

การศึกษาบทบาทและการรับรู้ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ในการลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน เขตสุขภาพที่ 3

Role and perceiving of the district quality of life development committee to reduce
inequality of people in public health region 3

สันติ เกิดทองทวี¹, ชรินทร์ ห่วงมิตร¹, ณัฐพนธ์ ธัญญาโชติหิรัญ¹,
ศิรินทิพย์ ศาสวัตชวาลวงศ์¹, ชม ปานตา²

¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์,

²คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

Santi Keadthongthawee¹, Charin Hungmitr¹, Nutthapon Thanyachodhirun¹,

Sirintip Satsawatchawanwong¹, Chom Panta²

¹Office of Disease Prevention and Control Region 3 Nakhon Sawan Province,

²Faculty of Science and Technology Nakhon Sawan Rajabhat University

Corresponding author: santikead@gmail.com

Received 2025 Jan 14, Revised 2025 Feb 9, Accepted 2025 Feb 13

DOI: 10.14456/iudcj.2025.16

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานวิธีมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติ การมีส่วนร่วม
ในบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 2) เพื่อศึกษาระดับการเปลี่ยนแปลง
ด้านกายและกายภาพ จิตใจ อารมณ์ วิธีการศึกษา 1) การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายของ 5 จังหวัด ๆ ละ
3 อำเภอ แต่ละอำเภอสุ่มคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 21 คน 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอสุ่มตัวอย่างแบบง่ายอำเภอละ 1 คน ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2564 - กันยายน พ.ศ. 2565
มีผู้ตอบแบบสอบถาม 290 ราย เป็นตัวแทนภาครัฐ ร้อยละ 62.06 รองลงมาเป็นภาคประชาชน
ร้อยละ 20.68 การวิเคราะห์แบบสอบถามพบว่าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 31.21,
S.D. = 0.71) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านเต็มเต็มส่วนขาดทรัพยากร (Mean = 2.08, S.D. = 0.71)
หัวข้อที่ได้คะแนนน้อย คือ ปรับปรุงสิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ การวิเคราะห์
ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ลดความเหลื่อมล้ำมีผลต่อ

การพัฒนาคุณภาพชีวิต ทางบวก ($\beta = 0.49$) โดยที่อธิบายความผันแปรร้อยละ 24.0 ($R^2 = 0.240$) อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.01$) การวิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่มของคณะกรรมการได้สะท้อนประเด็นที่จะทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้น และประเด็นงบประมาณ ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องมีการทบทวนแผนพัฒนาระดับอำเภอสม่ำเสมอ ทั้งแผนระยะ 5 ปี และ 10 ปี ข้อเสนอแนะควรปรับปรุง สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพของประชาชน ติดตามการบริหารจัดการ

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, บทบาท, ความเหลื่อมล้ำ

Abstract

The objectives of this research were 1) Study the level of participatory practices in roles of the district quality of life development committees and 2) Study the level of physical and mental, emotional, social changes. The methodology was mixed method research design. The group 1) General committees used simple random sampling 3 districts from each 5 provinces and used purposive sampling to select 21 samples per district and Group 2) The district quality of life development committees used simple random sampling 1 sample per district. Data were collected during October 2021-September 2022. The results shown that 62.06 percent of 290 respondents were the government sector, followed 20.68 percent were the public sector. The overall were at moderate (Mean = 31.21, S.D. = 0.71). The level of participatory practices roles shown the average was low. The domain of the resource fulfilment was at low level (Mean = 2.08, S.D. = 0.71). The analysis of the regression coefficient of the role of the district quality life development committee found that the participatory practice roles and reduce inequality was positive impact ($\beta = 0.49$) at 24.0 percent ($R^2 = 0.240$) ($p\text{-value} = 0.01$). The research suggestion for the committee were 1. to develop and improve benefits according to the health security right of population and 2. to monitor the effectively management.

Key words : committees, participatory, practices

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมุ่งสู่การพัฒนาความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ด้วยการมียุทธศาสตร์ชาติระยะยาว 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 เพื่อที่จะนำไปสู่การพัฒนาให้คนไทยมีความสุขและตอบสนองต่อการบรรลุซึ่งผลประโยชน์แห่งชาติ⁽¹⁾ โดยมีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 และจากคำสั่งกระทรวงมหาดไทย เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพ อำเภอการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเองควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง⁽²⁾ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ขับเคลื่อนส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนดูแลตนเอง และดูแลซึ่งกันและกัน ช่วยลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมทางสังคม เกิดชุมชนสุขภาพะเมืองสุขภาพดี เป็นสังคมที่เกื้อกูลและแบ่งปัน เกิดระบบการบูรณาการทำงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เกิดนวัตกรรมที่สามารถนำมาเป็นแบบอย่างในการพัฒนาขยายผลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามบริบทในพื้นที่

ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพมีสาเหตุจากปัจจัยเชิงสังคมที่มีความแตกต่าง เช่น ปัจจัยด้านเชื้อชาติ ระดับการศึกษา วัฒนธรรม เศรษฐฐานะ สภาพแวดล้อม ฯลฯ ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมให้ประชาชนมีความแตกต่างกันในอายุขัยเฉลี่ย และอัตราการตาย การดำเนินงานเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสังคมกำหนดสุขภาพให้มีประสิทธิผลนั้น⁽³⁾ โดยบทเรียนจากการสังเคราะห์ประสบการณ์ของพื้นที่พบว่าประเด็นปัญหาที่มีการดำเนินการจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อ การจัดการขยะ และสิ่งแวดล้อม การลดอุบัติเหตุ และจากบทเรียนระบุว่า การดำเนินการของคณะกรรมการ ยังคงต้องได้รับการสนับสนุนและพัฒนาต่อไป⁽⁴⁾ จากเยี่ยมนิเทศการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอก็พบว่าบางพื้นที่สามารถดำเนินการพัฒนางานในรูปแบบของการร่วมกับภาคีเครือข่ายได้อย่างเป็นรูปธรรม เกิดผลการดำเนินงานที่เป็นเชิงกระบวนการของการขับเคลื่อนที่ค่อนข้างดี ประชาชนได้รับผลงานจากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น การจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของอำเภอในการดูแลสุขภาพประชาชน โดยหลังจากได้มีการบันทึกความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ บทบาทหน้าที่ที่คณะกรรมการตามคำสั่งที่แต่ละอำเภอกำหนดไว้นั้น พบว่า

อำเภอมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพที่มีสาระเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างในรายละเอียด โดยกำหนดให้คณะกรรมการมีหน้าที่พิจารณาเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติงาน ในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต และงบประมาณ สนับสนุนส่งเสริมความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชน รับฟังเสียงจากประชาชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ติดตามประเมินผลความก้าวหน้ารวมถึงแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ คณะที่ปรึกษาที่เป็นบุคคลที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับ เช่น เจ้าอาวาสวัด และอดีตข้าราชการร่วมด้วย โดยมีคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอที่มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนของแต่ละอำเภอเป็นประธาน ลักษณะหน้าที่ของคณะนี้ก็จะเปรียบเสมือนคณะทำงานที่ต้องขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตตั้งแต่การคิดกำหนดปัญหาตัวชี้วัด จัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนงบประมาณ รวมถึงการรายงานผลความก้าวหน้า

บทบาทของคณะกรรมการตามที่ได้รับแต่งตั้งควรดำเนินการพัฒนาหรือปรับปรุงสิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพที่จะเกิดกับประชาชน ติดตาม กำกับให้มีการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสม และสนับสนุนภาคประชาชน และภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติในบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 3
2. เพื่อศึกษาการรับรู้การเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน
3. เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติในบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน
4. เพื่อเสนอแนวทางในการสนับสนุนการดำเนินงานตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

ศึกษาบทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามความคาดหวัง และที่ปฏิบัติจริง และเพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนาบทบาทผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลมี 2 ประเภท คือ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการวิจัย พบว่า 1) ปัญหาและอุปสรรคต่อการแสดงบทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ปฏิบัติจริงอยู่ในระดับมาก 2) ผลการเปรียบเทียบระดับการแสดงบทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมโครงการตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามความคาดหวัง และการปฏิบัติจริง

พบว่า ระดับการแสดงบทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมโครงการตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามการปฏิบัติจริงสูงกว่าความคาดหวัง 3) แนวทางการพัฒนาบทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมการพัฒนาโครงการตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า (1) ด้านกายภาพของสถานที่ต้องมีการจัดสถานที่ไว้ เพื่อการดำเนินงานของโครงการฯ (2) ด้านการบริหารจัดการ ควรมีการปรับโครงสร้างองค์กรฯ ให้มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง รวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณและเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอแก่ความต้องการ และนำแนวทางการบูรณาการมาใช้ในการปฏิบัติงาน (3) ด้านบุคลากร มีแผนพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน เช่น ฝึกอบรม ดูงาน (4) ด้านปัจจัยภายนอก⁽⁵⁾

ได้ศึกษาระดับบทบาทและเพื่อศึกษาข้อเสนอแนะ ของผู้สูงอายุต่อบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขต อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อยูในการดูแลของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24,156 คน ผลการวิจัย พบว่า ระดับบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาารายด้าน ปรากฏผลดังนี้ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านสภาพแวดล้อม

รองลงมาคือ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ตามลำดับ จากการศึกษามีข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุต่อบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ในด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น⁽⁶⁾

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive study) ใช้วิธีวิทยาการวิจัยแบบผสม (Mixed Methods) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (แบบสอบถาม) และเชิงคุณภาพ (การสนทนากลุ่ม)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) ดังนี้

1. เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งในพื้นที่เป้าหมาย ที่มีการ MOU ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 5 จังหวัด 15 อำเภอ ๆ ละ 21 คน

2. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งในพื้นที่เป้าหมาย ที่มีการ

MOU ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 5 จังหวัด 15 อำเภอ ๆ ละ 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Method)

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

1.2 แบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยทบทวนจากร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยบทบาทของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ

อำเภอ พ.ศ. 2560 แนวทางการดำเนินงานที่ชี้แจงให้พื้นที่ ดำเนินการบทเรียนจากการสังเคราะห์ประสบการณ์ของพื้นที่นำร่อง และแนวความคิดการมีส่วนร่วมเป็นข้อความในเรื่องการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในบทบาทด้านที่ 1) การกระตุ้นหนุนเสริม จำนวน 4 ข้อ คะแนนสูงสุดคือ 20 คะแนน 2) เติมเต็มส่วนขาด จำนวน 4 ข้อ คะแนนสูงสุดคือ 16 คะแนน 3) ขับเคลื่อนการดำเนินงานและการติดตามประเมินผล จำนวน 6 ข้อ คะแนนสูงสุดคือ 24 คะแนน รวมทั้งสิ้น จำนวน 15 ข้อ 60 คะแนน โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตามการรับรู้ (Self-assessment) ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ระดับการปฏิบัติตามบทบาท 4 ระดับ ดังนี้

- | | | | |
|---|--------------------|---------|--|
| 1 | ไม่เคยปฏิบัติเลย | หมายถึง | ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย 0 ครั้ง |
| 2 | ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง | หมายถึง | ท่านปฏิบัติในข้อนั้น ๆ 1 - 4 ครั้ง |
| 3 | ปฏิบัติบ่อยครั้ง | หมายถึง | ท่านเคยปฏิบัติในข้อนั้น ๆ 5 - 8 ครั้ง |
| 4 | ปฏิบัติเป็นประจำ | หมายถึง | ท่านเคยปฏิบัติในข้อนั้น ๆ 9 - 12 ครั้ง |

การแปลความหมายระดับการปฏิบัติในภาพรวม ด้วยการนำผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรวม มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---------|---------|-----------------|
| 49 - 60 | หมายถึง | ระดับมากที่สุด |
| 37 - 48 | หมายถึง | ระดับมาก |
| 25 - 36 | หมายถึง | ระดับปานกลาง |
| 13 - 24 | หมายถึง | ระดับน้อย |
| 1 - 12 | หมายถึง | ระดับน้อยที่สุด |

การแปลความหมายระดับการปฏิบัติรายด้าน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามไม่เท่ากันแต่ละข้อมีความสำคัญเท่ากัน นำค่าเฉลี่ยจากการการวิเคราะห์รายด้านมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ได้จากการ นำคะแนนสูงสุดของแต่ละด้านมาแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ จากระดับมากที่สุดถึงระดับน้อยที่สุด การแปลความระดับการปฏิบัติตามบทบาทรายข้อนำค่าเฉลี่ยรายข้อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ระดับการปฏิบัติ ดังนี้

3.3 - 4.0	หมายถึง	ระดับมากที่สุด
2.5 - 3.2	หมายถึง	ระดับมาก
1.7 - 2.4	หมายถึง	ระดับปานกลาง
0.9 - 1.6	หมายถึง	ระดับน้อย
0.0 - 0.8	หมายถึง	ระดับน้อยที่สุด

1.3 แบบสอบถามระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการลดความเหลื่อมล้ำ ให้กับประชาชนในพื้นที่ ที่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้นเอง โดยทบทวนจากเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิต แนวคิดคุณภาพชีวิต บทเรียนจากการถอดบทเรียนการดำเนินการของพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งข้อคำถามจะถามในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต 1) ทางกาย กายภาพ จำนวน 5 ข้อ คะแนนสูงสุดคือ 25 คะแนน 2) ทางจิตใจ อารมณ์ สังคม จำนวน 4 ข้อ คะแนนสูงสุดคือ 20 คะแนน 3. ทางความคิด ปัญญา วินัย จำนวน 4 ข้อ คะแนนสูงสุด คือ 20 คะแนน และการลดความเหลื่อมล้ำ จำนวน 5 ข้อ คะแนนสูงสุดคือ 25 คะแนน รวมทั้งสิ้น 18 ข้อ คะแนนรวมคือ 90 คะแนนโดยแต่ละข้อ มีเกณฑ์ระดับการเปลี่ยนแปลงเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในข้อนี้กับประชาชน น้อยที่สุด
- 2 หมายถึง ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในข้อนี้กับประชาชน น้อย
- 3 หมายถึง ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในข้อนี้กับประชาชน ปานกลาง
- 4 หมายถึง ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในข้อนี้กับประชาชน มาก
- 5 หมายถึง ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในข้อนี้กับประชาชน มากที่สุด

การแปลความหมายระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำในภาพรวมด้วยการนำผลการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยรวม มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

73 - 90	หมายถึง	ระดับมากที่สุด
55 - 72	หมายถึง	ระดับมาก
37 - 54	หมายถึง	ระดับปานกลาง
19 - 36	หมายถึง	ระดับน้อย
1 - 18	หมายถึง	ระดับน้อยที่สุด

การแปลความหมายระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่รายด้าน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามไม่เท่ากัน แต่ละข้อมีความสำคัญเท่ากัน นำค่าเฉลี่ยจากการวิเคราะห์รายด้านมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ที่ได้จากการนำคะแนนสูงสุดของแต่ละด้านมาแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ จากระดับมากที่สุด ถึง ระดับน้อยที่สุด การแปลความระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่รายข้อ นำค่าเฉลี่ยรายข้อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ ดังนี้

4.1 - 5.0	หมายถึง	ระดับมากที่สุด
3.1 - 4.0	หมายถึง	ระดับมาก
2.1 - 3.0	หมายถึง	ระดับปานกลาง
1.1 - 2.0	หมายถึง	ระดับน้อย
0.0 - 1.0	หมายถึง	ระดับน้อยที่สุด

1.4 เครื่องมือการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) จะใช้แนวคำถามตามประเด็นในวัตถุประสงค์การวิจัย ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อเก็บข้อมูลในประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผลงานหรือความสำเร็จ

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

2.1 หาความเที่ยงตรง (Validity) ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จ ขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board) และระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) จำนวน 3 ท่าน⁽⁷⁾ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการศึกษาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

2.2 หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α coefficient) ของครอนบาค (Cronbach Alpha)⁽⁸⁾ โดยแบบสอบถามการปฏิบัติตาม บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88 ส่วนแบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. คัดเลือกรายชื่อและจำนวนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามคำสั่งแต่งตั้งในปีที่ผ่านมาของพื้นที่ เพื่อวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประสานผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของแต่ละจังหวัด แต่ละ

อำเภอ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากประชากรเป้าหมาย

3. ชักซ้อมความเข้าใจกับผู้ช่วยเก็บข้อมูล ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการให้แบบสอบถามเชิงปริมาณที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง และทำความเข้าใจในแนวทางการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ตามแนวทางสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล เข้าพบกลุ่มเป้าหมาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา เมื่อกลุ่มเป้าหมายเข้าใจ และยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ จึงทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และนัดหมายขอเข้าพบเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม

5. ผู้วิจัยขอรับแบบสอบถามกลับและถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม นำไปวิเคราะห์และประมวลผลต่อไป

6. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้รับการทำความเข้าใจในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะมีการปฏิบัติดังนี้ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวม ข้อมูลและระยะเวลาในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธในการให้ข้อมูลครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการของกลุ่มตัวอย่างด้านสุขภาพแต่อย่างใด ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากกรให้ข้อมูล ก็สามารถ

กระทำได้ทันที ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จะไม่มีเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่สามารถระบุถึงตัวกลุ่มตัวอย่างได้ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในการวิจัยครั้งนี้ ก็สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ใช้ความถี่ ร้อยละ ส่วนระดับการปฏิบัติตามบทบาท ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติการวิเคราะห์ถดถอย (Regression analysis) เพื่อวิเคราะห์ผลของการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน

3. วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เน้นด้านความรู้สึกนึกคิดจิตใจตีความหมายเรียบเรียงเป็นร้อยละและสรุปประเด็นแยกเป็นหมวดหมู่

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่เป้าหมาย โดยได้หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมายเลขการวิจัย RH-EC3 02/64 สำนักงานเขตสุขภาพ

ที่ 3 วันที่รับรอง 20 ธันวาคม 2564 และผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์จากสาธารณสุขอำเภอและผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสำหรับโครงร่างวิจัยและเครื่องมือการวิจัยได้เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจาก 3 ส่วน ได้แก่ผู้เชี่ยวชาญจากสถานการศึกษา ผู้เชี่ยวชาญหน่วยงานสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษาเมื่อผ่านการพิจารณาแล้วว่าโครงร่างวิจัยและเครื่องมือมีความค้ำในสิทธิ ความเสี่ยงและความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง จนกระทั่งผู้ให้ข้อมูลมีความสนใจและยินดีให้ข้อมูลจึงดำเนินการขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คณะกรรมการที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามครั้งนี้เป็นผู้ที่มีรายชื่อในคำสั่งที่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นคณะกรรมการมาถึงปัจจุบัน ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล จำนวนของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 290 ราย จาก 15 อำเภอ พบว่าเป็นผู้ที่เป็นตัวแทนภาครัฐมากที่สุด ร้อยละ 62.06 รองลงมาเป็นภาคประชาชน ร้อยละ 20.68 และภาคเอกชน ร้อยละ 17.26 โดยในส่วนของภาครัฐเป็นตัวแทนจากหน่วยงานสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข) มากที่สุด ร้อยละ 22.80 รองลงมาเป็นหน่วยงานปกครอง (กระทรวงมหาดไทย) ร้อยละ 12.40 ดังตารางที่ 1 เพศของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 63.80

และ 36.20 ตามลำดับ อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 46.20 รองลงมา 40-49 ปี ร้อยละ 26.20 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.40 และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 24.8 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สถานภาพคู่สมรส ร้อยละ 81.00 รองลงมา โสด ร้อยละ 13.40 รายได้ของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด คือ 30,000 - 39,999 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 42.75 รองลงมา 40,000 - 49,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 22.75 ส่วนใหญ่เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการฯ ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 65.70

ความพึงพอใจในการเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 45.70 รองลงมาระดับมาก ร้อยละ 39.10

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตามบทบาทของ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มุ่งเน้นที่จะศึกษาระดับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation) ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน โดยได้จำแนกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การกระตุ้นหนุนเสริมเป็นขั้นตอนที่เป็นการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นในการคิดวิเคราะห์ วางแผน กำหนดทิศทางเป้าหมาย รวมทั้งร่วมในการกระตุ้นและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตจากทุกภาคส่วน ในการศึกษาครั้งนี้เรียกขั้นตอนนี้ว่า “ร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ”

2) การเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากรที่ใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นขั้นตอนที่เป็นความร่วมมือในการพัฒนาปรับปรุง สนับสนุน และติดตามกำกับ การได้มาของทรัพยากร การบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เรียกว่า “ร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็ม”

3) การขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงาน เป็นขั้นตอนการมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผนที่กำหนด หาทางแก้ไขจัดการให้บรรลุเป้าหมาย โดยการติดตามประเมินผลผ่านการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และการสะท้อนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เรียกว่า “ร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมประเมินผล”

ผลการวิเคราะห์จากการตอบแบบสอบถามของคณะกรรมการทั้ง 15 อำเภอ พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 31.21, S.D. = 0.71) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกระตุ้น หนุนเสริมหรือ “ร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ” อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.16, S.D. = 0.69) ระดับการปฏิบัติตามบทบาทได้ค่าเฉลี่ยน้อย คือ ด้านการเติมเต็มส่วนขาดทรัพยากรที่ใช้ หรือ “ร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็ม” อยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.08, S.D. = 0.71) ด้านการขับเคลื่อน และประเมินผลการดำเนินงาน หรือ “ร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมประเมินผล” มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.14, S.D. = 0.70) ในการศึกษาครั้งนี้นำเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณควบคู่ไปกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus group)

ของผู้แทนอำเภอเป้าหมาย พบว่าการปฏิบัติตามบทบาทของการขับเคลื่อน “ร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ” จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพได้ข้อมูล ดังนี้

“โครงสร้างของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วย ส่วนราชการ ท้องถิ่น เอกชน และประชาชน ซึ่งเป็นการสร้างลักษณะการดำเนินงานที่มีการบูรณาการร่วมกัน ซึ่งเป็นการดำเนินงานครบทุกมิติ เช่น หน่วยงานจะเป็นในเรื่องของ Faction ในส่วนใดจะเป็นของท้องถิ่นและพื้นที่”

“มีหน่วยงานส่วนท้องถิ่นเป็นประธาน ในคณะทำงานแต่ละตำบล มีการแต่งตั้งคณะทำงานเสริมระดับตำบลของท้องถิ่นและทุกส่วนของภาครัฐ เช่น ปลัดอำเภอ และมีทีมที่ปรึกษา เช่น เจ้าอาวาสวัดในแต่ละตำบล เป็นทีมที่ปรึกษาเจ้าหน้าที่ตำรวจ ประธาน อสม. ประธาน ชมรมผู้สูงอายุ คณะครู โรงเรียนรัฐบาล/เอกชน มีเลขาเป็นสาธารณสุข” ด้านการเติมเต็มส่วนขาดทรัพยากรที่ใช้ หรือ “ร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็ม” โดยคณะกรรมการได้ให้ข้อมูล “การดำเนินงานและสนับสนุนข้อมูลให้กับภาครัฐ ที่ดำเนินการในชุมชน”

“ผู้นำชุมชน/เจ้าหน้าที่ในชุมชนระดับตำบลควรใส่ใจในการให้ความรู้ถึงสิทธิต่าง ๆ ที่เขาควรได้รับ หรือควรเข้าถึงบริการ เช่น การทำบัตรต่าง ๆ และคณะกรรมการ พชอ. มีการเยี่ยมเยียนประชาชน เดือนละครั้งเพื่อรับรู้ปัญหาที่แท้จริงของชุมชน”

“ควรมีการตั้งเป้าหมาย/แผนดำเนินงานในการขับเคลื่อนแต่ละประเด็นปัญหาของ พชอ. และควรมีการบูรณาการคณะกรรมการเพื่อไม่ให้เป็นการงาน”

“ประเด็นงบประมาณ ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องมีการทบทวนแผนพัฒนาระดับอำเภอ สม่่าเสมอทั้งแผนระยะ 5 ปี และแผนระยะ 10 ปี”

ส่วนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน

การพัฒนาคุณภาพชีวิตในการศึกษานี้ต้องการอธิบายถึงระดับของคุณภาพชีวิตและการลดความเหลื่อมล้ำที่เปลี่ยนแปลงไปจากการได้ดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในระยะเวลาดังแต่ปี พ.ศ. 2561 ที่เริ่มดำเนินการ โดยได้จำแนกคุณภาพชีวิตไว้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ทางกายและกายภาพ 2) ทางจิตใจ อารมณ์และสังคม 3) ทางความคิด ปัญญาและวินัย และการลดความเหลื่อมล้ำอีก 1 ด้านโดยประเมินตามการรับรู้ของคณะกรรมการผ่านทางแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์

ผลการวิเคราะห์แบบสอบถาม พบว่าระดับการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 54.66, S.D. = 4.52) เมื่อพิจารณารายด้านของการพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกข้อมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ได้แก่ ทางกายและกายภาพ (Mean = 2.44, S.D. = 0.61) และทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม (Mean = 2.44, S.D. = 0.79)

ส่วนการลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ (Mean = 2.41, S.D. = 0.75) และการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางความคิด ปัญญา และวินัย (Mean = 2.37, S.D. = 0.74)

“การมีส่วนร่วมระดับตำบลหรืออำเภอ ในการร่วมขับเคลื่อน พชอ. โดยจะมีการให้อสม. ช่วยสำรวจความต้องการความช่วยเหลือ ความขาดแคลนร่วมแก้ปัญหาคนเร่ร่อนในชุมชน ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง”

“การสำรวจกลุ่มเปราะบาง ประเด็นปัญหา เช่น ชยะในชุมชน ยาเสพติด เพื่อรายงานในที่ประชุม พชต. ให้กรรมการทุกหมู่บ้านได้นำเสนอนำสู่เวทีประชุม พชอ. นำไปสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกัน การใช้ตัวแทนแต่ละหมู่บ้านช่วยในการเข้าถึงการได้รับวัคซีน COVID-19”

“มีแนวทางการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ, กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เน้นการส่งเสริมสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย สร้างกระแสให้คนออกกำลังกาย”

“โรงเรียนมีเครือข่ายวัดเข้ามาอบรมนักเรียน จัดกิจกรรมทางศาสนา มีการประสานผู้ปกครอง

การรับทราบและจัดการปัญหาของนักเรียนจากการเยี่ยมบ้าน การป้องกัน แก้ไขปัญหาเสพติดผ่านการประสานตำรวจเข้ามาอบรมให้กับนักเรียน”

ส่วนที่ 4 ผลการของการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของบทบาทและการรับรู้ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน

ตัวแปร	R ²	B	β	T	F	P-value
บทบาทและการรับรู้ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ๙	0.24	8.90	0.49	3.62	93.08	0.01**

**p-value = 0.01

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอย (Regression Analysis) ผลการวิเคราะห์พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ประกอบด้วย การปฏิบัติด้านการร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ ด้านการร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็มส่วนขาด และด้านการร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมรับผลงาน มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านกาย กายภาพ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ด้านความคิดปัญญาวิสัยและการลดความเหลื่อมล้ำทางบวก ($\beta = 0.49$) กล่าวคือ หากมีการปฏิบัติตามบทบาทยิ่งมากการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำก็จะมากตามไปด้วย โดยที่สามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 24.00 ($R^2 = 0.240$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.01) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการมีอำนาจการทำนายความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน ได้ถึงร้อยละ 24.60

สรุปและอภิปรายผล การศึกษานี้มีข้อค้นพบที่จะนำมาอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

1. การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทั้ง 8 อำเภอของเขตสุขภาพที่ 4 โดยภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง⁽⁹⁾ ในส่วนของการพิจารณาแยกแยะด้านพบว่า ด้านกระตุ้น หนุนเสริมหรือ “ร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ” อยู่ในระดับปานกลาง ระดับการปฏิบัติตามบทบาทได้ค่าเฉลี่ยน้อย คือ ด้านการเติมเต็มส่วนขาดทรัพยากรที่ใช้ หรือ “ร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็ม” อยู่ในระดับน้อย ด้านการขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงาน หรือ “ร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมประเมินผล” มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง

2. ระดับการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่พบว่าระดับการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาทางด้านของการพัฒนาคุณภาพชีวิตพบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ได้แก่ ทางกายและกายภาพ ทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม

3. ผลการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน ด้านการลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่ที่พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลางข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่อุ้มใจ ไม่ถูกทอดทิ้ง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ประชาชนเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการนำไปใช้ดำรงชีวิต ผลการของการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression Analysis) ผลการวิเคราะห์ พบว่าการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ประกอบด้วยการปฏิบัติด้านการร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ ด้านการร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็มส่วนขาด และด้านการร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมรับผลงาน มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านกาย กายภาพ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ด้านความคิด ปัญญา วินัย และการลดความเหลื่อมล้ำทางบวกกล่าวคือ หากมีการปฏิบัติตามบทบาทยิ่งมากการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำก็จะมากตามไปด้วย โดยที่สามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 24.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการ มีอำนาจการทำนายความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชน ร้อยละ 24.60

4. การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการในด้านต่างๆ มีผลต่อความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนในพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงคุณภาพของคณะกรรมการได้สะท้อนว่า ประเด็นท้าทายที่สำคัญที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้นนั้นไม่ใช่เพียงแค่เกิดจากการดำเนินงานหรือความร่วมมือจากคณะกรรมการ จากหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนหรือตัวแทนภาคประชาชน สังคม แต่บุคคลที่สำคัญที่ควรจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมคือ ภาคประชาชน และภาคเอกชนที่จะต้องคิดที่จะพึ่งพาตนเองแล้วขยายออกไปทั้งชุมชน ซึ่งนอกจากจะทำให้ผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นไปที่ดีขึ้นยังจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนด้วย เพียงแต่คณะกรรมการส่วนใหญ่ก็มองว่าเป็นเรื่องที่ไม่ง่ายและต้องใช้เวลาอย่างมากในการที่จะกระตุ้นและดึงภาคประชาชนส่วนใหญ่เข้ามามีส่วนร่วม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่นมีโครงสร้างของคณะกรรมการที่มาจากหลายภาคส่วนตามระเบียบกฎหมาย มีการสร้าง “น้ำพองโมเดล” เพื่อให้สามารถเข้าถึงประชาชนลดความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่ มีการบูรณาการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน มีการสร้างการมีส่วนร่วมให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมกำหนดนโยบายการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่มีความเหมาะสม⁽¹⁰⁾

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัย การศึกษาบทบาทและการรับรู้ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน เขตสุขภาพที่ 3 ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งมีข้อเสนอ ดังนี้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรดำเนินการพัฒนาหรือปรับปรุง สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพที่จะเกิดกับประชาชน

2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรดำเนินการติดตามกำกับให้มีการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมให้มากขึ้น

3. ควรสนับสนุนภาคประชาชน และภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้มากขึ้นเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินงาน

4. งานวิจัยสามารถนำไปปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานของคณะกรรมการได้

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

สันติ เกิดทองทวี, ชรินทร์ ห่วงมิตร, ณัฐพนธ์ ัญญาโชติหิรัญ, ศิรินทิพย์ ศาสตราจารย์ สาครวัดชาวลวงศ์, ชม ปานตา. การศึกษาบทบาทและการรับรู้ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน เขตสุขภาพที่ 3. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2568;10(1):251-266.

Suggested citation for this article

Keadthongthawee S, Hungmitr C, Thanyachodhirun N, Satsawatchawanwong S, Panta C. Role and perceiving of the district quality of life development committee to reduce inequality of people in public health region 3. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2025;10(1):251-266.

เอกสารอ้างอิง

1. ประเมธี วิมลศิริ. ยุทธศาสตร์ชาติ : อนาคตประเทศไทยเพื่อการพัฒนาที่มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2560.
2. ฤทัย วรรณวินิจ. แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร; 2561.
3. จันทิมา นวมะวัฒน์, วิภาพร สิทธิศาสตร์, กฤษฎา เหล็กเพชร, การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการสุขภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562.
4. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. อุดรธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8; 2560.
5. อำนวย เหมือนวงศ์ธรรม. บทบาทผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมโครงการตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ศึกษากรณีเขตพื้นที่ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2556; 24(4):36-50.
6. วัชรภรณ์ จันทนกุล. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2560;8(1):448-59.
7. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติ : สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
8. ดิเรก ขำแป้น, ชรินทร์ ห่วงมิตร, สันติ เกิดทองทวี, อมรรัตน์ กล้าทัพ, โกสินทร์ แสงแก้ว, ชม ปานตา. การประเมินประสิทธิผลมาตรการป้องกัน COVID-19 ในเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2563. วารสารควบคุมโรค. 2547;47(4):893-903.
9. สมยศ ศรีจารนัย. บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร; 2561.
10. จรียา สীগพลี, ชชาติธนา ปัตตลาโพธิ์, สมัย ทองพูล. กระบวนการขับเคลื่อนประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ.นาดูน โดยการมีส่วนร่วม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2567;8(15):1-15.