

- ชุติมา นามกุล. (2550). การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทานตะวัน อินทร์จันทร์. (2546). การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการพัฒนาชุมชนย่อยในเขต เทศบาลเมืองลำพูน. การค้นคว้าอิสระ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธิดารัตน์ พลแสน. (2550). แร่งสนับสนุนจากสามีเพื่อส่งเสริมการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกใน เขตสถานีนอนมัยบ้านเหล่าหลวง อำเภอนิคมน้ำอ้อม จังหวัดมุกดาหาร, วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ,มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศุภยมา เรืองอุตราณี, (2552). สถิติโรคมะเร็ง 2551. ขอนแก่น : คลังนาวิทยา.
- ศิริกาญจน์ ชิวเรือโรจน์. (2549). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แร่งสนับสนุนทางสังคมและการจัดการคุณภาพต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35 - 60 ปี อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม, วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุวิมล บุญจันทร์. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 – 60 ปี ตำบลกุดน้ำใส อำเภอน้ำใส จังหวัดขอนแก่น. (ระหว่าง 1-31 กรกฎาคม 2550), เทศบาลกุดน้ำใส.
- Pimsurang T, Jaranit K, Pratap S, Wijitr F, Sarigapan W. (2005). *Causal relationship between health promoting behavior and quality of life in cervical cancer patients undergoing radiotherapy.* Health promoting behavior in cervical cancer patients vol. 36 No. 6 November 2005.
- Silva IT, Griep RH, Rotenberg L.(2009). *Social support and cervical and breast cancer screening practices among nurses.* Rev Latino-am Enfermagem 2009 julho-agosto; 17(4): 514-21.

รูปแบบการบริหารจัดการตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี

Model of management follow the development policy of quality of life and district
health system Muang district Ubon Ratchathani province.

อดุลย์ วรรณชาติ

Adal wanachate

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

Ubon Ratchathani provincial health office

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (act) การสังเกต (observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflect) ตามหลักของ Kemmis และ McTaggart มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดย คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายคือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอจำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง กันยายน 2560 โดยการศึกษาบริบทของพื้นที่ สนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตแบบมีส่วนร่วม ถอดบทเรียน และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาสุขภาพอำเภอในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) ประชุมถกปัญหา 3) ค้นข้อมูลให้พื้นที่รับรู้ปัญหา 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 5) มอบหมายภารกิจที่รับผิดชอบ 6) ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 7) ติดตามและประเมินผล 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) ถอดบทเรียน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระดับการมีส่วนร่วม และระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้การประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับ 4 หรืออยู่ในระดับมาก

โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีนโยบายสนับสนุนจากระดับจังหวัดอย่างชัดเจน และมีการเปลี่ยนนโยบายในระดับพื้นที่อย่างสอดคล้องกันคือ การสร้างทีมนำที่เข้มแข็ง สร้างเครือข่ายในการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : รูปแบบการจัดการ, นโยบายการพัฒนา, ระบบสุขภาพระดับอำเภอ

Abstract

This study Apply the concept of action research Include plan , act , observe and reflect of Kemmis and McTaggart. Aimed to model of area level management follow the development policy of quality of life and district health system Muang district Ubon Ratchathani province. Select target group were 50 stakeholder of development policy of

quality of life and district health system Muang district Ubon Ratchathani province. Data were collected between January to September 2017 by context study , focus group , In-depth interview , participant observation , lesson learned and questionnaire. Data were analyzed by frequency , mean , standard deviation , t- test and content analysis.

The study indicated that area level management process follow district health system policy divided into 9 steps namely 1) Study the context of the area 2) Discussion meeting 3) return information to the problem area 4) Workshop 5) Assignment of Responsible Responsibilities 6) Follow the schedule 7) Monitoring and Evaluation 8) Organize the exchange of learning 9) Take the lesson. That process as a result the target audience had an average score of knowledge , participatory level and satisfaction level increase statistical significance at .05 level($p < 0.05$). and result of district health system development past criteria were level 4 or much level.

Keyword : management model , development policy , district health system

บทนำ

ระบบสาธารณสุขไทยมีการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นลำดับอย่างชัดเจน จากการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 (สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ, 2552) และนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจัดตั้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้เกิดการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขแบบใหม่ โดยก่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นเลขานุการ ทำหน้าที่จัดสรรเงินกองทุนเป็นรายหัวประชากร (Capitation) ให้แก่สถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อซื้อบริการสาธารณสุขที่จำเป็นแทนประชาชน มีบทบาทในการบริหารกองทุนและจัดซื้อบริการแก่ประชาชน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ ได้รับการจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การปฏิรูปดังกล่าวกระทบต่อบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างมาก ในอดีตทำหน้าที่ครอบคลุมทั้งการกำหนดนโยบาย การบริหารงบประมาณและการจัดบริการ กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจกำหนดทิศทางระบบสาธารณสุขอย่างผูกขาดเพียงผู้เดียว เมื่อได้แยกผู้จ่ายเงินออกจากผู้จัดบริการ อำนาจด้านการเงินจึงลดลง งบประมาณที่ได้รับลดลง ทำให้บทบาทกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดทิศทางด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงและอ่อนแอลง (วินัย ลีสมีท และคณะ, 2554)

ระบบสาธารณสุขในระดับพื้นที่ หรือระบบสุขภาพอำเภอ (รสอ.) หรือ District Health System (DHS) หรือพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ) เกิดจากแนวคิดสำคัญ 3 ประการคือ เริ่มจากแนวคิดของการกระจายอำนาจการอภิบาลระบบที่ต้องการให้เกิดธรรมาภิบาล ใน

การบริหารจัดการระบบสุขภาพ และแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) ที่มีการแยกผู้ซื้อ - ผู้ให้บริการสุขภาพออกจากกัน ที่ทำให้เกิดการซื้อและการจัดบริการระดับพื้นที่ ดำเนินการไปภายใต้การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) ที่เน้นให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชน ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสังคม (Social Determinant) นอกเหนือจากการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว (วินัย ลิสมิทธิ, 2553)

ระบบสุขภาพอำเภอ คือ ระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการภาคี เน้นเป้าหมาย ผ่านกระบวนการชื่นชม และจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละสถานที่ร่วมสร้างสุขภาวะที่ดีของประชาชนในอำเภอให้ดีขึ้น เกิดสมดุลด้วยทีมสาธารณสุขที่เป็นทีมเดียวกัน ในการร่วมรับรู้และทำงานเพื่อการตอบสนองต่อสุขภาวะ และสถานะที่เปลี่ยนแปลงในชุมชนตลอดเวลา เกิดการดูแลกันและกันของประชาชนในชุมชน และท้ายสุดบุคลากรของสาธารณสุขรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของระบบของชุมชน มีความภูมิใจในวิชาชีพของตนเอง โดยมีกรอบการดำเนินงาน 5 องค์ประกอบดังนี้ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community Participation) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมี 5 กิจกรรมการพัฒนา โดยเกณฑ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของกระทรวงสาธารณสุข ต้องมี

ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภออยู่ในขั้นที่ 5 ของแต่ละองค์ประกอบ

จากการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี มีอำเภอเข้าร่วมการพัฒนา จำนวน 25 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100 ของอำเภอทั้งหมดในจังหวัด ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มี 8 อำเภอที่ยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ ซึ่งมีผลการดำเนินงานภาพรวมอยู่ในขั้นที่ 3 ได้แก่ อำเภอนาตาล อำเภอศรีเมืองใหม่ อำเภอเมือง อำเภอสำโรง อำเภอพิบูลมังสาหาร อำเภอทุ่งศรีอุดม อำเภอน้ำขุ่น และอำเภอนาจะหลวย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2559) การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการตามนโยบายในปีงบประมาณ 2559 มีการดำเนินงานตามกรอบการพัฒนา 5 องค์ประกอบพบว่า ผลการพัฒนาภาพรวมอยู่ในขั้นที่ 3.5 ซึ่งเกณฑ์การพัฒนาต้องผ่านเกณฑ์ขั้นที่ 5 นั้นหมายถึงการมีช่องว่างของการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ สามารถสรุปการประเมินดังต่อไปนี้ องค์ประกอบแรก การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอพบว่า ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง มีการประเมินตนเองอยู่ในระดับ 3 จาก 5 ระดับ องค์ประกอบที่สอง การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน พบว่าระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง มีการประเมินตนเองอยู่ในระดับ 3 จาก 5 ระดับ องค์ประกอบที่สาม การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง พบว่า ระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง มีการประเมินตนเองอยู่ในระดับ 4 จาก 5 ระดับ องค์ประกอบที่สี่ การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร พบว่าระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง มีการประเมินตนเองอยู่ในระดับ 4 จาก 5 ระดับ และองค์ประกอบสุดท้าย การให้บริการสุขภาพตาม

บริบทที่จำเป็น พบว่าระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง มีการประเมินตนเองอยู่ในระดับ 4 จาก 5 ระดับ

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ผลการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาได้ 4 สาเหตุหลักๆ ดังต่อไปนี้ สาเหตุแรก ด้านนโยบาย เป็นนโยบายใหม่ รอสั่งการจากส่วนกลาง การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติล่าช้า ไม่ชัดเจน สาเหตุที่สอง ระบบการดำเนินงาน ขาดการบูรณาการทำงานกับหน่วยงานอื่น ขาดการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ขาดการประสานงานที่ดี รอสั่งการและไม่ชัดเจน สาเหตุที่สาม คณะกรรมการผู้รับผิดชอบ ยังขาดความรู้และทักษะ ขาดผู้นำการพัฒนา ขาดความรับผิดชอบและขาดการมีส่วนร่วม และสาเหตุสุดท้าย งบประมาณ ไม่เพียงพอ ใช้ไม่ตรงตามแผน และล่าช้า จากการวิเคราะห์หาสาเหตุ นั้นมีข้อมูลสนับสนุนจากสรุปผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2559) ซึ่งแต่ละสาเหตุเป็นเหตุและผลที่เชื่อมโยงกันไม่สามารถแก้ไขสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งได้ ต้องแก้ไขที่กระบวนการทั้งระบบ

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา รูปแบบการบริหารจัดการตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยพัฒนาระบบการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพ เกิดรูปแบบการพัฒนาที่ทำให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

ตรงตามความต้องการของพื้นที่บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้วงรอบ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการ์ด (Kemmis and McTaggart, 1990) และนำกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียนและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) มาใช้ในการสรุปการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติงาน (Action) ขั้นการสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) และขั้นการสะท้อนผลกลับ (Reflection)

ผู้เกี่ยวข้องในการวิจัย

1. นักวิจัยหลัก คือ ผู้วิจัยซึ่งได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation : TOP) จากผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และเป็นวิทยากรพิเศษของสถาบันพระปกเกล้า คือ ผศ.ดร.วิรัตน์ ปานศิลา เมื่อวันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2558 ณ โรงแรมบ้านสวนคุณตาทอล์ฟแอนด์รีสอร์ท อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2. ผู้ช่วยนักวิจัย ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่มีความรู้และทักษะการทำการกระบวนการกลุ่ม

3. ผู้เข้าร่วมวิจัย คือ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ คณะกรรมการอำนวยการ จำนวน 21 คน ประกอบด้วยนายอำเภอ พระภิกษุ เกษตรอำเภอ ครู ตำรวจ ตัวแทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) พัฒนาการอำเภอ ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับอำเภอ และตัวแทนภาคประชาชน คณะกรรมการจากคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จำนวน 29 คน ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลสำโรง สาธารณสุขอำเภอสำโรง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอสำโรง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้ากลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาล (รพ.) หัวหน้ากลุ่มบริหารงานทั่วไป หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ได้รับแต่งตั้งจากผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งสิ้น 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสำคัญที่สุด จึงได้เตรียมความพร้อมในการเป็นนักวิจัยโดยการศึกษาหาความรู้จากตำรา เอกสาร สื่ออื่น ในห้องเรียนและปรึกษาหารือขอคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์จากผู้ร่วมวิจัยเชิงปฏิบัติการ และวิทยากรกลุ่มในการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมี

ส่วนร่วม ในการวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือ 2 ชุด ผู้วิจัยได้ประยุกต์และสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องตามกรอบแนวคิดของการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามรูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อให้ได้ข้อมูลระดับความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ แบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งที่เข้ามามีส่วนร่วม และเคยร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของผู้เกี่ยวข้อง/คณะกรรมการทุกภาคส่วนในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนา ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากเครื่องมือของยุยงยุทธ พงษ์สุภาพ (2555) มีลักษณะเป็นแบบปรนัย 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ จำแนกเป็นข้อคำถามเชิงบวก 23 ข้อ และเชิงลบ 2 ข้อ ทั้งนี้ได้มีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวกคือ ตอบถูก / ใช่ กำหนดคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และตอบผิด / ไม่ใช่ กำหนดคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน และสำหรับข้อคำถามเชิงลบมีการให้ค่าคะแนนในทิศทางตรงกันข้าม ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์แบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับความรู้น้อย หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 59 ลงมา ระดับคะแนนความรู้ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 ระดับความรู้มาก หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 25 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับคือ ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด หมายถึง มีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกครั้ง เท่ากับ 5 คะแนน มาก หมายถึง มีส่วนร่วมในกิจกรรมเกือบทุกครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง หมายถึง มีส่วนร่วมในกิจกรรมบ่อยครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน น้อย หมายถึง มีส่วนร่วมในกิจกรรมบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน น้อยที่สุด หมายถึง ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรม เท่ากับ 1 คะแนน แปลความหมายแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์ของ Best ปรับฐานคะแนนทุกตัวแปรเท่ากัน โดยนำผลรวมคะแนนแต่ละตัวแปรหารด้วยจำนวนข้อของแต่ละตัวแปรคิดค่าคะแนนจาก (ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุด) หารด้วยระดับขั้น สรุปผลเป็น 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวสามารถแบ่งระดับการมีส่วนร่วมได้ดังนี้ ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 16 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ แปลความหมายแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์ของ Best สรุปผลเป็น 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย

2. แนวทางการสนทนากลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลในระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการวิจัยในขั้นตอนการศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ ก่อนการ

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม พัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเฝ้าติดตามในขั้นตอนการประเมินผลระหว่างดำเนินการเพื่อปรับปรุงแผนการดำเนินการพัฒนาให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาขณะดำเนินการและประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ทำการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงด้านเนื้อหาการใช้ภาษา และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) วิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามข้อคำถามด้านความรู้ของการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ เป็นการหาค่าความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธี KR=20 ของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) มีความเชื่อมั่นที่ 0.84 แบบสอบถามข้อคำถามด้านการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) มีค่าความเชื่อมั่น 0.85 และ 0.91 ตามลำดับ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

คัดเลือกอำเภอที่มีผลงานไม่ผ่านเกณฑ์กำหนดเป็นพื้นที่ทำการวิจัย เพื่อศึกษาการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งมีปัญหาการบริหารจัดการที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข รวมทั้งเป็นความ

ต้องการของคณะกรรมการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงได้คัดเลือกอำเภอเมืองอุบลราชธานี สํารวจข้อมูลพื้นฐาน บริบทของชุมชน ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ที่ได้รับคัดเลือกให้เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบกับข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานปี 2559 รับสมัครคณะทำงานเข้าร่วมโครงการจากเวทีการประชุมหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ แต่งตั้งคณะทำงานวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและแนวทางการดำเนินการวิจัย ประสานงานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ที่ว่าการอำเภอเมืองอุบลราชธานี หน่วยงานราชการของอำเภอเมืองอุบลราชธานี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่อำเภอเมืองอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชิริาลงกรณ์ ซึ่งเป็นพื้นที่ในการทำวิจัย อำเภวารินชำราบ (ที่ว่าการอำเภวารินชำราบ หน่วยงานราชการของอำเภวารินชำราบ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่อำเภวารินชำราบ สำนักงานสาธารณสุขอำเภวารินชำราบ) ซึ่งเป็นพื้นที่นำเครื่องมือไปทดลองใช้และประชุมผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยนักวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินการวิจัย จำนวน 5 คน สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้เกี่ยวข้องเข้าไปพบปะพูดคุย ปรึกษาหารือเป็นระยะๆ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และได้รับความไว้วางใจและความร่วมมือระหว่างดำเนินการวิจัย

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ระยะที่ 1 การขึ้นวางแผน (Planning)

1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน บริบทชุมชน และข้อมูลการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการพัฒนา โดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก รายงานการประชุมและการสังเกต

2) จัดประชุมคณะกรรมการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วยวิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม (ORID Method) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับรู้สภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอเมือง ประกอบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ

3) กำหนดแนวทางและวางแผนแก้ไขปัญหา โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการวิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากการศึกษาและวิเคราะห์สภาพการณ์ที่ผ่านมา ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการพัฒนา ตัดสินใจเลือกแนวทางเพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน และจัดทำแผนปฏิบัติการโดยใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมด้วยวิธีการวางแผนปฏิบัติ (Action Planning Method)

2.2 ระยะที่ 2 ขึ้นลงมือปฏิบัติ (Action)

การปฏิบัติตามแผนพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามแผนงาน และแนวทางการพัฒนาที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-กันยายน 2560 โดย จัดเวทีประชาคมเพื่อให้ชุมชนเขตอำเภอเมืองร่วมตัดสินใจ โดยทีมวิจัยได้นำแผนดังกล่าว มาเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชน ลงมือปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการและสังเกตผลของกิจกรรม

3 ระยะสรุปและประเมินผลการวิจัย

3.1 ระยะที่ 3 ขั้นสังเกตผล (Observation) เป็นการเฝ้าติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยผู้วิจัยและทีมวิจัยภาคสนามด้วยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยบันทึกการปฏิบัติงานด้วยภาพถ่าย บันทึกเสียง และบันทึกการสังเกตในขณะที่ทำการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

1) เฝ้าติดตามประเมินผลในระหว่างดำเนินโครงการ โดยผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยติดตามประเมินผลเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อทราบความก้าวหน้าของการดำเนินงาน รวมถึงรับทราบปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องพิจารณาปรับแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของปัญหานั้นๆ

2) สรุปประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย เป็นการวิเคราะห์สภาพการณ์หลังดำเนินการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ

3.2 ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

1) ประเมินศักยภาพและเปรียบเทียบผลของการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยนำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์ประกอบการวิจัย

2) สรุปถอดบทเรียน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จทั้งหมดที่ได้จากการวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันดำเนินการถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติ ค่าความถี่

ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (X) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้จากการสรุปมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) แล้วนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ และวิเคราะห์รวมเพื่อหาข้อสรุปตามกรอบแนวคิด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ นำข้อมูลที่ได้จากการสรุปมาวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจของคณะกรรมการต่อการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ก่อนและหลังการพัฒนา สถิติที่ใช้คือ Paired Sample t-test

จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในทุกขั้นตอนของการวิจัยในประเด็นสำคัญดังนี้

1. การเคารพในการเป็นบุคคลและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลดังนี้ การให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้ร่วมวิจัยสามารถตัดสินใจว่าจะเข้าหรือไม่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับ วิธีการเก็บข้อมูลพร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามจนมีความเข้าใจ แล้วให้อิสระในการยินยอม ซึ่งได้รับความยินยอมด้วยวาจาและลงนามในหนังสือยินยอมให้ทำการวิจัยจากผู้ให้ข้อมูลทุกคน ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการปกปิดข้อมูลบางอย่างหรือสามารถถอนตัวจากการเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อไม่ว่าเหตุผลใดก็ตาม

2. ความรับผิดชอบของผู้วิจัย ความลับของข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลในด้านชื่อ สกุล ที่ศึกษาจะไม่ถูกเปิดเผยโดยผู้วิจัยหรือโดยกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อดำรงไว้ซึ่งการรักษาชื่อเสียงและ

ภาพลักษณ์ของพื้นที่วิจัย โดยการรักษาเป็นความลับ การจัดเก็บข้อมูลทุกชนิดเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การเผยแพร่ผลการวิจัยจะกระทำในเชิงวิชาการ และพิจารณาอย่างรอบคอบทุกครั้ง ผู้วิจัยทราบข้อมูลแต่เพียงผู้เดียว

ผลการวิจัย

จากการวิจัยรูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. บริบทของการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี สรุปได้ว่า

1.1 บริบทของชุมชน อำเภอเมืองอุบลราชธานี ตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2445 ในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว โดยมีที่ทำการอยู่หัวมุมถนนเขื่อนธานีติดกับถนนอุปราชาภายในบริเวณเดียวกันกับศาลากลางเมืองอุบลราชธานีในขณะนั้น (ปัจจุบันคือพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติจังหวัดอุบลราชธานี) มีพระวันโกเมศ (เจียง) เป็นนายอำเภอคนแรก พ.ศ.2452 เปลี่ยนชื่อเป็นอำเภอบูรพาอุบล พ.ศ.2456 เปลี่ยนชื่อเป็นอำเภอเมือง พ.ศ.2460 เปลี่ยนชื่อเป็นอำเภอเมืองอุบล แล้วเปลี่ยนชื่อเป็นอำเภอเมืองอุบลราชธานีในเวลาต่อมา (ที่มา : นามานุกรมภูมิศาสตร์จังหวัดอุบลราชธานี สำนักศิลปวัฒนธรรม สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี)

สถานภาพและศักยภาพภูมิปัญญาไทย : อำเภอเมือง มีภูมิปัญญาระดับสูงมาก คือ ภูมิปัญญาด้านเกษตรกรรม โภชนาการ อาหารแปรรูป

มีผลผลิตคือ พืช ผักผลไม้ของแต่ละฤดูกาลในท้องถิ่น เช่น มะม่วงแก้ว มะยม เลี้ยงปลา เพื่อบริโภคแบบพอเพียง ภูมิปัญญาด้านหัตถกรรม มีการทอผ้าใช้ในครัวเรือน เช่น ผ้าไหม และผ้าฝ้าย พัฒนาผลิตภัณฑ์จากผ้า ภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทย ด้านสมุนไพร มีผลิตภัณฑ์ คือ เครื่องดื่มของใช้ต่างๆ จากสมุนไพร ภูมิปัญญาด้านการบริหารองค์กรชุมชน สวัสดิการชุมชน มีการจัดบริหารองค์กร เช่น การจัดสวัสดิการผู้ติดเชื้อเอดส์ กลุ่มงานอาชีพการเกษตร กลุ่มพัฒนาอาชีพเสริม ภูมิปัญญาด้านศิลปวัฒนธรรม ประเพณี วรรณกรรม กิจกรรมที่แสดงถึงศักยภาพ คือ ถ่ายทอดศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านด้านงานดนตรี งานจิตรกรรม การแกะสลักเทียน ประเพณีแห่เทียนพรรษาและมีผู้มีผลงานดีเด่นทางวัฒนธรรม คือ นาอู่สาร จันทรวิจิตร และภูมิปัญญาด้านอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม มีคณะกรรมการดูแลป่าเป็นเครือข่ายทั้งรณรงค์ให้เกษตรกรใช้ปุ๋ยชีวภาพเพื่อเป็นการฟื้นฟูสภาพแวดล้อมอย่างกว้างขวาง

สิ่งที่เป็ผลผลิตโดดเด่นของภูมิปัญญา คือ การทอผ้าฝ้าย ผ้าไหมพื้นเรียบ ผ้าขาวม้าย้อมโดยใช้สีธรรมชาติ ต้มบดปะอาว ผ้าฝ้ายทอมือ เสื้อผ้าสำเร็จรูป ต้มบดในเมือง จักสานภาชนะ เครื่องใช้เครื่องมือในการประกอบอาชีพ ช่าง ตะกร้า กระเป๋า ผอบใบลาน ต้มบดในเมือง เครื่องทองเหลือง เครื่องปั้นดินเผา แจกัน โคมไฟ ต้มบดในเมือง เทียนติดพิมพ์ เทียนแพนซี รูปแกะสลักเทียนพรรษาจำลอง ต้มบดในเมือง (ที่มา : ศักยภาพและสถานภาพของภูมิปัญญาไทย : ภูมิปัญญาไทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

ลักษณะด้านสังคม มีประชากร 219,958 คน (1 สิงหาคม 2560) จำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 50.49 เพศหญิงร้อยละ 49.51 มีจำนวนครัวเรือน

81,116 ครั้วเรือน มีเครือข่ายบริการสุขภาพ ๓ เครือข่ายประกอบด้วย เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเอกชนร่มเกล้า และเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวิจิตรารณกรณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) จำนวน 22 แห่ง มีบุคลากรสายวิชาชีพและสายสนับสนุนทั้งเครือข่าย จำนวน 735 คน มีศูนย์เด็กก่อนเกณฑ์ 35 แห่ง โรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอเมืองจำนวน ๙๔ แห่ง มีวัดและสำนักสงฆ์ 102 แห่ง ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือ ประมงพื้นบ้าน ค้าขาย รับจ้างทั่วไป รายได้เฉลี่ย 15,435 บาท/คน/ปี (ทะเบียนข้อมูลเศรษฐกิจอุบลราชธานี)

ปัญหาสุขภาพของพื้นที่อำเภอเมืองคือ มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้น โรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อัตราหญิงมีครรภ์มีบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี โรคไข้เลือดออกในชุมชน และปัญหาสิ่งแวดล้อม จึงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการจากส่วนมหาดไทย ศึกษาธิการ พัฒนาชุมชน เกษตรท้องถิ่น พระภิกษุ ภาคประชาชน และส่วนสาธารณสุข โดยมีนายอำเภอเมือง เป็นประธาน กำหนดมาตรการด้านสังคมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และจัดทำข้อตกลงเบื้องต้นกับตำบลจัดการสุขภาพในการดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน 2 เดือน/ครั้ง จากการประชุมพบว่า ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพทั้งระดับตำบลและระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน ขาดจัดทำแผนเชิงบูรณาการ (บุคคล งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์) ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับอำเภอที่แท้จริง

การประเมินตนเองตามเกณฑ์การบริหารจัดการตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพอำเภอ

พบว่า อำเภอเมือง ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินทั้ง 5 องค์ประกอบ สาเหตุหลักที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ บุคคล งบประมาณ และการบริหารจัดการซึ่งเป็นเหตุที่ส่งผลต่อกันทั้งระบบ ประเด็นเหล่านี้ต้องได้รับการแก้ไข ด้วยเทคนิคการจัดการที่เหมาะสม

1.2 บริบทด้านประชากร จากการประเมินความรู้เรื่องการบริหารจัดการตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 50 คน พบว่ามีระดับความรู้หลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการบางส่วนเข้าใจว่าเป็นหน้าที่รับผิดชอบของส่วนสาธารณสุขเท่านั้น และเป็นเรื่องใหม่ที่ยุ่งยากไม่เข้าใจในการดำเนินการ

จากระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า คณะกรรมการส่วนใหญ่ได้ประสานความร่วมมือในการดำเนินงานจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่ดำเนินการ ก็มีบางเรื่องที่ดำเนินการแก้ไขด้วยส่วนราชการที่สังกัดเอง มีระดับการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.0 จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก คณะกรรมการบางส่วนเข้าใจว่า ถ้าเป็นเรื่องเกี่ยวกับด้านสาธารณสุขก็นึกถึงคุณหมออย่างเดียว เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่าด้านการมีส่วนร่วมให้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.94$) รองลงมาคือด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผนและร่วมตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.37$) และด้านที่มีระดับการมีส่วนร่วมเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการตรวจสอบและประเมินผล ($\bar{x} = 3.01$)

จากระดับความพึงพอใจในการบริหารจัดการตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า คณะกรรมการส่วนใหญ่ยินดีที่

เข้าร่วมการพัฒนากระบวนการสุขภาพอำเภอ บางท่านเป็นคณะกรรมการในปีที่ผ่านมา มีระดับความพึงพอใจหลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.0 จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการบางส่วนยังมีความไม่พึงพอใจในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่เท่าที่ควร พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเตรียมความพร้อม อยู่ในระดับปานกลาง($\bar{x}=3.44$) รองลงมาคือ ด้านการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง($\bar{x}=3.22$) และด้านที่มีระดับความพึงพอใจเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ ($\bar{x}=2.93$)

2. กระบวนการของการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี สรุปได้ว่า สร้างการมีส่วนร่วมโดยเริ่มจากการนำข้อมูลจากการศึกษาบริบท และสภาพปัญหามาเสนอให้คณะกรรมการ ผู้เกี่ยวข้องในการทำวิจัยและชุมชนทราบ เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหามากยิ่งขึ้น ได้แลกเปลี่ยนแนวความคิดและมุมมอง สรุปได้ว่า คณะกรรมการและภาคีเครือข่ายต้องช่วยกันในการแก้ไขปัญหา โดยใช้การบริหารจัดการตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ที่จะทำให้อำเภอเมืองอุบลราชธานีเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี ปรับทัศนคติในการทำงานร่วมกันอีกครั้ง มีการประชุมจัดทำแผนในการดำเนินงานโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมด้วยการจัดทำแผนปฏิบัติงาน ทำให้เกิดแผนในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ ได้แก่

2.1 การให้ความรู้ เพื่อสร้างความตระหนักต่อสภาพปัญหาการบริหารจัดการตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ

1) อบรมให้ความรู้เรื่องการบริหารจัดการตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอและพัฒนาบุคลากรโดยใช้บริบทเป็นฐานการเรียนรู้ (Context Based Learning : CBL)

2) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องการบริหารจัดการตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ผ่านทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน และเสียงตามสายของชุมชนในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี และพื้นที่ตำบลในเขตพื้นที่อำเภอเมือง ในทุกวันเสาร์เวลา 06.30-07.00 น. พร้อมทั้งจัดทำคู่มือ แผ่นพับ โฉนด สื่อประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการในระดับพื้นที่

2.2 การสร้างเครือข่าย

1) เยี่ยมยามถามไถ่ใส่ใจสุขภาพ โดยคณะกรรมการบริหารจัดการตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองอุบลราชธานี เพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุก 2 เดือน สร้างสัมพันธ์ภาพ ถามทุกข์สุข พุดคุยและสอบถามความต้องการของผู้ป่วย ประกอบกับวางแผนการดูแล นอกจากนี้ยังพบว่า คณะกรรมการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังไม่เข้าใจ และไม่มีทักษะ ในการเยี่ยมชุมชน หรือการดูแลผู้ป่วย จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไป

2) สร้างเครือข่ายในชุมชน เพื่อชุมชนเกิดความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โดยการจัดตั้งชมรมนักสื่อสารสุขภาพชุมชน (นสช.) จากการอบรมศิลปะการพูดอย่างมีอาชีพให้แกนนำทุกหมู่บ้านและทุกชุมชนรวมมีแกนนำ 150 คน โดยการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน เสียงตามสายของชุมชน และวิธีการอื่นๆตามบริบทพบว่า สมาชิกของชมรมมีความภาคภูมิใจที่ได้บอก

ถึงสภาพปัญหาของพื้นที่ เพื่อสร้างความตระหนักของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน แต่ก็ยังมีปัญหาคือกรรมการชมรมไม่ค่อยมีเวลามาประชุมร่วมกัน จึงเป็นโอกาสในการพัฒนางวรอบต่อไป

3) จัดมหกรรมรวมพลังสร้างความเข้มแข็งสู่อำเภอจัดการสุขภาพ เพื่อให้ชุมชนได้มีเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องดีๆ ในพื้นที่ ประกาศให้พื้นที่อื่นๆ ได้รับรู้ว่าสิ่งดีๆ ในพื้นที่ที่ดำเนินการอยู่เป็นอย่างไร มีการแสดงนิทรรศการนำเสนอผลงาน การประกวดผลการดำเนินงาน และการเสวนา พร้อมทั้งคืนข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพให้ผู้เกี่ยวข้องและสอบถามความต้องการของชุมชน สรุปความต้องการของชุมชนในการบริหารจัดการตามนโยบายการระบบสุขภาพอำเภอ

3. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษาลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย(ร้อยละ 54.00) มีอายุระหว่าง 41–50 ปี (ร้อยละ 42.0) รองลงมาอายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 38.0) ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.22 สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.0) รองลงมาคือสถานภาพโสด (ร้อยละ 16.0) การศึกษาปริญญาตรี / เทียบเท่า (ร้อยละ 58.0) รองลงมาเป็นระดับปริญญาโทขึ้นไป (ร้อยละ 36.00) มีตำแหน่งทางด้านสาธารณสุข (ร้อยละ 68.00) รองลงมาคือตำแหน่งทาง อปท. (ร้อยละ 8.0) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,001 บาท (ร้อยละ 58.0) รองลงมาคือ 20,001 – 30,000 บาท (ร้อยละ 24.0) ตามลำดับ ส่วนใหญ่เคยร่วมพัฒนาการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (ร้อยละ 72.0)

จากการประเมินความรู้เรื่องการบริหารจัดการตามนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 50 คน พบว่า มีระดับความรู้หลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก คณะกรรมการบางส่วนเข้าใจว่าเป็นหน้าที่รับผิดชอบของส่วนสาธารณสุขเท่านั้น และเป็นเรื่องใหม่ที่ยุ่งยากไม่เข้าใจในการดำเนินการ

จากระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการตามนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า คณะกรรมการส่วนใหญ่ได้ประสานความร่วมมือในการดำเนินงานจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่ดำเนินการ ก็มีบางเรื่องที่ดำเนินการแก้ไขด้วยส่วนราชการที่สังกัดตนเอง มีระดับการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.0 จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการบางส่วนเข้าใจว่าถ้าเป็นเรื่องเกี่ยวกับด้านสาธารณสุขก็นึกถึงคุณหมออย่างเดียว เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าด้านการมีส่วนร่วมให้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.94$) รองลงมาคือด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผนและร่วมตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง($\bar{x} = 3.37$) และด้านที่มีระดับการมีส่วนร่วมเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการตรวจสอบและประเมินผล ($\bar{x} = 3.01$)

จากการระดับความพึงพอใจในการบริหารจัดการตามนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า คณะกรรมการส่วนใหญ่คณะกรรมการส่วนใหญ่ยินดีที่เข้าร่วมการพัฒนา ระบบสุขภาพระดับอำเภอ บางท่านเป็นคณะกรรมการในปีที่ผ่านมา มีระดับความพึงพอใจหลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.0 จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก คณะกรรมการบางส่วนยังมีความไม่พึงพอใจในการ

บริหารจัดการในระดับพื้นที่เท่าที่ควร พิจารณาราย
ด้านพบว่า ด้านการเตรียมความพร้อม อยู่ในระดับ
ปานกลาง($\bar{x}$ =3.44) รองลงมาคือ ด้านการ
ดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.22) และ
ด้านที่มีระดับความพึงพอใจเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้าน

ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ ($\bar{x}$
=2.93)
เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระดับการมีส่วน
ร่วมและระดับความพึงพอใจในการบริหารจัดการ
ระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระดับการมีส่วนร่วมและระดับความพึงพอใจโดยรวม
ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=50)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1. ความรู้	0.29	0.81	0.84	0.54	1.12	0.001*
2. การมีส่วนร่วม	2.30	0.41	3.34	0.68	-3.45	0.001*
3. ความพึงพอใจ	2.29	0.51	3.13	0.63	-3.17	0.001*

จากตาราง 1 พบว่า ศักยภาพคณะกรรมการ
บริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนา
คุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ มีคะแนน
ความรู้ ระดับการมีส่วนร่วมและระดับความพึงพอใจ
เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ 0.05

4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน
ตามรูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตาม
นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ
อำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ถอดบทเรียนและสรุปคำสำคัญเพื่อ
นำไปสู่รูปแบบหรือแนวปฏิบัติที่ดีของการบริหาร
จัดการตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและ
ระบบสุขภาพอำเภอ คือ การสนับสนุนนโยบายจาก
ระดับจังหวัดอย่างชัดเจน ระบบสุขภาพระดับอำเภอ
ต้องมีการดำเนินโครงการตั้งแต่กิจกรรมการประชุม
กลุ่มย่อย การแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม วางแผน

อย่างมีส่วนร่วม และประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกัน
และกำหนดบทบาทให้ชัดเจน ประชุมอย่างพร้อม
เพรียงและสม่ำเสมอ ระดมความคิดร่วมกัน
ไตร่ตรองวิธีการที่ได้มาซึ่งข้อมูลอะไรคือสาเหตุที่
แท้จริงที่ทำให้การดำเนินงานบริหารจัดการในระดับ
พื้นที่ไม่บรรลุผล ดังนั้นการบริหารจัดการตาม
นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ
อำเภอ จะสำเร็จได้ต้องเป็นวาระของอำเภอ มีการ
บริหารจัดการที่ดีบูรณาการการทำงานทุกภาคส่วน
และจัดสวัสดิการที่เหมาะสมให้กับผู้ปฏิบัติงานจึงจะ
สามารถช่วยกันทำอย่างจริงจัง ดำเนินงานแต่ละ
กิจกรรมให้เกิดประโยชน์ ครอบคลุมทุก
กลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแล จัดการบริการที่ดี ให้เข้าถึง
ทุกที่ คุณภาพดีทุกครั้ง เท่าเทียมและเป็นธรรมทุก
คนมีความพึงพอใจต่อการบริการ สร้างทีมบุคลากร
และเครือข่ายที่เกิดจากการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายไปสู่
ความเข้าใจในการดำเนินงานบริหารจัดการตาม

นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ นำไปสู่การจัดกิจกรรมที่เกิดจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง พร้อมทั้งสามารถแก้ไขปัญหา และอุปสรรคที่พบได้เป็นระยะตลอดกระบวนการ เสริมพลังให้กับชุมชน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนเพื่อจะทำให้ได้ความร่วมมือจากพื้นที่/ชุมชนมากยิ่งขึ้น ต้องให้เกียรติและให้ความสำคัญกับเขาเขาจึงจะให้ความร่วมมืออย่างยั่งยืน

ดังนั้น สามารถสรุปคำสำคัญ เพื่อนำไปสู่รูปแบบหรือแนวปฏิบัติที่ดีของการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีคือ การสนับสนุนนโยบายจากระดับจังหวัดอย่างชัดเจน และมีการแปลงนโยบายในระดับพื้นที่คือ การสร้างทีมหน้าที่เข้มแข็ง การมีเครือข่ายในการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมจากทุกส่วนจึงจะทำให้เกิดระบบพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่อง รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภออำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี นำมาอภิปรายผล ดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาบริบท การมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีการเคลื่อนไหวของประชากรตลอดเวลาส่งผลให้การบริการด้านสาธารณสุขไม่ครอบคลุมและทั่วถึง จากสภาพสังคมและวิถีชีวิตทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมหรือรับบริการด้าน

สาธารณสุขมีน้อย การจัดบริการและแก้ไขปัญหาไม่ตรงกับความต้องการ และประชาชนในพื้นที่ที่มีความเข้าใจว่าการจัดการด้านสุขภาพของประชาชนเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องมาดูแลให้คำแนะนำเพราะเป็นผู้ที่มีความรู้มากกว่าประชาชน รวมถึงบุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่คิดว่าปัญหาด้านสุขภาพ ต้องให้บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้แก้ไขปัญหา ดังนั้นจึงได้ประสานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการตั้งคณะกรรมการปัญหา การวางแผน การดำเนินการ และการติดตามประเมิน จะส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความเป็นเจ้าของจากการศึกษาสภาพปัญหาการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ ทำให้ผู้วิจัยได้รับทราบสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นอยู่ ถือได้ว่าเป็นพื้นฐานสำคัญในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ที่เน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

2. ผลการศึกษากระบวนการดำเนินการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ การเปลี่ยนแปลงเป็นการสะท้อนการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ เป็นผลมาจากการร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนาระบบสุขภาพเกิดความสำเร็จ โดยอาศัยความร่วมมือของคณะกรรมการหรือผู้เข้าร่วมวิจัยที่หลากหลายทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จัดกิจกรรมให้ฝึกปฏิบัติด้วยการมีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินการ และการติดตามประเมิน จะส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน จำเป็นต้องเชื่อมต่อและต่อยอดทุนทางสังคม เอา ความรู้มารวมกันเป็นสิ่งที่มียุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหา กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยจึงเริ่มจากการพูดคุยกลุ่มย่อยแล้วขยายตัวเพิ่มขึ้นเป็น เครือข่าย ประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้เข้าใจ นัดพบปะพูดคุยกันครั้งแรกเพื่อเตรียมการวิจัย ค้นหาปัญหาเลือกกลุ่มเป้าหมายที่ตรงกับสิ่งที่ คาดหวังให้เกิดขึ้น หลายคนมีแนวความคิดที่ตรงกัน พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาด้วยกันแต่ละคนเข้าร่วม โครงการด้วยความสมัครใจ เก็บรวบรวมข้อมูล ค้นหาศักยภาพของคณะกรรมการที่มีอยู่เดิมทำให้เกิด ความรู้สึกคิดเป็นพลังเชิงบวกอยากจะพัฒนา กิจกรรมของตนเอง สอดคล้องกับการวิจัยของมยุรี สุวรรณโคตร (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมี ส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุน พัฒนาสุขภาพ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบปัญหา อุปสรรคในการมีส่วนร่วมในด้านการดำเนินงาน กองทุน พบว่า หน่วยบริการด้านสุขภาพขาด บุคลากรที่เข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุน ประชาชนบางครอบครัวยังไม่เข้าใจในการ ดำเนินงานกองทุน ทำให้ขาดความร่วมมือ ในด้าน บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน พบว่า ผู้นำ บางคนไม่เข้าใจบทบาทและไม่เสียสละไม่มุ่งมั่น ทุ่มเทเท่าที่ควร บทบาทภารกิจของผู้นำชุมชนมี มากมาย จึงทำให้ขาดการมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานกองทุน

เมื่อข้อมูลที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถูก ปัญหาอย่างมีส่วนร่วมจะช่วยทำให้การทำงานมี โครงสร้าง รูปแบบมากยิ่งขึ้น สำหรับการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพภายในกลุ่มเป็นชุดคำถามที่ทำให้เดิน ตามเส้นทางของการสนทนา คำถามเหล่านี้จะพา กลุ่มผ่านระดับความสำนึก ช่วยให้กลุ่มเคลื่อนผ่าน

การแก้ปัญหาพื้นผิวไปสู่การเข้าถึงความหมายอย่าง ล้ำลึก สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย ยอดดี (2554) ได้ศึกษาผลการประยุกต์เทคนิค ORID และ การวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วม ของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร พบ ปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมและความเข้าใจใน บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล และได้มีข้อเสนอแนะไว้ว่า คณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการ บทบาท คณะกรรมการ งบประมาณและการจัดหา งบประมาณเพื่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขของ หน่วยบริการ ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการ ดำเนินงานคณะกรรมการจึงควรเน้นสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องบทบาทและการบริหารจัดการ เพื่อ เสริมสร้างพลังชุมชนและการมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริม การระดมทุนหรืองบประมาณเพื่อพัฒนาหน่วย บริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่ และสอดคล้องกับ เบญจวรรณ ผิวผ่อง (2555) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของกองทุน หลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ เทคนิค ORID และใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation : TOP) ของ สถาบันพระปกเกล้ามาเป็นรูปแบบในการจัด กระบวนการ กลุ่มเป้าหมายจำนวน 58 คน พบ ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา คือ การบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ พื้นที่ควรสร้างการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตาม องค์ประกอบการทำงานของกองทุนและควร นำมากำหนดเป็นวิสัยทัศน์ และพันธกิจของกองทุน การประชาสัมพันธ์การดำเนินงานของกองทุนตาม

บริบท วิถีชีวิต สภาพของพื้นที่เพื่อให้ประชาชนสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกองทุนได้ดียิ่งขึ้น และควรจัดตั้งศูนย์ประสานงานกองทุนเพื่อเป็นที่ทำการของกองทุนที่ชัดเจนและเป็นแหล่งเรียนรู้ได้

การวางแผนปฏิบัติการ (Action Planning Method) เป็นวิธีการรวมเอาวิธีการสนทนาและวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเข้าด้วยกัน จนเกิดเป็นโครงสร้างที่ช่วยผลักดันให้กลุ่มเคลื่อนจากความคิดที่ดีไปสู่แผนปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรม และปฏิบัติได้ภายใต้กรอบเวลาที่แน่นอน พร้อมกับการกำหนดภารกิจความรับผิดชอบที่วางโครงร่างไว้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของศักรินทร์ ทองภุณณ์ (2553) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมโดยการนำเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมของสถาบันพระปกเกล้ามาประยุกต์ใช้ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนในด้านด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการร่วมปรึกษาหารือ ด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผนและร่วมตัดสินใจ ด้านการร่วมดำเนินการ ด้านการตรวจสอบและประเมินผล มีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้นการมีส่วนร่วมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืนและสร้างชุมชนเข้มแข็งต่อไป การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ยืนยันว่าชุมชนนี้เกิดการเรียนรู้และขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาโดยมีรูปแบบการมีส่วนร่วมอย่างจริงๆ ที่สำคัญ ผู้เข้าร่วมวิจัยค้นหาปัญหา ระดมความคิด ร่วมกัน ตัดสินใจร่วมกัน จัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม และประเมินผลร่วมกันมีความต่อเนื่องในการพัฒนา สอดคล้องกับกาญจนา เลิศถาวรธรรม (2551) ได้

ดำเนินการศึกษาโดยการถอดบทเรียนผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตำบลวัดเพลง อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี พบข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาว่าควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์โครงการระบบหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับประเทศ เพื่อสร้างความเข้าใจเบื้องต้นแก่ประชาชนและหน่วยงานต่างๆ ทั่วประเทศ สนับสนุนให้มีระบบพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการและวิธีการดำเนินงานแก่องค์กรบริหารส่วนตำบลที่เข้าร่วมโครงการในปีแรก จัดอบรมความรู้แก่คณะกรรมการกองทุนทั้งในเรื่องของการเขียนโครงการ/กิจกรรม การกำหนดเกณฑ์และตัวชี้วัด การประเมินผลโครงการ การจัดทำสารสนเทศและการนำมาประยุกต์ใช้

การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อกำหนดภารกิจหลักในขั้นตอนนี้ ใช้วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) เกิดเป็นแผนงานที่ช่วยผลักดันกลุ่มให้เคลื่อนการมีความคิดที่ดีไปสู่แผนปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรมภายใต้กรอบเวลา การกำหนดภารกิจ ความรับผิดชอบ ที่ชัดเจน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สร้างความเข้าใจร่วมกันในประเด็นปัญหาและแนวทางการดำเนินการร่วมกัน เมื่อทราบถึงสาเหตุของปัญหา ความต้องการที่แท้จริงแล้วการเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินการ และการติดตามประเมิน จะส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความเป็นเจ้าของพื้นที่และเกิดแผนที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของพื้นที่ที่สอดคล้องกับการวิจัยของลดาวัลย์ จ้อยประดิษฐ์ (2553) ได้ศึกษากระบวนการจัดการและผลการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในจังหวัดราชบุรี

ในคณะกรรมการกองทุนและประชาชนทุกกลุ่มวัย จำนวนทั้งสิ้น 84 คน พบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จคือกระบวนการจัดการและแผนปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับปัญหาของชุมชน และวัตถุประสงค์ของกองทุน การมีส่วนร่วมของเครือข่ายทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนและการจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ สำหรับปัจจัยที่เป็นข้อจำกัด ได้แก่ ความไม่ต่อเนื่องของการดำเนินการ ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง และงบประมาณที่ล่าช้าและไม่เพียงพอต่อการงาน

จากผลการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า

1) ด้านความรู้การบริหารจัดการในระดับพื้นที่ ผลการศึกษาหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมรายด้านของการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดำเนินงานตามเกณฑ์การบริหารจัดการในระดับพื้นที่ทั้ง 5 ด้าน (การดำเนินงานและการทำงานร่วมกัน การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การดำเนินงานและการแบ่งปันทรัพยากร การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน) ก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.29 และ 0.84 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าความรู้ตามเกณฑ์การพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กิจกรรมที่มีผลทำให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้เรื่องการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ คือ การอบรม

ให้ความรู้รูปแบบการสอนแบ่งกลุ่มย่อย จำนวนสมาชิกไม่เกิน 10 คน สามารถซักถามได้อย่างสื่อสาร 2 ทาง เป็นกันเองเนื่องจากละลายพฤติกรรม ซึ่งก่อนจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการได้ประชุมเตรียมความพร้อม กับ วิทยากรจากเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อให้เป็นแนวทางการดำเนินงานเดียวกัน มีความสอดคล้องกับกฏาณนา เลิศถาวรธรรม (2551) ที่ต้องสร้างความเข้าใจเบื้องต้นแก่ประชาชนและหน่วยงานต่างๆ ทั่วประเทศ สนับสนุนให้มีระบบพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการและวิธีการดำเนินงาน จัดอบรมความรู้แก่คณะกรรมการทั้งในเรื่องของการเขียนโครงการ/กิจกรรม การกำหนดเกณฑ์และตัวชี้วัด การประเมินผลโครงการ การจัดทำสารสนเทศและการนำมาประยุกต์ใช้บริหารจัดการและแผนปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับปัญหาของชุมชนมีความสอดคล้องกับ ลดาวัลย์ จ้อยประดิษฐ์ (2553)

2) ด้านการมีส่วนร่วมการบริหารจัดการในระดับพื้นที่

ผลการศึกษาหลังการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยโดยรวมรายด้านของการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ มีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามเกณฑ์การบริหารจัดการในระดับพื้นที่ทั้ง 5 ด้าน (ด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการร่วมปรึกษาหารือ ด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผนและร่วมตัดสินใจ ด้านการร่วมดำเนินการ ด้านการตรวจสอบและประเมินผล) ก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.30 และ 3.34 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมมาเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าการมีส่วนร่วมตามเกณฑ์การพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 มีความสอดคล้องกับ ศักรินทร์ทองภูธรณ์ (2553) กิจกรรมที่มีผลทำให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม คือกำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการ การบริหารจัดการตามนโยบายการพัฒนากระบวนการสุขภาพอำเภอเพื่อหารูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนากระบวนการสุขภาพอำเภอ มีผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย นายอำเภอ ผู้กำกับการสถานีตำรวจ ตัวแทนหน่วยการศึกษา พัฒนาชุมชน เกษตรอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ ตัวแทนนายก อบต. นายกเทศมนตรี ประธาน อสม.ระดับอำเภอ พระภิกษุ ผู้ทรงคุณวุฒิ ตัวแทนประชาชน ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทน ผอ.รพ.สต. หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน สสอ.และ รพ. โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม มีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และยอมรับคุณค่าของบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมรู้สึกผ่อนคลายไม่กังวลในการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยการให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแนะนำตนเองต่อเพื่อนสมาชิกด้วยการบอกชื่อเล่นและตำแหน่งในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งกล่าวทักทายเพื่อนๆ ในที่ประชุมด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยและทีมแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการออกเป็น 5 กลุ่มๆ ละ 10 คน รวม 50 คน เปิดโอกาสให้คณะทำงานวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินปัญหาผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ภาคบ่ายใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เก็บรวบรวมข้อมูล สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้รับรู้ปัญหาของการบริหารจัดการตามนโยบายการพัฒนากระบวนการสุขภาพอำเภอ ร่วมตัดสินใจและเลือกแนวทางแก้ไข พร้อมทั้งกำหนดแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหา มีความสอดคล้องกับ มยุรี สุวรรณโคตร (2551 : 73-74) และการมีส่วนร่วมซึ่งประยุกต์มาจากเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ด้านความพึงพอใจการบริหารจัดการในระดับพื้นที่

ผลการศึกษาหลังการพัฒนา พบว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพและกระบวนการสุขภาพอำเภอ มีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการดำเนินงานโดยรวมทั้ง 4 ด้าน (ด้านการเตรียมความพร้อม ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ ด้านการดำเนินงาน ด้านการติดตาม/ประเมินผล) อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 2.29$)

หลังจากการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและกระบวนการสุขภาพอำเภอมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการดำเนินงานตามเกณฑ์การบริหารจัดการในระดับพื้นที่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.13$) เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าความพึงพอใจในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กิจกรรมที่มีผลทำให้ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจ คือ อบรมหลักสูตรการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและกระบวนการสุขภาพอำเภอ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานเพื่อบริหารจัดการในระดับพื้นที่ สรุปข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน คืบข้อมูลให้กับชุมชน และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินการและติดตามประเมินผล

ข้อเสนอแนะ

1 ระดับพื้นที่ 1) ใช้การบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอเป็นวาระของอำเภอ 2) ควรให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อสร้างความเป็นเจ้าของ

2. ระดับจังหวัด 1) สนับสนุนองค์ความรู้ และเชิดชูเกียรติอำเภอที่มีผลงานเด่น สร้างให้มีคุณค่าและได้รับการยอมรับจากสังคม 2) สนับสนุนการประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบ เช่น การโฆษณาทางวิทยุกระจายเสียงจัดทำแผ่นพับใบปลิว วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว

3. ระดับกระทรวง 1) ควรเชิญผู้เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจริงๆ เข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดต่างๆ และจัดเป็นตัวชี้วัดของการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่องอย่างน้อย 3-5 ปี เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบ

ดูแนวโน้ม 2) ผู้บริหารทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับต้องให้ความสำคัญต่อการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภออย่างแท้จริง เพื่อประชาชนจะได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว ทันเวลา และครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

4. การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตพื้นที่ในอำเภอเมืองอุบลราชธานีเท่านั้น จึงควรมีการวิจัยในอำเภออื่นๆ ในจังหวัด และในเขต เพื่อจะได้นำมาเปรียบเทียบกัน

5. การวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการในระยะแรกของนโยบายควมมีการวิจัยซ้ำทุก ๆ 3-5 ปี หรือในระยะต่อไป เพื่อค้นหาปัจจัยที่จะส่งผลต่อความสำเร็จยิ่งๆ ขึ้นไป

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา เลิศถาวรธรรม. (2551). การถอดบทเรียนผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตำบลวัดเพลง อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้นฉบับปรับปรุงใหม่. กรุงเทพฯ: วัฒนาพานิช.
- มยุรี สุวรรณโคตร. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 1(2), 33-44.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2555ก). ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2555ข). เรียนรู้ดูงานระบบบริการประเทศอังกฤษสู่...การพัฒนาในประเทศไทย. ใน วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. กรุงเทพฯ: เปลวอักษร, 25-32.
- วินัย ลิสมิทธิ และศุภสิทธิ พรพรรณโณทัย. (2550). การซื้อบริการสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- วินัย ลิสมิทธิ สงครามชัย สิทธิทองดี วรรณภา บำรุงเขต สุธีรดา ฉิมน้อย. (2554). การวิจัยและพัฒนาการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.
- สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ. (2552). โครงการศึกษา สรุบทบทเรียน และติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีนามัยป้องกันโรคปอดสองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2559). *สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุข อุบลราชธานี*. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซต.
- สมชาย ยอดดี. (2554). *ผลการประยุกต์เทคนิค ORID และการวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เบญจวรรณ ผิว่อง. (2555). *การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี*. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กาญจนา เลิศถาวรธรรม. (2551). *การถอดบทเรียนผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตำบลวัดเพลง อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี*. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี.
- ลดาวลัย จ้อยประดิษฐ์. (2553). *กระบวนการจัดการและผลการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในจังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศักรินทร์ ทองภูธรณ์. (2553). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐาน ศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม*. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- Kemmis, S. and Wilkinson, M. (1998). "Participatory Action Research and the Study of Practice," in *Action Research in Practice*, London: Routledge.