใช้กับการประเมินผลดำเนินงานของภาคส่วนอื่น (โดยเฉพาะกรมการใน พชอ.) นอกเหนือจากภาคสาธารณสุข เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการประเมินตนเองตามเกณฑ์ UCCARE

ข้อเสนอสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินตนเองของพื้นที่อย่าง UCCARE ให้เป็นรูปธรรม และมีการพัฒนาต่อยอดเพื่อความเที่ยงตรง และมีความน่าเชื่อถือต่อผลการประเมินที่สะท้อนผลการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ได้จริง รวมไปถึงศึกษาคุณภาพชีวิตควบคู่กับข้อมูลสุขภาพของประชาชนเพื่อ validate ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตกับข้อมูลทางสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

การประเมินผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ปี 2565 ครั้งนี้ สำเร็จลงด้วยดีด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่งจากภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอทุกภาคส่วน ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล

(อบต.) ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน และผู้แทนองค์กรต่างๆ ที่ร่วมกันเสนอแนะและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ สำหรับการศึกษาวิจัย

ขอขอบคุณ นายอำเภอภักดีชุมพล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา) ทีมผู้รับผิดชอบงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ช่วยเหลือและให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม การประเมินผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจังหวัดชัยภูมิ ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

ภาษาไทย

กระทรวงมหาดไทย. (2564). เป้าหมายและทิศทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ปี พ.ศ. 2564-2565 หนังสือ เลขที่ มท 0211.7/2844 ลงวันที่ 17 พฤษภาคม 2564.

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2560). คู่มือมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ฉลองชัย สิทธิวิง และคณะ. (2564). การพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอ นาร่องจังหวัดน่าน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี.

ชัชวาลย์ น้อยวังขึง. (2563). การศึกษาสถานการณ์การให้บริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) กลุ่มแผนงานและประเมินผล. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

จิณกร โนรี และคณะ. (2564). โครงการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. สำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.). มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

ณภัทร สิทธิศักดิ์. (2564). การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) การนำ UCCARE ไปใช้ในระดับพื้นที่ เขตสุขภาพ ที่ 8. งานนำเสนอ PowerPoint. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8.

ภาษาอังกฤษ

Bossert TJ, Mitchell AD. (2011). Health sector decentralization and local decision-making: Decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan. Soc Sci Med;72(1): 39-48.

De Man J, Mayega R, Sarkar N, Waweru E, Leys M, Van Olmen J, et al. (2016). Patient centered care and people-centered health systems in Sub-Saharan Africa: why so little of something so badly needed? The International Journal of Person Centered Medicine,

Global Alliance for Behavioral Health and Social Justice. (2019). Resolution on the Astana Declaration Regarding Primary Care (Global Alliance for Behavioral Health and Social Justice).

- Jane Ward (Ed.). (2018). Multisectoral and intersectoral action for improved health and well-being for all: mapping of the WHO European Region, Governance for a sustainable future: improving health and well-being for all. Final report. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Pongsupap Y, Van Lerberghe W. (2011). People-centred medicine and WHO's renewal of primary health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 17(2):339-40.
- Stromberg MF. (1984). Selection and instrument to measure quality of life. *Oncology Nursing Forum*. 11 (September-October).
- Wickremasinghe D, Hashmi IE, Schellenberg J, Avan BI. (2016). District decision-making for health in low-income settings: a systematic literature review. *Health Policy Plan*;31 Suppl 2:ii12-ii24.
- WHO. (2018). Declaration of Astana: global conference on primary health care. Retrieve from: gcpnc-declaration.pdf (who.int).

เว็บไซต์

- กระทรวงมหาดไทย. รายงานการประชุมคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ครั้งที่ 1/2564 วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2564. ออนไลน์. สืบค้นจาก. <http://www.ppb.moi.go.th/midev05/upload/180564-1.pdf>. สืบค้นเมื่อ 12-01-2564.
- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. ออนไลน์. สืบค้นจาก <https://th.wikipedia.org/wiki/เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน>. สืบค้นเมื่อ 15-07-2564.
- สกนธ์ วรรณวัฒนา. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง “การกระจายอำนาจการคลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษาประเทศไทย (Fiscal Decentralization in Thailand). ออนไลน์. สืบค้นจาก <http://v-reform.org/wp-content/uploads/2012/08/reviewการกระจายอำนาจ.pdf>. สืบค้นเมื่อ 25-08-2564.
- สหประชาชาติประเทศไทย. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. ออนไลน์. สืบค้นจาก <https://Thailand.un.org/th/sdgs>. สืบค้นเมื่อ 14-07-2564.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย . ออนไลน์. สืบค้นจาก <https://sdgs.nesdc.go.th/สืบค้นเมื่อ> 14-07-2564.
- สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค (2561). โครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ระยะที่ 1 . ออนไลน์. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/d80de2c9fc99d4fe8f7d5fad967da53e.pdf>. สืบค้นเมื่อ 28-10-2564.
- Integrated-People Centered Health Service . Available from: <https://www.integratedcare4people.org/ipchs-framework/> accessed 14 July 2021.
- Varunyu Pintasmit. Organization Behavior. Available from : <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.chanthaburi.buu.ac.th%2F~scia%2Fdocument%2Fob%2F0B-01-05-2010.ppt>. accessed. 13 October 2021.