

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

Model for developing competency of district health board of Trakan Phuetphon District, Ubon Ratchathani Province

ศิวาภรณ์ เงินราง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

Siwaporn Ngoenrang

Trakan Phuetphon District Health Office, Ubon Ratchathani Province

Corresponding author: Email: swp_pom@hotmail.com

(Received: August 13, 2019; Revised: August 26, 2019; Accepted: August, 31 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเป้าหมายเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 21 คน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2560-ธันวาคม 2561 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์ตัวแปรตัวเดียว (Univariate Analysis) การวิเคราะห์ตัวแปรสองตัวแปร (Bivariate Analysis) และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนาคณะกรรมการและเครือข่าย การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สรุป ถอดบทเรียน ประชาสัมพันธ์ หรือ EBES Model และนำรูปแบบฯ ไปใช้ พบว่า คะแนนความรู้หลังการดำเนินการเพิ่มเป็นร้อยละ 75.00 ในขณะที่ก่อนการพัฒนาคะแนนความรู้เท่ากับร้อยละ 44.12 และหลังการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีสมรรถนะหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอแตกต่างจากก่อนการพัฒนา (p -value = 0.0001) รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบนี้ไปใช้เพื่อพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้มีความรู้และสมรรถนะในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาสมรรถนะ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

Abstract

The purpose of this research was to developed and to investigate the effectiveness of competency development model for district health board of Trakan Phuethphon district, Ubon Ratchathani province. It was conducted in 21 randomly selected district health board. The research was conducted from October 2017 to December 2018. Data were collected using questionnaires and interviews and were analyzed using univariate analysis and bivariate analysis. The results revealed that the model for developing the competency of district health board was included: explore problems, board competency development, supervising, follow-up, evaluation, a summary of lessons and public relations or EBES model. Outcomes of the model showed 75.00% of participants have more knowledge on developing district health board after the program whereas only 44.12% of participants have knowledge before the program. After attending the program district health board had a core competency in the developing district health board different from before development (p -value = 0.0001). This finding model is an effective, therefore relevant departments should be implemented in order to raise the knowledge and competencies of practitioners.

Keywords: Competency development, District Health Board

1. บทนำ

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care : PHC) เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นบริการที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมุ่งเน้นความต้องการของประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการการที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรมด้วยวิธีการผสมผสานบริการ สร้างศักยภาพของบุคคลากรตามบริบทการทำงานจริงอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของชุมชน⁽¹⁾ การพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามหลักการและแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการออกแบบแนวคิดในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดบริการสุขภาพที่มีการเชื่อมโยงกับบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ รวมทั้งสามารถบูรณาการกับภาคีเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁾ ดังนั้น แนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System–DHS) จึงได้เกิดขึ้นอันเนื่องมาการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องสาธารณสุขมูลฐานในปี ค.ศ.1978 ที่เมืองอัลมา อตา(Alma-Ata) ที่เน้นว่างานสาธารณสุขมูลฐานควรบูรณาการให้เข้ากับระบบสุขภาพของประเทศรวมทั้งการพัฒนาทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม⁽³⁾ หลังจากปี ค.ศ.1978 หลายประเทศได้นำแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานประยุกต์ใช้ในการวางแผนกลยุทธ์เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยยึดคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการขับเคลื่อนกลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐานของประเทศ⁽⁴⁾ จากรายงานสถานการณ์สุขภาพปัญหาทางสาธารณสุขของอำเภอตระการพืชผล ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558-2561 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้น ตรงกันข้ามกับการเข้าถึงระบบ Stroke fast track ภายใน 3 ชั่วโมง และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI มีแนวโน้มความทันเวลาลดลงจากระบบการปฎิบัติที่หลายขั้นตอน และการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ จำนวนผู้ป่วยโรคไตที่เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอื่นๆ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ⁽⁵⁾ ซึ่งทางออกในการแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้นนั้น ต้องยึดชุมชนเป็นฐาน (Community Based Intervention :CBIs) อันเป็นมาตรการหนึ่งในการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงร่วมให้ครอบคลุมประชากรทั่วไปในชุมชน ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน เพิ่มความสามารถบุคคลในการตัดสินใจ และเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง สนับสนุนให้มีการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

และไม่เป็นพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยง⁽⁶⁾ ตลอดจนการเข้าถึงการบริการส่งเสริมเทคนิควิธีการปฏิบัติ มีการดำเนินการประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยระดมทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น ผ่านกระบวนการร่วมคิดร่วมทำในชุมชนอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชน และสถานการณ์ปัจจัยสาเหตุ การวางแผน การเลือกกลยุทธ์ และกิจกรรมการดำเนินงาน การขับเคลื่อนและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงการทำงานให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตามสถานการณ์อย่างเหมาะสมกับปัญหาวิถีชีวิต และบริบทของชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ซึ่งต้องอาศัยพลังของประชาชนเป็นรากฐาน และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เน้นชุมชนเป็นศูนย์กลาง สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน

ในขณะเดียวกันระบบสาธารณสุขไทยได้มีการปฏิรูปอีกครั้ง เพื่อลดทอนความขัดแย้งและปัญหาต่างๆ เพื่อเป็นการรองรับบริบทของการกระจายอำนาจให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีแนวคิด “การจัดการระบบสาธารณสุขในระดับพื้นที่หรือเขตสุขภาพหรือระบบสุขภาพระดับอำเภอ” เพื่อสร้างสมดุลเชิงอำนาจระหว่างผู้ซื้อ-ผู้ให้บริการ รวมถึงการเชื่อมประสานในเรื่องคนและการลงทุน เพื่อให้กลไกด้านการเงินขับเคลื่อนไปได้ดีขึ้น สอดคล้องกับบริบทของการกระจายอำนาจขึ้น⁽⁷⁾ ซึ่งระบบสาธารณสุขในระดับพื้นที่หรือเขตสุขภาพหรือระบบสุขภาพระดับอำเภอเกิดจากแนวคิดสำคัญ 3 ประการคือเริ่มจากแนวคิดของการอภิบาลระบบที่ต้องการให้เกิดธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ รวมถึงแนวคิดของการกระจายอำนาจและแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) ที่มีการแยกผู้ซื้อ-ผู้ให้บริการสุขภาพออกจากกัน ทำให้เกิดการซื้อและการจัดบริการระดับพื้นที่ ดำเนินการไปภายใต้การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) ที่เน้นการอภิบาลระบบให้เกิดธรรมาภิบาลที่ดี โดยให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชน ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสังคม (Social Determinant) นอกเหนือจากการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว⁽⁸⁾

สำหรับแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอถูกใช้มาตั้งแต่โครงการอยุธยาซึ่งมีชื่อเต็มว่าโครงการวิจัยระบบบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เริ่ม

โครงการตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2532⁽⁹⁾ และมีการพัฒนาต่อยอดต่อมาเป็นลำดับ จนกระทั่งแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอได้พัฒนาและประกาศเป็นนโยบายอย่างชัดเจนอีกครั้งในปี พ.ศ. 2555⁽¹⁰⁾ การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอดำเนินการโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีหน้าที่ในการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่อำเภอเป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยบุคคลจำนวน 21 คน มาจากผู้แทนหน่วยงานของรัฐ ผู้แทนภาคเอกชน และผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ โดยให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ ซึ่งคณะกรรมการฯ เหล่านี้ต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะก่อนดำเนินงาน ซึ่งการสำรวจนำร่อง พบว่า คนกลุ่มนี้มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอเพียงร้อยละ 42.8 และสมรรถนะหลักประกอบด้วย การควบคุมตนเอง การมีวิสัยทัศน์ การวางแผน การนำการเปลี่ยนแปลงการทำงานเป็นทีม และใช้เครื่องมือการบริหารจัดการ มีการดำเนินงาน ร้อยละ 49.80 และส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ความคาดหวังของทีม คือ การได้รับความรู้ในพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ด้อยโอกาสในชุมชน เข้าถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ มีช่องทางช่วยเหลือในการจัดการทีมสุขภาพอำเภอให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพ มีกระบวนการคืนข้อมูล มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเนื่อง ได้รูปแบบที่เหมาะสมที่ผลกระทบต่อชุมชนที่แท้จริง และการมีพี่เลี้ยงการจัดทำวิจัย R2R⁽⁵⁾ เช่นเดียวกับปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนคือ คณะทำงาน และการบริหารจัดการ⁽¹¹⁾ คณะกรรมการพชอ. ได้ผ่านกระบวนการจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับ 1) การส่งเสริมความรู้เพื่อสร้างกระบวนการจัดการเรียนรู้ 2) การเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ 3) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ 4) การสร้างเครือข่ายอำเภอควบคุมเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ⁽¹²⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นว่าสมรรถนะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในตัวบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของ

บุคคล เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของงานภายใต้ปัจจัยสภาพแวดล้อมขององค์กรและทำให้บุคคลมุ่งมั่นสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอให้มีความยั่งยืนต่อไป

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นการศึกษาข้อมูล และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง การศึกษาข้อมูลดังกล่าวประกอบด้วย 1) การศึกษาวิเคราะห์หลักการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ และ 3) การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ เป็นขั้นที่ดำเนินการร่วมกันทั้งการออกแบบและพัฒนากับการศึกษาวิจัย โดยการนำข้อมูลพื้นฐานมาสังเคราะห์ร่างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและนำร่างต้นแบบรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความสมเหตุสมผลของรูปแบบขั้นตอน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน ในด้านการบริหารสาธารณสุข (รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ/หัวหน้ากลุ่มงานภาคประชาชน) ด้านการพัฒนาชุมชน (นายอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ/ ปลัดอาวุโส) และด้านการบริหารท้องถิ่น (นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/พัฒนาชุมชน) เพื่อให้เห็นเกี่ยวกับความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้ของรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และนำผลที่ได้จากการตรวจสอบไปแก้ไขปรับปรุงต้นแบบ รวมทั้งการ

พัฒนาเครื่องมือต่างๆ ในแต่ละองค์ประกอบ และกระบวนการของรูปแบบต่อไป

การวิจัยระยะที่ 2 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งเป็น

1) การนำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติ เป็นการนำต้นแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในภาคสนาม โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบกลุ่มตัวอย่างเดียว มีการวัดก่อนและหลังการพัฒนา (One-Group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) อำเภอตระการพืชผล จำนวน 21 คน พัฒนาคณะกรรมการฯ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 5 วัน ระหว่างวันที่ 22-26 ตุลาคม 2561 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล ตามขั้นตอนรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้แก่ (1) วิเคราะห์สภาพปัญหาการปฏิบัติงาน (Explore problems) (2) การพัฒนาคณะกรรมการและเครือข่าย (Board competency development) (3) นิเทศ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (Supervising, follow-up and evaluation) และ (4) สรุป ถอดบทเรียน และประชาสัมพันธ์ (Summary of lessons and public relations) หรือ EBES Model

2) การประเมินและปรับปรุงรูปแบบ เป็นขั้นตอนการพัฒนา ประกอบด้วย การประเมินผลก่อนและหลังการพัฒนาแล้ว 3 เดือน รวมทั้งการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลไปปรับปรุง

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในระยนี้มี 2 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 แบบวิเคราะห์เอกสารวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และฉบับที่ 2 แบบสอบถามสภาพปัญหา ผู้วิจัยพัฒนามาจากโครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Management Learning หรือ DHML) ของยงยุทธ พงษ์สุภาพ⁽¹³⁾ แบ่งเป็นสามส่วน คือ

ส่วนแรกเป็นลักษณะทางประชากร ส่วนที่สองเป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ และส่วนที่สามเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสภาพปัญหาการพัฒนาสมรรถนะหลัก ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพฉบับร่างโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ประกอบผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารสาธารณสุข 2 คน ด้านการบริหารท้องถิ่น 2 คน และด้านการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า ส่วนที่สองมีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยค่าความเชื่อมั่น (KR20) เท่ากับ 0.92 และส่วนที่สามมี ค่า Chronbach's alpha coefficient มีค่าเท่ากับ 0.87 หลังจากทดลองใช้แล้วผู้วิจัยจึงนำผลมาปรับแก้ไขเพื่อให้ได้ข้อคำถามที่ชัดเจนยิ่งขึ้นแล้วจึงนำไปใช้จริง

การวิจัยระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ฉบับ คือ ฉบับที่ 3 แบบตรวจสอบความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) หรือ EBES Model ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากงานวิจัยของปฏิวัติ แก้วรัตน⁽¹⁴⁾ เป็นแบบสอบถามมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ คำดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.80-1.00 ฉบับที่ 4 แบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงาน แบ่งเป็นสองส่วน คือ ส่วนแรกเป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ และส่วนที่สองเป็นแบบประเมินสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของยงยุทธ พงษ์สุภาพ⁽¹³⁾ เป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ส่วนแรกมีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยค่าความเชื่อมั่น (KR20) เท่ากับ 0.92 และส่วนที่สองมีค่า Chronbach's alpha coefficient มีค่าเท่ากับ 0.87 ผู้วิจัยจึงนำผลมาปรับแก้ไขเพื่อให้ได้ข้อคำถามที่ชัดเจนยิ่งขึ้นแล้วจึงนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยลักษณะทางประชากร วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ข้อมูลสภาพปัญหา ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ ความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบฯ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วัดความรู้ก่อนหลังเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ และสมรรถนะการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test แบบสอบถามปลายเปิด วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และนำเสนอความเรียง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ COE 085256 วันที่ 26 กันยายน 2561 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3. ผลการวิจัย

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.14) อายุเฉลี่ย 48.9 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.95) รายได้เฉลี่ย 40,000 บาท จบการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 76.19) และเป็นผู้นำชุมชน (ร้อยละ 28.57)

2. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและเครือข่าย 3) การนิเทศติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และ 4) สรุป ถอดบทเรียน และประชาสัมพันธ์

3. ผลการนำรูปแบบฯ ไปใช้ พบว่า คะแนนความรู้หลังการดำเนินการเพิ่มเป็นร้อยละ 75.00 ในขณะที่ก่อนการพัฒนาคะแนนความรู้เท่ากับร้อยละ 44.12

4. สมรรถนะหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า หลังการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีสมรรถนะหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับ

อำเภอแตกต่างจากก่อนการพัฒนา (p -value = 0.0001) ดังปรากฏในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะหลักของ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยรวม

ชื่อตัวแปร	ค่ามัธยฐาน ผลต่าง	เกณฑ์ตัวเลข=0	
		95% CI for difference median	p-value
สมรรถนะหลัก 5 ด้าน	1.29	1.13-1.59	0.0001**

**p-value < 0.01

5. จากการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ช่างต้นส่งผลให้อำเภอตระการพืชผล โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน มีแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเริ่มต้นจากการระดมความคิดกับภาคส่วนต่างๆ และเปิดช่องทางในการสะท้อนปัญหาของประชาชน ร่วมระดมแนวทางวางแผน แก้ไขปัญหาของประชาชน ด้วยการขับเคลื่อนกระบวนการโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตรายประเด็น และแต่งตั้งคณะกรรมการพหุ. ระดับตำบล เพื่อดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ความมั่นคง ที่อยู่อาศัยเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมตามวิสัยทัศน์ (Vision) “ตระการเมือง น่ายอยู่ คู่เกษตรอินทรีย์ วิถีพอเพียง” โดยมีเป้าหมาย (Goal) คือ ประชาชนชาวอำเภอตระการพืชผลได้รับพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ยั่งยืน ไม่มีใครถูกทอดทิ้งไว้ข้างหลัง “คนตระการไม่ทอดทิ้งกัน” ปี 2562 มีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอตระการพืชผลดังนี้ คือ (1) การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม (2) การดูแลเด็กเยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม (3) การแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน (4) การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (5) การส่งเสริมพัฒนาการสมวัย (6) ดำเนินงานโครงการเกษตรอินทรีย์อาหารปลอดภัย และ (7) การส่งเสริมสัมมาชีพ โดยมี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ภาครัฐร่วมทำ นำประชาเป็นศูนย์กลาง ชุมชนร่วมสร้างร่วมคิด ร่วมทำ นำคุณค่า ปรารถนา ภูมิปัญญา และแบ่งปัน สรรหา บุรณาทรพยากร

4. อภิปรายผล

การสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ ทำให้การวิจัยครั้งนี้ได้แนวทางการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงาน พบผลเช่นเดียวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยาที่ประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนาระบบบริการ และการประเมินประสิทธิภาพ⁽¹⁵⁾ กระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อการจัดการสุขภาพระดับอำเภอในจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมความรู้เพื่อสร้างกระบวนการจัดการเรียนรู้ 2) การเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ 3) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และ 4) การสร้างเครือข่ายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน⁽¹²⁾ และสอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาสุขภาพพอเพียงในชุมชนซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน การดำเนินการ และสรุปประเมินผล⁽¹⁶⁾ การที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าองค์ประกอบที่สำคัญของการจัดบริการสุขภาพ คือ การมีเครือข่ายที่ให้บริการครอบคลุมความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงกิจกรรมการป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ปราศจากอุปสรรคทั้งในเรื่องค่าบริการ ภาษา วัฒนธรรมหรือภูมิประเทศ โดยมีเครือข่ายการให้บริการไปถึงระดับชุมชน ระบบบริการสุขภาพจึงต้องกำหนดขอบเขตการคุ้มครองค่าบริการสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคน มีความต่อเนื่องตลอดกระบวนการรักษา การส่งต่อข้ามเครือข่ายเขตพื้นที่บริการ นอกจากนี้การแยกบริการรักษาขั้นสูงที่มีความซับซ้อน และครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ และคุณภาพงานบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยที่เป็นไปตามความจำเป็นของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม มีการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ และมี

ประสิทธิภาพในการให้บริการที่มีการจัดการที่ดีเพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งการให้บริการและการประเมินผลประชาชนควรมีส่วนร่วมในร่วมกันรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ⁽¹⁷⁾

ผลลัพธ์ด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอก่อนอยู่ในระดับต่ำ แต่หลังจากการประชุมเชิงปฏิบัติการตามแนวทางการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) ในการปฏิบัติงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) อำเภอตระการพืชผลมีความรู้เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษากระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อการจัดการสุขภาพระดับอำเภอในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานจัดการสุขภาพในระดับอำเภอเปลี่ยนแปลงดีขึ้น และพื้นที่มีผลการประเมินเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอตามเกณฑ์การดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอของกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับ 4 หรือระดับมาก^(12, 18) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพได้ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เมนูวิชาการประกอบด้วยองค์ความรู้เป็นชุดความรู้ของระบบสุขภาพระดับอำเภอ ทั้งนี้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเลือกใช้เมนูวิชาการเพื่อสนับสนุนกระบวนการและกิจกรรมการเรียนรู้ โดยที่กรอบเนื้อหาที่สำคัญของแต่ละชุดความรู้ประกอบด้วย 1) ทฤษฎีและหลักการอย่างย่อ 2) สถานการณ์ในภาพรวมของประเทศ และโดยทั่วไปในระดับอำเภอ และ 3) ควรดำเนินการต่ออย่างไร เพื่อการพัฒนาสุขภาพของแต่ละอำเภอ⁽¹³⁾

ผลจากการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวทางการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่งผลให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) มีสมรรถนะหลัก โดยรวมด้านการควบคุมตัวเองการมีวิสัยทัศน์ การวางแผน การนำการเปลี่ยนแปลงการทำงานเป็นทีม และการใช้เครื่องมือการบริหารเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พบว่า ทีม

ผู้เรียนมีสมรรถนะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง⁽¹⁹⁾ เกิดนวัตกรรมการเรียนรู้รูปแบบใหม่ภายใต้คำว่า “DHML as LEARN Model” มี 5 องค์ประกอบคือ L: Learners คือ องค์ประกอบของทีมเรียนที่ต้องมีความหลากหลาย ทั้งทางด้านวัยวุฒิและคุณวุฒิ และควรมาจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการเรียนรู้นั้นๆ ไม่ใช่หน่วยงานเดียว E: Exchange คือ องค์ประกอบของการจัดกิจกรรมจะต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันทุกครั้ง A: Appreciation คือ องค์ประกอบของการชื่นชมเสริมพลังการเรียนรู้ให้มีขึ้นทุกครั้งของการพบกัน R: Resource and Reality คือ องค์ประกอบของแหล่งเรียนรู้และการเรียนรู้ที่มาจากความเป็นจริง ทีมเรียนต้องได้คิดตามจากที่ได้พบ ได้เห็นของจริงสภาพจริง N: Neutrality คือ องค์ประกอบของความเท่าเทียมและมีคุณค่า ทีมเรียนทุกคนแม้จะมีความหลากหลายทั้งด้านคุณวุฒิและวัยวุฒิ แต่ทุกคนมีคุณค่าและเท่าเทียมกัน มีความเคารพซึ่งกันและกัน “LEARN Model” นี้มุ่งให้ทีมเรียนเกิดการเรียนรู้เพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent)⁽²⁰⁾ หลังการเข้าอบรมทีมผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง⁽²¹⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เป็นชุดความรู้ โดยแบ่งเป็น 5 ครั้งๆ ละ 1 วัน เพื่อให้ทีมเรียน และทีมพี่เลี้ยงได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง กระบวนการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ การสะท้อนคิด ตลอดจนถอดบทเรียนการเรียนรู้ในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ปัญหาในระบบสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบ นำเสนอแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาดำเนินการและประเมินผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น

5. สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะฯ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบฯ ที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้มีความรู้และสมรรถนะในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาสมรรถนะโดยการศึกษาดูงานในอำเภอที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงาน พขอ. เพื่อให้คณะกรรมการฯ ได้ศึกษา

จากปรากฏการณ์จริง และควรพัฒนาคณะกรรมการฯ ให้เป็นเลิศด้วยกลยุทธ์ง่ายๆ เริ่มจาก (1) การรู้จักองค์กรหรืออำเภอตัวเองเป็นอันดับแรก (2) เริ่มต้นที่ผู้บริหาร (นายอำเภอ) (3) ทำงานอย่างมีแผนฯ (4) ถือประชาชน คือ พระเจ้า (5) คุยกันบ่อยๆ ด้วยข้อมูลจริง (6) ไม่หวงความรู้ (7) ใส่ใจคนทำงาน (เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน) (8) ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และ (9) เพิ่มเติมความเป็นเลิศสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ เพราะเป็นนโยบายที่มีความสำคัญทั้งในระดับเขตสุขภาพโดยทุกจังหวัดต้องนำไปแปลงสู่ภาคการปฏิบัติ ซึ่งในระดับอำเภอยังมีความต้องการข้อมูลองค์ความรู้เพิ่มเติมอย่างมาก เพราะผู้ปฏิบัติขาดประสบการณ์ ควรมีการวิจัยทุกๆ 2-3 ปี เพื่อค้นหาปัจจัยที่จะส่งผลต่อความสำเร็จต่อไป และมีการวิจัยในอำเภออื่นๆ ในจังหวัดและเขตบริการสุขภาพ เพื่อนำมาร่วมกันชื่นชม (Appreciate) และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อันเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอให้ยั่งยืนต่อไป

6. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The world health report 2008- primary health care (Now more than ever). Geneva: Author; 2008.
2. World Health Organization. The challenge of implementation: District health systems for primary health care. Geneva: Author; 1988.
3. Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V. K., & Chopra, M. Alma-Ata 30 years on: Revolutionary, relevant, and time to revitalise. The Lancet 2008; 372(9642): 917-927.
4. World Health Organization. Atlas of african health statistics 2016: health situation analysis of the African region. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2016.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ.2561.อุบลราชธานี.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี; 2561.

6. กรมควบคุมโรค. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs). นนทบุรี. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2559.

7. วินัย ลีสมีทธิ์, สงครามชัย ลีทองดี และสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.

8. วินัย ลีสมีทธิ์ และสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ; 2553.

9. สมเกียรติ อาชานานุภาพ. การพัฒนาระบบสาธารณสุขอำเภอ: ความเหมือนที่แตกต่างกัน. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ; 2557.

10. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. การเรียนรู้การจัดการระบบสุขภาพอำเภอ: DHML: สมุทรสาคร; 2557.

11. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, วิมล แสงอุทัย และกมลชัย อมรเทพรักษ์. แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี. สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2560; 24(2): 78-89.

12. สุรัชย์ รุจิวรรณกุล. การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอโดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ : กรณีศึกษา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. ปรินญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2558.

13. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. การจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ. สมุทรสาคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2557.

14. ปวีนิติ แก้วรัตนะ. รูปแบบการนิเทศงานวิชาการภายในของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. ดุษฎีนิพนธ์หลักสูตรปรัชญา

ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารเพื่อพัฒนาการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี; 2558.

15. ปราวี โอภาสนันท์, วิยะดา รัตนสุวรรณ และสุนัย ปัญญาวงศ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(2):177-217.

16. รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ. กระบวนการพัฒนาสุขภาพพอเพียงในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ และสุขภาพ 2555; 35(1): 28-38.

17. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO Press; 2010.

18. นิยมล กมุขชาติ. รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภออำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. ปรินญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.

19. อิศศักดิ์ พาจันท์. การวิจัยประเมินผลโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารทันตภิบาล 2558; 26(2): 25-32.

20. ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, จิราพร วรวงศ์, ศิราณี ศรีหาคาด, ธาณี กล่อมใจ และพิทยา ศรีเมือง. การเรียนรู้การบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ : บทบาทและมุมมองของอาจารย์หรือนักวิชาการสถาบันการศึกษา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2559; 26 (3):27-39.

21. เกศแก้ว สอนดี, เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, ผุสดี ก่อเจติย์, จิราภรณ์ ชื่นฉ่ำ และภูวลีสิทธิ์ สิงห์ประไพ. การประเมินผลสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของศูนย์ประสานงานและจัดการเรียนรู้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2561; 28(1): 116-126.