

ผลการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7

Results of The Development of Guidelines and Mechanisms for Disease Prevention and Control Using The Concept of Mechanism of District Health Board in Area Health Region Number 7

กังสดาล สุวรรณรงค์ พย.ม. (พยาบาลชุมชน)

ชุตินา วชรกุล ส.ม. (สาธารณสุข)

เนตรชนก พันธุ์สุระ วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

รัตนารณียศศรี ศ.ม. (เศรษฐศาสตร์ธุรกิจ)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

Kangsadal Suwannarong M.S.N. (Community Health Nursing)

Chutima Wachrakul M.P.H. (Public Health)

Natchanok Phansura B.Sc. (Public Health)

Rattanaporn Yossi M.Econ. (Business Economics)

Office of Disease Prevention and Control, Region 7 Khon Kaen

Received: March 4, 2024

Revised: June 7, 2024

Accepted: July 8, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคโดยแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้บริหาร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระยะเวลาการวิจัยเดือนตุลาคม 2562 ถึง เดือนธันวาคม 2565 การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ วางแผน (Planning) ปฏิบัติการ (Action) สังเกตการณ์ (Observation) สะท้อนผลลัพธ์ (Reflecting) ระยะที่ 3 การประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ การสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสังเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่ 1 ยังไม่มีแนวทางและกลไกการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ชัดเจน ระยะที่ 2 วางแผนการพัฒนา นำความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากำหนดได้กลยุทธ์คือ GDL2C คือ G:Goal กำหนดเป้าหมายแนวทางการพัฒนาร่วมกัน D: Deployment สื่อสารถ่ายทอดให้เข้าใจร่วมกัน L:Learning การปรับปรุงวิธีทำงาน พัฒนาศักยภาพ แบ่งปันความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ C: Collaboration การเชื่อมโยงสร้างการมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชน C: Continuous ความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ระยะที่ 3 ติดตามประเมินผล ผลลัพธ์การใช้แนวทางและกลไกการพัฒนา พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีการนำข้อมูลมิติสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจมาวิเคราะห์และสอดคล้องกับการเลือกประเด็นปัญหาในพื้นที่ มีการสื่อสารถ่ายทอดและกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ชัดเจน รูปแบบกิจกรรมทำงานเชิงรุกมากขึ้นและผลลัพธ์ของการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่น่า่องเป็นไปตามเกณฑ์ที่อำเภอวางไว้ ดังนั้นแนวทางและกลไกที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 7 ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันได้

คำสำคัญ: ผลการพัฒนาแนวทางและกลไก การป้องกันควบคุมโรค การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

Abstract

This action research aimed to develop guidelines and mechanisms for disease prevention and control, using the concept of improving quality of life at the district level in Area Health Region Number 7. The key informants included members of the District Health Board (DHB), administrators, and stakeholders. Research period was from October 2019 to December 2022. The research was divided into three phases. Phase I involved studying the situation and problem conditions. Phase II developed guidelines and mechanisms for disease prevention and control, addressing health hazards through the mechanism of the District Quality of Life Development Committee, using the PAOR process comprising four steps: planning, action, observation, and reflecting. Phase III involved evaluation, data were collected through interviews, focus group discussions, and in-depth interviews. The data were analyzed using descriptive statistics and content data synthesis. The results of the study found that Phase I did not have clear guidelines and management mechanisms for improving the quality of life at the district level. Phase II planned development by taking the needs of stakeholders into determination, resulting in the formulation of the GDL2C framework. This framework included Goal(G) strategy, goals, and development guidelines; Deployment (D) strategies to communicate and convey for mutual understanding; Learning (L) initiatives aimed at improving working methods, sharing knowledge, and developing potential; Collaboration (C) efforts to create participation among the public, private, and public sectors; and Continuous (C) measures to ensure the continuity of operations. Phase III involved follow-up and evaluation. The results of using development guidelines and mechanisms, along with lessons learned, were examined. It was found that the CSOs had shared goals. Data on health, social, and economic dimensions were used for analysis and were consistent with the selection of local issues. Communication was conveyed to stakeholders and goals were clearly defined. The activity format became more proactive and the results of disease and health hazard prevention and control in the pilot areas aligned with the criteria set by the district. Therefore, the developed guidelines and mechanisms could be used in the management, prevention, and control of diseases and health hazards in Public Health Region 7, consistent with the current situation.

Keywords: Results of the development, Disease prevention and control, Mechanism of District Health Board

บทนำ

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งกว่าเดิมจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่จะสามารถเชื่อมโยงระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลอย่างไร้รอยต่อ และการมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคที่เข้มแข็ง⁽¹⁾ โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อ

ตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 ถึง พ.ศ.2564)⁽²⁾ จากการสังเคราะห์บทเรียนประสบการณ์ขององค์การอนามัยโลกสะท้อนให้เห็นถึง ทิศทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขในระดับนานาชาติให้ความสำคัญของการบูรณาการระหว่างบริการและการดูแลสุขภาพ

กับบริการและการดูแลสังคมจาก “ระบบที่มีโรงพยาบาลเป็นฐานและโรคเป็นศูนย์กลาง” เป็น “ระบบสุขภาพที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง”⁽³⁾ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ประเทศไทยดำเนินการพัฒนานำร่องบางพื้นที่ซึ่งเน้นประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัยโดยขยายพื้นที่ครอบคลุมทุกอำเภอ รัฐบาลออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561⁽⁴⁾ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอ และได้มีการลงนามความร่วมมือ (Memorandum of Understanding: MOU) ระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ⁽⁵⁾ มีองค์ประกอบจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการมีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการโดยประชาชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาคเอกชนและตัวแทนภาครัฐร่วมเป็นคณะกรรมการซึ่งร่วมกันแก้ปัญหาตามสภาพของพื้นที่ตนเอง

ระบบบริการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) มีคุณลักษณะของการมีพื้นที่เป็นฐานและประชากรเป็นศูนย์กลางบนพื้นฐานของการให้ความสำคัญในคุณค่าศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาวะของประชาชนทุกคนในอำเภอมีเป้าหมายเดียวกัน “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” และ “คนไทยใส่ใจดูแลกัน” (Thailand Caring and Sharing Society)⁽⁶⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอเพื่อแก้ไขสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยมีนโยบายในการยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนไทยได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรมตามแนวทางประชารัฐคือราชการและประชาชนร่วมกันดำเนินการตั้งแต่ระดับความคิดเห็นประชาชน พัฒนานโยบายด้านสุขภาพไปจนถึงการใช้สุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (District Health Board: DHB)

ถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานบริการสุขภาพและการสร้างสุขภาวะในระดับพื้นที่⁽⁷⁾ กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับพื้นที่ เป็นกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่แต่งตั้งภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน พชอ. ของประชาชนในพื้นที่เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์และเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวมมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหา การติดตามประเมินผลการทำงานระดับกระทรวงด้าน พชอ. ที่ผ่านมาใช้เกณฑ์ UCCARE ประเมินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ⁽⁵⁾ ซึ่งมีปัจจัยการสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการขับเคลื่อนแตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบช่องว่างและข้อจำกัดหลายประเด็น เช่น การขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในการสนับสนุนวางแผนในการตัดสินใจแก้ปัญหาในชุมชน ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ พชอ. และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและการบูรณาการทรัพยากรจากทุกภาคส่วนมาร่วมแก้ไขปัญหายังไม่คล่องตัว สำหรับการดำเนินงานของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่ายังไม่มีรูปแบบการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อน พชอ. ที่ชัดเจน ระบบข้อมูลขาดการวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่และขาดการสะท้อนข้อมูลเพื่อร่วมวางแผนแก้ไขปัญหามิฉะนั้น การกำหนดประเด็นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอล่าช้าในบางพื้นที่ และยังไม่ปรากฏข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ความสำเร็จของโครงการ/กิจกรรมระดับอำเภอ เพื่อยก ระดับ UCCARE หรือปรับปรุงส่วนขาดในประเด็นที่อำเภอระบุไว้ว่าจะพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายประการ อาทิ หลายอำเภอมีการปรับเปลี่ยนประธานคณะกรรมการ พชอ. (นายอำเภอ) และมีประเด็นเร่งด่วนในการบริหารจัดการเรื่องโควิด 19 ความเชื่อมโยงระบบบริหารจัดการกระบวนการข้อมูลและทรัพยากรโดยใช้กลไก พชพ./พชอ. เป็น

เครื่องมือในการขับเคลื่อนงานยังไม่เกิดความชัดเจน เป็นหนึ่งเดียวในภาพรวมของจังหวัดสาเหตุเนื่องจากการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างกลุ่มงาน โครงการแก้ไขปัญหาระดับอำเภอและตำบล ยังไม่ครอบคลุมตามประเด็นการขับเคลื่อนงาน ส่งผลให้การสนับสนุนวิชาการ และสนับสนุนทรัพยากรให้กับอำเภอและตำบลเกิดความซ้ำซ้อน และอาจไม่สะท้อนผลลัพธ์ในภาพรวมจังหวัดที่ชัดเจน ซึ่งประเด็นดังกล่าวส่งผลให้การขับเคลื่อนงานแก้ไขปัญหาดังกล่าวและการวัดผลสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้กลไก พขอ. ไม่ชัดเจน จากประเด็นปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาต้องบริหารจัดการและพัฒนาให้การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเกิดคุณภาพ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงได้ศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยใช้กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 คาดว่าผลที่ได้จะเป็นแนวทางในการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยผ่านกลไก พขอ. เขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งเป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่และสนับสนุนให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7
- 2) เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคโดยแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7
- 3) เพื่อจัดทำข้อเสนอในการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis S และ Mc Taggart R⁽⁷⁾ จำนวน 2 วนรอบ ผู้ให้

ข้อมูลหลักคือ ผู้บริหาร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและประชาชนในเขตสุขภาพที่ 7 ครอบคลุมพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ ระยะเวลาการวิจัยเดือนตุลาคม 2562 ถึง เดือนธันวาคม 2565

ระยะการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา (ปี 2562)

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7

1.2 ศึกษาการบริหารจัดการของจังหวัดและอำเภอภายใต้กลไก พขอ. ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ประธาน พขอ. บุคลากรที่เป็นคณะกรรมการ พขอ. กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผู้รับผิดชอบงานของ สสจ.

1.3 ศึกษารูปแบบและกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกลไก พขอ. ที่เหมาะสมกับบริบทเขตสุขภาพที่ 7

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (ปี 2563 ถึง 2564) ดำเนินการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไก พขอ. โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) วิเคราะห์ผลการดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนผลการปฏิบัติงาน จุดแข็ง ข้อจำกัด ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล (Evaluation) (ปี 2565) ผลการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไก พขอ. จัดเวทีสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประเมินผลการดำเนินการเบื้องต้น ติดตามปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ สะท้อนแนวคิด และปรับปรุงกระบวนการระหว่างการทำงานเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 1 ใช้แบบตรวจสอบข้อมูลแบบสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 2 ใช้แบบสัมภาษณ์

เครื่องมือ 5 ชิ้น (สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ แผนภูมิต้นไม้ปัญหา บันไดผลลัพธ์ วิเคราะห์แรงเสริม แรงต้าน รวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์) แบบบันทึกการพัฒนาในพื้นที่กำหนดแบบสังเกต เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 3 ใช้แบบสนทนากลุ่ม แบบตรวจสอบข้อมูลแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการพัฒนาและแบบบันทึกการถอดบทเรียนสำหรับการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาค่าความสอดคล้องจากดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item – Objective Congruence Index: IOC) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า 0.5 ขึ้นไป พบทุกข้อมากกว่า 0.5 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยจัดหมวดหมู่ประเด็นสภาพปัญหาและรวบรวมข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การประชุมระดมสมอง (Brain storming) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสังเกต (Observation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิรายงานผลการดำเนินงานตามกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและข้อมูลจากประชุมระดมสมองร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อวางแผนการทำงานร่วมกันโดยนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่เจาะจงบุคคลเพื่อรักษาความลับ

ผลการวิจัย

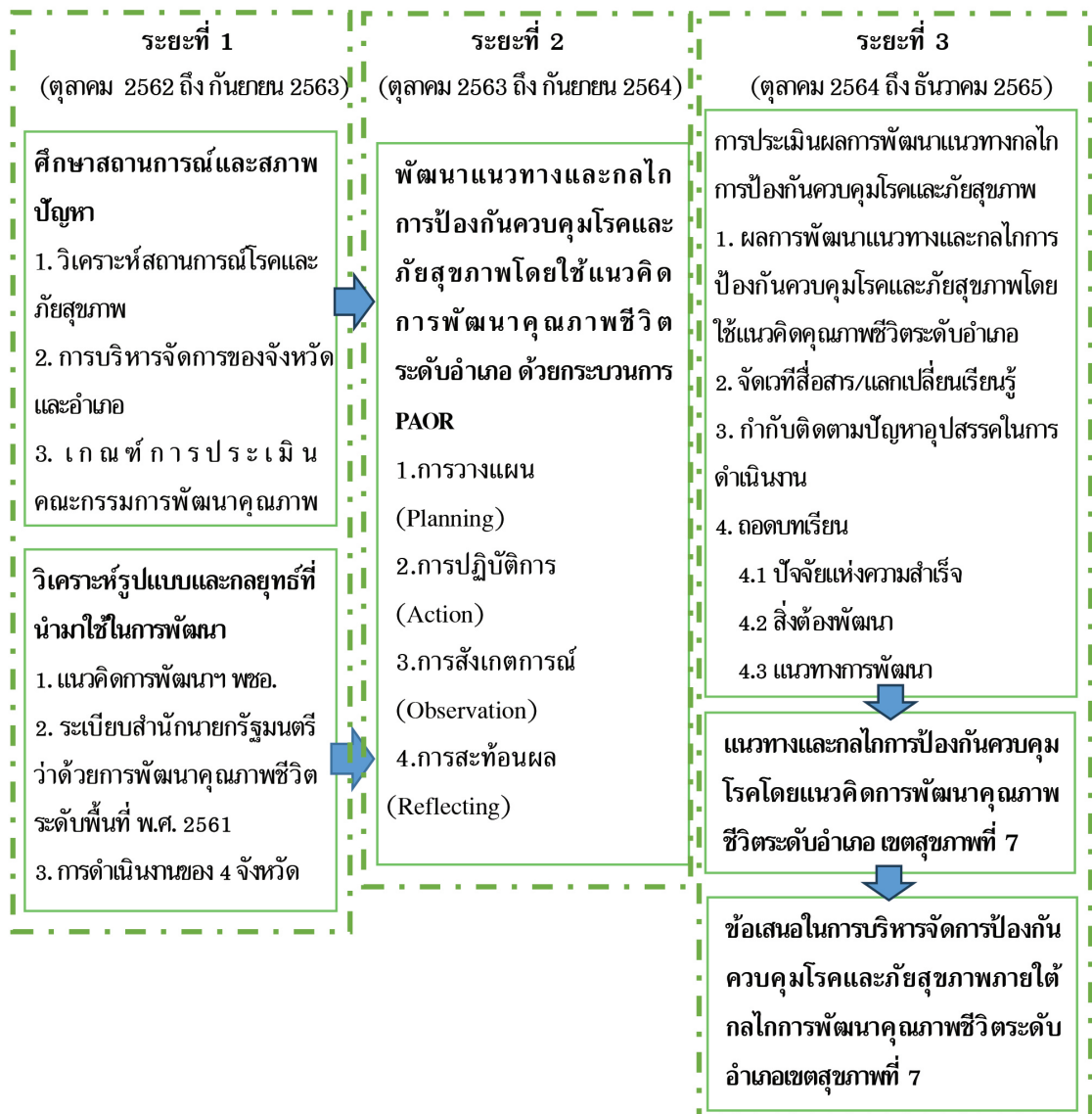
ผลการวิจัยระยะที่ 1 สถานการณ์และสภาพปัญหา

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า รายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวัง รง.506 สะสมรวม 226,434 ราย มีรายงานผู้เสียชีวิต 33 รายโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่มีอัตราป่วยสูงสุด 10 อันดับแรกในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 (1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2561) โรคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ โรคอุจจาระร่วงอัตราป่วยเท่ากับ 2,094.76 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือไข้ไม่ทราบสาเหตุโรคปอดบวม อาหารเป็นพิษ ตาอักเสบ ใช้หัวดีใหญ่ อีสุกอีใส ใช้เลือดออก มือเท้าปาก และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 740.94, 631.94, 341.74, 166.94, 129.52, 87.64, 81.67, 69.15, 46.65 ต่อประชากรแสนคน ข้อมูลมีความคล้ายคลึงกันทั้ง 4 จังหวัด สำหรับข้อมูลที่แตกต่างเพิ่มเติมคือ จังหวัดขอนแก่น มีรายงานอัตราป่วยสูงสุดอันดับ 10 ของจังหวัด คือ วัณโรค อัตราป่วยเท่ากับ 71.37 ต่อประชากรแสนคน

2. การบริหารจัดการของจังหวัดและอำเภอภายใต้กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2.1 ทบทวนการดำเนินงานของจังหวัด อำเภอ พบว่า ส่วนใหญ่โครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการของ พชอ. มีการจัดตั้งคณะกรรมการการรายงานประเด็นการถ่ายทอดนโยบายลงสู่พื้นที่ยังไม่ครอบคลุมทุกแห่ง ร้อยละ 30.00 ที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ลักษณะการทำงานมีทั้งในแนวราบและแนวดิ่งปีงบประมาณ 2562 พบร้อยละ 70.12 ของอำเภอมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. อย่างเป็นทางการมีแผน/โครงการพัฒนาและมีกิจกรรมงบประมาณรองรับ

2.2 การกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ ส่วนใหญ่กำหนดวัดผลลัพธ์เชิงกิจกรรมเท่านั้น และมีบาง พชอ. ขาดการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการทำงานกับหน่วยงานอื่นๆ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.3 การคัดเลือกประเด็นสำคัญเพื่อแก้ไข ปัญหาพบว่าส่วนใหญ่ พขอ. คัดเลือกประเด็นอย่างน้อย 2 ประเด็น/อำเภอ เนื่องจากในช่วงต้นของการวิจัยเป็นช่วงของการระบาดของโควิด 19 ดังนั้นทุกจังหวัดมีการแก้ไขปัญหาโควิด 19 การดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่ รวมทั้งเลือกประเด็น แก้ไขปัญหา อาทิ การป้องกันควบคุมโรคโควิดโรค พิษสุนัขบ้า พยาธิใบไม้ดับเบาหวานและความดันโลหิตสูง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ทางถนน โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม การแก้ไขปัญหาด้านขยะ การจัดการขยะต้นทาง และการส่งเสริมด้านอาหารปลอดภัย เกษตรอินทรีย์ ข้อสังเกตที่พบในการเลือกประเด็นมาแก้ไขในบางพื้นที่ยังไม่สอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพของอำเภอ

2.4 เกณฑ์การประเมินคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ของกระทรวงสาธารณสุข ใช้คำว่า UCCARE มีองค์ประกอบ

6 ด้าน 1) การทำงานเป็นทีม (Unity Team) 2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus) 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community participation) 4) การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) 6) การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential Care) แบ่งเป็น 5 ระดับคือเริ่มมีแนวทางขยายการดำเนินงาน ดำเนินงานเป็นระบบ เรียนรู้และบูรณาการ พบว่า มีเพียงร้อยละ 45.00 ของอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบประเมิน UCCARE จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า พขอ. มีความเข้าใจเรื่อง UCCARE ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

2.5 ด้านงบประมาณดำเนินงานเพื่อการขับเคลื่อน พขอ. และยกระดับสถานะประชาชนด้วยกลไก พขอ. พบว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้สนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผ่านสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อำเภอละ 60,000-80,000 บาท ข้อมูลจากการสะท้อนถึงความเพียงพอของงบประมาณ พบว่า เพียงพอกับการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

2.6 ศึกษารูปแบบและกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไก พขอ.เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า เป้าหมายกรมควบคุมโรคกำหนด 2 เป้าหมายคือ เป้าหมาย ที่ 1 กระบวนการจัดการโรคและภัยสุขภาพที่เป็นรูปธรรมและมีส่วนร่วม เป้าหมายที่ 2 เกิดผลลัพธ์การลดโรคลดภัยสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงและกำหนดการพัฒนาเครือข่ายผู้รับผิดชอบ พขอ. คือ ให้สามารถ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ประโยชน์ 2) ชี้เป้าปัญหาและกำหนดมาตรการ 3) การจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหา 4)การระดมทรัพยากร 5) การกำกับติดตามและประเมินผลลัพธ์ที่บ่งชี้การลดโรค ลดปัจจัยเสี่ยงและภัยสุขภาพ

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Actions)
ดำเนินการพัฒนาแนวทางและกลไกการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไกคณะกรรมการ พขอ.โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

1. การวางแผน (Planning) วางแผนออกแบบและพัฒนาแนวทางและกลไกร่วมกับหน่วยงาน ผู้รับผิดชอบงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพที่ 7 ครอบคลุมจังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด และมหาสารคาม และระดับอำเภอ สะท้อนสภาพปัญหาและโอกาส การพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกลไกคณะกรรมการ พขอ. พบว่า ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานภายใต้พขอ.ที่ชัดเจนและการบริหารจัดการขึ้นอยู่กับแต่ละจังหวัดให้แนวทาง กำหนดประเด็นปัญหา โอกาสพัฒนาข้อเสนอมาตรการพัฒนาร่วม

2. การปฏิบัติการ (Actions) 1) การจัดเวทีระดมสมองเพื่อวางแผนแนวทางและกำหนดประเด็นการพัฒนากับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2) การพัฒนาศักยภาพ สาระสำคัญของการเรียนรู้ประเด็น (2.1) โครงสร้างข้อมูลที่เป็นระดับอำเภอ การวิเคราะห์ข้อมูล พขอ. นำร่องนำไปเก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวแปรที่กำหนด พบว่า หลังการพัฒนา พขอ. นำร่อง (4 อำเภอ) สามารถใช้ชุดข้อมูลและสามารถนำเสนอข้อมูลที่เชื่อมโยงกับสภาพปัญหาในพื้นที่ได้ (2.2) การจัดการเชิงผลลัพธ์โดยใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น (สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ แผนภูมิต้นไม้ปัญหามันโดผลลัพธ์วิเคราะห์แรงเสริมแรงต้าน รวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์) (2.3) การจัดแผนงานโครงการแก้ไข ปัญหา พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพในโครงการของ พขอ. มีมาตรการที่แก้ไขปัญหาดตรงกับสาเหตุมากขึ้นและสมรรถนะของ สสจ. สสอ. อปท.สามารถจัดกระบวนการในพื้นที่ได้ (2.4) การนำแนวทางและกลไกการพัฒนาไปทดลองใช้สามารถสกัดแนวทางและกลไกการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 สรุปได้กลยุทธ์ GDL2C คือ 1) กำหนดเป้าหมายแนวทาง การพัฒนาร่วมกัน (Goal: G) 2) สื่อสารถ่ายทอดให้เข้าใจร่วมกัน (Deployment: D) 3) การปรับปรุงวิธีทำงานแบ่งปันความรู้และพัฒนาศักยภาพในส่วนขาด (Learning: L) 4) การเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน (Collaboration: C) 5)ความต่อเนื่องของการดำเนินงาน (Continuous: C)

3. การสังเกตการณ์ (Observation) ร่วมสังเกตการณ์ การนำแนวทางและกลไกไปทดลองใช้ จากการกำกับ ติดตามงานเพื่อพัฒนานิเทศงานโดยการสอนแนะ (Coaching) ติดตามเยี่ยมเสริมพลังให้กับพื้นที่ นิเทศ บูรณาการร่วมกับการนิเทศตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขกรณีปกติระยะเวลา 2 ครั้ง/ปี ตลอดระยะเวลา 3 ปี

4. การสะท้อนผล (Reflecting) วิเคราะห์ผลการ ดำเนินงาน การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน จัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปแนวทางและกลไกการป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 และสรุปกลยุทธ์ GDL2C ปัจจัยแห่งความสำเร็จ นำข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นข้อจำกัดที่ต้องปรับปรุง และจุดแข็งที่เสริมพลัง ในการพัฒนามากำหนดเป็นแนวทางร่วมในการปรับแผน ดำเนินงานพัฒนาใหม่

ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนา แนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคโดยแนวคิด การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7

จากสถานการณ์โรคในเขตสุขภาพที่ 7 ในระหว่างปี พ.ศ.2561 ถึง 2565 พบว่า สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ อุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ความชุกของผู้ป่วยเบาหวานยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาจำแนกรายจังหวัดพบว่าทั้งอัตราอุบัติการณ์ และความชุกโรคเบาหวานทั้ง 4 จังหวัดมีแนวโน้มเช่น เดียวกันกับสถานการณ์ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 7 สำหรับอัตราป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ทั้งภาพรวม เขตสุขภาพและภาพจังหวัด อัตราป่วยรายใหม่ค่อนข้าง คงที่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2564 ยกเว้น จังหวัดขอนแก่นที่มีแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มสูงขึ้น อย่างชัดเจน ข้อมูลการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน ของเขตสุขภาพที่ 7 ในระบบบูรณาการข้อมูลการเสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนน (ข้อมูล 3 ฐาน) แสดงให้เห็นว่า อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงกว่าค่าเป้าหมาย แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน 2561 ถึง 2565 (16.4 ต่อประชากรแสนคน) เมื่อพิจารณาภาพรวมของ จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของ เขตสุขภาพที่ 7 มีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อพิจารณาราย

จังหวัดยังพบบางจังหวัดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบว่า อัตรา ตายของจังหวัดกาฬสินธุ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและจังหวัด ขอนแก่นมีอัตราตายสูงสุดในแต่ละปี สำหรับสถานการณ์ โรคติดต่อ พบว่า แนวโน้มอัตราป่วยโรคปอดอักเสบ ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 ถึง 2565) จำแนกรายจังหวัด พบว่า ทั้ง 4 จังหวัดมีอัตราป่วยสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2561 และมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2564 อัตราป่วย โรคไข้หวัดใหญ่ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 ถึง 2565) จำแนกรายจังหวัด พบว่า ทั้ง 4 จังหวัดมีอัตราป่วยสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2562 และมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2564 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 ถึง 2565) จำแนกรายจังหวัดพบว่า ทั้ง 4 จังหวัด มีอัตราป่วยสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2562 และมีแนวโน้มลดลง ในช่วงปี พ.ศ. 2564 ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ในรอบ 10 ปี อัตราป่วยโรคตับอักเสบรวมย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 ถึง 2565) จำแนกรายจังหวัดพบว่า จังหวัด มหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์มีแนวโน้มลดลงในช่วง ปี พ.ศ. 2562 ส่วนจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดร้อยเอ็ด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ และอัตรา ป่วยโรคอุจจาระร่วงย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 ถึง 2565) จำแนกรายจังหวัด พบว่า ทั้ง 4 จังหวัดมีแนวโน้มลดลง

การพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุม โรคและภัยสุขภาพโดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าหลังการพัฒนาในปีที่ 3 ส่งผลให้อำเภอในเขตสุขภาพที่ 7 สามารถผ่าน การประเมินตามเกณฑ์ร้อยละ 96.10 (ในจำนวน 77 อำเภอ) สอดคล้องตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ในเชิงกระบวนการโดยมี 1. การทบทวนคำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการเป็นปัจจุบัน 2. การประเมินตนเอง ตามเกณฑ์ UCCARE และการติดตามการดำเนินงาน โดยผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด 3. ทุกจังหวัดมีการกำหนด ประเด็นร่วมที่ต้องดำเนินการขับเคลื่อนงาน มีการติดตาม ความก้าวหน้าผ่านโปรแกรม CL UCCARE และ แอปพลิเคชันไลน์ 4. เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเยี่ยม เสริมพลังคณะกรรมการ พชอ. และการถอดบทเรียน 5. มากกว่าครึ่งของอำเภอในเขตสุขภาพที่ 7 ได้มี

การนำเสนอความก้าวหน้าการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเวทีการประชุมหัวหน้าส่วนราชการประจำเดือน ผลลัพธ์ของการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นรูปธรรม กรณีศึกษา พขอ.ที่ 1 ซึ่งเลือกประเด็นแก้ไขปัญหา 1) ประเด็นการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นช่วงของการระบาดปี พ.ศ.2562 ถึง 2565 พบว่า มีการบริหารจัดการโดยระบบ พขอ.สั่งการจากนายอำเภอ มีการแบ่งบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน มีการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการระบาดโดยผู้เชี่ยวชาญทั้งภายนอกและภายใน มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงเข้าสู่การรักษาประชาชนมีพฤติกรรมเหมาะสม มีการดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักที่มีความเหมาะสมกับท้องถิ่น และผลการส่งเสริมการรับวัคซีนของประชาชนในช่วงการระบาดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77.39 (ข้อมูลวันที่ 20 กันยายน 2564) ส่งผลให้ผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ลดลงตามลำดับ พขอ.ที่ 2 ประเด็นลดความเสี่ยงการเกิดผลกระทบจากการบริโภคผักและผลไม้ไม่ปลอดภัยในอำเภอหนึ่งที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยประมาณ พ.ศ.2562 ถึง 2564 พบว่า ผลการตรวจคัดกรองระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในประชาชนอำเภอหนึ่งพบระดับ “มีความเสี่ยง” และ “ไม่ปลอดภัย” มีอัตราลดลงอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 27.53, 26.82 และ 8.29 ตามลำดับ เกิดประชามในหมู่บ้านต้นแบบมีการกำหนดกฎ/กติการ่วมกัน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด ละ เลิกการใช้สารเคมีและห้ามใช้สารเคมีอันตรายและ

มีหมู่บ้านต้นแบบ พขอ.ที่ 3 ประเด็นการป้องกันควบคุมโรค พบว่าความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น มีแนวทางการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงได้ตรงเป้าหมาย ส่งผลให้เข้าสู่กระบวนการรักษาได้เร็ว พขอ.ที่ 4 ประเด็นการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน พบว่า ประชาชนในอำเภอมีการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มมากขึ้นกว่าร้อยละ 80 อัตราการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทางถนนลดลงอย่างชัดเจน พขอ.ที่ 5 การป้องกันควบคุมพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า มีจำนวนตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขพยาธิโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้มาตรการสำคัญในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น สำหรับตัวอย่างของการขับเคลื่อน พขอ. เขตสุขภาพที่ 7 ที่สามารถเป็นแบบอย่างในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ได้แก่การขับเคลื่อน “การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน” “การแก้ไขปัญหายาเสพติด” “การจัดการแก้ไขปัญหาล้างมือ” “หมู่บ้านปลอดขยะ” “การป้องกันพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” “สถานีสภาพ สุขภาพใจ: Stroke” “การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ: สถานการณ์โควิด 19 โดยกองทุนปันสุขบรรเทาทุกข์” “อาหารปลอดภัย”

สำหรับความแตกต่างหลังการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7 ในครั้งนี้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงานก่อนและหลัง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแนวทางและกลไกการพัฒนาระบบการบริหารจัดการภายใต้กลไกคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 ก่อนและหลังพัฒนา

ประเด็น	แนวทางและกลไกกระบวนการบริหารจัดการก่อนการพัฒนา	แนวทางและกลไกกระบวนการบริหารจัดการหลังการพัฒนา
ด้านการสร้างทีมนำที่เข้มแข็ง/การวางแผนความร่วมมือ	1) ประธาน พชอ. แต่งตั้งคณะกรรมการอนุกรรมการตามประเด็นผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอยังไม่ชัดเจนทุกตำแหน่ง ยกเว้นตำแหน่งเลขานุการ 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในระดับอำเภอไม่ครอบคลุมสภาพปัญหาทุกมิติ และไม่สอดคล้องกับการเลือกประเด็นปัญหาเพื่อแก้ไข 3) การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการไม่ได้กำหนดครอบคลุมทุกอำเภอ และการเลือกประเด็นปัญหาในการแก้ไขในพื้นที่การวางแผนความร่วมมือของแผนงาน โครงการ ไม่ชัดเจน	1) การแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. ดำเนินงานตามระเบียบฯ คัดเลือกตัวแทนอปท. ผู้นำชุมชนที่มีภาวะผู้นำและเป็นที่ศรัทธาของชุมชน คณะอนุกรรมการตามประเด็นที่เลือกแก้ไขปัญหาคอบคลุมทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน และมอบหมายอำนาจหน้าที่ตามภารกิจของคณะอนุกรรมการ และการกำหนดผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอชัดเจน และมีทีมนำที่มีคุณลักษณะเก่งด้านประสานงาน 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในระดับอำเภอ ระดับอำเภอมีการเพิ่มการนำข้อมูลมิติสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจมาร่วมวิเคราะห์ และสอดคล้องกับการเลือกประเด็นปัญหาเพื่อแก้ไขในพื้นที่ 3) การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการสอดคล้องกับประเด็นเน้นหนักของจังหวัด เน้นกำหนดเป้าหมายในการพัฒนา ระบุผลลัพธ์ความสำเร็จที่ชัดเจนและการเลือกประเด็นพัฒนาหรือแก้ไขปัญหในพื้นที่ส่วนใหญ่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลและความต้องการของชุมชนโดยทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการคัดเลือก
ด้านการสื่อสารถ่ายทอดข้อมูล	1) การขาดกลไกการสื่อสารเชื่อมต่อกันระหว่างระดับจังหวัด และอำเภอ 2) ประธาน พชอ. มีการโยกย้ายบ่อยส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของการดำเนินงาน และคณะกรรมการขาดความเข้าใจในเจตนารมณ์ของการมีโครงสร้าง พชอ. ส่งผลให้แต่ละฝ่ายต่างทำงานภารกิจเดิม	1) รูปแบบการสื่อสารถ่ายทอดภายใน พชอ. ผ่านหลายช่องทาง ผ่านระบบหนังสือราชการ การประชุมชี้แจง ผ่านระบบประชุมทางไกล ส่งผลให้เข้าใจเจตนารมณ์มากขึ้น แม้ว่าประธาน พชอ. มีการเปลี่ยนโยกย้ายการดำเนินงานก็ต่อเนื่องมีผลกระทบเล็กน้อย 2) กำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจนในระดับอำเภอและจังหวัด รูปแบบการสื่อสารข้อมูลสุขภาพไปยังประชาชนและแกนนำชุมชนผ่านช่องทางไลน์ อินโฟกราฟฟิค และประชาคมในหมู่บ้าน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแนวทางและกลไกการพัฒนาระบบการบริหารจัดการภายใต้กลไกคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 ก่อนและหลังพัฒนา (ต่อ)

ประเด็น	แนวทางและกลไกกระบวนการบริหารจัดการก่อนการพัฒนา	แนวทางและกลไกกระบวนการบริหารจัดการหลังการพัฒนา
กระบวนการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ	ด้านระบบข้อมูล - มีแนวทางในการนำโปรแกรม CL UCCARE มาใช้การจัดทำรายงาน พขอ. ในภาพรวมของบางจังหวัด แต่บางพื้นที่ยังไม่ได้ดำเนินการสาเหตุเกิดจากบุคลากรขาดความเข้าใจและทักษะในการลงบันทึกข้อมูล ส่งผลให้การวิเคราะห์รายงานผลในภาพจังหวัดและอำเภอเกิดความไม่คล่องตัว - ใช้ฐานข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขเป็นหลักและใช้ฐานข้อมูลจากหลายหน่วยงาน แต่พบว่า ขาดความถูกต้องครบถ้วน เป็นปัจจุบันและขาดการมีส่วนร่วมในการนำข้อมูลมาใช้แก้ไขปัญหา ด้านการพัฒนาศักยภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - ยังไม่มีประเด็นการพัฒนาศักยภาพที่เฉพาะเจาะจงเรื่อง พขอ. ส่วนใหญ่จะมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว - มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จัดโดยสำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2563 มีการจัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2 ครั้ง	ด้านระบบข้อมูล - มีการใช้ประโยชน์จากโปรแกรม CL UCCARE เพื่อการประเมินอำเภอตนเองและคณะกรรมการ พขอ. เกิดทักษะในการจัดการกับข้อมูล - ข้อมูลมาจากหลายแหล่ง ใช้ทุนชุมชนที่มีและข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ข้อมูลด้านสาธารณสุข กลุ่มเปราะบาง การศึกษา มีผู้รับผิดชอบในการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอในเวทีและผู้บริหาร - เริ่มมีกระบวนการมีส่วนร่วมในการนำข้อมูลมาใช้แก้ไขปัญหา - รูปแบบกิจกรรมมีลักษณะการทำงานเชิงรุกมากขึ้น - มีคู่มือโครงสร้างข้อมูลที่จำเป็นระดับอำเภอในพื้นที่ใช้ประโยชน์ และมีการใช้แอปพลิเคชันเป็นเครื่องมือให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการพัฒนาศักยภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - พัฒนาความเข้าใจ UCCARE และระบบการประเมิน CL UCCARE - อบรมความรู้และทักษะในเรื่อง 1. การใช้ข้อมูลที่จำเป็นในการวิเคราะห์และเก็บรวบรวมข้อมูล 2. การจัดการเชิงผลลัพธ์โดยใช้เครื่องมือ 5 ขั้นตอน 3. การจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับปัญหา - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง พขอ. ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพที่ 7 ถอดบทเรียนความสำเร็จที่เป็นแบบอย่างที่ดี (good practice) จัดทำเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์เผยแพร่

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแนวทางและกลไกการพัฒนาระบบการบริหารจัดการภายใต้กลไกคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 ก่อนและหลังพัฒนา (ต่อ)

ประเด็น	แนวทางและกลไกกระบวนการบริหารจัดการก่อนการพัฒนา	แนวทางและกลไกกระบวนการบริหารจัดการหลังการพัฒนา
ด้านการสร้างแรงจูงใจ	ยังไม่มีข้อมูล	1) สร้างบุคคลต้นแบบและหน่วยงานต้นแบบในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2) การสมัครเข้ารับรางวัลคุณภาพแห่งชาติ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พขอ. เริ่มให้ความสำคัญ/สนใจในเพิ่มมากขึ้น 3) การขอรับการสนับสนุนวิชาการกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นเพื่อพัฒนาการเขียนผลงานส่งขอรับรางวัลคุณภาพแห่งชาติการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่
การเสริมพลังอำนาจให้ประชาชน	รูปแบบไม่ชัดเจน	1) การส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งประชาชนแกนนำชุมชนมีบทบาทสำคัญ และเป็นส่วนหนึ่งของ พขอ. 2) การสร้างมาตรการชุมชน ธรรมนูญตำบล โมเดลการจัดการสุขภาพโดยชุมชน 3) การเยี่ยมเสริมพลัง

ข้อเสนอในการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7

1. จากบทเรียนของ พขอ. ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สาระสำคัญที่ส่งผลกระทบในวงกว้างคือการสื่อสารควรทบทวนรูปแบบการสื่อสารทั้งภายใน/ภายนอกคณะกรรมการ พขอ. และควรการสื่อสารกับประชาชนเพื่อให้เข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง รวดเร็ว เชื่อถือได้ ดังนั้นการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับสื่อสารถ่ายทอดให้เข้าใจร่วมกัน (Deployment) เป็นประเด็นแรก โดยใช้รูปแบบทั้งทางการและไม่เป็นทางการและสามารถนำสื่อดิจิทัล แอปพลิเคชัน มาเป็นเครื่องมือในเข้าถึงข้อมูล

สุขภาพจะส่งผลให้รู้เท่าทันข้อมูลสุขภาพ และคณะกรรมการ พขอ. เข้าใจทิศทางการขับเคลื่อนงานไปทางเดียวกัน

2. ผู้รับผิดชอบงานระดับเขตและจังหวัดควรเน้นการปรับปรุงวิธีการทำงาน การพัฒนาศักยภาพ แบ่งปันความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Learning) อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสาระสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ต่อยอดความรู้ระหว่าง พขอ. เกิดมุมมองด้านมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสามารถนำแนวคิดไปประยุกต์ใช้ในการลดโรคและภัยสุขภาพเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายของพื้นที่ซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันได้

3. จากการวิจัยครั้งนี้ แนวทางและกลไกสำคัญที่คณะกรรมการพขอ.เขตสุขภาพที่ 7 สามารถนำไปพัฒนาในพื้นที่ คือ 1) การสร้างทีมหน้าที่เข้มแข็ง/การวางเป้าหมายร่วม 2) ด้านการสื่อสารถ่ายทอดข้อมูล

3) กระบวนการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ 4) ด้านการสร้างแรงจูงใจ 5) การเสริมพลังอำนาจให้ประชาชน

สรุปและวิจารณ์

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7 ในทางปฏิบัติที่ผ่านมา ก่อนการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ยังไม่มีแนวทางและกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ชัดเจน ส่วนใหญ่กำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรมเท่านั้น ขาดการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการทำงาน มีเพียง ร้อยละ 45.00 ของอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบประเมิน UCCARE จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า พขอ. มีความเข้าใจเรื่อง UCCARE ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การศึกษาครั้งนี้เป็นการต่อยอดจากทุนทางสังคมที่นำเอาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่พ.ศ.2561⁽⁴⁾ มาหนุนเสริมการทำงานให้กลไกที่มีอยู่เดิมให้ยกระดับการพัฒนาให้เกิดระบบอย่างต่อเนื่องสำหรับการพัฒนาในระยะเวลา 3 ปี ผลการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคโดยแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7 มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่ากระบวนการสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดกลไกขับเคลื่อนงานประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนแนวทางและกำหนดประเด็นการพัฒนา (2) การพัฒนาศักยภาพเรียนรู้ประเด็นข้อมูลที่เป็นไปในพื้นที่ การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลที่เชื่อมโยงกับสภาพปัญหา (3) การจัดการเชิงผลลัพธ์ (4) การจัดแผนงานโครงการแก้ไขปัญหานั้นใช้กลยุทธ์ GDL2C คือ 1) เป้าหมายแนวทางการพัฒนาร่วมกัน (Goal: G) 2) สื่อสารถ่ายทอดให้เข้าใจร่วมกัน (Deployment: D) 3) การปรับปรุงวิธีทำงานแบ่งปันความรู้และพัฒนาศักยภาพในส่วนขาด (Learning: L) 4) การเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมทั้งภาคีรัฐ ภาคเอกชนและประชาชน (Collaboration: C) 5) ความต่อเนื่องของการดำเนินงาน (Continuous: C)

สำหรับข้อเสนอในการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7 ควรให้ความสำคัญ

สำคัญกับสื่อสารถ่ายทอดให้เข้าใจร่วมกันโดยใช้รูปแบบทั้งทางการและไม่เป็นทางการ การนำสื่อดิจิทัลและแอปพลิเคชันมาเป็นเครื่องมือในเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจะส่งผลให้รู้เท่าทันข้อมูลสุขภาพ คณะกรรมการ พขอ. เข้าใจทิศทางการขับเคลื่อนงานไปทางเดียวกัน แนวทางและกลไกที่ได้จะช่วยให้คณะกรรมการ พขอ. นำไปบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม แนวทางและกลไกสำคัญที่ต้องดำเนินการคือ 1) การสร้างทีมหน้าที่เข้มแข็ง 2) ด้านการสื่อสารถ่ายทอดข้อมูล 3) กระบวนการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ 4) ด้านการสร้างแรงจูงใจ 5) การเสริมพลังอำนาจให้ประชาชน

ประเด็นที่สะท้อนให้เห็นจากการพัฒนา 3 ปีที่ผ่านมา พขอ. ควรให้ความสำคัญกับการกำหนดเป้าหมาย (Goal) ร่วมกันในการป้องกันควบคุมโรคให้ชัดเจนว่ามุ่งผลลัพธ์อะไรซึ่งประเด็นดังกล่าวจะเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคระยะ 20 ปี วางภาพอนาคตที่พึงประสงค์ว่ามีเป้าหมายร่วมกันดำเนินการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีเอกภาพจะเกิดความร่วมมือในทุกภาคส่วน⁽⁹⁾ การสื่อสารถ่ายทอดข้อมูลแนวทาง (Deployment) ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งแบบไม่เป็นทางการและเป็นทางการซึ่งส่งผลให้ทิศทางการขับเคลื่อนมีการปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกันและเป็นไปตามแผนที่วางไว้ ในทำนองเดียวกับกับการศึกษาของดวงดาว สารัตน์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยนำเทคโนโลยี Application Line Group การจัดทำข้อมูลรายงานใน Google Drive มาใช้ช่วยลดขั้นตอนการดำเนินงาน เพิ่มการสื่อสารให้คณะทำงานและผู้ปฏิบัติงานทำงานได้รวดเร็ว สำหรับการทบทวนปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพ การแบ่งปันความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Learning) ส่งผลให้เกิดองค์ความรู้ใหม่เกิดนวัตกรรม การต่อยอดแนวคิดสร้างแรงจูงใจและแบ่งปันประสบการณ์ที่ดี เช่นเดียวกันกับผลการศึกษากองานดัชนีสวัสดิภาพสังคมเสถียรพงษ์ และศิวัชรรัตน์⁽¹¹⁾ ที่พบว่าควรมีการเพิ่มศักยภาพคณะกรรมการ พขอ./อนุกรรมการ อย่างต่อเนื่อง สิ่งสำคัญของการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอคือการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีรัฐภาคเอกชนและประชาชน (Collaboration) สอดคล้องกับการศึกษาของดูลย์บำรุง⁽¹²⁾ ที่ให้ข้อเสนอการสร้างกลไกการขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพโดยพัฒนาคณะกรรมการ พชอ.อย่างมีส่วนร่วมส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการด้วยการใช้ทรัพยากรร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ ดังนั้น จึงเป็นความท้าทายของประธาน พชอ.และเลขานุการ พชอ. ที่ต้องประสานงานให้เกิดการทำงานร่วมกันโดยให้ทีมงานมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพร่วมกัน รวมทั้งความต่อเนื่องในการพัฒนา (Continuous) การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในพื้นที่ โดยการสนับสนุนและดึงศักยภาพของประชาชนในพื้นที่ให้เข้ามาร่วมจัดการดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง ส่วนกลไก พชอ.ต้องคำนึงถึงระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการระดับปฐมภูมิสามารถเชื่อมโยงระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ จากการติดตามเชิงคุณภาพและผลลัพธ์ของ พชอ.ที่ได้รับการพัฒนาส่วนใหญ่วัดความสำเร็จผลลัพธ์ตามเป้าหมายของ พชอ. มีการเปรียบเทียบความสำเร็จกับพื้นที่อื่นมีการระบุแนวโน้มของผลงานในพื้นที่ชัดเจน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของถนัด ไบยา และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าคณะกรรมการ พชอ. ขาดการประเมินผลลัพธ์ประเด็นปัญหาที่ พชอ. เลือกดำเนินการว่าปัญหานั้นได้รับการแก้ไขให้ลดลงหรือไม่อย่างไร สำคัญจากการถอดบทเรียนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของ พชอ. ผู้ศึกษาได้รวบรวมจัดทำเป็นคลังความรู้เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้พื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันนำรูปแบบไปปรับใช้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ ประชาชนลดเสี่ยง ลดโรค ลดป่วย/พิการ ลดตาย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนา

1. ผู้บริหารและผู้ที่มีบทบาทสนับสนุนด้านวิชาการควรเสริมกลไกการเรียนรู้หรือมุมมองการจัดการสุขภาพชุมชนให้คณะกรรมการ พชอ. โดยให้ความสำคัญประเด็น

ป้องกันก่อนการเกิดโรคป้องกันไม่ให้ประชาชนเกิดปัจจัยเสี่ยง (primordial prevention) มากกว่าประเด็นการควบคุมโรคและการแก้ไขเมื่อเกิดโรค โดยกำหนดเป็นนโยบายเชิงป้องกันของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

2. ผู้รับผิดชอบการขับเคลื่อนงาน พชอ. ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นควรส่งเสริมคณะกรรมการพชอ.ให้ได้รับการพัฒนาขีดความสามารถการเขียนผลงานการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเพื่อสมัครขอรับรางวัลคุณภาพแห่งชาติในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พัฒนาทักษะการเรียบเรียง รวบรวมข้อมูลให้สอดคล้องกับเกณฑ์ในรูปแบบการสอนแนะ (Coaching) การฝึกปฏิบัติงานไปพร้อมการทำงานจริง (On the Job Training) จะส่งผลให้สามารถนำผลงานที่ดีในพื้นที่เผยแพร่ให้หน่วยงานอื่นได้เรียนรู้และประยุกต์ใช้เป็นแบบอย่างที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการประเมินผลกระทบสำหรับประชาชนในการใช้กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงานหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 ที่กรุณาให้ข้อมูลประสบการณ์ในพื้นที่และร่วมกำหนด แนวทางการพัฒนาและบุคลากรจากสำนักผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรคที่สนับสนุนข้อมูลวิชาการ นายแพทย์สมาน พูตระกูล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นที่สนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งบุคลากรจากกลุ่มยุทธศาสตร์แผนงานและเครือข่ายทุกคนที่มีส่วนในการถอดบทเรียนและสนับสนุนวิชาการให้ พชอ. ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Tarimo E, Fowkes FGR. Strengthening the backbone of primary health care. World Health Forum 1989; 10(1): 74-9.
2. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. แผนสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
3. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva: World Health Organization; 2015.
4. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา 2561; เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54ง หน้า 1-7.
5. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. บันทึกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl-ddc.moph.go.th/KZTt9>.
6. Ministry of Health New Zealand. Guidelines for district health boards mental health quality monitoring and audit. Wellington: New Zealand; 2002.
7. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ฉบับมีกฎหมาย 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl-ddc.moph.go.th/GgCKI>.
8. Kemmis S, McTaggart R. The action research planer. 3rd ed. Geelong, Australia: Deak in University Press; 1988.
9. คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี เพื่อพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ. แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย 20 ปี (2561-2680) ฉบับย่อ. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
10. ดวงดาว สารัตน์, ประภัทรสร พิมพ์ดี, ดวงเดือน ศรีมาติ, ประชัน อาจนนลา, จิตติกรณ์ ไชยรัตน์. การพัฒนาระบบและกลไกการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด19) โดยความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2565; 3(2): 108-23.
11. กานต์ชัยพิสิฐ คงเสถียรพงษ์, คิวไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : ความท้าทายและการพัฒนา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครดัตต์ 2564; 13(2): 275-86.
12. อุดลย์ บำรุง. ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.). วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2562; 1(1): 87-101.
13. ถนัด ไบยา, ยุพิน แดงอ่อน. การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตจังหวัดน่าน. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2565; 18(1): 59-68.