



ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์

EFFECT OF DEVELOPMENT ON THE DISTRICT QUALITY OF LIFE DEVELOPMENT COMMITTEE KALASIN PROVINCE

Received: May 19, 2022

Revised: June 28, 2022

Accepted: June 29, 2022

ธงชัย ปัญญรัตน์^{1*}

Tongchai Panyurat^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 1,208 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกการมีส่วนร่วม การดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ F-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีกระบวนการขับเคลื่อนของแต่ละอำเภอตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ได้แก่ การร่วมกันตัดสินใจ บทบาทหน้าที่ของส่วนราชการ และการตัดสินใจของคณะกรรมการ พบว่า การมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของคณะกรรมการอยู่ในระดับดีมาก และหลังการการใช้รูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ประกอบด้วย ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 Excellence โดยเพิ่มด้านที่ 5 การจัดการระบบสุขภาพชุมชนเป็นเลิศ (Community Excellence) ขับเคลื่อนด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีเป้าประสงค์เพื่อให้ชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ด้วยวิถีชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบพัฒนา, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Kalasin Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: tongchaiphai@gmail.com



Abstract

This research was Action Research aimed to study the effect of development on the district quality of life development committee Kalasin province. Sample size were 1 59 district quality of life development committee and 1,049 sub district quality of life development committee. Data were collected by questionnaire such as intensity, participation, practice and suitability to implementation of guidelines district quality of life development committee and practice and suitability to implementation of guidelines sub district quality of life development committee. Data were analyzed by percentage mean F-test and content analysis.

Result: level of intensity, participation, practice and suitability to implementation of guidelines district quality of life development committee were much level. When compare intensity, participation, practice and suitability to implementation of guidelines district quality of life development committee between districts finding had differences were statistically significant at the 0.05 level. Level of participation and suitability to implementation of guidelines sub - district quality of life development committee were much level. When compare participation and suitability to implementation of guidelines district quality of life development committee between districts finding had differences were statistically significant at the 0.05 level.

Strategic proposal for district health system development in Kalasin Province should perform to the 20-year national strategic plan (Public Health) comprising 4 excellence strategic issues, adding the 5th aspect: Community excellence, driven by the district quality of life development committee. The goal was to make the community self-reliant on health.

Keyword: development model, District Quality Development Committee



บทนำ

สุขภาพของมนุษย์ มีความสัมพันธ์เชิงพลวัตกับปัจจัยต่างๆ มากมาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมกายภาพ ทางเศรษฐกิจ และสังคม ที่เกิดจากการพัฒนาและการดำเนินโครงการพัฒนา จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากสุขภาพมิได้ถูกกำหนดโดยระบบบริการสุขภาพ และวิถีชีวิตเท่านั้น แต่เงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยด้านอื่นๆ นอกเหนือด้านสุขภาพที่ประชาชนอาศัยอยู่ เช่นระบบการขนส่ง การจ้างงาน การอยู่อาศัย ฯลฯ ย่อมมีผลต่อสุขภาพเช่นกัน แนวคิดนี้คือปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Determinants of Health) ซึ่งหมายถึง ขอบเขตปัจจัยด้านบุคคล สังคม เศรษฐกิจ ประชากร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัวกำหนดสถานะทางสุขภาพของบุคคลหรือประชากร⁽³⁾

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพบูรณาการ⁽²⁾ โดยหลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอประกอบด้วย 5 ประการ ได้แก่ (1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (unity district health team) (2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอในทุกขั้นตอนของการพัฒนา (3) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร โดยให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดี (5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่⁽⁵⁾

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นผลผลิตที่มีการพัฒนาการควบคู่กับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายในการทำให้ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” และ “คนไทยใส่ใจดูแลกัน” โดยให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2560 มติของนายกรัฐมนตรีได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการความร่วมมือสร้างเสริมความแข็งแกร่งในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนระดับพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการขับเคลื่อนตามนโยบายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และได้มีการถ่ายทอดลงไปยังพื้นที่ เพื่อเกิดการดำเนินงานทิศทางเดียวกันในทุกระดับเป็นเรื่องสำคัญ ต้องอาศัยการดำเนินการแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม ในการจัดการปัญหาและปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านสิ่งแวดล้อมกายภาพ ทางเศรษฐกิจ และสังคม ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมาย จากการดำเนินการดังกล่าว ผู้ศึกษา จึงได้ทำการศึกษา ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางและข้อเสนอเชิงนโยบายในการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอและตำบล ให้มีศักยภาพในการรองรับนโยบาย ประสานให้เกิดการ



มีส่วนร่วมของการทำงาน แบบบูรณาการทั้งเชิงปฏิบัติการและบริหารจัดการ ให้ดำเนินงานอย่างมีเอกภาพ และประสิทธิภาพ ในระบบสาธารณสุข อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ในปัจจุบัน
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อกำหนดแผนกลยุทธ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย พชอ. 21 คน/อำเภอ จำนวน 18 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 378 คน พชต. ระดับตำบล 15 คน/ตำบล จำนวน 135 ตำบล รวมทั้งสิ้น 1,350 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 9 อำเภอ 159 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) 10 อำเภอ 52 ตำบล จำนวน 1,049 คน ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 จัดเรียงหน่วยสุ่ม (Sampling Unit) คือ รายชื่อ 18 อำเภอ เรียงตามรหัสอำเภอของกระทรวงมหาดไทย

ขั้นที่ 2 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม พชอ. ร้อยละ 30 จาก 18 อำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 อำเภอ เพื่อให้มีการกระจายและความครอบคลุมพื้นที่ ผู้วิจัยจึงเพิ่มพื้นที่เป้าหมายเป็น 9 อำเภอ โดยศึกษาจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ที่สมัครใจร่วมกิจกรรม จำนวน 159 คน

ขั้นที่ 3 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม พชต. ร้อยละ 30 จาก 135 ตำบล ได้กลุ่มตัวอย่าง 48 ตำบล เพื่อให้มีการกระจายและความครอบคลุมพื้นที่ ผู้วิจัยจึงเพิ่มพื้นที่เป้าหมายเป็น 52 ตำบล โดยศึกษาจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ที่สมัครใจร่วมกิจกรรม จำนวน 1,049 คน



2. กลุ่มตัวอย่าง 52 ตำบล จำนวน 1,049 คน อยู่ใน 9 อำเภอ และมีเพิ่มอำเภอห้วยผึ้ง เป็นอำเภอที่ 10 จำนวน 4 ตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิเคราะห์บทบาทและโครงสร้างในการดำเนินงาน ทรัพยากรในการดำเนินงานและกิจกรรมในการดำเนินงาน โดยการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม

2. เครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม แบ่งเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับจังหวัด และระดับอำเภอ

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบประเมินความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ⁽⁴⁾ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบวัดระดับความเข้มข้นต่อการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แบบวัดระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แบบวัดการปฏิบัติระดับความเข้าใจอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และแบบประเมินความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน	มาก	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน	น้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน		

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 แปลผล มากที่สุด	3.41–4.20 แปลผล มาก
2.61–3.40 แปลผล ปานกลาง	1.81–2.60 แปลผล น้อย
1.00–1.80 แปลผล น้อยที่สุด	

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการจัดประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้หาความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน มีค่าความตรงของเนื้อหา (Index of Item - Objective Congruence; IOC) ตั้งแต่ 0.69 – 1.00 ทดลองใช้เครื่องมือในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ไม่ใช่อำเภอเป้าหมายวิจัย จำนวน 35 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) แบบวัด แบบวัดระดับความเข้มข้นต่อการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 แบบวัดระดับการมีส่วนร่วม



ร่วมในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 แบบวัดการปฏิบัติระดับความเข้าใจอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และ แบบประเมินความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลศึกษาด้านการณ้ระดับการบริหารจัดการใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง กับความคิดเห็นแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้สถิติ F-test
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
3. การนำเสนอข้อมูล ใช้การนำเสนอเป็นตาราง และอภิปรายผล การสังเคราะห์ตีความ

ผลการวิจัย

ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ สรุปดังนี้

1. การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการกำหนดภารกิจ โครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่ และบูรณาการความร่วมมือการทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพ ลงสู่พื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ด้วยกลไกภายนอก คือ คณะกรรมการ พชอ. และกลไกภายใน คือ คปสอ. เชื่อมโยงเป็นระบบ มีการประชุม และสรุปรายงานการประชุม คณะกรรมการ พชอ. อย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี (รายไตรมาส) กำหนดประเด็นร่วม และจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต แบบบูรณาการ ตลอดจนกระบวนการติดตามประเมินผลแบบเชื่อมโยงเสริมพลัง

2. รูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถสรุปได้เป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

- 2.1 การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดำเนินการภายใต้การตัดสินใจของประธาน

- 2.2 การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดำเนินการโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกันตัดสินใจ

- 2.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของส่วนราชการ

- 2.4 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)



3. ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์
สรุปได้ดังนี้

3.1 ระดับความเข้มข้นต่อการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
อำเภอ (พชอ.) อยู่ในระดับมาก

3.2 ระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.) อยู่ในระดับมาก

3.3 ระดับการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
อยู่ในระดับมาก

3.4 ระดับความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พชอ.) อยู่ในระดับมาก

3.5 ความเข้มข้น การมีส่วนร่วม การปฏิบัติตาม และความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนว
ทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
โดยที่ อำเภอนามน มีความเข้มข้นต่อการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.) และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.) น้อยที่สุด อำเภอนามน และร่องคำ มีการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.) น้อยที่สุด

4. ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จังหวัดกาฬสินธุ์
สรุปได้ดังนี้

4.1 การปฏิบัติและระดับการมีส่วนร่วมในงานตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตระดับตำบล (พชต.) อยู่ในระดับมาก

4.2 การประเมินความเหมาะสมต่อการดำเนินงานในพื้นที่ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับตำบล (พชต.) อยู่ในระดับมาก

4.3 การเปรียบเทียบ การมีส่วนร่วม และความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ระหว่างอำเภอ พบว่า การมีส่วนร่วม และความเหมาะสมต่อการดำเนินงาน
ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ระหว่างอำเภอมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ อำเภอสหัสขันธ์และคอนจอนมีการปฏิบัติและระดับการมีส่วนร่วมในงานตาม
อำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และความเหมาะสมต่อการดำเนินงานใน
พื้นที่ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) น้อยที่สุด

4.4 การเปรียบเทียบการปฏิบัติและระดับการมีส่วนร่วมในงานตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิต และความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระหว่าง พชอ.



และพชต. พบว่า ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ พชอ. มีค่ามากกว่า พชต. ทั้งสองตัวแปร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ข้อเสนอเชิงกลยุทธ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2563 ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ที่ประกอบด้วยประเด็นยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 2) การบริการสุขภาพมีคุณภาพและเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) การบริหารส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) 4) การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยเพื่อให้มีกลไกขับเคลื่อนที่ชัดเจนจึงเสนอให้เพิ่ม 5) การจัดการระบบสุขภาพชุมชนเป็นเลิศ (Community Excellence) เข้ามาโดยขับเคลื่อนด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) มีเป้าประสงค์เพื่อให้ชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ด้วยวิถีชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยมีหลายประเด็นที่น่าสนใจสามารถนำมาอภิปรายผลเพิ่มเติมดังนี้

1. จากผลวิจัยที่พบว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการกำหนดภารกิจโครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่ และบูรณาการความร่วมมือการทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพ ลงสู่พื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เชื่อมโยงเป็นระบบ มีการประชุม และสรุปรายงานการประชุม คณะกรรมการ พชอ. อย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี (รายไตรมาส) กำหนดประเด็นร่วม และจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต แบบบูรณาการ ตลอดจนกระบวนการติดตามประเมินผลแบบเชื่อมโยงพลัง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุวพงศ์ กิติภัทย์พิบูลย์ (2560) ที่ศึกษาการลดความเหลื่อมล้ำการให้บริการทางสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีโครงสร้างของคณะกรรมการที่มาจากหลายภาคส่วนตามระเบียบกฎหมาย มีการสร้าง “น้ำพองโมเดล” เพื่อให้สามารถเข้าถึงประชาชนลดความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่ มีการบูรณาการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน มีการสร้างการมีส่วนร่วมให้ประชาชนในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายแนวทางพัฒนาและการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ มีความเหมาะสมและสามารถบูรณาการการทำงานได้อย่างราบรื่น เป็นรูปแบบในการขยายเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เต็มพื้นที่ลงไปในระดับตำบลทุกตำบล บูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน โดยมีคำสั่งอำเภอน้ำพองแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของฤทัย วรรณวินิจ (2560)⁽⁶⁾ ศึกษาวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และเสนอแนวทาง เพื่อการพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ศึกษากรณี อำเภอมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า โครงสร้างการบริหารจัดการที่มีนายอำเภอ เป็น



ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อยู่ในระดับมาก ระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อยู่ในระดับมาก ระดับความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อยู่ในระดับมาก และความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ อำเภอนามน มีความเข้มข้นต่อการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) น้อยที่สุด อำเภอนามนและร่องคำมีการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) น้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสมยศ ศรีจารณัย (2561)⁽⁷⁾ ศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า บทบาทของ พชอ. ภาพรวมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านกายและกายภาพ ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม อยู่ในระดับมาก ส่วนการลดความเหลื่อมล้ำและการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความคิด ปัญญา และวินัย อยู่ในระดับปานกลาง ผลของการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำสามารถทำนายผล ได้ร้อยละ 28.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.01) ทั้งนี้เป็นผลจากมติของที่ประชุมคณะกรรมการบริหารราชการแผ่นดินเชิงยุทธศาสตร์ เห็นชอบข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขให้เกิดผลใน 1 ปี 4 เดือน ประกอบด้วยการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการความร่วมมือสร้างความสำเร็จในการแก้ไข ปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนระดับพื้นที่ ส่งผลให้มีการส่งมอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ลงสู่ระดับพื้นที่ผ่านทั้งกระทรวงมหาดไทยช่องทางผู้ว่าราชการจังหวัด นายอำเภอ และช่องทางกระทรวงสาธารณสุข ในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

4. ข้อเสนอเชิงกลยุทธ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ เสนอให้มีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2563 ภายใต้วิสัยทัศน์ ประชาชนชนชาวกาฬสินธุ์ สุขภาพดี มีอายุยืนยาว ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ โดย 4 ประเด็นยุทธศาสตร์แรกเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (PP&P Excellence) 2) การบริการสุขภาพมีคุณภาพและเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) การบริหารส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) 4) การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยเพิ่มด้านที่ 5 การจัดการระบบสุขภาพชุมชนเป็นเลิศ (Community Excellence) ขับเคลื่อนด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีเป้าประสงค์เพื่อให้ชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ด้วยวิถีชุมชนต่อไป



ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุวพงศ์ กิติภัทย์พิบูลย์ (2560) ศึกษาการลดความเหลื่อมล้ำการให้บริการทางสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีกลไกการทำงานที่สนับสนุนการลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพของอำเภอในทุกๆ ด้าน ด้านโครงสร้างของคณะกรรมการที่มาจากหลายภาคส่วนตามระเบียบกฎหมาย มีการสร้าง “น้ำพองโมเดล” เพื่อให้สามารถเข้าถึงประชาชนลดความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่ มีการบูรณาการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน มีการสร้างการมีส่วนร่วมให้ประชาชนในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายแนวทางพัฒนาและการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ มีการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการที่เหมาะสม โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง วัฒนา นันทะเสน (2557)⁽⁹⁾ ศึกษาเรื่องการประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พบว่าในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ตามสภาพปัญหาบริบทในพื้นที่ทั้ง 13 อำเภอ พบว่าการกำหนดแผนงานโครงการบริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น โดยเน้นการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (CBL) ในการพัฒนาระบบสุขภาพ ภายใต้การ ดำเนินงานหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ (one district one project : ODOP) ที่ครอบคลุมทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเป็นผลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ใช้การบริหารเชิงยุทธศาสตร์แบบทั่วทั้งองค์กร เป็นเครื่องมือในการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติมาตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2553 ทำให้บุคลากรในสังกัดในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และประสบการณ์ ในการเป็นที่เล็งการดำเนินงานในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบว่า การปฏิบัติและระดับการมีส่วนร่วมตามอำนาจหน้าที่ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีค่ามากกว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ทั้งสองตัวแปร อย่างมีนัยสำคัญ จึงควรพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ควบคู่กับการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน Community Based Learning : CBL

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์พีระ อารีรัตน์ อธิบดีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ดร.สม นาสอาน อธิบดีหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ นักวิชาการ



สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานแผนงานและยุทธศาสตร์ระดับ คปสอ. ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือในการประสานงานกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ทุกอำเภอในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 28 มีนาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.tro.moph.go.th/acm/DHS_Book.pdf
2. กระทรวงมหาดไทย. (2561). การลดความเหลื่อมล้ำในการบริการสุขภาพ โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 28 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dsdw2016.dsdw.go.th/doc_pr/ndc_25602561/PDF/8580s/%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1.pdf
3. เดชรัต สุขกำเนิด. การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. วารสารสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ 2545; 10(2), 124.
4. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2546.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพอำเภอ. กรุงเทพฯ : โครงการพัฒนาองค์ความรู้ แนวคิดและจัดพิมพ์ผลงานการพัฒนากลไกสนับสนุนระบบสุขภาพระดับอำเภอมูลนิธิแพथ์ชนบท, 2557.
6. ฤทัย วรรณวินิจ. (2561). แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 28 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dsdw2016.dsdw.go.th/doc_pr/ndc_2560-2561/PDF/8503s/%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1.pdf
7. สมยศ ศรีจาระนัย. (2561). บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 28 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dsdw2016.dsdw.go.th/doc_pr/ndc_2560-2561/PDF/8549s/%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1.pdf
8. ชดากร ศิริคุณ และ วุฒิพงษ์ ภักดีกุล. 2557. “การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ System ระดับอำเภอ (District health : DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร”. ว.พัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2: 1-11.
9. วัฒนา นันทะเสน. การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 7(3) พฤศจิกายน 2557-กุมภาพันธ์ 2558:105-113.