การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565

อุดม บุบผาทาเต[1], สงัด เชื้อลิ้นฟ้า[2], รัชนีวิภา จิตรากุล[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงประเมินผลครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 13 อำเภอๆ ละ 21 คน รวมทั้งหมด 273 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบตรวจสอบ แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัย พบว่า ผลการประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการเพื่อดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ส่วนผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภาพรวมระดับจังหวัดมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมายของตัวชี้วัด ร้อยละ 91.59 และพบว่าอำเภอแกดำมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดมากที่สุด ร้อยละ 97.20 ส่วนปัญหาการดำเนินงาน พบว่า 1) ความร่วมมือจากประชาชนในระดับครัวเรือน และระดับบุคคลยังไม่เพียงพอ 2) กรอบระยะเวลาในการปฏิบัติงานในระดับอำเภอ-ตำบล-หมู่บ้านมีระยะสั้น 3) ประสิทธิภาพในการกำกับและติดตามผลการดำเนินงานยังไม่มีประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ : การประเมินผล, การพัฒนาคุณภาพชีวิต, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

---

[1] รก. นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

[2] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

[3] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Corresponding Author; สงัด เชื้อลิ้นฟ้า, Email: sangudchua@yahoo.com

Received: June 12, 2023; Revised July 3, 2022; Accepted July 3, 2023

Evaluation of the Quality–of–Life Development of the District Health Boards in Maha Sarakham Province in 2022

Udom Bubphatate[1], Sangud Chualinfa[2], Rutchaneevipa Jitrakul[3]

Abstract

The evaluation is aimed at evaluating the context, input factors, process and output of quality-of-life development by the District Health Boards (DHBs) in Maha Sarakham Province. In fiscal year 2022, the key informants were used a total of 273 DHB committees across the 13 districts with 21 people in each district. The research tools included a performance check form, a questionnaire, and an interview guide. Data were analyzed by descriptive statistics. Research results showed that contextual assessments, input factors and processes to improve quality-of-life were high. Prefectural quality improvement evaluation achieved 91.59%. And found that 97.20% of the respondents in Kae Dam district achieved the highest performance through measurement targets. The problem was 1) an insufficient level of cooperation from households and individuals of the target group; 2) short-term working periods were observed for the district, subdistrict, and village levels; 3) insufficient supervision and monitoring at the district, subdistrict, and village levels; and 4) insufficient integration of operations at the district level.

Key words: Evaluation, Quality-of-Life Development, District Health Boards

---

[1] Acting as Public Health Technical Officer, Expert Level (Academic Services). Maha Sarakham Provincial Public Health Office

[2] Plan and Policy Analyst, Senior Professional Level. Maha Sarakham Provincial Public Health Office

[3] Public Health technical Officer, Professional Level. Maha Sarakham Provincial Public Health Office

บทนำ (Introduction)

การพัฒนาชีวิตหรืออีกมิติหนึ่ง คือ การ "บำบัดทุกข์ บำรุงสุข" เป็นอุดมการณ์และเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีนายอำเภอเป็นผู้นำ[1] การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2558 โดยมีนายอำเภอและส่วนราชการอื่น ๆ มาช่วยกันหลายๆ ฝ่ายในการช่วยกันดูแลคุณภาพชีวิตประชาชน[1] การพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชน โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นผู้ขับเคลื่อนด้วยการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในแต่ละอำเภอ โดยใช้พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง[2] คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาประเทศ มีความร่วมมือกันระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ รวมถึงภาคเอกชนภาคประชาชนภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ[2] ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ได้กำหนดให้ พชอ. มีอำนาจหน้าที่ที่สำคัญ 7 ข้อ[3] ระเบียบนี้เปรียบเสมือนเข็มทิศในการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ระดับอำเภอ ซึ่งปลายทางแห่งความสำเร็จคือการบำบัดทุกข์ บำรุงสุข สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน[4]

การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของจังหวัดมหาสารคาม เป็นหนึ่งในสี่ของประเด็นการพัฒนาจังหวัดตามแผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคามตั้งแต่ปี 2564 ที่กำหนดไว้ในประเด็นการพัฒนาที่ 4 ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน สู่สังคมมีสุข ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อเชิดชูปกป้องสถาบันสำคัญของชาติ (2) เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินและ (3) เพื่อส่งเสริมสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่[5] และได้กำหนดนิยามของคุณภาพชีวิตในแผนพัฒนาจังหวัดครอบคลุมองค์ประกอบ 7 ด้าน คือ (1) ด้านสุขภาพอนามัยและโภชนาการ (2) ด้านการศึกษา (3) ด้านชีวิตการทำงาน (4) ด้านชีวิตครอบครัว (5) ด้านการเติบโตทางเศรษฐกิจ ความยากจน การกระจายรายได้และสวัสดิการ (6) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และ (7) ด้านประชารัฐ[6] ประกอบกับคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (ระดับชาติ) ได้มีมติเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2564 ให้จังหวัดแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัดได้ เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานร่วมกันในภาพจังหวัดและกำกับติดตามการดำเนินงาน พชอ. ให้บรรลุเป้าหมายประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยในปี 2565 จังหวัดมหาสารคามได้มีคำสั่งจังหวัดมหาสารคาม ที่ 3513/2564 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม (พชจ.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดแบบบูรณาการโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน[6]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามในฐานะเลขานุการของคณะกรรมการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาที่ 4 ของแผนพัฒนาจังหวัดและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม (พชจ.) จำเป็นต้องขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดมหาสารคามให้ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 7 องค์ประกอบ ภายใต้หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและในระดับอำเภอ โดยมีคณะกรรมการ พชจ. และคณะกรรมการ พชอ.โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม (พชจ.) ได้ประกาศเป็นนโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ตามมติวันที่ 8 มีนาคม 2565 โดยมีประเด็นการพัฒนาหลัก จำนวน 3 ประเด็น (1) การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (2) คนมหาสารคามทุกช่วงวัยคุณภาพชีวิตดี (3) มหาสารคามเมืองน่าอยู่ (เมืองปลอดภัย เมืองสะอาด เมืองสีเขียวและเมืองแห่งพลังความดี)[6] ซึ่งการประเมินผลการดำเนินงานในรอบปีเทียบเป้าหมายที่กำหนด เพื่อประเมินผลสำเร็จและกำหนดแนวทางที่จะยกระดับการดำเนินงานในปีถัดไปของระดับอำเภอและในระดับภาพรวมทั้งจังหวัดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงได้ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565 นี้ขึ้น

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงประเมินผลโดยใช้กรอบของ CIPP model ของ Stufflebeam (1971)[7] ซึ่งเป็นการประเมินภาพรวมของโครงการ ตั้งแต่บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต (Context, Input, Process and Product) โดยจะใช้วิธีการสร้างเกณฑ์และประสิทธิภาพของโครงการ ทั้งภาพรวมหรือรายปัจจัยเป็นสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 13 อำเภอ ๆ ละ 21 คน รวมทั้งหมด 273 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบกำหนดเกณฑ์ (เลือกมาทั้งหมดของประชากร) และการสัมภาษณ์เชิงลึก[8] เลือกเฉพาะเจาะจงในบุคคลให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) คือ กลุ่มผู้บริหาร (นายอำเภอ/ สาธารณสุขอำเภอ/

หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอที่แต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ พชอ.) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ/ ตัวแทนคณะกรรมการ พชอ. ที่ไม่ใช่หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ)

เครื่องมือ (1) แบบตรวจสอบผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของ พชอ. ปีงบประมาณ 2565 (2) แบบสอบถามความพร้อมด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการเพื่อดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของ พชอ. ในจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565 ในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 13 อำเภอ ๆ ละ 21 คน รวมทั้งหมด 273 คน ซึ่งมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และ (3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก[8] ปัญหาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของ พชอ. ปีงบประมาณ 2565 และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตในปีงบประมาณ 2566 โดยเก็บข้อมูลในบุคคลผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) คือ กลุ่มผู้บริหาร (นายอำเภอ/ สาธารณสุขอำเภอ/ หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอที่แต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ พชอ.) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ/ ตัวแทนคณะกรรมการ พชอ.ที่ไม่ใช่หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาสรุปเรียบเรียงและจัดหมวดหมู่[8]

ผลการวิจัย (Result)

1. ผลการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565 ด้านบริบท (ความสอดคล้องและความครบถ้วนของประเด็นดำเนินการและตัวชี้วัดของ พชอ.และการเตรียมองค์กรของ พชอ.) ด้านปัจจัยนำเข้า (การเตรียมบุคลากรของ พชอ.) และด้านกระบวนการเพื่อดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565 (การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติระหว่าง พชอ.กับ พชต. การถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติของ พชอ. และการนิเทศการควบคุมกำกับการดำเนินงานของ พชอ.) โดยทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับสูง

1.1 ผลการประเมินบริบท พบว่าจังหวัดมหาสารคามได้ประกาศนโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565 ตามมติ พชจ.เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2565 โดยมีประเด็นการพัฒนาหลัก จำนวน 3 ประเด็น คือ (1) การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ จำนวน 5 เป้าประสงค์ 35 ตัวชี้วัด (2) คนมหาสารคามทุกช่วงวัยคุณภาพชีวิตดี จำนวน 5 เป้าประสงค์ 85 ตัวชี้วัด และ (3) มหาสารคามเมืองน่าอยู่ (เมืองปลอดภัย เมืองสะอาด เมืองสีเขียวและเมืองแห่งพลังความดี) จำนวน 5 เป้าประสงค์ 22 ตัวชี้วัด โดยให้ทุกอำเภอทำ

แผนพัฒนาให้สอดคล้องกับนโยบายและเพิ่มเติมตามปัญหาคุณภาพชีวิตในแต่ละอำเภอ แล้วจังหวัดจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการการพัฒนาคุณภาพชีวิตประจำปีระหว่างผู้ว่าราชการจังหวัดกับประธาน พชอ. ทุกอำเภอ มีการรายงานผลงานประจำเดือนในระบบ Cockpit พชอ.ทุกเดือน และรายงานความก้าวหน้าในการประชุมกรมการจังหวัดเดือนละ 2 อำเภอ เริ่มเดือนมีนาคม - กันยายน 2565 แล้วสรุปผลงานเพื่อประเมินผลตามคำรับรองการปฏิบัติราชการการพัฒนาคุณภาพชีวิตประจำปีในสิ้นเดือนกันยายน 2565 การวิจัยพบว่า (1) ลักษณะประชากรที่ให้ข้อมูลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565 ส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 72.20 เป็นหญิง ร้อยละ 27.80 อายุเฉลี่ย 52.59 ปี (Min = 30 ปี, Max = 67 ปี, S.D. = 6.01 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.70 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 47.60 รองลงมาคือระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 32.20 และระดับปริญญาโท ร้อยละ 20.10 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 71.10 ไม่ใช่ข้าราชการ ร้อยละ 28.90 (2) ความสอดคล้องและความครบถ้วนของประเด็นดำเนินการและตัวชี้วัดของ พชอ. พบว่า ภาพรวมอยู่ที่ระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.50 (S.D. = 0.56) (3) การเตรียมองค์กรของ พชอ. พบว่า ภาพรวมอยู่ที่ระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.44 (S.D. = 0.53)

1.2 **ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า** พบว่า ทุกอำเภอมีการทบทวนคณะกรรมการโดยทุกอำเภอมีการประชุมชี้แจงคณะกรรมการ พชอ.ก่อนการดำเนินงานปี 2565 และผลการประเมินด้านการเตรียมบุคลากรของ พชอ. พบว่า ภาพรวมอยู่ที่ระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.36 (S.D. = 0.80)

1.3 **ผลการประเมินกระบวนการ** พบว่า ทุกอำเภอมีการสรุปมติเพื่อกำหนดแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอในปี 2565 มีการชี้แจงเป้าประสงค์/ กระบวนการดำเนินงานและตัวชี้วัดผลสำเร็จและมอบหมายหน่วยงานระดับอำเภอรับผิดชอบในแต่ละประเด็นครบถ้วน รวมถึงการถ่ายทอดนโยบายของอำเภอสู่ระดับตำบลทุกตำบล และผลการประเมินด้านกระบวนการ พบว่า (1) การถ่ายทอด นโยบายสู่การปฏิบัติระหว่าง พชอ.กับ พชต.พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.38 (S.D. = 0.74) (2) การถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติของ พชอ.พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.37 (S.D. = 0.76) (3) การนิเทศ การ ควบคุม กำกับการดำเนินงานของ พชอ. พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.39 (S.D. = 0.79)

2. **ส่วนผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตภาพรวมระดับจังหวัด ในประเด็นที่เป็นนโยบายสำคัญระดับจังหวัด 3 ประเด็น** ซึ่งทุกอำเภอได้นำสู่การปฏิบัติโดยมีเป้าประสงค์รวมใน 13 อำเภอ จำนวน 204 เป้าประสงค์ รวมตัวชี้วัดทั้งหมดจำนวน 1,546 ตัวชี้วัด มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์

เป้าหมายของตัวชี้วัด จำนวน 1,416 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 91.59) โดยมีจำนวนตัวชี้วัดที่มีผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จำนวน 130 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 8.41)

3. **ผลการประเมินผลงาน พชอ. เทียบเกณฑ์เป้าหมาย** พบว่า พชอ.ที่มีผลการดำเนินงานเทียบเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้แล้วผลงานผ่านเกณฑ์ เรียงลำดับดังนี้ (1) อำเภอแกดำดำเนินการใน 3 ประเด็น 15 เป้าประสงค์ 107 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ 104 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 97.20) (2) อำเภอกุดรังดำเนินการใน 3 ประเด็น 15 เป้าประสงค์ 107 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ 103 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 96.26) (3) อำเภอเชียงยืนดำเนินการใน 4 ประเด็น 24 เป้าประสงค์ 133 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัด ที่ผ่านเกณฑ์ 128 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 96.24) (4) อำเภอนาเชือกดำเนินการใน 3 ประเด็น 15 เป้าประสงค์ 121 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ 113 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 93.39) (5) อำเภอวาปีปทุมดำเนินการใน 3 ประเด็น 15 เป้าประสงค์ 121 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ 112 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 92.56) (6) อำเภอบรบือดำเนินการใน 3 ประเด็น 15 เป้าประสงค์ 104 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ 96 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 92.31) (7) อำเภอชื่นชมดำเนินการใน 3 ประเด็น 15 เป้าประสงค์ 141 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ 129 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 91.49) (8) อำเภอนาดูนดำเนินการใน 3 ประเด็น 15 เป้าประสงค์ 107 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ 97 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 90.65) (9) อำเภอเมืองดำเนินการใน 3 ประเด็น 15 เป้าประสงค์ 107 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ 96 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 89.72) (10) อำเภอกันทรวิชัยดำเนินการใน 3 ประเด็น 15 เป้าประสงค์ 117 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ 104 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 88.89) (11) อำเภอยางสีสุราชดำเนินการใน 3 ประเด็น 15 เป้าประสงค์ 141 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ 125 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 88.65) (12) อำเภอพยัคฆภูมิพิสัยดำเนินการใน 3ประเด็น 15 เป้าประสงค์ 120 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ 106 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 88.33) (13) อำเภอโกสุมพิสัยดำเนินการใน 3 ประเด็น 15 เป้าประสงค์ 120 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ 103 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 85.83) ตามลำดับ (ดังตาราง 1)

4. **สรุปปัญหาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในปีงบประมาณ 2565** ที่สำคัญ คือ (1) ความร่วมมือจากประชาชนในระดับครัวเรือนและระดับบุคคลของกลุ่มเป้าหมายยังไม่เพียงพอ (ร้อยละ 35.94) (2) กรอบระยะเวลาในการปฏิบัติงานในระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับหมู่บ้านมีช่วงระยะสั้น (ร้อยละ 31.18) (3) ประสิทธิภาพในการกำกับและติดตามผลการดำเนินงานของระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับหมู่บ้านยังไม่มีประสิทธิภาพสูงสุด (ร้อยละ 24.72) (4) การบูรณาการเพื่อดำเนินงานในระดับอำเภอยังไม่มีประสิทธิภาพสูงสุด (ร้อยละ 21.35)

5. **แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดมหาสารคามของปีงบประมาณ 2566** ที่สำคัญ คือ (1) การยกระดับความร่วมมือจากประชาชนในระดับครัวเรือนและระดับบุคคล (2) การเพิ่มประสิทธิภาพการกำกับและติดตามของระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน และ (3) การยกระดับการบูรณาการเพื่อดำเนินงานในระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ตารางที่ 1 จำนวนประเด็นที่อำเภอดำเนินการ จำนวนเป้าประสงค์ จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด จำนวน/ร้อยละของตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ และจำนวน/ร้อยละของตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แยกรายอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนประเด็นที่อำเภอดำเนินการ	จำนวนเป้าประสงค์	จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์	จำนวนตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์
1	แกดำ	3 ประเด็น	15	107	104	97.20	3	2.80
2	กุดรัง	3 ประเด็น	15	107	103	96.26	4	3.74
3	เชียงยืน	4 ประเด็น	24	133	128	96.24	5	3.76
4	นาเชือก	3 ประเด็น	15	121	113	93.39	8	6.61
5	วาปีปทุม	3 ประเด็น	15	121	112	92.56	9	7.44
6	บรบือ	3 ประเด็น	15	104	96	92.31	8	7.69
7	ชื่นชม	3 ประเด็น	15	141	129	91.49	12	8.51
8	นาดูน	3 ประเด็น	15	107	97	90.65	10	9.35
9	เมือง	3 ประเด็น	15	107	96	89.72	11	10.28
10	กันทรวิชัย	3 ประเด็น	15	117	104	88.89	13	11.11
11	ยางสีสุราช	3 ประเด็น	15	141	125	88.65	16	11.35
12	พยัคฆภูมิพิสัย	3 ประเด็น	15	120	106	88.33	14	11.67
13	โกสุมพิสัย	3 ประเด็น	15	120	103	85.83	17	14.17
รวม			**204**	**1,546**	**1,416**	**91.59**	**130**	**8.41**

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผลการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565 ในด้านบริบท จากที่จังหวัดมหาสารคามได้ประกาศนโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565 ตามมติ พชจ.เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2565 จำนวน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ 2) คนมหาสารคามทุกช่วงวัยคุณภาพชีวิตดี 3) มหาสารคามเมืองน่าอยู่ (เมืองปลอดภัย เมืองสะอาด เมืองสีเขียวและเมืองแห่งพลังความดี)[6] โดยให้ทุกอำเภอทำแผนพัฒนาให้สอดคล้องกับนโยบายและเพิ่มเติมตามปัญหาคุณภาพชีวิตในแต่ละอำเภอ จังหวัดจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ พชอ.ทุกอำเภอ มีการรายงานผลงานในระบบ Cockpit พชอ.ทุกเดือน และรายงานความก้าวหน้าในการประชุมกรมการจังหวัดเดือนละ 2 อำเภอ ซึ่งจังหวัดทำการสรุปผลการปฏิบัติราชการการพัฒนาคุณภาพชีวิตในสิ้นเดือนกันยายน 2565 ทำให้มีความสอดคล้องและความครบถ้วนของประเด็นดำเนินการและตัวชี้วัดของ พชอ.อยู่ที่ระดับสูง และทำให้ พชอ.มีการเตรียมองค์กรของ พชอ.อยู่ที่ระดับสูง ซึ่งเป็นการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมของนโยบาย พชจ. สอดคล้องกับการศึกษาของอดุลย์ บำรุง ที่เสนอให้พัฒนา พชอ. ในเรื่องการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมทั้งจากภาครัฐและเอกชนและการกำหนดบทบาทให้ชัดเจน[9]

ด้านปัจจัยนำเข้า จากที่ทุกอำเภอมีการทบทวนองค์ประกอบคณะกรรมการและมีการประชุมชี้แจงคณะกรรมการ พชอ.ก่อนการดำเนินงานปี 2565 ทำให้ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าด้านการเตรียมบุคลากรของ พชอ.อยู่ที่ระดับสูง ซึ่งเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมตัดสินใจร่วมกันก่อนดำเนินการเพื่อการบรรลุผลสำเร็จร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธงชัย ปัญญรัตน์ ที่ให้การร่วมกันตัดสินใจและการตัดสินใจของคณะกรรมการมีผลต่อความสำเร็จของ พชอ.[10]

ด้านกระบวนการ มีผลการประเมินอยู่ในระดับสูง เป็นผลมาจากที่ทุกอำเภอมีการสรุปมติเพื่อกำหนดแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอในปี 2565 มีการชี้แจงเป้าประสงค์/กระบวนการดำเนินงานและตัวชี้วัดผลสำเร็จและการมอบหมายหน่วยงานระดับอำเภอรับผิดชอบในแต่ละประเด็นครบถ้วน รวมถึงการถ่ายทอดนโยบายของอำเภอสู่ระดับตำบลครบทุกตำบล พร้อมทั้งให้บูรณาการงบประมาณ กปท.ในทุกตำบลและงบประมาณของโครงการพระราชดำริ ด้านสาธารณสุข หมู่บ้านละ 20,000 บาท ครบทุกหมู่บ้าน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน พชอ.ปี 2565

ด้านผลผลิตของการพัฒนาคุณภาพชีวิตภาพรวมระดับจังหวัด ในประเด็นที่เป็นนโยบายสำคัญระดับจังหวัด 3 ประเด็นและ

เพิ่มเติมปัญหาของแต่ละพื้นที่ ซึ่งทุกอำเภอได้นำสู่การปฏิบัติโดยมีเป้าประสงค์รวมใน 13 อำเภอ จำนวน 204 เป้าประสงค์ รวมตัวชี้วัดทั้งหมด 1,546 ตัวชี้วัด มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมายของตัวชี้วัด 1,416 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 91.59) เป็นผลมาจากการประกาศเป็นนโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตปี 2565 โดยผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม[6] และจากการเตรียมความพร้อมให้กับเลขานุการ พชอ.ทุกอำเภอก่อนการประกาศนโยบายของ พชจ.และประชุมติดตามในระดับจังหวัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมถึงการรายงานผลความก้าวหน้าของ พชอ.ในการประชุมคณะกรมการจังหวัดโดยประธาน พชอ. ทุกเดือน ๆ ละ 2 อำเภอ[5,6] สอดคล้องกับงานวิจัยของมานะ ภูมิพันธุ์ที่ให้ข้อสรุปการเตรียมพร้อมที่ดีในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการจะมีผลต่อด้านผลผลิตการดำเนินงานของ พชอ.[11]

สำหรับปัญหาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความร่วมมือจากประชาชนในระดับครัวเรือนและระดับบุคคลของกลุ่มเป้าหมายยังไม่เพียงพอ 2) กรอบระยะเวลาในการปฏิบัติงานในระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับหมู่บ้านมีช่วงระยะสั้น 3) ประสิทธิภาพในการกำกับและติดตามผลการดำเนินงานของระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับหมู่บ้านยังไม่มีประสิทธิภาพสูงสุด และ 4) การบูรณาการเพื่อดำเนินงานในระดับอำเภอยังไม่มีประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของอดุลย์ บำรุง ที่ให้ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการ พชอ. คือ 1) ควรต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมทั้งจากภาครัฐและเอกชน ทั้งในด้านวิชาการและงบประมาณ โดยกำหนดบทบาทให้ชัดเจน การสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งด้านบุคลากรองค์ความรู้ และงบประมาณ 2) การพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างมีส่วนร่วมเสริมสร้างศักยภาพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการและการบูรณาการแผนจากภาคส่วนต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องตั้งคณะอนุกรรมการ หรือทีมงาน รับผิดชอบงาน การส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการด้วยการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ของภาคส่วนต่างๆ[9] สอดคล้องกับงานวิจัยของธงชัย ปัญญรัตน์ ที่ให้บทสรุปของการร่วมกันตัดสินใจ บทบาทหน้าที่ของส่วนราชการและการตัดสินใจของคณะกรรมการมีผลต่อความสำเร็จของ พชอ.[10] สอดคล้องกับงานวิจัยของมานะ ภูมิพันธุ์ที่ให้ข้อสรุปการเตรียมพร้อมที่ดีในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการจะมีผลต่อด้านผลผลิตการดำเนินงานของ พชอ.[11] สอดคล้องกับงานวิจัยของสุวรรณี แสนสุขและคณะ ได้สรุปรูปแบบการดำเนินงาน พชอ.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของ COVID-19 (1) สรรหา พัฒนาคณะทำงาน (2) กำหนดกลุ่มเป้าหมาย (3) จัดบริการและมอบหมายหน้าที่ ระดมความร่วมมือ (4)

จัดระบบข้อมูลสารสนเทศ (5) จัดการด้านทรัพยากร/การบูรณาการงบประมาณ และ (6) เรียนรู้และพัฒนางาน มีการสื่อสารและเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้เพิ่มสมรรถนะของ พชอ.ในการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย[12] สอดคล้องกับงานวิจัยของพันมหา ลดาพงษ์ ที่สรุปไว้ว่าการดำเนินงานและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ พชต.ที่ประสบความสำเร็จ คือ ได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีความรู้ความเข้าใจในงาน ความมุ่งมั่นตั้งใจ มีความละเอียดรอบคอบ มีทักษะการแก้ปัญหาและตัดสินใจ และมีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายสะดวกและมีประสิทธิภาพ และนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดำเนินงาน[13] แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดมหาสารคามของปีงบประมาณ 2566 ที่สำคัญด้วยการยกระดับความร่วมมือจากประชาชนในระดับครัวเรือนและระดับบุคคล การเพิ่มประสิทธิภาพการกำกับและติดตามของทุกระดับ การยกระดับการบูรณาการเพื่อดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับเป้าหมายแผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคามและนโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565[5,6] ซึ่งต้องใช้รูปแบบการขับเคลื่อนจาก พชอ.สู่ พชต.ที่หลากหลายเพิ่มขึ้น เช่น กลไกธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล ดังการศึกษาของวงเดือน พระนครและคณะที่ศึกษาการสร้างธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ[14] อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอโดยใช้กลไก พชอ.และบูรณาการกับการสาธารณสุขมูลฐาน เน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิซึ่งตอบสนองความต้องการและการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการจะเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพอำเภอ หรือ พชอ.ได้ โดยจะต้องทำให้เกิดความเข้มแข็งของแต่ละองค์ประกอบของระบบสุขภาพ/พชอ. ซึ่งในปัจจุบันการเชื่อมต่อระหว่างชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลอยู่ภายใต้บริบทที่เปลี่ยนไปจากเดิม คือมีการถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ. แต่ถ้าสามารถพัฒนาทีมสุขภาพร่วมกันได้โดยการเสริมพลังอำนาจของทีมจะเกิดกระบวนการทำงานอย่างบูรณาการอย่างยั่งยืนได้ ซึ่งต้องพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ภายใต้การทำงานร่วมกันระหว่างภาคประชาชนและหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งกระบวนการพัฒนาแบบนี้จะเกิดผลลัพธ์ช้าแต่มีความยั่งยืน[15, 16, 17]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ (1) ให้สำนักงานเลขานุการ พชอ.ใช้การวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อทบทวนและปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดำเนินงานตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ (2) ให้สำนักงานเลขานุการ พชอ.วิเคราะห์เชิงระบบเพื่อเพิ่มกลยุทธ์การดำเนินงานยกระดับตัวชี้วัดที่มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์แล้วให้เป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศและเกิดนวัตกรรมใน

รอบปีถัดไป และกำหนดตัวชี้วัดของแผนพัฒนาอำเภอให้ครอบคลุมเรื่องอายุเฉลี่ยการมีสุขภาพดี (HALE) ของอำเภอนั้นๆ แล้วใช้กลไก พชอ.เพื่อบูรณาการร่วมกันดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางาน คือ สสจ.ควรวิเคราะห์ค่าดัชนีวัดสถานะสุขภาพเป็นรายอำเภอ ได้แก่ ค่าอายุคาดเฉลี่ย (LE) และค่าอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนแต่ละอำเภอของ พชอ.ในจังหวัดมหาสารคาม ในปีงบประมาณถัดไป เพื่อผลักดันตัวชี้วัดของแผนพัฒนาจังหวัดเรื่องอายุเฉลี่ยการมีสุขภาพดี (HALE) บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณ (1) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (2) ผู้บริหารสาธารณสุขระดับอำเภอทุกอำเภอ (3) ผู้รับผิดชอบงาน พชอ.ในระดับอำเภอทุกอำเภอ (4) คณะกรรมการ พชอ.ทุกอำเภอ ที่ร่วมดำเนินการและให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. **งานมหกรรมและพิธีมอบรางวัลพลังคน พชอ.ครั้งที่ 2 คุณภาพชีวิตวิถีใหม่**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561**. กรุงเทพ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2561.
3. **ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561**. (2561, 9 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 135.
4. กรมการปกครองและสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. **คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่พ.ศ. 2561**. นนทบุรี: สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
5. สำนักงานจังหวัดมหาสารคาม. **แผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565**. มหาสารคาม: สำนักงานจังหวัดมหาสารคาม; 2565.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. **นโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565**. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2565.
7. Stufflebeam, Daniel L. **The Relevance of the CIPP Evaluation Model for Educational Accountability**. Atlantic City, N.J. ; 1971.

8. บุญมี พันธุ์ไทย. **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. วารสารปรัชญาดุษฎีบัณฑิตทางสังคมศาสตร์ 2565; 1(2): 1-10.
9. อดุลย์ บำรุง. **ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.)**. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2562; 1(1): 87-101.
10. ธงชัย ปัญญูรัตน์. **ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์**. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(2): 133-144.
11. มานะ ภูมิพันธุ์. **การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กรณีศึกษา: อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด**. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564; 5(9): 140-153.
12. สุวรรณี แสนสุข, บรรจบ แสนสุข, รัฐพล อินทรวิชัย, ประเสริฐ ประสมรักษ์. **การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดยโสธร**. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2565; 4(2): 99-113.
13. พันมหา ลดาพงษ์. **รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร**. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2562; 1(1): 37-50.
14. วงเดือน พระนคร, พิชญ์สินี แสนเสนยา, อรรถพล ศรีประภา. **การสร้างธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ**. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2564; 3(2): 253-268.
15. เดชา แซ่หลี, ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้, ชาลีมาศ ตันสุเทพวีรวงศ์, ทัศนีย์ ญาณะ (บรรณาธิการ). **การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย**. นนทบุรี: โครงการการพัฒนากลไกสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่ออำเภอสุขภาวะ มูลนิธิแพทย์ชนบทภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2557
16. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. **มาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System Standards)**. กรุงเทพฯ: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2563.
17. กฤษดา แสวงดี, เกษร คงแขม, สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธิ์, จันพิมา นวะมะวัฒน์, วิภาพร สิทธิสาตร์, อนงค์ลักษณ์ พันธุ์พรหมธาดา. **การศึกษาการเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ. วารสารวิชาการสาธารณสุข** 2559; 25(5): 854-864.