



**ผลการประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์**
**THE RESULTS OF THE ASSESSMENT OF THE POTENTIAL DEVELOPMENT
PROCESS FOR THE DISTRICT-LEVEL QUALITY OF LIFE DEVELOPMENT
NETWORK OF KALASIN PROVINCE**

Received: December 22, 2022

Revised: April 20, 2023

Accepted: April 23, 2023

วรชาติ จำริญพัฒน์^{1*}

Worachat Jamroenpat^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลจากการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคคลแกนนำที่มีภาระงานสอดคล้องกับโครงการ จำนวน 90 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) อำเภอผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 100 2) ปัจจัยนำเข้า ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ครอบคลุมทั้ง 18 อำเภอ และกำหนดบทบาทการพัฒนาระบบบริการ 3) กระบวนการ มีคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพ, กำหนดเป้าหมายร่วมกัน, วิเคราะห์สภาพปัญหา, จัดทำแผนแก้ไขปัญหาสำคัญ, ค้นหาแนวทางป้องกัน, พัฒนาศักยภาพบุคลากร, ติดตามประเมินผล, สรุปผลงาน และกำกับติดตามประเมินผล 4) ผลลัพธ์ ประชาชนกลุ่มเปราะบางที่มุ่งเน้นสำคัญได้รับการดูแลมากที่สุดได้แก่ กลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 96.78 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ร้อยละ 1.53, 1.13 และ 0.56 ตามลำดับ ปัจจัยความสำเร็จ คือ การบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างมีคุณค่า และพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ ควรมีกระบวนการถอดบทเรียน ส่งเสริมการพัฒนาต้นแบบการบูรณาการ และพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ในการจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน

คำสำคัญ: ผลการประเมิน, การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Kalasin Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: Worachat.j@hotmail.com



Abstract

This research aims to assess the process of developing the potential of the quality of life development network at the district level of Kalasin Province. Collect data from observations in-depth interview and focus group discussions from October 2021 to September 2022. The sample group consisted of 90 leaders with workload consistent with the project. Quantitative data analysis was performed with descriptive statistics including frequency, percentage and qualitative by content analysis.

The results of the research showed that 1) the district passed the criteria for quality life quality development 100%. 2) Import Factors Receive budget support to drive the quality of life at the district level covering all 18 districts and determine the role of service system development. 3) Process There is a health system development committee, set common goals, analyze the condition of the problem, make a plan to solve important problems, find ways to prevent, develop personnel potential, follow up, evaluate, summarize results and supervise, follow up, evaluate 4) Outcome Vulnerable people who are most focused on receiving the most care are 96.78 percent of those affected by COVID-19 infection, followed by the elderly, the disabled and patients receiving intermediate care for 1.53, 1.13 and 0.56 percent, respectively. The success factor is valuable integration with network partners and continuous quality development.

Suggestions: There should be a process for removing lessons. Promote the development of integration prototypes and develop people to have knowledge in managing their own, family and community health.

Keyword: Results of the Assessment, District-level Quality of Life Development



บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา 55 และมาตรา 258 ข. (5) บัญญัติให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศ โดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม 2562 เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เชื่อมโยงในระดับครอบครัว ชุมชน ตั้งแต่ก่อนป่วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ส่งเสริมให้ประชาชนและครอบครัว สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ และช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการจากการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 มีเจตนารมณ์เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์และเป้าหมายอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำ และเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป โดยได้กำหนดให้ทุกอำเภอของทุกจังหวัดเว้นแต่กรุงเทพมหานคร มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วย ผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน และผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงานดังกล่าว โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน⁽²⁾ ทั้งนี้ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ หมายถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพื้นที่ ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561⁽¹⁾ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครอบคลุมทุกอำเภอ พ.ศ. 2562 มีการดำเนินการพัฒนาแบบบูรณาการ โดยผู้ว่าราชการจังหวัด มีแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของจังหวัดกาฬสินธุ์ตามโครงการกาฬสินธุ์ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (Kalasin Happiness Model) โดยกำหนดเป็นประเด็นร่วมที่ทุกอำเภอต้องดำเนินการ แบบบูรณาการในพื้นที่ ปี 2562 จังหวัดกาฬสินธุ์ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด วาระจังหวัดการขับเคลื่อน ในประเด็น 1) กาฬสินธุ์ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง กลุ่มเด็ก/ผู้พิการ/สูงอายุ/ด้อยโอกาส ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส จำนวน 11 อำเภอ 2) อาหารปลอดภัย จำนวน 9 อำเภอ 3) อุบัติเหตุทางถนน จำนวน 8 อำเภอ 4) สิ่งแวดล้อม/ขยะ จำนวน 8 อำเภอ



และประเด็นปัญหาอื่นๆ ตามบริบทพื้นที่ ต่อเนื่องในปี 2563 ในปี 2564 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในแต่ละอำเภอ ได้มีการประชุมเพื่อพิจารณาประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ และได้ประเด็นปัญหาของพื้นที่และมีวาระของจังหวัด จำนวน 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การดูแลผู้สูงอายุ 2) ดูแลกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยเรื้อรัง (DM, HT) แต่ละอำเภอ ได้ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และได้พิจารณาคัดเลือกประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ 5 อันดับแรก ดังนี้ 1) อุบัติเหตุ ร้อยละ 22 2) NCDs ร้อยละ 15 3) การดูแลกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ พระสงฆ์ ร้อยละ 15 4) ยาเสพติด ร้อยละ 11 5) ขยะและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 11 ปี 2565 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในแต่ละอำเภอ ได้มีการประชุมเพื่อพิจารณาประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ และได้ประเด็นปัญหาของพื้นที่รวมทั้งมีวาระของจังหวัด จำนวน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (D-RTI) 2) การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 3) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE แต่ละอำเภอ ได้ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และได้พิจารณาคัดเลือกประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ 5 อันดับแรก ดังนี้ 1) การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (D-RTI) ร้อยละ 29 2) การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ร้อยละ 17 3) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ร้อยละ 17 4) ขยะและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 7 5) แม่และเด็ก ร้อยละ 6 แนวคิดของการพัฒนาสมรรถนะของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย

1. สมรรถนะหลัก (Core competencies) หมายถึง สมรรถนะที่สะท้อนให้เห็นถึง ความเป็นมืออาชีพของผู้ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ มี 6 ประการ ประกอบด้วย การควบคุมตัวเอง การมีวิสัยทัศน์ การวางแผน การนำการเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีม การใช้เครื่องมือการบริหารจัดการ เช่น กลไกการเงิน, การใช้ข้อมูลทางสุขภาพ, การสร้างทีม และการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมทั้งแนวราบ (ภายในสถานบริการ) และแนวดิ่ง (โรงพยาบาล-สถานบริการปฐมภูมิ ในชุมชน-ผู้ให้บริการที่เป็นสมาชิก ในชุมชน-และสมาชิกในครอบครัว), การมีส่วนร่วมของชุมชน, การดำเนินการบนพื้นฐานของการร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เป็นต้น⁽⁹⁾

2 สมรรถนะเงา (Shadow competencies) หมายถึง สมรรถนะที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ (ติดตามต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการพัฒนา โดย ติดตามเหมือนเงาตามตัว) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะการมีชีวิต (Intangible Software) ของระบบสุขภาพอำเภอ มี 4 ประการ ประกอบด้วย คุณค่า ความสัมพันธ์ การสื่อสาร อำนาจ เป็นต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์



กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) ของ Daniel L. Stufflebeam ที่มีชื่อว่า CIPP Model (2003)⁽³⁾ ซึ่งเป็นแนวทางในการประเมินโครงการที่ครอบคลุมการประเมินทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) 2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) 3) การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) และ 4) การประเมินด้านผลลัพธ์ (Product Evaluation)⁽⁴⁾ โดยมีกรอบแนวคิดของเนื้อหาในประเด็นที่ศึกษาประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดกาฬสินธุ์ตามองค์ประกอบ UCCARE⁽⁵⁾ (U = Unity Team การทำงานเป็นทีม, C = Customer Focus การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย และประชาชน, C = Community Participation การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี, A = Appreciation การชื่นชมและให้คุณค่า, การเชื่อมเสริมพลัง, R = Resource Sharing and Human Development การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร, E = Essential Care) 2) การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3) การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว⁽⁶⁾ และ 4) การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ผ่านตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน รพ.สต.คิดดาว ระดับ 5

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) ของ Daniel L. Stufflebeam ที่มีชื่อว่า CIPP Model (2003)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พื้นที่ที่ศึกษาครอบคลุมอำเภอทั้งหมดในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 18 อำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 156 แห่ง
2. ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทย หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐาน และระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด, สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 18 คน , คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย ประธาน เลขา ผู้ช่วยเลขาทั้ง สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และบุคคลแกนนำที่มีภาระงานสอดคล้องกับโครงการ ทั้ง 18 อำเภอ จำนวน 90 คน และ



ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 54 คน คัดเลือกจากผู้ที่มีบทบาท และภาระงานที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เกณฑ์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิตามองค์ประกอบ UCCARE
2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสรุปรายงานความก้าวหน้าโครงการ

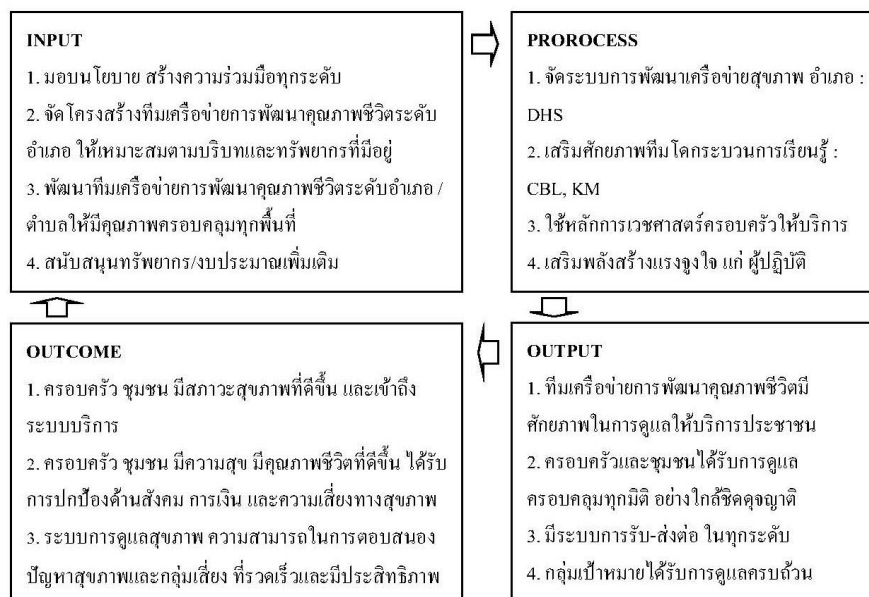
การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2564 ถึงเดือน กันยายน 2565 จากการสังเกต (Observation), การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview), การจัดกลุ่มสนทนา (Focus Group) และการรับฟังการนำเสนอผลการดำเนินงาน (To Listen to the Presentation) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยผู้วิจัยได้นำรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model)⁽⁷⁾ เพื่อประเมินกระบวนการ 4 ด้าน คือ บริบททางสังคม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ รวมทั้งข้อเสนอแนะปัญหาอุปสรรค การปรับปรุงกระบวนการ และโอกาสการพัฒนาในปีต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC46/2565 ลงวันที่ 23 กันยายน 2565 เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย





การประเมินผลกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์ ตามรูปแบบซิปป์ (CIPP Model) พบว่า

1. ด้านบริบททางสังคม (Context Evaluation) การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อพัฒนานวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ด้วยกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 18 อำเภอ โดยใช้หลัก “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561⁽¹⁾ คือ 1) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นปัจจุบันครบทุกอำเภอ ร้อยละ 100 2) มีผลการประเมินตนเองผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 100 และรายงานผลการประเมินเพื่อวางแผนพัฒนาร่วมกับจังหวัด 3) มีการกำหนดแผนและเป้าหมายในการดูแลกลุ่มเปราะบาง ครบทุกอำเภอ ร้อยละ 100 4) มีการประชุมเพื่อพิจารณาประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ จำนวน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (D-RTI) 2) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE และ 3) การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนำประเด็นมาขับเคลื่อนสูงสุด 5 อันดับ คือ 1) การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (D-RTI) ร้อยละ 88.89 2) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ร้อยละ 50.00 3) การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 22.22 4) อาหารปลอดภัย และผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากไร้ ไม่มีใครไร้ข้างหลัง ร้อยละ 22.22 และ 5) อนามัยสิ่งแวดล้อม/การจัดการขยะ ร้อยละ 5.56 โดยมี 3 มาตรการที่สำคัญคือ มาตรการที่ 1 สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ, มาตรการที่ 2 พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม และมาตรการที่ 3 เสริมสร้างศักยภาพ พชอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน การประเมินผ่านโปรแกรมการกำกับติดตามผลงาน CL UCCARE (Collective Learning UCCARE)

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ขับเคลื่อนตามประเด็นปัญหาของพื้นที่อย่างน้อย 2 ประเด็น/อำเภอ ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตที่ 1/2565 จำนวน 180,000 บาท (อำเภอละ 10,000 บาท) และจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผ่านสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ จัดสรรตามจำนวนอำเภอ จำนวนเงิน 1,386,000 บาท โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับอำเภอๆ ละ 60,000 บาท เป็นเงิน 1,080,000 บาท โดยกำหนดให้มีการประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ปัญหา ประเด็นการพัฒนา ค้นหาแนวทางป้องกัน และแก้ไขปัญหาร่วมกันเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทในพื้นที่ และกำหนดให้มีการรับฟังความเห็นต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม



ของทุกภาคส่วน 2) ระดับจังหวัด จำนวนเงิน 17,000 บาท/อำเภอ เป็นเงิน 306,000 บาท โดยมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย

- สมรรถนะหลัก (Core Competencies) หมายถึง สมรรถนะที่สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นมืออาชีพของผู้ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ มี 6 ประการ ประกอบด้วย การควบคุมตัวเอง การมีวิสัยทัศน์ การวางแผน การนำการเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีม การใช้เครื่องมือการบริหารจัดการ เช่น กลไกการเงิน, การใช้ข้อมูลทางสุขภาพ, การสร้างทีม และการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ทั้งแนวราบ (ภายในสถานบริการ) และแนวดิ่ง (โรงพยาบาล-สถานบริการปฐมภูมิในชุมชน-ผู้ให้บริการที่เป็นสมาชิก ในชุมชน-และสมาชิกในครอบครัว), การมีส่วนร่วมของชุมชน, การดำเนินการบนพื้นฐานของการร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เป็นต้น

- สมรรถนะเงา (Shadow competencies) หมายถึง สมรรถนะที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁴⁾ จากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ (ติดตามต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการพัฒนา โดยติดตามเหมือนเงาตามตัว) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะการมีชีวิต (Intangible Software) ของระบบสุขภาพอำเภอ มี 4 ประการ ประกอบด้วย คุณค่า ความสัมพันธ์ การสื่อสาร อำนาจ เป็นต้น และติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางของ UCCARE และดำเนินการเชื่อมเสริมพลัง นิเทศติดตามประเมินผลจากทีมระดับจังหวัด และมีการกำหนดบทบาท พชอ. กับพัฒนาระบบบริการ ได้แก่ 1) กำหนดเป้าหมาย 2) ขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการ 3) สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ 4) เสนอแนะและให้คำปรึกษา 5) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน 6) ประสานหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน 7) ปฏิบัติการอื่นตามที่คณะกรรมการหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย สอดคล้องกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561

3. ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) จังหวัดกาฬสินธุ์ได้ดำเนินการ 1) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระบบบริการปฐมภูมิ 2) ประชุมชี้แจงนโยบายสร้างความเข้าใจเป้าหมายร่วมกัน และกำหนดบทบาทระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายในประเด็นที่เกี่ยวข้อง 3) วิเคราะห์ปัญหา ประเด็นพัฒนา กลุ่มเป้าหมาย จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญ ค้นหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาพร้อมกันแบบองค์รวม 4) พัฒนาศักยภาพ 3 หมอ หมอคนที่ 1 คือ อสม.หมอประจำบ้าน, หมอคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุข โดยพัฒนาหมอสาธารณสุขให้เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน และหมอคนที่ 3 คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Physician) ผู้ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม⁽⁸⁾ เป็นแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ 1) หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor 2) หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว”



พ.ศ. 2562⁽²⁾ 5) ติดตามสรุปประเมินผล เสริมพลังใจในการทำงานและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 6) วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น 7) กำกับติดตามการประเมินผลการดำเนินงานในโครงการต่างๆ เพื่อให้ทราบผลการดำเนินงานและนำมาปรับปรุงระบบงานให้มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด 8) จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติ เอกสารวิชาการ สื่อศึกษาประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ สามารถดูแลป้องกันตนเอง จากโรคและภัยสุขภาพ 9) วิเคราะห์ข้อมูลที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุข เพื่อวางแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มีสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน สังเคราะห์ให้เป็นภาพรวมเพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ แก้ไขปรับปรุงระบบงานสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

4. ด้านผลลัพธ์ (Product Evaluation)

การประเมินผลลัพธ์ เป็นการประเมินแบบย้อนรอย ความพร้อมของด้านต่างๆ ดังนี้

1. มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล กำหนดบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการอนุกรรมการ ตามบทบาทหน้าที่ของส่วนราชการ ครอบคลุม 18 อำเภอ ร้อยละ 100
2. แผนงาน โครงการรองรับการขับเคลื่อนการพัฒนาเครือข่ายคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครอบคลุมทุกอำเภอ ร้อยละ 100 พบว่า มีจำนวน 52 โครงการ โดยประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย 3 เรื่องที่มีการดำเนินการต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (D-RTI) 2) การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และ 3) การป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด TO BE NUMBER ONE การดูแลช่วยเหลือประชาชนที่เข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ (กลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19) สอดคล้องกับวาระการพัฒนา ระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่
3. แหล่งงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจาก กระทรวงสาธารณสุข อำเภอละ 10,000 บาท และจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ อำเภอละ 60,000 บาท
4. การเปรียบเทียบผลการประเมิน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รอบที่ 1 กับ รอบที่ 2 พบว่า ผลการประเมินตนเอง รายประเด็น UCCARE รอบที่ 1 มีแนวทางที่ชัดเจนและเริ่มดำเนินการ รอบที่ 2 มีการทบทวน ประเมินผล และปรับปรุง มีการเรียนรู้เพื่อปรับการพัฒนาให้ดีขึ้น
5. กลุ่มเปราะบางได้รับการดูแลที่ระบุตามประเด็น พชอ. ทั้งหมด 41,975 คน ดังนี้ ผู้สูงอายุ (ผู้ป่วยติดเตียง) จำนวน 644 คน, ผู้พิการ จำนวน 476 คน, ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ระยะกลาง (Intermediate Care) จำนวน 233 คน, ผู้ได้รับผลกระทบ COVID-19 จำนวน 40,622 คน

สรุปผลการวิจัย

1. ด้านบริบททางสังคม (Context Evaluation) การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อพัฒนานวัตกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ด้วยกลไกของคณะกรรมการพัฒนา



คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 18 อำเภอ โดยใช้หลัก “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561⁽¹⁾ คือ 1) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นปัจจุบันครบทุกอำเภอ ร้อยละ 100 2) มีผลการประเมินตนเองผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 100 และรายงานผลการประเมินเพื่อวางแผนพัฒนา ร่วมกับจังหวัด 3) มีการกำหนดแผนและเป้าหมายในการดูแลกลุ่มเปราะบาง ครบทุกอำเภอ 4) มีการประชุมเพื่อพิจารณาประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ จำนวน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (D-RTI) 2) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE และ 3) การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำประเด็นมาขับเคลื่อนสูงสุด 5 อันดับ คือ 1) การป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (D-RTI) ร้อยละ 88.89 2) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ร้อยละ 50.00 3) การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 22.22 4) อาหารปลอดภัย และผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากไร้ ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ร้อยละ 22.22 และ 5) อนามัยสิ่งแวดล้อม/การจัดการขยะ ร้อยละ 5.56 โดยมี 3 มาตรการที่สำคัญคือ มาตรการที่ 1 สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ, มาตรการที่ 2 พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม และมาตรการที่ 3 เสริมสร้างศักยภาพ พชอ. อย่างมั่นคง และยั่งยืน การประเมินผ่านโปรแกรมการกำกับติดตามผลงาน CL UCCARE (Collective Learning UCCARE)

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) จังหวัดกาฬสินธุ์ได้ขับเคลื่อนและพัฒนาแก้ไขปัญหาดังตามประเด็นปัญหาของพื้นที่ในแต่ละอำเภออย่างน้อย 2 ประเด็น/อำเภอ ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกำหนดบทบาท พชอ. กับการพัฒนาระบบบริการ และบทบาทในการบริหารจัดการในสถานการณ์โควิด 19

3. ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) จังหวัดกาฬสินธุ์ได้ดำเนินการ 1) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระบบบริการปฐมภูมิจังหวัดกาฬสินธุ์ 2) ประชุมชี้แจงนโยบายสร้างความเข้าใจเป้าหมายร่วมกัน กำหนดบทบาทการทำงานระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายในประเด็นที่เกี่ยวข้อง 3) วิเคราะห์ปัญหา ประเด็นพัฒนา กลุ่มเป้าหมาย จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญ ค้นหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาร่วมกันแบบองค์รวม 4) พัฒนาศักยภาพผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลง 5) วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติงานและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น 6) กำกับดูแลและติดตามประเมินผลการดำเนินงานในโครงการ 7) จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติ เอกสารวิชาการ สื่อศึกษาประชาสัมพันธ์ 8) วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุขในการวางแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มีสภาพปัญหาที่แตกต่างกันเพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ แก้ไขปรับปรุงระบบงานสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น และ



9) การประเมินผลการดำเนินงาน และเก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Collective Learning UCCARE : CL UCCARE

4. ด้านผลลัพธ์ (Product Evaluation) ผลการประเมินผลลัพธ์ เป็นการประเมินแบบย้อนรอย ความพร้อมของด้านต่างๆ ในโครงการ พบว่า การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล กำหนดบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการ อนุกรรมการ ตามบทบาทหน้าที่ของส่วนราชการ มีแผนงานโครงการรองรับการขับเคลื่อนการพัฒนา เครือข่ายคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครอบคลุมทุกอำเภอ กำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 3 เรื่อง ที่มีการดำเนินการต่อเนื่อง การดูแลช่วยเหลือประชาชนที่เข้าไม่ถึงระบบบริการ สุขภาพ (กลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19) สอดคล้องกับวาระ การพัฒนาระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ แหล่งงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน กระทรวงสาธารณสุขอำเภอละ 10,000 บาท จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ อำเภอละ 60,000 บาท ผลการประเมินคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รอบที่ 1 กับ รอบที่ 2 พบว่า ผลการประเมินตนเอง รายประเด็น UCCARE รอบที่ 1 มีแนวทางที่ชัดเจนและเริ่มดำเนินการ รอบที่ 2 มีการทบทวน ประเมินผล และปรับปรุง มีการเรียนรู้เพื่อปรับการพัฒนาให้ดีขึ้น กลุ่มเปราะบางได้รับการดูแลที่ระบุตามประเด็น พขอ. ทั้งหมด 41,975 คน ดังนี้ ผู้สูงอายุ (ผู้ป่วยติดเตียง) จำนวน 644 คน, ผู้พิการ จำนวน 476 คน, ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ระยะกลาง (Intermediate Care) จำนวน 233 คน และผู้ได้รับผลกระทบ COVID-19 จำนวน 40,622 คน

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัย พบว่า ผลการประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับดี โดยมีการทบทวน ประเมินผล ปรับปรุง ข้อมูลจริง และมีการเรียนรู้เพื่อปรับการพัฒนาให้ดีขึ้น ผล UCCARE พบว่า 1) Unity Team เท่ากับ ระดับ 5 2) Customer Focus เท่ากับ ระดับ 5 3) Community Participation เท่ากับ ระดับ 4 4) Appreciation เท่ากับ ระดับ 4 5) Resource Sharing and Human Development เท่ากับ ระดับ 4 และ 6) Essential care เท่ากับ ระดับ 5 (ระดับ 1-5 หมายถึง ระดับ 1 มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอน เป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร) ระดับ 2 มีการขยาย การดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม ระดับ 3 ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่ อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่ อย่างไร



และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่ อย่างไร) ระดับ 4 มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น (การเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่ อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่ อย่างไร และมีการนำ บทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่ อย่างไร) ระดับ 5 มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักของ องค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร สอดคล้องกับ กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ซึ่งผลการ ประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์ การประเมินบริบท การประเมินปัจจัยเบื้องต้น การประเมินกระบวนการ และการประเมินผลลัพธ์ สอดคล้องกับ แนวคิด ทฤษฎี ของสตัฟเฟิล บีม (CIPP Model)⁽⁷⁾ เพื่อประโยชน์ต่อการบริหารจัดการ แบบองค์รวมที่เหมาะสมที่สุด ทั้งนี้ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครอบคลุมทุกอำเภอ มีการดำเนินงานการพัฒนาแบบบูรณาการ โดยผู้ว่าราชการจังหวัด มีแนวทาง การพัฒนาคุณภาพชีวิตของจังหวัดกาฬสินธุ์⁽¹²⁾ ตามโครงการกาฬสินธุ์ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (Kalasin Happiness Model) โดยกำหนดเป็นประเด็นร่วมที่ทุกอำเภอต้องดำเนินการแบบบูรณาการในพื้นที่ ๖ าระจังหวัดการขับเคลื่อน ในประเด็น กาฬสินธุ์ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง กลุ่มเด็ก/ผู้พิการ/สูงอายุ/ ด้อยโอกาส ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส อาหารปลอดภัย อุบัติเหตุทางถนน สิ่งแวดล้อม/ขยะ และประเด็นปัญหาอื่นๆ ตามบริบทพื้นที่ สอดคล้องกับ การศึกษาของ ดร.ธงชัย ปัญญรัตน์ ศึกษา ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)⁽¹³⁾ ส่วนการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพในการดำเนินงานเพื่อสนับสนุน “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.)” และการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่ สอดคล้องกับ การศึกษาของ นพ.อดุลย์ บำรุง ศึกษาข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิต (พชอ.)⁽¹¹⁾ พื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ผลการประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการศึกษาในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังนั้น

1. ควรมีกระบวนการถอดบทเรียนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการจัดบริการสุขภาพ ปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจ วินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และสนับสนุนให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ และเพียงพอต่อการให้บริการ



2. ควรมีการพัฒนาต้นแบบการบูรณาการงานคุณภาพปฐมภูมิ⁽¹⁰⁾ ระหว่าง พชอ., PCU/NPCU, รพ.สต.ติดดาว และหมอ 3 คน ที่เชื่อมโยงเป็นระบบ โดยการผลักดันการบูรณาการงาน การใช้งบประมาณร่วมกัน และการประสานความร่วมมือด้านการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการเป็นเจ้าของร่วมกัน เพื่อจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

3. ส่งเสริมและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มีศักยภาพ มีความรอบรู้ในการจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงสามารถจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมได้ (Social Determinants of Health)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์อภิชัย ภิमानนท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ นายประสิทธิ์ สงกันหา นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการวิชาการ) ดร.สุภัทรา สามัง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) ดร.จักราวุฒิ วงษ์ภักดี และ ดร.คงฤทธิ วันจรรณู นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่อำนวยความสะดวกในการขับเคลื่อนโครงการ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ที่ได้ให้คำแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินโครงการให้บรรลุผลสำเร็จด้วยดี และขอขอบคุณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคน ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ร่วมดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง

เอกสารอ้างอิง

1. ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ. รายงานกรณีศึกษา การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ. แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. Stufflebeam, Daniel L. Educational Evaluation and decision Making. Illinois : F. E. Peacock Publishing; 1971.
4. กาญจนา วัฒนสุนทร. การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP ของสตีฟเฟิลบีมในการประเมินโครงการทางการศึกษา. สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2551.



5. สุพัตรา ศรีวนิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, บำรุง ชลเดช, พุกษา บุญญ. สถานการณ์การพัฒนา
ระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2547-2558. นนทบุรี: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ชุมชน (มสพช.); 2558.
6. โสภณ เมฆธน. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี:
กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
7. ส่วนประเมินผล สนผ. การประเมินผลโครงการแบบซิปโมเดล (CIPP Model). [อินเทอร์เน็ต].
[สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://hq.prd.go.th>.
8. สมยศ ศรีจารนัย และคณะ. วิจัยประเมินผลการดำเนินงาน ตามนโยบายทีมหมอครอบครัว.
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2561.
9. ศรีสอางค์ วรรณกุล ถาวรล่อคา. รูปแบบเชิงหุ้นส่วนในการจัดบริการสุขภาพคลินิกหมอ
ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ. จังหวัดลำปาง; 2543.
10. สมพร เจือจันทิก. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับพื้นที่ (พชอ.) ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการ จังหวัด
หนองคาย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2563.
11. อุดลย์ บำรุง. ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.).
วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2562.
12. เกษมสุข กันชัยภูมิ. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019
(COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ.
วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2565.
13. ธงชัย ปัญญรัตน์. ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 เดือน
พฤษภาคม-สิงหาคม 2565.
14. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ การจัดการเรียน เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการ ระบบสุขภาพอำเภอ
(District Health System Management Learning: DHML) เลขมาตรฐานประจำ หนังสือ : ISBN:
978-616-7859-12-5 พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พิมพ์ที่ : APPA Printing Group CO.,LTD. 42/79 หมู่ 5 อาคารอดิสร ช.ศิริชัย ถ.พุทธมณฑล
สาย 5 ต.อ้อมน้อย อ.กระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร 74130 Tel: 0-2813-4741-43 Fax: 0-2813-5855
Office Tel: 0-2954-2774 Fax: 0-2953-9391