



การศึกษาผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี

สุริย์มาศ คำพูด¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดราชบุรี ตามกรอบของ CIPP Model และผลสำเร็จของการพัฒนาตามหลัก UCCARE แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะคือการศึกษาเชิงประเมินผล ด้วยแบบสอบถาม ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 201 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การประมวลเนื้อหาและจัดหมวดหมู่ และการศึกษาเชิงคุณภาพโดยวิธีการสนทนากลุ่มกึ่งมีโครงสร้างเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 3 อำเภอ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดราชบุรี ตามรูปแบบของ CIPP มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกด้าน (ด้านบริบท: $\bar{x} = 3.96$; ด้านปัจจัยนำเข้า: $\bar{x} = 3.68$; ด้านกระบวนการ: $\bar{x} = 3.84$ และด้านผลผลิต: $\bar{x} = 3.92$) ผลสำเร็จตามแนวทาง UCCARE ภาพรวมและรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางยกเว้นด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภออยู่ในระดับสูง (ภาพรวม: $\bar{x} = 3.57$; การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ: $\bar{x} = 3.72$; ผู้มารับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย: $\bar{x} = 3.57$; การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน: $\bar{x} = 3.55$; การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง: $\bar{x} = 3.48$; การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร: $\bar{x} = 3.57$; การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น: $\bar{x} = 3.57$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีส่วนร่วม การสนับสนุนทรัพยากร ในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือ ควรสร้างกลไกการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ตำบล (พชอ./พชต.) แบบมีส่วนร่วมและพัฒนาต่อยอดกระบวนการดำเนินงานในการขับเคลื่อนประเด็นปัญหาสุขภาพ (ODOP) ตามหลัก UCCARE

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพชีวิต, ผลการดำเนินงาน, ระบบสุขภาพอำเภอ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี



A study of the results of operations to develop the quality of life at the district level (P.C.O.), Ratchaburi Province

Sureemas Kamput¹

Abstract

This mixed-methods research aims to evaluate the performance of the district health system in Ratchaburi Province according to the CIPP Model framework and the success of development according to UCCARE principles. The study is divided into 2 phases: an evaluation study; with questionnaire, the population used in the research consisted of 201 people from the District Quality of Life Development Committee (CPC). Data were analyzed using descriptive statistics, content processing and categorization and a qualitative study using group discussions to extract lessons learned from success factors, select pa purposive sample of 3 districts and analyze the data using content analysis. The results found that: Evaluation of the performance of the district health system Ratchaburi Province, according to the CIPP format has a high average score in all aspects (context: $\bar{x} = 3.96$; Input: $\bar{x} = 3.68$; Process: $\bar{x} = 3.84$ and Product: $\bar{x} = 3.92$). Achievement results according to the UCCARE guidelines, overall and in each aspect, were mostly at a moderate level, except for Unity District Health Team at a high level (overall: $\bar{x} = 3.57$; Unity District Health Team: $\bar{x} = 3.72$; Customer focus: $\bar{x} = 3.57$; Community participation: $\bar{x} = 3.55$; Appreciation and Quality: $\bar{x} = 3.48$; Resource sharing and human: $\bar{x} = 3.57$; Essential care: $\bar{x} = 3.57$). The key to success is participation, resource support in operation. Suggestions from this research: A mechanism should be created to develop the quality of life at the district/sub – district level (CPC/PC) in a participatory manner and further develop the operating process in driving health issues (ODOP) according to UCCARE principles.

Keywords: Quality of life development, performance, district health system

¹ Expert professional nurse Head of Health Insurance Group Ratchaburi Provincial Public Health Office

บทนำ

ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความมั่นคงของประเทศ รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งกำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ในการกำหนดความต้องการของพื้นที่ แปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของพื้นที่อย่างใกล้ชิด จริงจังและต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่ตามแนวคิด “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” และ “คนไทย ใส่ใจดูแลกัน” (Thailand Caring and Sharing Society) (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย, 2560) ดังนั้น การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจึงเป็นระดับที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการเป็นตัวของตัวเอง พึ่งตนเองและพึ่งพากันเอง ซึ่งได้มีการลงนามความร่วมมือ (Memorandum of Understanding: MOU) ระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและสำนักพัฒนายุทธศาสตร์ดีวิถีไทย (2563) เกี่ยวกับผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ผ่านมาสามารถสรุปปัญหาการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอได้ดังนี้ 1) การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอยังมีความแตกต่างและหลากหลายรูปแบบของการปฏิบัติในระดับพื้นที่ 2) การสื่อสารนโยบายที่ไม่ถึงในระดับพื้นที่ 3) ขาดการเชื่อมโยงระบบสุขภาพระดับอำเภอ 4) ในระดับพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ และ 5) การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิบ่อย เป็นต้น

จังหวัดราชบุรี ได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพและการสาธารณสุขโดยสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยมีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 1 อำเภอ จากทั้งหมด 10 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 10.0 ต่อมาในปีพ.ศ. 2560 ดำเนินการเพิ่มอีก 2 อำเภอ และในปีพ.ศ. 2561 ทุกอำเภอได้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้ดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยอย่างครอบคลุมและทั่วถึง ผ่านโครงการ ODOP (One District One Project) เพื่อเป็นการกระตุ้นและเสริมแรงให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องแบบมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในระดับอำเภอและภาคประชาสังคมในการแก้ไขปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ภายใต้กรอบการพัฒนา UCCARE แต่ยังมีจุดอ่อนที่พบได้ เช่น 1) ประชาชนบางกลุ่มยังขาดการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและมีคุณภาพ

2) การสื่อสารนโยบายและความเข้าใจของคณะกรรมการเกี่ยวกับระบบสุขภาพอำเภอ 3) ประเด็นปัญหาของพื้นที่ (ODOP) ส่วนใหญ่ยังเน้นในเรื่องของสุขภาพ 4) เจ้าภาพหลักในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอส่วนใหญ่อยู่ที่ฝ่ายสาธารณสุข 5) ถึงแม้จะมีนายอำเภอเป็นประธาน พขอ. แต่การขับเคลื่อนเป็นหน้าที่ของฝ่ายเลขานุการ (สาธารณสุขอำเภอ แต่ส่วนใหญ่จะมอบให้ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ) จึงเป็นการเพิ่มภาระงาน และทำให้ผลการดำเนินงานยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2565) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษางานวิชาการฉบับนี้ขึ้นเพื่อหาแนวทางพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ในจังหวัดราชบุรีและเกิดผลดีต่อประชาชนมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

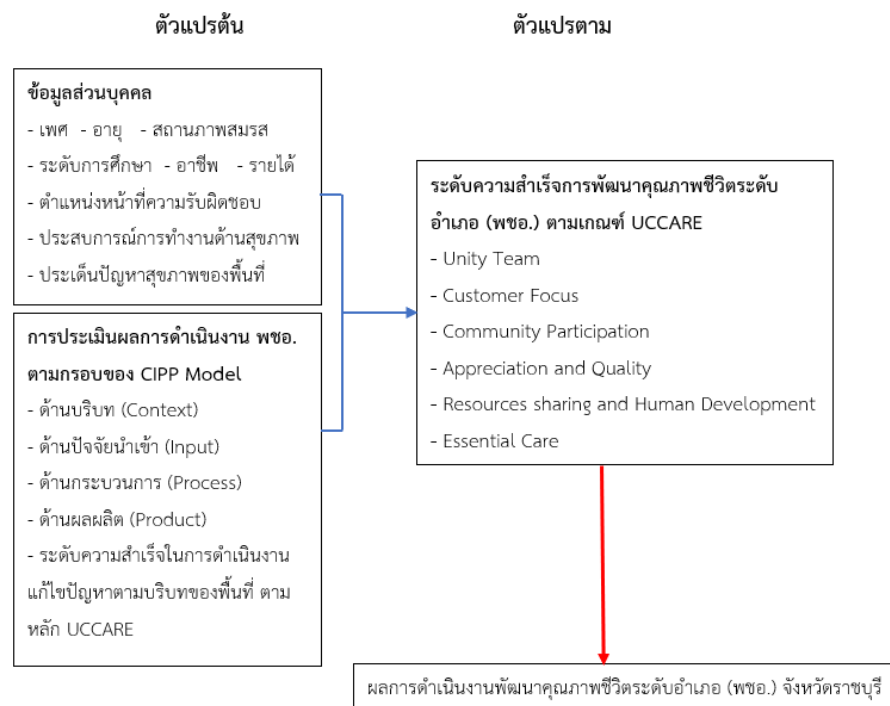
1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพ ตามหลัก CIPP Model ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับความสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ตามหลัก UCCARE ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดราชบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดราชบุรี

สมมติฐานของการวิจัย

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดราชบุรี มีผลการดำเนินงานระบบสุขภาพ ตามหลัก CIPP Model (ด้านบริบท, ปัจจัยนำเข้า, กระบวนการ, ด้านผลผลิต) อยู่ในระดับปานกลาง
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดราชบุรี มีผลสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ตามหลัก UCCARE ในระดับปานกลาง
3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดราชบุรี มีการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมและบูรณาการทรัพยากรร่วมกันโดยการนำของนายอำเภอที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนตามบริบทของพื้นที่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พอจะสรุปได้ว่าการประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ด้วยกรอบการประเมิน CIPP Model สามารถนำผลการประเมินหรือประเด็นปัญหาอุปสรรคมาใช้ในการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ รวมถึงสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลในการบริหารจัดการและพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพโดยนำมาใช้ในการวางแผนดำเนินการร่วมกัน วางกรอบการดำเนินงานระบบสุขภาพโดยใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ต่อไป



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) คือมีการศึกษาเชิงประเมินผล (Evaluative Research) โดยประเมินผลแบบสรุปรวม (summative evaluation) แบบเก็บข้อมูลครั้งเดียวหลังดำเนินการด้วยแบบสอบถามและวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยใช้รูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) ของ สตีฟเฟิลบีมเป็นกรอบในการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี ประกอบด้วย

1) ด้านบริบท (Context) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) 3) ด้านกระบวนการ (Process) 4) ด้านผลผลิต (Product) และการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการประชุมถอดบทเรียนโดยวิธีการสนทนากลุ่ม (focus group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี ปีพ.ศ. 2566 ทั้ง 10 อำเภอ จำนวน 201 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1) การวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluative Research)

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกโดยเกณฑ์คัดเข้า/คัดออก (Inclusion/exclusion criteria) และแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) จากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี ปีพ.ศ.2566 ทั้ง 10 อำเภอ จำนวน 201 คน

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ผู้วิจัยทำการถอดบทเรียนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีผลสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ตามหลัก UCCARE จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภोजอมบึง อำเภอบางแพ และอำเภอสวนผึ้ง ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (focus group)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) การวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluative Research) เป็นแบบสอบถาม ได้แก่

1.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2) แบบประเมินตามกรอบของ CIPP Model 4 ด้าน

1.2.1) บริบท (Context) ได้แก่ นโยบาย การมีส่วนร่วม และการสนับสนุนทรัพยากร

1.2.2) ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ และทรัพยากร

1.2.3) กระบวนการ (Process) ได้แก่ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น

1.2.4) ผลผลิต (Product) ได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพประชาชน บุคลากรและหน่วยบริการได้รับการพัฒนาตามมาตรฐานและสอดคล้องกับประเด็น ODOP การแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และผลลัพธ์ที่ได้ “ประชาชนมีคุณภาพชีวิต” ดีขึ้น ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนแบบประมาณค่า (rating scale)

5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลของ Best (1970 อ้างโนโพธิ์ศรี แก้วศรีงาม, 2564) แบ่งความคิดเห็นเป็น 3 ระดับคือคะแนน 3.67–5.00 เป็นระดับสูง คะแนน 2.34–3.66 เป็นระดับปานกลาง คะแนน 1.00–2.33 เป็นระดับต่ำ

1.3) แบบประเมินผลสำเร็จการดำเนินงานระบบสุขภาพจังหวัดราชบุรี ตามหลัก UCCARE (5 ระดับ) ใน 6 ด้าน ได้แก่ Unity Team, Customer Focus Community, Participation Appreciation and Quality, Resources sharing and Human Development, Essential Care เกณฑ์การแปลผลและอธิบายระดับตัวแปร ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การจัดคะแนนภาพรวมและการแบ่งระดับโดยวิธีอิงกลุ่ม เช่นเดียวกับ 1.2)

1.4) ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ซึ่งผู้วิจัยจะนำมาจัดหมวดหมู่ของคำตอบในตอนสุดท้าย

นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องและความสอดคล้องของเนื้อหาแต่ละข้อคำถาม แล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับข้อคำถามที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88, 0.74, 0.77 และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ชี้แจงโครงร่างงานวิจัยแก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย

2) ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นรายบุคคลตามรายละเอียดของทุกหัวข้อคำถามในแบบสอบถาม

3) ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยแต่ละอำเภอนำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่าง

4) ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถามให้ครบตามจำนวน

5) นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ โดยใช้สถิติดังนี้

1.1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสูงสุด (MAXIMUM) และค่าต่ำสุด (MINIMUM) เพื่อพรรณนาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การประเมินผลตามกรอบของ CIPP MODEL 4 ด้าน ได้แก่ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต รวมทั้งระดับความสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ตามหลัก UCCARE

1.2) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะใช้การประมวลเนื้อหาและจัดหมวดหมู่

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

การจัดเวทีเสวนาโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานระบบสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีผลสำเร็จตามหลัก UCCARE (6 ด้าน 5 ระดับ) เพื่อการถอดบทเรียนแนวคิด รูปแบบ และแนวทางการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จ

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยในขั้นตอนนี้ใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (focus group discussion: FGD) ที่สร้างขึ้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการถอดบทเรียนเพื่อให้ได้ต้นแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดราชบุรี โดยเชี่ยวชาญชุดเดิมช่วยตรวจสอบและปรับให้มีความเหมาะสม กิจกรรมการสนทนากลุ่ม (focus group discussion: FGD) ในระหว่างวันที่ 1-31 ตุลาคม 2566 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมบึง ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางแพ และห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี เริ่มการประชุมเวลา 13.00 น. ถึงเวลา 16.00 น. วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.7) มีอายุเฉลี่ย 50.71 ปี สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 73.6) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 59.7) อาชีพรับราชการ (ร้อยละ 69.2) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 37,153.91 บาท/เดือน ตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบปัจจุบันเป็นตัวแทนภาคเอกชน (ร้อยละ 45.8) มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 46.3, เฉลี่ย 14.05 ปี) ประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ (ODOP) 3 อันดับแรก ได้แก่ อุบัติเหตุจราจร ผู้สูงอายุ และขยะ (ร้อยละ 21.1, 18.9 และ 16.2 ตามลำดับ)

ผลการประเมินตนเองในการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี ตามรูปแบบของ CIPP Model พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกด้าน (ด้านบริบท: $\bar{x} = 3.96$, SD. = 0.166; ด้านปัจจัยนำเข้า: $\bar{x} = 3.68$, SD. = 0.103; ด้านกระบวนการ: $\bar{x} = 3.84$, SD. = 0.134 และด้านผลผลิต:

$\bar{x} = 3.92$, $SD. = 0.094$) ส่วนผลสำเร็จตามแนวทาง UCCARE ภาพรวมและรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภออยู่ในระดับสูง ดังนี้ ภาพรวม (UCCARE: $\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.309$) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team: $\bar{x} = 3.72$, $SD. = 0.350$) ผู้มารับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Customer focus: $\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.368$) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน (Community participation: $\bar{x} = 3.55$, $SD. = 0.312$) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality: $\bar{x} = 3.48$, $SD. = 0.243$) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human: $\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.362$) และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care: $\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.344$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับผลการประเมินการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี ตามรูปแบบของ CIPP Model และผลสำเร็จตามแนวทาง UCCARE ภาพรวมและรายด้าน

ปัจจัย (n = 201)	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
ด้านบริบท (C : Context)	3.96	0.166	สูง
ด้านปัจจัยนำเข้า (I : Input)	3.68	0.103	สูง
ด้านปัจจัยกระบวนการ (P : Process)	3.84	0.134	สูง
ด้านปัจจัยผลผลิต (P : Product)	3.92	0.094	สูง
UCCARE	3.57	0.309	ปานกลาง
- U: Unity District Health Team	3.72	0.350	สูง
- C: Customer focus	3.57	0.368	ปานกลาง
- C: Community participation	3.55	0.312	ปานกลาง
- A: Appreciation and Quality	3.48	0.243	ปานกลาง
- R: Resource sharing and human	3.57	0.362	ปานกลาง
- E: Essential care	3.57	0.344	ปานกลาง

ปัญหา-อุปสรรค และปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความเข้มแข็งเป็นการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน แต่การดำเนินงานระดับตำบล (พชต.) ยังไม่ชัดเจน ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนให้มากขึ้น และสนับสนุน เงิน คน ของ และ ความรู้ลงสู่พื้นที่ตามความต้องการของประชาชน เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองโดยส่วนราชการเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ งบประมาณ ในการดำเนินงานให้ประชาชนสุขภาพดี (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ประเด็น ปัญหา-อุปสรรค และปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ

ประเด็น	ปัญหา-อุปสรรค	แนวทาง/ปัจจัยสำเร็จ
U: Unity District Health Team	1. คณะกรรมการฯ มาจากหลายภาคส่วน 2. การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง 3. เจ้าภาพหลักยังเป็นของสาธารณสุข 4. ประชาชนขาดรายได้ (ไม่เพียงพอ) ทำให้ขาดความร่วมมือ	1. มีการกำหนดบทบาทแต่ละภาคส่วนชัดเจน 2. การทำงานของพชอ. แก้ปัญหาได้รวดเร็วและยั่งยืน 3. มีการจัดตั้งคณะกรรมการลงสู่ระดับตำบล (พชต.) 4. แนวทางการดำเนินงานร่วมกันจากทุกภาคส่วน ซึ่งทำให้ผลการดำเนินงานสำเร็จได้ดีกว่ารูปแบบเดิม ๆ
Cu: (Cus tomer focus)	1. ชุมชนมีปัญหาหลากหลายและไม่แน่นอน 2. ผู้รับบริการขาดความตระหนักและไม่ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ 3. ขาดช่องทางการสื่อสาร/การรับรู้ปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของประชาชน	1. ร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นในหมู่บ้าน 2. มีการกระตุ้นประชาชนให้ตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเป็นประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน 3. ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับ พชอ. ให้กับคนในชุมชนได้รับทราบ
Co: (Com munity partici pation)	1. ชุมชนขาดการรับรู้ประเด็นสุขภาพ: OTOP ของชุมชนเอง/ให้ความสำคัญกับปัญหาปากท้อง 2. ภาครัฐเครือข่ายแยกส่วนทำงานตามภาระหน้าที่ขาดการบูรณาการงานร่วมกัน 3. การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นส่วนราชการนำ	1. แจ้งให้ทราบว่าทุกปัญหาเป็นปัญหาของทุก ๆ คน ไม่ว่าจะเป็นประชาชน ผู้นำ หรือหน่วยงาน 2. ให้ความสำคัญกับชุมชนโดยให้ชุมชนหาปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง 3. ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้น
A: (Appre ciation and Quality)	1. นโยบายมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย 2. ปัญหา/ความต้องการของประชาชนขาดการวิเคราะห์เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนา 3. กระบวนการขึ้นชมการทำงานจนเกิดคุณค่า ยังไม่ชัดเจน/ไม่ลงถึงผู้ปฏิบัติ	1. ยึดประชาชน/ปัญหาของประชาชนเป็นศูนย์กลาง 2. ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและกำหนดมาตรการในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน 3. การสร้างความสำคัญของ พชต. ที่เข้มแข็งขึ้น

ประเด็น	ปัญหา-อุปสรรค	แนวทาง/ปัจจัยสำเร็จ
R: (Resource sharing and human)	1. งบประมาณในการดำเนินงาน “พชอ.” น้อย 2. ขาดการใช้ทรัพยากรร่วมกัน 3. การมีส่วนร่วมในพื้นที่ เงิน ไม่เพียงพอในการ จัดกิจกรรม วัสดุอุปกรณ์ใช้ได้จำนวนที่ จำกัด 4. มีการสนับสนุนดี แต่ยังขาดคนในการ ทำงาน	1. มีแนวทางการสนับสนุนทรัพยากรชัดเจน 2. สร้างการมีส่วนร่วมในระดับชุมชนมากขึ้น 3. มีการใช้บุคลากรที่มีองค์ความรู้ร่วมกัน เพื่อให้งานออกมาในแนวทางเดียวกัน 4. ทีมที่มีองค์ความรู้ที่เป็นผลชัดเจนเพิ่มขึ้น
E: (Essential care)	1. ประชาชนไม่ทราบการให้บริการสุขภาพที่ จำเป็นตามบริบท (Essential Care) 2. ความต่อเนื่องในการดำเนินการให้บริการ สุขภาพเชิงรุกในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว 3. ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ และ กำหนดประเด็นสุขภาพ (ODOP/OTOP)	1. มีการบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมี ประชาชนเป็นศูนย์กลาง 2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคี เครือข่ายในพื้นที่ 3. เจ้าหน้าที่และ อสม. ร่วมกันดูแลสุขภาพ ประชาชนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น

อภิปรายผล

ผลการประเมินตนเองในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี ในภาพรวมตามรูปแบบของ CIPP พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยทุกด้านอยู่ในระดับสูง ทั้งด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน การศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า อาชีพรับราชการ และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพมากกว่า 10 ปี (เฉลี่ย 14.05 ปี) จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอดังคำกล่าวในการสนทนากลุ่ม (focus group) ที่ว่า “ชุมชนมีปัญหาหลากหลายไม่แน่นอน ชุมชนขาดการรับรู้ประเด็นสุขภาพ: OTOP ภาคีเครือข่ายแยกส่วนทำงานตามภาระหน้าที่ขาดการบูรณาการงานร่วมกัน และการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นส่วนราชการนำ” ซึ่งทำให้ผลการประเมินตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ แยมละมัย และสุณี หงษ์วิเศษ (2561) ที่ทำการศึกษากการประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลดำเนิน

โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านบริบทหรือสภาพแวดล้อม ค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านผลผลิต ด้านกระบวนการ และด้านปัจจัยนำเข้า ตามลำดับ และการศึกษาของสุขสันต์ สันทา (2563) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว พบว่า คะแนนระดับความเหมาะสมรวมรายด้านตามหลัก CIPP Model ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต มีความเหมาะสมระดับสูง ร้อยละ 69.95, 58.74, 93.72 และ 67.71 ตามลำดับ แต่พบบางการศึกษาที่มีความแตกต่าง เช่น การศึกษาของไพโรจน์ แสงจง (2561) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง ผลการประเมินตามกรอบ CIPP ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต คะแนนการประเมินอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน

ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ตามหลัก UCCARE ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ภาพรวมจังหวัดราชบุรีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.309$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีความเหมาะสมด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (U: Unity District Health Team) อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.72$, $SD. = 0.350$) ด้านผู้มารับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (C: Customer focus) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.368$) ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน (C: Community participation) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.55$, $SD. = 0.312$) ด้านการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (A: Appreciation and Quality) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.48$, $SD. = 0.243$) ด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (R: Resource sharing and human) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.362$) และด้านการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (E: Essential care) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.344$) ทั้งนี้จากการสนทนากลุ่มพบว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาจากหลายภาคส่วนซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มข้าราชการและมีประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านสุขภาพมานานกว่า 10 ปี จึงทำให้มีความเหมาะสมด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (U: Unity District Health Team) อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของธเนศ ภัทรวินกุล (2560) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพ อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด พบว่าอำเภอมีแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและเครือข่ายสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของพื้นที่ โดยกลไกการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ส่วนองค์ประกอบอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลางน่าจะมีผลสืบเนื่องมาจากการดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ขาดช่องทางการสื่อสาร/การรับรู้ปัญหา

หรือความต้องการที่แท้จริงของประชาชน ปัญหา/ความต้องการของประชาชนขาดการวิเคราะห์เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนา และการมีส่วนร่วมในพื้นที่ เงิน ไม่เพียงพอในการจัดกิจกรรม วัสดุอุปกรณ์ใช้ได้จำนวนที่จำกัด โดยเฉพาะการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ (พชต.) แต่มีบางการศึกษาที่พบว่าผลการประเมิน UCCARE อยู่ในระดับสูง เช่น การศึกษาของปัญญา พลศักดิ์ (2564) ศึกษาการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามเกณฑ์ UCCARE พบว่าประเด็นปัญหาทั้ง 5 ประเด็นผ่านการประเมินระดับ 4 ขึ้นไป มีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นจากปีก่อน และมีผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และการศึกษาของสุสันต์ สนิทา (2563) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว พบว่าผลการประเมินระดับการพัฒนาตามแนวทาง UCCARE โดยรวมทุกด้านมีคะแนนการพัฒนาในระดับสูง ร้อยละ 93.27

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี โดยจำแนกตามหลัก UCCARE มีดังนี้ U: มีการกำหนดบทบาทแต่ละภาคส่วนอย่างชัดเจน และมีการขยายการทำงานของคณะกรรมการในระดับตำบล (พชต.) ซึ่งการทำงานของ พชอ./พชต. ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วและยั่งยืน เนื่องจากมีแนวทางการดำเนินงานร่วมกันจากทุกภาคส่วนทำให้ผลการดำเนินงานสำเร็จได้ดีกว่ารูปแบบเดิม ๆ Cu: มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับ พชอ. ให้กับคนในชุมชนได้รับทราบ ให้ตระหนักถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นว่าเป็นประโยชน์ต่อตนเองและชุมชนอย่างไร เพื่อให้ประชาชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็น Co: การให้ความสำคัญและแจ้งให้ทราบว่าทุกปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนเป็นปัญหาของทุก ๆ คน และให้ชุมชนค้นหาปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มมากขึ้น A: การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยยึดประชาชนหรือปัญหาของประชาชนเป็นศูนย์กลาง และสร้างความร่วมมือของประชาชนในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะทำให้การแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็นและเป็นการสร้าง พชต. ที่เข้มแข็งขึ้น R: มีแนวทางในการสนับสนุนและใช้ทรัพยากร “คน เงิน ของ” ร่วมกัน สร้างการมีส่วนร่วมในระดับชุมชนมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ทีม พชต. มีองค์ความรู้เพื่อให้เกิดผลที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น E: มีการบูรณาการบริการสุขภาพโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และสร้างความร่วมมือของประชาชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่มากขึ้นในการแสดงความคิดเห็น โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ให้การสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับ 1) การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการฯ (ไพโรจน์ แสงจง, 2561; วัฒนา สว่างศรี, 2560 และศิวารณ์ เงินราง, 2562) พบว่าหลังการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีสมรรถนะหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอแตกต่างจากก่อนการพัฒนา ($p\text{-value} = 0.0001$) 2) การมี

ส่วนร่วมในการดำเนินงาน (ธเนศ ภัทรวินกุล, 2560; ภัทรพงศ์ ชูเศษ, 2564 และสมยศ ศรีจารนัย, 2561) พบว่า ควรส่งเสริมให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบ สุขภาพของพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมให้ครบทุกขั้นตอนโดยเฉพาะการร่วมคิด ร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมเติมเต็มและร่วม ประเมินผล 3) การบูรณาการดำเนินงานและใช้ทรัพยากรร่วมกัน (ปัญญา พลศักดิ์, 2564; ภัทรพงศ์ ชูเศษ, 2564 และอดุลย์ บำรุง, 2562) พบว่าควรส่งเสริมให้เกิดการ “บูรณาการ” ด้วยการใช้ทรัพยากรร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ สร้างทีมแกนนำ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน 4) การคืนข้อมูล ปัญหาของ ชุมชน และการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย (กิริติ เวียงนาค, 2563; ปัญญา พลศักดิ์, 2564; วีระ ทองอุ่น, สมโภช รติโอหาร, วราภรณ์ จันทรวง, 2560; สมาน คงสมบูรณ์, ยอดชาย สุวรรณวงษ์, 2564; สมคิด แทวกระโทก, 2560 และอรรธรณ นาคคำ, ไพบุลย์ ดาวสดใส, 2560) พบว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการประชุม ทบทวนประเด็นพัฒนา คืนข้อมูล กำหนดให้มีแนวทางยึดเอาปัญหาหรือความต้องการด้านบริการสุขภาพของ ชุมชนเป็นหลักและจัดบริการให้มีความหลากหลาย มีระบบบริการเชิงรุกเพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการของคนใน พื้นที่ และติดตามผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่องเป็นประจำ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: ควรบูรณาการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) กับงาน พัฒนาท้องถิ่น/ท้องที่ และกำหนดเป็นนโยบายหลักที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดการสื่อสาร มีการรับรู้และเกิดการยอมรับซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติร่วมกันของภาค ส่วนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่/ชุมชนทุกระดับ รวมทั้งส่งต่อผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงบริหาร: ควรสร้างกลไกการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ตำบล (พขอ./พขต.) และสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมใน ชุมชนตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วและยั่งยืน

1.3 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ: ควรเลือกพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พขอ.) ที่ประสบความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (ร่วมคิด ร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมเติมเต็ม และร่วมประเมินผล) โดยยึดปัญหา/ความต้องการของประชาชนเป็นเป้าหมายหลักในการดำเนินงาน

และควรส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการด้วยการใช้ทรัพยากรร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ สร้างทีมแกนนำ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน

1.4 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ: ควรมีการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ภาพรวมจังหวัดและจำแนกรายอำเภอ เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน (กำหนดเป้าหมาย ขั้นตอน การดำเนินงาน กิจกรรมที่จะปฏิบัติ ระยะเวลาที่ชัดเจน) และนำผลการปฏิบัติมาวิเคราะห์ให้เห็นการเปลี่ยนแปลง เปรียบเทียบความแตกต่าง และคืนข้อมูลให้ประชาชนเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อเป็นแรงผลักดันในการพัฒนาต่อยอดกระบวนการในระยะต่อไป รวมทั้งเป็นการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ของชุมชนจากประสบการณ์จริงซึ่งจะช่วยให้เกิดความร่วมมือมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ของภาคีเครือข่ายในมุมมองของประชาชนผู้รับบริการ ตามกรอบของ CIPP Model

2.2 ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามบทบาทของคณะกรรมการฯ

2.3 ควรทำการศึกษาผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ตำบล (พขอ./พขต.) ในการขับเคลื่อนประเด็นปัญหาสุขภาพ (ODOP) ตามหลัก UCCARE

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรีที่อนุญาตให้ทำการวิจัยในพื้นที่ ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุก ๆ ท่าน ที่มีส่วนทำให้ผลงานวิชาการฉบับนี้สำเร็จด้วยความสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

กිරะติ เวียงนาค. (2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร; 1(1):49-55.

ณัฐวรรณ แยมละมัย และสุณี หงส์วิเศษ. (2561). การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเทศบาล

ตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม; 8(3):17-25.

- ธนศ ภัทรวิรินกุล. (2560). ประเมินผลการดำเนินงานโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพ (District Health System) อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด. วารสารสุขภาพภาคประชาชน; 13(1):3–11.
- ปัญญา พลศักดิ์. (2564). การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน; 3(2):40–53.
- โพธิ์ศรี แก้วศรีงาม. (2564). ระบบการดูแลระยะยาวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอ คลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย; 11(2):1–26.
- ไพโรจน์ แสงจง, ศักดิ์ชัย ปรีชาวีรกุล, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และเพ็ญ สุขมาก. (2561). การประเมินผล การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง. Proceeding: การประชุมวิชาการระดับชาติเรื่องวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นอย่างยั่งยืน ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช ครั้งที่ 4: 21 มิถุนายน 2561; นครศรีธรรมราช.
- ภัทรพงศ์ ชูเศษ. (2564). การศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). กลุ่มพัฒนาเครือข่ายอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนัก อนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและสำนักพัฒนายุทธศาสตร์ดีวิถีไทย. (2563). บทเรียน พชอ. การพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี.
- วัฒนา สว่างศรี. (2560). การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงเมื่อ 2 เมษายน 2565 เข้าถึงจาก <http://mkho.moph.go.th/research2018/showdata2.php?id=243>
- วีระ ทองอุ่น, สมโภช รติโอฬาร, วรางคณา จันทรงค์. (2560). การประเมินผลการดำเนินงานกองทุน โรงพยาบาล 3 บาท ตามความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตำบลบ้านกอก อำเภอเขื่องใน จังหวัด อุบลราชธานี. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ 2560; วันที่ 10 มีนาคม 2560 ณ อาคารพจน์ สารสิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิวาภรณ์ เงินราง. (2562). รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2(2):108–116.
- สมาน คงสมบูรณ์, ยอดชาย สุวรรณวงศ์. (2564). การพัฒนารูปแบบภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข; 30(1):115–128.

- สุขสันต์ สันทา. (2563). การประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประเด็นการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ; 2(3):39-52.
- สมคิด แทวกระโทก. (2560). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารชุมชนวิจัย; 11(1):158-170.
- สมยศ ศรีจารนัย. (2561). บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4. (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์) วิชาสังคมจิตวิทยา วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 60.
- สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. (2560). แนวทางการดำเนินงานบนพื้นฐานของการเชื่อมโยงระหว่างหลักการกับการสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์จากพัฒนาการและการดำเนินการใน 73 พื้นที่สู่การขยายผลเป็น 200 พื้นที่ 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี จังหวัดราชบุรี. (2565). รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด ปี 2565. ราชบุรี.
- อดุลย์ บำรุง. (2562). ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.). วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 1(1):87-101.
- อรรธรณ นาคคำ, ไพบุลย์ ดาวสดใส. (2560). การประเมินผลการดำเนินงานของระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานระหว่างโรงพยาบาลชัยภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน; 13(2):67-79.