

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

อธิวัฒน์ วราพุด, ส.ม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคม ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนา กระบวนการมีทั้งหมด 41 คน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 21 คน คณะอนุกรรมการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพสังคม จำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผล จำนวน 200 คน การวิจัยใช้กระบวนการของ Kemmis และ McTaggart (1968) ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน ขั้นตอนที่ 2) การลงมือปฏิบัติการตามแผน ขั้นตอนที่ 3) การติดตามสังเกตการณ์ และ ขั้นตอนที่ 4) การสะท้อนผล จำนวน 3 วนรอบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา โดยใช้ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังใช้สถิติ paired t-test ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2565 ถึง พฤษภาคม 2566 ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คือ TAGSTEAM Model คือ 1) Team District Health board : การแต่งตั้งทีมคณะอนุกรรมการระดับอำเภอและระดับตำบล 2) Analysis Data : การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและคืน ข้อมูลโดยใช้แนวทางเดียวกัน 3) Good vision: การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายการดำเนินงาน 4) Strategy Planning : การวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมดำเนินการ 5) Tombon Budget support : การจัด เติง งบประมาณ คนโนนคูณ ในแต่ละตำบล 6) Essential Care : การออกการดูแล เยี่ยมช่วยเหลือเสริมพลัง กลุ่มเป้าหมาย 7) Appreciation Capacity building : การชื่นชมและให้คุณค่า พัฒนาบุคลากรและสร้างเครือข่าย ทรัพยากร 8) Motivation lessons learning : การจัดเวทีสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ผลลัพธ์จาก หลังการพัฒนาแบบ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ กาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิต โดยรวม ของผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ กาย เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 1.62 คะแนน (95% CI=9.93-10.63) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเพิ่มขึ้น 2.28 คะแนน (95% CI=6.75-7.38) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม เพิ่มขึ้น 1.45คะแนน(95% CI=4.46 -4.87) คุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้น 1.62 คะแนน(95% CI=9.25-9.71) คุณภาพชีวิตโดยรวม เพิ่มขึ้น 0.72 คะแนน (95%CI=2.60- 2.81) ตามลำดับ ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพทางสังคมที่ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบ, คุณภาพสังคม, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, พชอ.

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: roongati2553@gmail.com

Development of a model for social quality development operations of the District Quality of Life Development Committee, Non Khun District, Sisaket Province

Atiwath Waraput, *M.P.H.*¹

Abstract

This action research The objective is to develop an operational model for improving social quality of the Society Model by District Health Board : DBH, Non Khun District, Sisaket Province. The target group used in developing the process has a total of 41 people, including the District Health Board (DHB), 21 people, the Subcommittee on Social Quality Development, 20 people, and the sample groups used in the evaluation. 200 people The research used the process of Kemmis and McTaggart (1968) which consists of 4 steps: 1) planning operations, 2) implementing the operations according to the plan, 3) monitoring and observing. and step 4) reflecting on the results, analyzing data by collecting, categorizing, and analyzing content. and compare the difference in the mean scores before and after using paired t-test statistics between July 2021 and May 2022. The research results found that the model of social quality development operations of the District Health Board (DHB) is the TAGSTEAM Model which is 1) Team District Health board: Appointment of sub-committee teams at the district and sub-district level 2) Aanalysis Data: Collection, analysis of data and return of data using the same approach 3) Good vision: Setting vision and goals. Operations 4) Strategy Planning : participatory planning in designing activities 5) Tombon Budget support : organizing a Hug Phaeng run for Non Khun people in each sub-district 6) Essential Care : providing care Visit and help strengthen the target group. 7) Appreciation Capacity building: Appreciation and giving value. Develop personnel and create resource networks 8) Motivation lessons learning : Organizing a motivational forum to exchange knowledge and extract lessons. The results after developing the model found that the score level according to the UCCARE criteria was significantly higher than before the implementation at the 0.05 level, It was found that after using the developed format sample group. There was a mean difference in the physical health quality of life scores. Increased more than before the experiment by 1.62 points (95% CI=9.93-10.63). Quality of life in terms of mentality increased by 2.28 points (95% CI=6.75-7.38). Quality of life in social relationships increased by 1.45 points (95% CI=4.46). -4.87) Environmental quality of life increased by 1.62 points (95% CI=9.25-9.71). Overall quality of life increased by 0.72 points (95%CI=2.60-2.81), respectively. with scores passing the criterion level 4 and above in every category. The developed model can be used to further develop social quality.

Keywords : Model, Social Quality, of District Level Quality of Life , District Health Board, DHB.

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Kanthararom District Health Office, Sisaket Province

E-mail: roongati2553@gmail.com

บทนำ

การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการขับเคลื่อนและขยายผลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยมีพื้นที่นำร่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB) ทั้งหมด 73 อำเภอ ต่อมา ปี พ.ศ. 2560 มีการขยายพื้นที่ดำเนินการเพิ่มอีก 127 อำเภอ รวมเป็น 200 อำเภอ เน้นประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัยและในปี พ.ศ. 2561 มีการขยายพื้นที่ดำเนินการเป็น 878 อำเภอทั่วประเทศ เพื่อรองรับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2561 มีผลบังคับใช้ครอบคลุมทุกอำเภอทั่วประเทศ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพประชาชน ในระดับพื้นที่ ที่นำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีสุขภาพที่ดีทั้งทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นมิติการทำงานที่บูรณาการ ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาให้ตรงกับความต้องการของประชาชน รวมถึงการกำหนดนโยบายสาธารณะในการพัฒนาสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ในอำเภอ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง การพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการสุขภาพระดับพื้นที่แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

อำเภอโนนคูณ ได้ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการณ้นำร่วมกัน โดยบูรณาการและการประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต

และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืน โดยในปี 2563 ได้กำหนดประเด็นการแก้ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 3 ประเด็น คือ 1) การดำเนินงานด้านการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม 2) การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพสังคม “คนโนนคูณ ไม่ทอดทิ้งกัน” 3) การด้านการพัฒนาคุณภาพเด็กก่อนวัยเรียน การดำเนินงานการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพสังคม “คนโนนคูณ ไม่ทอดทิ้งกัน” มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1,116 คน เป็นกลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน 684 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย 27 คน กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง 378 คน กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต 27 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนคูณ, 2564)

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการดำเนินงานด้านการดูแลกลุ่มนี้ยังไม่ครอบคลุมเป้าหมาย การดูแลเป็นมีเฉพาะด้านสุขภาพ ไม่ครอบคลุมมิติด้านอื่นๆ ที่ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและเกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต และยกระดับสุขภาพประชาชนด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ
จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(Action Research) ระยะเวลาดำเนินการในระหว่าง
เดือน กรกฎาคม 2565 ถึง พฤษภาคม 2566

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ คณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ
คณะกรรมการดำเนินงานด้านพัฒนาคุณภาพ
สังคมจำนวน 41 คน ประกอบด้วย

1. นายอำเภอโนนคูณ จำนวน 1 คน
2. ปลัดอำเภอหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงาน
ปกครอง จำนวน 5 คน
3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนคูณ
จำนวน 1 คน
4. สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน
5. ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอโนนคูณ
จำนวน 1 คน
6. หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและ
องค์กรรวม จำนวน 1 คน
7. นายกองค้การบริหารส่วนตำบล
จำนวน 5 คน
8. กำนัน จำนวน 5 คน
9. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จำนวน 8 คน
10. นักพัฒนาชุมชน องค์กรบริหารส่วน
ตำบล จำนวน 5 คน
11. ประธานอาสาสมัครพัฒนาความมั่นคง
ของมนุษย์ (อพม.) จำนวน 1 คน
12. ประธานชมรมฅาปนกิจเพื่อการ
สงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)
จำนวน 1 คน
13. ภาคีเครือข่ายที่รับผิดชอบในแต่ละ
ประเด็น จำนวน 5 คน

โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive
Sampling) ได้แก่ พื้นที่อำเภอโนนคูณ ประกอบด้วย 5
ตำบล

ขั้นตอนการวิจัย

โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์ปัญหาข้อมูล
สถานการณ์ โดย

1. ศึกษาบริบท (Context) ศึกษา
ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคม
ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พชอ.) กำหนดขอบเขตของการวางแผนเพื่อนำไปทำ
แผนการดำเนินการ

2. ศึกษาสภาพความเป็นจริง
ปัจจุบัน (Current Reality) ประเมินการดำเนินงาน
พัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทำให้ทราบสถานการณ์ปัญหา
จุดแข็ง จุดอ่อน ของชุมชน โดยผ่าน การแสดงความ
ความคิดเห็น

3. การกำหนดวิธีขึ้นการแก้ไข
ปัญหา กำหนดปฏิบัติการที่เป็นกุญแจสำคัญ (Key
Actions Workshop) ระบุปฏิบัติการที่ต้องทำ โดย
การตั้งคำถามรวมศูนย์ว่า เราจะ พัฒนารูปแบบการ
ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ
จังหวัดศรีสะเกษ อย่างไรบ้าง

4. การออกแบบปฏิทินกิจกรรม
และงานที่มอบหมาย (Calendar of Activities and
Assignments) คณะทำงานร่วมกันวางแผนเพื่อเขียน
ปฏิทินการปฏิบัติงาน โดยใส่เป้าหมายไปด้วย จนได้
แผนปฏิบัติการ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ตาม
รูปแบบ TAGSTEAM Model คือ

1) Team District Health board
: การแต่งตั้งทีมคณะกรรมการระดับอำเภอและ
ระดับตำบล

- 2) Aanalysis Data : การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลโดยใช้แนวทางเดียวกัน
- 3) Good vision: การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายการดำเนินงาน
- 4) Strategy Planning : การวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมดำเนินการ
- 5) Tombon Budget support : ตำบลสนับสนุนการดำเนินการร่วมกัน
- 6) Essential Care : การออกการดูแล เยี่ยมช่วยเหลือเสริมพลังกลุ่มเป้าหมาย
- 7) Appreciation Capacity building : การชื่นชมและให้คุณค่า พัฒนาบุคลากรและสร้างเครือข่ายทรัพยากร
- 8) Motivation lessons learning : การจัดเวทีสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน

เครื่องมือวิจัย

โดยใช้แบบสังเกตแบบบันทึกการสนทนาแบบรายงานการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการถอดบทเรียน แบบสัมภาษณ์รวบรวมข้อมูล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะ ประชากรของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และ ค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังใช้สถิติ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้ศึกษาได้คำนึงถึงประเด็นจริยธรรมในการศึกษา โดยมีการขออนุญาตการศึกษา และเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการและโดยผู้วิจัย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมศึกษาทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ นอกจากนี้ ประเด็นในการสอบถามและการสนทนาก็มีการกลั่นกรองอย่างระมัดระวัง เพื่อไม่ให้เจาะลึกในประเด็นที่เป็นเรื่องส่วนตัวที่อาจทำให้เกิดความเสียหายแก่บุคคล การนำเสนอข้อมูลที่ได้ออกการศึกษาจะเป็นการนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม ในการอ้างอิงถึงชื่อกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดระยะเวลาในการวิจัย โดยการพิทักษ์สิทธิ์การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2022-032

ผลการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 64 และ 35.20) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ81.10) การพักอาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 79.00) ผู้ให้การดูแลขณะเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีผู้ดูแลคือ สามี/ภรรยา (ร้อยละ57.80) ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อน(ร้อยละ51.36) และภาวะแทรกซ้อนที่มากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ42.20) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าส่วนใหญ่สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทุกอย่าง (ร้อยละ89.8) การเตรียมอาหารรับประทานเมื่ออยู่ที่ บ้านพบว่าส่วนใหญ่เตรียมด้วยตัวเอง (ร้อยละ 63)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ) โดยผ่าน การแสดงความคิดเห็น โดยตั้งคำถามว่าสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.อำเภอโนนคูณ เป็นอย่างไร พบว่า ขาดการรวบรวมข้อมูลในภาพอำเภอ มีข้อมูลผู้ตกเกณฑ์ จบ. และไม่มีมีการดำเนินการส่งเสริมอาชีพตามความถนัด ไม่มีการแยกประเภทผู้ด้อยโอกาสก่อนออกให้ความช่วยเหลือ ผู้ด้อยโอกาสและครอบครัวขาดที่อยู่อาศัย ขาดการบูรณาการของทุกภาคส่วน

ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ) ตามรูปแบบ TAGSTEAM Model คือ

1) Team District Health board :

การแต่งตั้งทีมคณะอนุกรรมการระดับอำเภอ และระดับตำบล

โดยการบริหารจัดการเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้ทำงานร่วมกันโดย Core team ซึ่งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการทำงานร่วมกันแบบภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนงาน และหนุนเสริมการทำงานทั้งระดับอำเภอและระดับพื้นที่

2) Ananalysis Data :

การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลโดยใช้แนวทางเดียวกัน

ในระดับอำเภอกำหนดการรับฟังเสียงสะท้อนและความต้องการของประชาชนจากการประชุมภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ และที่ประชุมกำหนดผู้ใหญ่บ้านทุกเดือน ที่ประชุมกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น อย่างน้อย ปีละ 4 ครั้ง ตลอดจนการเปิดเวที ในพื้นที่ชุมชนในพื้นที่ (ตามประเด็นที่พื้นที่และชุมชนมองเห็นปัญหา ร่วม) การประชุมส่วนราชการระดับอำเภอทุกเดือน

ในระดับพื้นที่ กำหนดช่องทางตามบริบทพื้นที่ให้ครอบคลุม การประชุมถอดบทเรียน และกล่อรับฟังความคิดเห็น ในกลุ่มที่เน้นหนักได้แก่กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มพิการที่ต้องการภาวะพึ่งพิง ได้มีการประเมินและดูแลแบบองค์รวม มีการเยี่ยมบ้านคุณภาพ และสอบถามทุกครั้งที่ลงไปเยี่ยมและติดตามดูแล รวมทั้งเปิดช่องทางติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ ให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรงกับสหวิชาชีพ เช่น เบอร์โทรศัพท์องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน แพทย์ กำหนดนักกายภาพบำบัด เกสซิกเกอร์ เป็นต้น เพื่อให้ทันและรับรู้ความต้องการของประชาชน รวมทั้งให้มีคณะกรรมการขับเคลื่อนประเด็นที่ทำหน้าที่ในการค้นหากลุ่มเป้าหมาย รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ปัญหา และค้นหาความต้องการและ วางแผนการดูแลสุขภาพกลุ่มวัยทั้งเชิงรุก เชิงรับ ได้นำมาปรับปรุงและแก้ไขตลอดจนวางแผนการช่วยเหลือแก้ไข ร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับ อำเภอ ในจังหวัด หรือ องค์กรเอกชน NGO กำหนดแผนยุทธศาสตร์ในระดับอำเภอ ระดับตำบล ประชุมกลุ่มย่อย ในพื้นที่ ระดมสมองตามสภาพปัญหา ศักยภาพและบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา และทีมระดับอำเภอ กำหนดให้มีเวทีนำเสนอความคืบหน้า และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3) Good vision:

การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายการดำเนินงาน

มีการร่วมกันจัดทำแผนของคณะกรรมการดำเนินงานประเด็นพัฒนาคุณภาพสังคม “คนโนนคูณไม่ทอดทิ้งกัน” ร่วมกันจัดทำแผนการดำเนินงาน มีการนำเป้าหมายวิสัยทัศน์และเป้าหมายการดำเนินงาน คือ “ฮักแพงโนนคูณ” คนโนนคูณ ไม่ทอดทิ้งกันการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากไร้ (คนโนนคูณไม่ทอดทิ้งกัน) เป้าหมาย “พออยู่ พอกิน อยู่ดีมีแสง เบ่งแย่ง แบ่งปัน ”

4) Strategy Planning :

การวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมดำเนินการ

โดยมีการจัดทำข้อมูลร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำแผนการทรัพยากรและแผนปฏิบัติการออกแบบระบบบริการร่วมกัน ซึ่งคณะกรรมการประกอบด้วยหลายภาคส่วน โดยมีนายกองค้การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ เป็นประธาน มีบทบาทเชื่อประสานแผนสู่การปฏิบัติ ออกแบบระบบติดตามงาน โดยขับเคลื่อนผ่าน “กองทุนฮักแพงโนนคุณ” นอกจากนี้ยังมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีท่านนายอำเภอเป็นประธานระดับอำเภอ ร่วมออกแบบการทำงานและติดตามการดำเนินงานในการขับเคลื่อนงาน นอกจากนี้เพื่อให้ประเด็นสุขภาพที่อำเภอขับเคลื่อนมีประสิทธิภาพ ในรายประเด็นได้มีการแต่งตั้งทีมงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยได้นำเครือข่ายคณะทำงานร่วม มีการนำเสนอความคืบหน้าในทุกเดือน มีช่องทางสื่อสารงานซึ่งกันและกันผ่านทางผ่าน การสื่อสารทั้งทาง Line กลุ่มต่างๆ หรือการพูดคุยประสานงานทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการอย่างสม่ำเสมอ

5) Tombon Budget support :

แสวงหา การสนับสนุน กองทุนฮักแพง คนโนนคุณ

ในแต่ละตำบล โดยมีนโยบายแนวคิดจากท่านนายอำเภอโนนคุณ ที่ว่า “*ควรป้องกันปัญหาต่างๆด้วยการออกกำลังกาย ทำอย่างไร คนโนนคุณรักษสุขภาพ* *โครงการเดิน วิ่ง ปั่น ฮักแพง คนโนนคุณ ควรสร้าง* *กระแสการออกกำลังกายในรูปแบบของอำเภอ* *โนนคุณ”*(นายอำเภอโนนคุณ) การตั้งกองทุนช่วยเหลือ ผู้ยากไร้อื่นๆนอกจาก ในวันสำคัญ และกองทุนบุญคุณลาน ท่านนายอำเภอ มอบ ปลัดอำเภอโนนคุณ ประสานช่วยเหลือเด็ก มอบท่านนายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์โพธิ์ เรื่องการบริหาร

กองทุนช่วยเหลือ เสนอแนะทุก อนุออกช่วยเหลือพร้อมกัน ประสานเครือข่าย จัดกิจกรรมแต่ละตำบล

6) Essential Care :

การออกการดูแล เยี่ยมช่วยเหลือเสริมพลังกลุ่มเป้าหมาย

ในการจัดระบบดูแลคุณภาพชีวิตพื้นฐาน มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ด้อยโอกาส โดยจัดทีมดูแลแบบองค์รวม ได้แก่ ทีมหัวหน้าส่วนราชการ พัฒนาชุมชน ผู้นำหมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มสตรี ชมรมผู้สูงอายุ หมอครอบครัวระดับอำเภอ สหวิชาชีพ แบ่งบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือในพื้นที่แบบองค์รวมและรอบด้าน ประสานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายการทำงานคือดูแลประชากร ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากไร้ โดยมีหลักการคือการดูแล ให้ครอบคลุมทุก 4 มิติ คือ สภาพความเป็นอยู่ ครอบครัว รายได้ ที่อยู่อาศัย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในกลุ่มประคับประคองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทีมชุมชนจะมีการประสานมายังโรงพยาบาลเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป ในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ได้มีการพัฒนาญาติ ให้เป็น อสค.ในการร่วมดูแล

7) Appreciation Capacity building :

การชื่นชมและให้คุณค่า พัฒนาบุคลากรและสร้างเครือข่ายทรัพยากร

โดยอำเภอโนนคุณมีการสร้างวัฒนธรรมเครือข่ายและให้บุคลากรมีความสุขภูมิใจให้รู้คุณค่าของการสร้างสุขภาพเพื่อให้เกิดความรักสามัคคีและเห็นคุณค่าของงานติดตามความก้าวหน้าชื่นชมความสำเร็จในการดูแล ทั้งในระดับบุคคลและระดับทีม ให้มีความสำคัญกับโอกาสสำคัญของเจ้าหน้าที่และภาวะวิกฤตของชีวิตทั้งบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ เช่น การชื่นชมกันผ่าน Line กลุ่ม การเยี่ยมการทำงาน การช่วยเหลือหน่วยงานอื่นเมื่อมีการรับประเมิน อวยพรวันเกิด แต่งงาน เยี่ยมป่วย เยี่ยมหลังคลอด

เป็นต้น มีการสร้างขวัญกำลังใจบุคลากรในการทำงาน เช่น การจัดงานบุญประจำปีคุณคุณลาน จัดการแข่งขันกีฬาหัวหน้าส่วน จัดงานรื่นเริงปีใหม่ งานสงกรานต์ งานเลี้ยงรับเลี้ยงส่ง ในส่วนภาคีเครือข่ายอำเภอโนนคูณ ได้ให้ความสำคัญกับภาคีเครือข่ายทุกระดับตั้งแต่ บุคคล ชุมชน องค์กร ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานต่างๆเป็นอย่างดีอีกทั้งส่งเสริมเชิดชู ผู้ที่มีผลงานเด่นให้ได้รับ เกียรติยศ ระดับภาค ระดับประเทศ เช่น กำนันแหบทองคำ ผู้ใหญ่บ้านดีเด่น การยกย่องบุคคลต้นแบบการทำความดี Idol

8) Motivation lessons learning :

การจัดเวทีสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียน

โดยการเป็นพื้นที่แบบอย่างนำเสนอผลการดำเนินงานในที่ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านหัวหน้าส่วนราชการอำเภอโนนคูณ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน พชอ.ในระดับ จังหวัดศรีสะเกษ และระดับเขตสุขภาพที่ 10

ผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคม ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า มีหลักการคือการดูแลให้ครอบคลุมทุก 4 มิติ คือ สภาพความเป็นอยู่ ครอบครัว รายได้ ที่อยู่อาศัย ภายใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในกลุ่มระดับประคอง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทีมชุมชนจะมีการประสานมายังโรงพยาบาลเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป ในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ได้มีการพัฒนาญาติ ให้เป็น อสค.ในการร่วมดูแล ช่วยเหลือการศึกษักเรียน จำนวน 554 คน 38 โรงเรียน ทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส

หญิงชีพ 74 คน ผู้ประสบวาตภัย 88 คนเรือน ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพทางสังคมที่ดีขึ้นต่อไป

การประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ตามรูปแบบ TAGSTEAM Model

การประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และ คุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้ สูงอายุ และ กลุ่มเปราะบาง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 1.62 คะแนน (95% CI=9.93-10.63) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเพิ่มขึ้น 2.28 คะแนน (95% CI=6.75-7.38) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม เพิ่มขึ้น 1.45คะแนน(95% CI=4.46 -4.87) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้น 1.62 คะแนน(95% CI=9.25-9.71) คุณภาพชีวิตโดยรวม เพิ่มขึ้น 0. 72 คะแนน (95%CI=2.60-2.81) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพสังคม ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. อำเภอ โนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ	ก่อน (n=200) (S.D.)	หลัง (n=200) (S.D.)	\bar{d}	95%CI	t	p- value
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	33.0 (1.38)	22.71 (2.80)	1.62	9.93-10.63	57.1558	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	28.89 (1.04)	21.82 (2.44)	2.28	6.75-7.38	43.6732	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทาง สังคม	9.75 (1.64)	14.42 (0.71)	1.45	4.46 -4.87	45.3408	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	29.01 (2.03)	38.49 (1.54)	1.62	9.25-9.71	82.5096	<0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	6.33 (1.13)	9.04 (0.68)	0.72	2.60-2.81	52.7162	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาค้นคว้าข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ โดยผ่าน การแสดงความคิดเห็น โดยตั้งคำถามว่าสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ เป็นอย่างไร พบว่า ขาดการรวบรวมข้อมูลในภาพอำเภอ มีข้อมูลผู้ตกเกณฑ์ จปฐ. และไม่มีมีการดำเนินการส่งเสริมอาชีพตามความถนัด ไม่มีการแยกประเภทผู้ด้อยโอกาส ก่อนออกให้ความช่วยเหลือ ผู้ด้อยโอกาส และครอบครัวขาดที่อยู่อาศัย ขาดการบูรณาการของทุกภาคส่วน สอดคล้องกับ การศึกษาของเกียรติศักดิ์ วิจักษณกุลและ อารี บุตรสอน ได้ศึกษาการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโพน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า สถานการณ์การบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงใน ชุมชนตำบลโนนโพน พบว่า งบประมาณที่ สนับสนุนจาก สำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 6,000 บาท ต่อคนต่อปี เป็นงบประมาณที่ไม่เพียงพอในการดูแลบริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จึงจำเป็นต้องหาแนวร่วมหรือผู้สนับสนุนหลักโดยการสร้างเครือข่ายการบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนร่วมกันของผู้ที่มีอุดมการณ์เดียวกันในการมุ่งการบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนที่เกิดการดูแลที่เป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่ควรจะเป็นผ่านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียที่ครบถ้วน

2. ผลการพัฒนา รูปแบบการจัดการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ตามรูปแบบ TAGSTEAM Model คือ

1) Team District Health board : การแต่งตั้งทีมคณะกรรมการระดับอำเภอ และระดับตำบล

2) Aanalysis Data : การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลโดยใช้แนวทางเดียวกัน

3) Good vision: การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายการดำเนินงาน

4) Strategy Planning : การวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมดำเนินการ

5) Tombon Budget support : การจัด เติมน้ำเงิน บัณฑิต อักแพง คนโนนคุณ ในแต่ละตำบล

6) Essential Care : การออกการดูแล เยี่ยมช่วยเหลือเสริมพลังกลุ่มเป้าหมาย

7) Appreciation Capacity building : การชื่นชมและให้คุณค่า พัฒนาบุคลากรและสร้างเครือข่ายทรัพยากร

8) Motivation lessons learning : การจัดเวทีสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน สอดคล้องกับ สอดคล้องกับการศึกษา ชไมพร แร่ทอง (2553) ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 8 กองการแพทย์เทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี พบว่า โครงการที่ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างภาคีองค์กรต่างๆ ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพการจัดการหน่วยบริการเคลื่อนที่การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กิจกรรมในรูปแบบชมรมผู้สูงอายุเป็นการพัฒนาร่วมกันทั้งภาครัฐและประชาชน รวมถึงภาคีที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และส่งผลต่อการพัฒนาสังคมและชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษา เพ็ญจันทร์ สิทธิ ปรีชาชาญ (2555) ได้ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลมาบแค อำเภอมือเมือง จังหวัดนครปฐม ผลการวิจัยพบกระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนาการมีส่วนร่วมนั้นๆ กระบวนการ

พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 4 ขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1) การสร้างทีมแกนนำ ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน

2) กระบวนการค้นหาปัญหาและความต้องการ

3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีประชาคม

4) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่

ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม พบว่า

1) เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้โครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็ง โดยการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเอง

2) ระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงจากเชิงรับเป็นเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือโรค

3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการทำงานในโครงการดูแลผู้สูงอายุ มีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรับบริการมากขึ้น

3.ผลของการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง อำเภอโนนคุณ จังหวัดศรีสะเกษ สูงกว่าก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ ณิชาสกล นาคกุล (2561) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า ทีมผู้ให้บริการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ชัดเจนขึ้นโดยมีรูปแบบในการพัฒนา 5 ประเด็น คือ

- 1) การพัฒนาศักยภาพของทีมงาน
- 2) การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม
- 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

ดูแลผู้ป่วย

- 4) การสนับสนุนการดูแลตนเอง
- 5) การสนับสนุนทางสังคมผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 135 ราย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($w=-2.122$) และในส่วนของ การรับรู้ภาวะสุข ภาพ พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุข ภาพที่ดีกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($w=-8.024$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควรมีช่องทางรับข้อมูลหรือปัญหาที่จำเป็นของพื้นที่ ชุมชน เพื่อรับฟังความคิดเห็นอย่างเป็นทางการ กิ่งทางการ และลงพื้นที่เพื่อรับฟัง เสริมพลังของชุมชนให้ สามารถนำมากำหนดแนวทางร่วมกันในการจัดการหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างถูกต้อง และเกิด ประโยชน์อย่างแท้จริง

2. การคืนข้อมูลให้พื้นที่ชุมชนเพื่อให้ทราบปัญหา ซึ่งจะมีประโยชน์อย่างยิ่งในการช่วยแก้ปัญหา และ พัฒนาชุมชน

3. เปิดโอกาสให้ชุมชน หรือภาคประชาสังคม เป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานประเด็นปัญหาเพื่อสร้าง การ มีส่วนร่วมที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนในมุมมองของประชาชนโดยตรง เพื่อสะท้อน ผล พัฒนาที่ชัดเจน

2. ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น ภาวะผู้นำ

ศักยภาพ ของคณะกรรมการ พชอ. ต้นทุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

เกียรติศักดิ์ วิกัจฉณกุลและ อารี บุตรสอน. (2564).

การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.

ชไมพร แร่ทอง. (2553). การประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 8 กองการแพทย์ เทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี.

ณิสาชล นาคกุล. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี.

เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ .(2555). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลมาบแค อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม.

มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและสำนักพัฒนายุทธศาสตร์ ทีวีไทย. (2563). บทเรียน พชอ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.นนทบุรี.

ฤทัย วรรณวินิจ. (2561). แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ, วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.

วัฒนา นันทะเสน. (2558). การประเมินผลระบบสุขภาพอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ, 7(30), 105-113.

วัฒนา สว่างศรี. (2560). ถอดบทเรียนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม, มหาสารคาม.

ศรีเรือน ดีพูน. (2562). ประสิทธิภาพของกลไก
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบ
สุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่นำร่องอำเภอขุน
หาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการพัฒนา
สุขภาพชุมชน ,7(2), 263-281.

ศิวภรณ์ เงินราง. (2562). รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสาร
การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัย
อุบลราชธานี, 2(2),108-116.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ. (2560). เป้าหมายการพัฒนายั่งยืน
(30เป้าหมายที่ที่มีความสำคัญลำดับแรก)
[อินเทอร์เน็ต], เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2564
จาก <http://sdgs.nesdb.go.th/goal>.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). กรอบ
ยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย
พ.ศ.2559-2563. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัด
ศรีสะเกษ. (2563). รายงานผลการดำเนินงาน
ตามยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดปี 2563, ศรีสะเกษ.

สำนักนายกรัฐมนตรื.(2561).ระเบียบสำนัก
นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับพื้นที่.ศ.2561[อินเทอร์เน็ต], เข้าถึงเมื่อ
7 มกราคม 2564.

<http://ratchakitcha.soc.go.th>

/DATA/PDF/2561/ E/054/1.PDF.