

การพัฒนาแบบแผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ Development of a District Health Board Operational Model at Srisomdet District

มานะ ศิริเลี้ยง*

Mana Siriliang

Corresponding author: E-mail: mansiri101@gmail.com

(Received: September 2, 2024; Revised: September 10, 2024; Accepted: October 10, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบและการประเมินผลรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart⁶ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ และ 3) ระยะศึกษาผลลัพธ์ การดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ แบบสอบถามเชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และทำการวิเคราะห์เนื้อหาด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ ประกอบด้วย 1) การศึกษาบริบทสถานการณ์ที่เป็นอยู่ของชุมชน 2) การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบลระดับหมู่บ้าน 3) การกำหนดการประชุมกำหนดประเด็นการพัฒนาประจำปี การบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เพื่อขับเคลื่อนงานตามประเด็นของแต่ละตำบล 4) การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ตามรูปแบบในการดำเนินงานโครงการแต่ละประเด็น ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพความรู้คณะทำงาน แกนนำ เครือข่าย และ 5) การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุกเดือน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน และมีการประเมินผลผลลัพธ์การดำเนินงานด้วยองค์ประกอบ UCCARE

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ จะต้องมีการดำเนินงานด้วยการมีส่วนร่วมและความร่วมมือที่ดีจากคณะกรรมการในทุกระดับ และต้องมีการพัฒนาศักยภาพของคณะทำงาน แกนนำ และเครือข่าย เพื่อขับเคลื่อนงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : พชอ.; การพัฒนาคุณภาพชีวิต; รูปแบบ พชอ.

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจังหาร

Abstract

Purposes : To study the operating model and evaluate the health board operation model at Srisomdet District, Roi Et Province.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : This research applied the Kemmis and McTaggart concept which consists of 4 steps: 1 Planning 2) Action 3) Observation and 4) Reflection. To be used in developing a model for implementing projects that are problematic in the area. Data were collected using a questionnaire developed through a workshop process and analyse data by using descriptive statistics and content analysis.

Main findings : The development of health board model for improving the quality of life in Srisomdet District consists of 1) Studying the context situation of the community 2) Establishment of a district level of health board development committee Sub-district level and village level 3) Setting up meetings to determine annual development issues and cooperation agreement (MOU) 4) Driving operations in the area according to the model for implementing each project, including developing the knowledge potential of working groups, leaders, and networks, and 5) Continuously monitoring the results of operations, exchange knowledge and evaluated with UCCARE.

Conclusion and recommendations : Development of operating models to improve quality of life It must be developed by creating community participation to manage the problem in area. To Promoting continuous knowledge in every level people. If operations of the model are continuously, it will cause a comprehensive and truly beneficial for the people in the area.

Keywords : Quality of life; Development of quality of life; Model of quality of life

บทนำ

ประเทศไทยได้มีประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2561 ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ส่งผลทำให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานในการจัดการสุขภาวะทางด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลในด้านสุขภาพของประชาชน จึงได้มีการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพในอำเภอ (พขอ.) ผ่านกลไกเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System, DHS) เพื่อจะทำหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางการและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานรัฐภาคเอกชนและภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม โดยการเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีพื้นที่เป็นฐานและมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของ และภาวะการณำร่วมกัน ประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน¹ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นถึงความสำคัญและมีการเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 เป็นต้นมา โดยการสร้างพื้นที่นำร่องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 73 อำเภอ ปี พ.ศ.2560 ทำการขยายผลเป็น 200 อำเภอ ปี พ.ศ.2561 ทำการขยายพื้นที่ดำเนินงานเป็น 400 อำเภอ และในปี พ.ศ.2562 มีการดำเนินการขยายพื้นที่ครอบคลุมทุกอำเภอจำนวน 878 อำเภอมาจนถึงปัจจุบัน โดยเน้นประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย มีรูปแบบของการดำเนินงานที่เป็นคณะกรรมการที่ชัดเจน บูรณาการการดำเนินงานผ่านกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุขร่วมกัน มีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ประชาชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/หน่วยงานภาคเอกชนและตัวแทนภาครัฐ ร่วมเป็นคณะกรรมการ โดยร่วมกันแก้ไขปัญหาตามบริบทพื้นที่ของตนเอง ซึ่งเรียกว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)²

จากการศึกษาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ของอตุลย์ บำรุง² พบว่าปัจจัยในการดำเนินงาน พขอ. ที่สำเร็จ คือ การที่ผู้นำสุขภาพทำงานด้านชุมชนมายาวนานและต่อเนื่อง การมีนโยบายที่เอื้อต่อการดำเนินงานทั้งระดับ ของส่วนกลาง และองค์กรมีระบบสนับสนุนทั้งในส่วนของงบประมาณ กำลังคนและอุปกรณ์สนับสนุน การทำงาน แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ อบต. สาธารณสุขชุมชน วัด โรงเรียน ครอบครัว แกนนำ หน่วยงานอุตสาหกรรม ภาคเอกชนและเครือข่ายต่าง ๆ มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ร่วมคิดร่วมทำอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนโดยผ่านเวทีการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีการจัดเวทีวิชาการและณรงค์เป็นประจำทุกปี และมีการพัฒนาทักษะบุคลากร มีการชื่นชมบุคลากรต้นแบบอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาของปัญญา พลศักดิ์³ พบว่าปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงาน พขอ. คือ การเชื่อมประสานข้อมูล และบูรณาการการทำงานในระดับจังหวัดและอำเภอ สามารถนำทรัพยากรด้านคน เงิน สิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ได้ และประชาชนในพื้นที่มีความรู้ ความสามารถที่หลากหลายทำให้ง่ายต่อการพัฒนาและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการประชุมทบทวนประเด็นพัฒนา ค้นข้อมูล และติดตามผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่องเป็นประจำ นอกจากนั้นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ได้มีการศึกษาในอำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ⁴ โดยพบว่า มีงบประมาณไม่เพียงพอในการดำเนินงาน บุคลากรไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของการเป็นคณะกรรมการ พขอ. หัวหน้าส่วนราชการมีการโยกย้ายบ่อย ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง การคัดเลือกบุคคลและการกำหนดบทบาทหน้าที่ไม่เหมาะสมกับงาน และ ขาดการส่งเสริมศักยภาพในการทำงานของบุคลากร เช่น ทักษะในการค้นหาปัญหา ทักษะการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ทักษะการประเมินผลการทำงานและการถอดบทเรียน จากการศึกษาของมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและสำนักพัฒนายุทธศาสตร์ศิริวิไทย⁵ พบว่า ปัญหาในการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ คือ ความแตกต่างและความหลากหลาย

ของรูปแบบในการปฏิบัติในแต่ละพื้นที่ ขาดการสื่อสารนโยบายที่ไม่ถึงในระดับพื้นที่ ขาดการเชื่อมโยงระบบสุขภาพระดับอำเภอ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพอำเภอ และการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิบ่อย

อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้เริ่มการขับเคลื่อนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) มาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2561 มาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ภายใต้วิสัยทัศน์ “คนศรีสมเด็จคุณภาพชีวิตดี ด้วยพลังสามัคคีของเครือข่าย” โดยในปี พ.ศ. 2566 มีการขับเคลื่อนพขอ.ใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมการระบาด Covid-19 2) คนศรีสมเด็จไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง) 3) พยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี 4) ใช้เลือดออก 5) ยาเสพติด และ 6) การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบผลลัพธ์ของการดำเนินงานไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้เท่าที่ควร หรือปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็งขึ้นกว่าเดิมจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่จะสามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จเพื่อเป็นการหาแนวทางในการพัฒนาให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพดีขึ้นในบริบทของพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดและสามารถเป็นแบบอย่างให้กับพื้นที่อื่น ๆ ต่อไปด้านการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์สูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบ Action Research ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart⁶ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือแบบสอบถามเชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งประยุกต์มาจากการศึกษาของของปัญญา พลศักดิ์³ โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จำนวน 65 คน โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ และ 3) ระยะศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยมีกระบวนการวิจัยดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ เป็นระยะของการวางแผนกระบวนการในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ การศึกษาและทบทวนงานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ทำการศึกษาค้นคว้าบริบทสถานการณ์การดำเนินงานในพื้นที่ การออกแบบเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย การจัดทำแผนงานการดำเนินงานวิจัย การประสานงานและการนำเสนอโครงการการวิจัยแก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ เป็นขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart⁶ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ

(Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดังต่อไปนี้

1) ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นกระบวนการวางแผนการดำเนินงานวิจัยในด้านการศึกษาศาสนาการณ การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการศึกษาผลลัพธ์รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยทำการทำการประสานงานเพื่อทำการประชุมชี้แจง ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย การออกแบบเครื่องมือ การนำเสนอเครื่องมือที่ใช้ต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินคุณภาพของเครื่องมือ และการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง

2) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) ได้แก่ การจัดประชุมเพื่อชี้แจงโครงการการวิจัยกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง การดำเนินงานเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

3) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observe) เป็นการสังเกตทุกกิจกรรมที่ดำเนินการร่วมกับการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

4) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติ (Reflect) เป็นขั้นตอนของการประเมิน ติดตาม และสรุปผล เพื่อวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น เพื่อนำผลการดำเนินการที่ได้สู่การพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขใหม่ต่อไป และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินปัญหาและอุปสรรค และปัจจัยสำเร็จ

ระยะที่ 3 การสรุปและประเมินผลวิจัย เป็นการสรุป ติดตามและประเมินผลในการการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ ตามแนวทางการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานด้วยองค์ประกอบ UCCARE ของกระทรวงสาธารณสุข และการสะท้อนข้อมูลต่อการพัฒนาในวงจรต่อไปให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 120 คน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

2. กลุ่มตัวอย่าง ทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง จำนวนทั้งหมด 65 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) และเกณฑ์ในการคัดออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1.1 เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ

1.2 เป็นคณะทำงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบลในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ

1.3 เป็นคณะกรรมการ พชอ.หรือคณะทำงานมากกว่าเท่ากับ 6 เดือนขึ้นไป

1.4 ยินยอมให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

2. เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

2.1 ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

2.2 ปฏิเสธที่จะให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จมาจาก โดยประกอบด้วย

1) ส่วนที่ 1 คือ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ บทบาทหน้าที่หลักในชุมชน ระยะเวลาการทำงานตามบทบาทหน้าที่หลักในชุมชน การมีโรคประจำตัว

2) ส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถามรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ ซึ่งพัฒนามาจากการศึกษาของนิสา ปัญญา⁷ ปี พ.ศ.2564 โดยการแสดงความคิดเห็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) บริบท บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 11 ข้อ 2) ปัจจัยนำเข้าในการพัฒนารูปแบบ

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ จำนวน 5 ข้อ และ 3) กระบวนการในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ จำนวน 5 ข้อ

3) ส่วนที่ 3 คือ ผลการประเมินผลลัพธ์ ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ โดยเป็นการให้คะแนนตามระดับ 1-5 ตามเกณฑ์ การประเมินของ UCCARE ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2561 ซึ่งประกอบด้วย การประเมินผลลัพธ์ในการ ดำเนินงาน 6 ด้าน คือ 1) การทำงานเป็นทีม (Unity team) 2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer focus) 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community participation) 4) การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนา บุคลากร (Resource sharing and human development) และ 6) การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดย การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น โดยขอรับ คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โดยแบบสอบถามที่ทำการพัฒนาขึ้น มีค่า CVI เท่ากับ 0.89 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข อีกครั้งหนึ่งเพื่อความถูกต้องและครบถ้วนก่อนนำไปใช้ ในการศึกษาวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประชุม เชิงปฏิบัติการ จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่

1. การประชุมและประสานงาน เพื่อชี้แจงแนวทาง และแผนการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ศรีสมเด็จ โดยการวางแผนในการดำเนินงานร่วมกัน

2. การจัดเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และจัดเก็บ ข้อมูล เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกัน โดยการมอบหมายหน้าที่ ในการรับผิดชอบงาน และการลงปฏิบัติการดำเนินงาน ในพื้นที่

3. การประเมินผลการดำเนินงานโครงการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จด้วยการประเมินโดยใช้ UCCARE

4. การสรุปผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ เพื่อสรุปปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและแผนพัฒนาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 15 กันยายน 2566 หมายเลขรับรอง COE 1002566

ผลการวิจัย

ผลการศึกษารูปแบบในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยสรุป ตามกระบวนการดำเนินวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษา สถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ และ 3) ระยะศึกษา ผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยมีผลการศึกษาในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. สรุปผลการศึกษาในระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ มีดังต่อไปนี้

1.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ดังนี้ เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.92 อายุเฉลี่ย 53.91 ± 6.67 ปี มีสถานภาพแต่งงาน/สมรส เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.08 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.62 ประกอบอาชีพรับราชการส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 มีรายได้ กับรายจ่ายของครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 61.54 บทบาทหน้าที่หลักในชุมชนส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 27.69 มีระยะเวลาการทำงานตามบทบาทหน้าที่หลักในชุมชน เฉลี่ย 7.75 ± 5.55 ปี และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.31 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 65)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	28(43.08)
หญิง	37(56.92)
อายุเฉลี่ย	53.91±6.67
สถานภาพ	
โสด	19(29.23)
แต่งงาน/สมรส	41(63.08)
หม้าย	3(4.62)
หย่า/แยก	2(3.08)
การศึกษา	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4(6.15)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	11(16.92)
อนุปริญญา/ปวส.	8(12.31)
ปริญญาตรี	42(64.62)
อาชีพ	
เกษตรกร	9(13.85)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11(16.92)
รับราชการ	39 (60.00)
รับจ้างทั่วไป	6 (9.23)
รายได้กับรายจ่ายของครอบครัวมีความเหมาะสมเพียงพอหรือไม่	
เพียงพอ	25 (38.46)
ไม่เพียงพอ	40 (61.54)
บทบาทหน้าที่หลักในชุมชน	
ผู้บริหารท้องถิ่นและข้าราชการ	10(15.38)
สมาชิกสภาท้องถิ่น	8(12.31)
พัฒนาการตำบล	3(4.62)
ผู้นำชุมชน	8(12.31)
ผู้นำทางศาสนา	5(7.69)
ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือครูอนามัย	13(20.00)
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	18(27.69)
ระยะเวลาการทำงานตามบทบาทหน้าที่หลักในชุมชน	7.75±5.55

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(ร้อยละ)
ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่	
มี	47(72.31)
ไม่มี	18(27.69)

1.2 ผลการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ด้านที่ 1 คือ ด้านบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ พบว่า บทบาทหน้าที่ของการมีส่วนร่วมในการดำเนินการเกี่ยวกับกิจกรรมทางด้านสุขภาพหรือด้านสาธารณสุข มีมากที่สุด คือ มีค่าเฉลี่ย 4.42 ± 0.61 ด้านที่ 2 คือ ด้านการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ พบว่า การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ มีการถ่ายทอดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนต่อคณะกรรมการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมากที่สุด คือ มีค่าเฉลี่ย 4.28 ± 0.57 และด้านที่ 3 คือ ด้านการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ พบว่า การมีแผนและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จมีมากที่สุด คือ มีค่าเฉลี่ย 4.42 ± 0.56 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ (n=65)

ข้อคำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม					Mean±SD.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	
บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ						
1. มีส่วนร่วมในการพิจารณาเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์และร่วมกำหนดปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่	27 (41.54)	36 (55.38)	2 (3.08)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.94±0.83
2. มีส่วนร่วมให้ข้อมูลสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่	16 (24.62)	32 (49.23)	15 (23.08)	1 (1.54)	1 (1.54)	4.38±0.55
3. มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุข	23 (35.38)	38 (58.46)	4 (6.15)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.29±0.58
4. มีส่วนร่วมในการเห็นชอบรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	27 (41.54)	32 (49.23)	6 (9.23)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.32±0.64

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อความคำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม					Mean±SD.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
5. มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้มีกลไก ในการทำงานในระดับพื้นที่ และ ให้การประกันคุณภาพในการดำเนินงาน	29 (44.61)	30 (46.15)	6 (9.23)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.35±0.65
6. มีส่วนร่วมในการรับฟังข้อร้องเรียน ปัญหาทางด้านสุขภาพหรือปัญหา สาธารณสุขในพื้นที่	19 (29.23)	33 (50.77)	9 (13.85)	3 (4.62)	1 (1.54)	4.02±0.87
7. มีส่วนร่วมในการดำเนินการเกี่ยวกับ กิจกรรมทางด้านสุขภาพหรือ ด้าน สาธารณสุข	31 (47.69)	30 (46.15)	4 (6.15)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.42±0.61
8. มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ท้องถิ่น และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	23 (35.38)	35 (53.85)	7 (10.77)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.25±0.64
9. มีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำข้อมูล ทางสุขภาพในพื้นที่	23 (35.38)	34 (52.31)	8 (12.31)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.23±0.66
10. มีส่วนร่วมในการสนับสนุนและ ส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอระหว่าง ภาคส่วนต่าง ๆ	26 (40.00)	36 (55.38)	3 (4.62)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.35±0.57
11. มีส่วนร่วมในการแต่งตั้งคนทำงาน เพื่อดำเนินงานในพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอในพื้นที่	24 (36.92)	36 (55.38)	5 (7.69)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.29±0.61
การพัฒนาแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ						
12. การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอศรีสมเด็จ มีการถ่ายทอด นโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนต่อ คณะกรรมการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	22 (33.85)	39 (60.00)	4 (6.15)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.28±0.57

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม					Mean±SD.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
13. การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของ อำเภอศรีสมเด็จ มีบุคลากรที่เป็น คณะทำงานที่เพียงพอ	21 (32.31)	38 (58.46)	6 (9.23)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.23±0.61
14. การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของ อำเภอศรีสมเด็จได้รับการสนับสนุน ด้านงบประมาณ เครื่องมือและอุปกรณ์ ที่เพียงพอ	14 (21.54)	40 (61.54)	9 (13.85)	2 (3.08)	0 (0.00)	4.02±0.70
15. การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของ อำเภอศรีสมเด็จมีองค์ความรู้ ได้แก่ คู่มือ หลักสูตรที่เกี่ยวข้อง และมีเกณฑ์ การประเมินที่ชัดเจน ครบถ้วน	24 (36.92)	33 (50.77)	8 (12.31)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.25±0.66
16. มีการใช้เทคโนโลยีที่เอื้อต่อการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ	21 (32.31)	29 (44.62)	13 (20.00)	2 (3.08)	0 (0.00)	4.06±0.81
กระบวนการในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ						
17. มีการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการ และคณะทำงานในการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ ที่เหมาะสมและเพียงพอ	19 (29.23)	31 (47.69)	11 (16.92)	4 (6.15)	0 (0.00)	4.00±0.85
18. มีแผนและแนวทางการดำเนินงานที่ ชัดเจนในการดำเนินงานพัฒนา คุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ	29 (44.62)	34 (52.31)	2 (3.07)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.42±0.56
19. มีการนิเทศ ติดตามก้าวหน้าในการ ดำเนินงานหรือการเยี่ยมเพื่อเสริมพลัง ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ของอำเภอศรีสมเด็จ	26 (40.00)	37 (56.92)	1 (1.54)	0 (0.00)	1 (1.54)	4.34±0.67

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม					Mean±SD.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
20. มีการสรุปและประเมินผลในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ	13 (20.00)	29 (44.62)	12 (18.46)	7 (10.77)	4 (6.15)	3.62±1.11
21. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนจากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ	16 (24.62)	29 (44.62)	7 (10.77)	10 (15.38)	3 (4.62)	3.69±1.14

2. สรุปผลการศึกษาระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จเป็นขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart⁶ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดังต่อไปนี้

1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การศึกษาบริบทสถานการณ์ที่เป็นอยู่ของชุมชน ได้แก่ ที่ตั้ง ลักษณะการปกครองโดยธรรมชาติ ลักษณะกลุ่มวัยของประชากร ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพหลักและอาชีพเสริมในพื้นที่ เพื่อเป็นการศึกษาถึงบริบทปัญหา ทรัพยากรที่จะจัดการปัญหาในพื้นที่นั้น ๆ ดังสรุปข้อมูลในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) สรุปผลการดำเนินงานได้ดังต่อไปนี้

- การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 8 ตำบล คณะทำงานระดับหมู่บ้าน จำนวน 83 หมู่บ้าน โดยมีคณะกรรมการระดับอำเภอ จำนวน 21 คน มีคณะทำงานจำนวน 99 คน จำนวนรวมทั้งหมด 120 คน เพื่อการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมกัน

ทุกภาคส่วน

- มีการกำหนดการประชุมกำหนดประเด็นการพัฒนาประจำปี การบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เพื่อขับเคลื่อนงานตามประเด็นของอำเภอร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลประจำปี

- การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ตามประเด็นโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในปี 2566-2567 ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมการระบาดของ Covid-19 2) คนศรีสมเด็จไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง) 3) พยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี 4) ไข่เลือดออก 5) ยาเสพติด และ 6) การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูลและสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ส่งผลให้เกิดการพัฒนารูปแบบในการดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

3) ขั้นตอนการสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตในการดำเนินงานในทุกกิจกรรมจากขั้นตอนที่ 2 ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในด้านการพัฒนารูปแบบการดำเนินการดังแสดงในตารางที่ 3

4) การสะท้อนผล (Reflection) ทำการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องรายเดือน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน ซึ่งพบปัจจัยสำเร็จของการศึกษา

วิจัยในครั้งนี้ คือ การมีความร่วมมือที่ดีจากคณะกรรมการ องค์ความรู้ในการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมในภาคส่วน
ในทุกระดับในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ ของคณะกรรมการดำเนินงาน ประชาชน และชุมชน ซึ่งจะต้อง
อำเภอที่ดี แต่ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ได้แก่ มีการพัฒนาในด้านนี้อย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 แสดงการพัฒนารูปแบบในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จแยกตามโครงการ

โครงการ	การพัฒนารูปแบบการดำเนินการ
1. การป้องกันควบคุมการระบาด Covid-19	-การจัดตั้งคณะกรรมการและจัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจาก Covid-19 -การกำหนดแนวทางทางการดำเนินงาน ติดตามการดำเนินงานทุกเดือน -การจัดทำสื่อและสื่อสารประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง -การสร้างการรับรู้ มุ่งเน้นการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน Universal prevention ในโรค Covid-19 และโรคอื่น ๆ ที่มีโอกาสระบาด -มาตรการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคระบาดในชุมชน -มาตรการการให้ความรู้ สุขศึกษานักเรียน -การฉีดวัคซีนป้องกันโรค Covid-19 และโรคอื่น ๆ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ โรคหัด
2. คนศรีสมเด็จไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (การดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบาง)	-การสร้างโอกาส สร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ได้แก่ การอบรมการสร้างอาชีพ -จัดทำโครงการถนนสายบุญด้วยพลังบวร เพื่อสมทบทุนเข้ากองทุนประจำอำเภอ ในการหารายได้เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส เพื่อสงเคราะห์มอบปัจจัยดำรงชีพให้กับผู้ยากไร้ คนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ด้อยโอกาส -การซ่อมแซมและมอบที่อยู่อาศัยให้กับผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้ -การสงเคราะห์ราษฎรที่ประสบอัคคีภัย
3. พยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี	-การสร้างการรับรู้และความตระหนักในโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการประชาสัมพันธ์ และจัดทำกิจกรรมรณรงค์ในพื้นที่ -การสร้างความรู้รอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กและเยาวชน โดยการอบรม ประกวดโครงการและนิเทศติดตาม -มุ่งเน้นอาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัยใบไม้ตับ โดยการตรวจรับรองมาตรฐาน ในด้านการทำปลาต้ม ปลาร้าปลอดภัยใบไม้ตับ -การจัดทำทะเบียนสัตว์รังโรคพยาธิใบไม้ตับ -การตรวจคัดกรองและการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการทำ MOU กับมหาวิทยาลัยขอนแก่นและสำนักงานวิจัยแห่งชาติ เพื่อเป็นอำเภอด้านแบบแก้ไขปัญหาระบาดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเชิงบูรณาการ -การพัฒนากระบวนการจัดการสิ่งปฏิกูล

ตารางที่ 3 (ต่อ)

โครงการ	การพัฒนารูปแบบการดำเนินการ
4. ใช้เลือดออก	-การมีคณะทำงานระดับหมู่บ้านทุกแห่งเพื่อติดตามการระบาดของไข้เลือดออกทุกฤดูกาล ในช่วงก่อนระบาด ช่วงระบาด และหลังระบาด -การอบรมและพัฒนาศักยภาพในกลุ่มประชาชน เครือข่ายและแกนนำ -ระบบการลงสอบสวนโรคให้รวดเร็วที่สุดเมื่อมีการระบาด และการควบคุมการระบาดของโรคด้วยมาตรการ 3-3-1 -การเฝ้าระวังรายเดือนในช่องทาง Application, Line gr. เพื่อสื่อสารและเฝ้าระวังในพื้นที่อย่างเข้มข้น -การติดตามการดำเนินการควบคุมการฉีดสารเคมี และการควบคุมการแพร่ระบาดในพื้นที่
5. ยาเสพติด	-การจัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมพื้นที่ระดับ ตำบล -การจัดทำธรรมนูญตำบล และกติการะดับตำบลเพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไขในระดับชุมชน -การค้นหาและคัดกรองผู้ติดยาเสพติด เพื่อส่งตัวในการเข้ารับการรักษา -การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติด -มาตรการการให้ความรู้ให้กับกลุ่มวัยทุกระดับ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ และการเฝ้าระวังในการใช้ยาเสพติด
6. การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูล และสิ่งแวดล้อม	-การทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันในการจัดการขยะ สิ่งปฏิกูลและสิ่งแวดล้อมในระดับอำเภอ -การจัดให้มีถังขยะที่เพียงพอ และมีถังที่สามารถทิ้งขยะได้ถูกประเภท -การเร่งสร้างมาตรการความรู้ ความตระหนักให้กับชุมชน เพื่อการแยกขยะที่ถูกต้อง การจัดการขยะในครัวเรือน การจัดการด้านสิ่งปฏิกูล -การทำความเข้าใจ ขอความร่วมมือกับผู้ประกอบการในการทิ้งสิ่งปฏิกูลและกำหนดพื้นที่ที่สามารถทำได้ เพื่อให้ผู้ประกอบการเข้าใจและทำได้ถูกต้อง ถูกสุขอนามัย -การติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือน

3. สรุปผลการดำเนินงานระยะที่ 3 ระยะศึกษาผลลัพธ์ การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดด้วยการประยุกต์ใช้เครื่องมือ UCCARE ของกระทรวงสาธารณสุข โดยพบว่า ทั้ง 6 โครงการ ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมการระบาด Covid-19 2) คนศรีสมเด็จไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (การดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มเปราะบาง) 3) พยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี 4) ใช้เลือดออก 5) ยาเสพติด และ 6) การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูลและสิ่งแวดล้อม มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ทุกโครงการ คือ ผ่านร้อยละ 60 โดยโครงการที่มีผลการดำเนินงานสูงสุด ได้แก่ การป้องกันควบคุมการระบาด Covid-19 คือ ร้อยละ 100 รองลงมา คือ

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง ร้อยละ 76.67 และ ร้อยละ 66.67 ดังแสดงในตารางที่ 4
น้อยที่สุด คือ การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูลและสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 4 ผลการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามเกณฑ์ UCCARE ของกระทรวง
สาธารณสุข

โครงการ พขอ.	ระดับคะแนนการประเมิน UCCARE						ผลการประเมิน (ผ่าน 60%)
	Unity team	Customer focus	Community Participation	Appreciation	Resource sharing and human development	Essential care	
1. การป้องกันควบคุมการระบาด Covid-19	5	5	5	5	5	5	100% ผ่าน
2. การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง	5	4	4	4	3	3	76.67% ผ่าน
3. พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	5	3	4	4	3	3	73.33% ผ่าน
4. ไข้เลือดออก	5	3	4	4	3	3	73.33% ผ่าน
5. ยาเสพติด	5	3	4	3	3	3	70.00% ผ่าน
6. การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูล และสิ่งแวดล้อม	5	3	3	3	3	3	66.67% ผ่าน

วิจารณ์

การพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต
อำเภอศรีสมเด็จ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่
1) บริบทบทบาทหน้าที่ 2) ปัจจัยนำเข้าในการพัฒนา
คุณภาพชีวิต 3) กระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์
การดำเนินงาน และ 4) การประเมินผลการดำเนินงาน
ด้วย UCCARE ซึ่งในด้านบริบทบทบาทหน้าที่ของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ มุ่งเน้น
ในการมีส่วนร่วมในการร่วมกันกำหนดปัญหาสุขภาพหรือ
ประเด็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วม
ในการให้ข้อมูลสุขภาพ ร่วมเสนอแนวทางในการจัดการ

ปัญหา ร่วมกันติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน
การสนับสนุนให้เกิดกลไกในการทำงานในพื้นที่
รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น ให้คำแนะนำและร่วมดำเนินงาน
ในระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันแบบ
มีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการวางแผน กระบวนการดำเนินงาน
การจัดการแก้ไขปัญหาระหว่างดำเนินงานและการติดตาม
การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของ
การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นปัจจัยสำเร็จของ
การดำเนินงานในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ
มานะ ภูมิพันธุ์⁸ ที่พบว่าบริบทของการดำเนินงานพัฒนา

คุณภาพชีวิตมีความเชื่อมโยงกับเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ที่เป็นรูปธรรม จะทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานในภาคสุขภาพภาคประชาสังคมและภาคเอกชน จะทำให้ชุมชนสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองและสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ ด้วยกระบวนการเสริมพลัง สร้างคุณค่าให้กับคนทำงาน สะท้อนปัญหาและคืนข้อมูลสถานะสุขภาพให้ชุมชนรับทราบ การเกิดการแก้ไขปัญหาร่วมกันจะผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะขึ้น ในด้านปัจจัยนำเข้า ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ พบว่า ปัจจัยนำเข้าที่จะทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือ มีการถ่ายทอดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน มีคณะทำงานที่เพียงพอ มีการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ ที่เพียงพอ มีองค์ความรู้ในการดำเนินงานที่ครอบคลุม และมีการใช้เทคโนโลยีที่เอื้อต่อการดำเนินงาน และในด้านกระบวนการดำเนินงาน พบว่า การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการ การมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน การนิเทศติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ที่สม่ำเสมอ รวมถึงการเยี่ยมเสริมพลัง การสรุปผลและการประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียนจากการดำเนินงานจะช่วยส่งเสริมให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติ เหลาสุภาพ⁹ ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ ปัจจัยการบริหารด้านกำลังคน ปัจจัยด้านการวางแผนในการดำเนินงาน ปัจจัยด้านการบริหารจัดการด้านกำลังคน ด้านวัสดุอุปกรณ์ ปัจจัยด้านการวางแผนการดำเนินงาน และการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถให้กับคณะกรรมการและชุมชน จะสนับสนุนให้เกิดการร่วมมือในการทำงานระหว่างภาคส่วน ๆ ให้มีมากขึ้น โดยการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ มีการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนเมื่อวิเคราะห์รูปแบบของการดำเนินงานตามโครงการที่เป็นประเด็นปัญหา ได้แก่ 1) การศึกษาบริบท สถานการณ์ที่เป็นอยู่ของชุมชน 2) การจัดตั้ง

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 8 ตำบล คณะทำงานระดับหมู่บ้าน 3) การกำหนดการประชุมกำหนดประเด็นการพัฒนาประจำปี การบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เพื่อขับเคลื่อนงานตามประเด็นของแต่ละตำบล 4) การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ตามรูปแบบในการดำเนินงานโครงการแต่ละประเด็น ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพความรู้คณะทำงาน แกนนำ เครือข่าย และ 5) การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุกเดือน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัญญา พลศักดิ์³ ที่พบว่ารูปแบบในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประกอบด้วย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานที่มาจากทุกภาคส่วน ภายใต้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมกันแก้ปัญหาและร่วมรับประโยชน์ มีการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ วิเคราะห์ปัญหาและคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตและมียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานที่ชัดเจน การนำทรัพยากรด้านคน เงิน สิ่งสนับสนุนในการวางแผนดำเนินงานร่วมกัน การทำให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีความรู้ มีการคืนข้อมูลและติดตามผลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างถูกต้องและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง โดยเมื่อวิเคราะห์เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จในแต่ละโครงการที่เป็นปัญหาที่ต้องการพัฒนา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การจัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน การกำหนดแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน การจัดทำสื่อเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้กับประชาชน เครือข่ายและแกนนำ การติดตามผลการดำเนินงาน โดยไม่ได้กล่าวถึง คือ ควรมีการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพิ่มเติมตามข้อเสนอจากการศึกษาของกานต์ชัชพลสิฐ คงเสถียรพงษ์¹⁰ คือ ควรมีการกำหนดคุณลักษณะและคัดเลือกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และคุณลักษณะคณะอนุกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้เหมาะสม โดยต้องมีความสนใจ จิตอาสา เสียสละ กล้าแสดงความคิดเห็น มีอำนาจในการตัดสินใจ เข้าใจในบทบาทการทำงานและยินดีที่จะเข้าร่วมในการทำงาน ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพสมรรถนะของคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้จากการศึกษาของรัชนิภา จิตรากุล และคณะ¹¹ จะต้องมีการพัฒนาในการดำเนินงานในด้านความร่วมมือจากประชาชนในระดับครัวเรือนและระดับบุคคลให้มีความเพียงพอ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดการปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ในด้านผลการประเมินการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดด้วยการประยุกต์ใช้เครื่องมือ UCCARE ของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวิเคราะห์ผลการประเมินทั้ง 6 โครงการ พบว่าผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 60 ทุกโครงการ แต่มี 5 โครงการ ซึ่งได้แก่ 1) คนศรีสมเด็จไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง) 2) พยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี 3) ไข้เลือดออก 4) ยาเสพติด และ 5) การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูลและสิ่งแวดล้อม ที่มีผลการประเมินที่ต่ำกว่าระดับ 4 ซึ่งในการประเมินการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามกระบวนการ UCCARE ไปใช้ในระดับพื้นที่ซึ่งเสนอโดยณภัทร สิทธิศักดิ์¹² ในด้านแนวทางการประเมินระดับ 4 ให้ผ่านเกณฑ์จะต้องมุ่งเน้นในการเกิดกระบวนการทบทวน ประเมินผล และปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้น ได้แก่ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตรงเป้าหมายหรือไม่ มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่ และมีการทบทวนไปปรับปรุงหรือไม่ และแนวทางการประเมินระดับ 5 ให้ผ่านเกณฑ์ จะมุ่งเน้นในการเกิดการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและตอบสนองต่อเป้าหมายและพันธกิจขององค์กร ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้าหมาย แผนปฏิบัติการ การวัดและปรับแผนปฏิบัติการ ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้องและความสอดคล้องกับเป้าหมาย และผลลัพธ์ของการประเมิน UCCARE ของทั้ง 6 โครงการอยู่ในระดับ 3-4 เป็นส่วนใหญ่

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัด ใบยา และยุพิน แต่งอ่อน¹³ ที่พบว่าผลการเฝ้าตามองค์ประกอบ UCCARE ในจังหวัดน่านส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.0-4.8 และเมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบของ UCCARE พบว่าองค์ประกอบด้านการแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) และการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential care) อยู่ในระดับ 3 เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งควรจะมีการพัฒนาในด้านศักยภาพของบุคลากรทั้งคณะกรรมการและประชาชนที่เกี่ยวข้องให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรชาติ จำเริญพัฒน์¹⁴ ที่พบว่า มาตรการในการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรในส่วนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จะต้องทำการเสริมสร้างศักยภาพ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืน รวมถึงมีการประเมินในด้านความรู้ของคณะกรรมการร่วมด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของพุทธชัย มาลัย¹⁵ ที่พบว่า ในด้านการแบ่งปันและสนับสนุนทรัพยากรร่วมกัน ควรมีแผนพัฒนาบุคลากร เชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ และในด้าน Essential care ควรมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นในการเลือกประเด็นสุขภาพซึ่งประกอบด้วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ โดยมีการเลือกประเด็นที่หลากหลายและมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้เกิดการจัดบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองปัญหาของพื้นที่ได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้ต้องมีพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทุกกระดับ เพื่อให้มีความรอบรู้ในการจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ แต่ทั้งนี้การใช้เครื่องมือ UCCARE ควรมีการออกแบบและปรับการประเมินให้เหมาะสมกับพื้นที่นั้น ๆ เนื่องจากอาจจะไม่สามารถระบุระดับการพัฒนาของการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอได้อย่างแม่นยำ เนื่องจากความเข้าใจและการแปลความหมายที่แตกต่างกัน

สรุป การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ ประกอบด้วย 1) การศึกษาบริบทสถานการณ์ที่เป็นอยู่ของชุมชน 2) การจัดตั้งคณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบลระดับหมู่บ้าน

3) การกำหนดการประชุมกำหนดประเด็นการพัฒนาประจำปี การบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เพื่อขับเคลื่อนงานตามประเด็นของแต่ละตำบล

4) การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ตามรูปแบบในการดำเนินงานโครงการแต่ละประเด็น ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพความรู้คณะทำงาน แกนนำ เครือข่าย และ

5) การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุกเดือน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน และมีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานด้วยองค์ประกอบ UCCARE ซึ่งหากมีการดำเนินงานตามรูปแบบที่วางไว้อย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาในครั้งนี้ ยังขาดการศึกษาในด้านปัจจัยของปัญหาที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การศึกษาในครั้งนี้ ยังขาดการศึกษาในด้านปัญหาที่พบจากการประเมินโครงการด้วย UCCARE ซึ่งควรมีการศึกษาประเด็นนี้เพิ่มเติม เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุที่เกิดขึ้นซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาแต่ละโครงการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอศรีสมเด็จ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสมเด็จ และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศรีสมเด็จ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอศรีสมเด็จทุกท่านที่ได้ร่วมกันในการนำเสนอแลกเปลี่ยนแนวคิดความคิดเห็นเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). พลังคน พชอ.สร้างอำเภอสุขใจ คนไทยใส่ใจดู

และกัน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th/พลังคน-พชอ-สร้างอำเภอสุขใจ/>.

2. อุดลย์ บำรุง. ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.). วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2562;1(1):87-101.
3. ปัญญา พละศักดิ์. การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;3(2):40-53.
4. ศักดินันท์ ดวงตา. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detauk&sid=203>.
5. มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและสำนักพัฒนายุทธศาสตร์วิถีไทย. บทเรียน พชอ.การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: นนทบุรี; 2563.
6. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. 3rd ef. Victoria : Deakin University press; 1988.
7. นิสา ปัญญา. การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
8. มานะ ภูมิพันธุ์. การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กรณีศึกษา : อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขมหาสารคาม. 2564;5(9):140-53.
9. อรรถวิทย์ วงศ์มณี, กิตติ เหลาสภาพ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(3):169-83.

10. กานต์ชัยพิสิฐ คงเสถียรพงษ์. รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2566.
11. รัชนิภา จิตรากุล, วงศา เล้าหศิริวงศ์, รังสรรค์ สิงห์เลิศ. การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดมหาสารคาม. วารสารช่อพะยอม. 2558;26(2):195-208.
12. ณภัทร สิทธิศักดิ์. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) การนำ UCCARE ไปใช้ในระดับพื้นที่ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.cmpo.moph.go.th/cmpo/index.php?option=com_attachment&task=download&id=335.
13. ธนัต ใยยา, ยุพิน แต่งอ่อน. การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตจังหวัดน่าน. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2565;18(1):59-68.
14. วรชาติ จำเริญพัฒน์. ผลการประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(1):179-92.
15. พุทธิชัย มาลัย. โครงการการประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tako.moph.go.th/librarybook/web/files/0cd32a7eccf2dfd75d25d8bebb10f612.pdf>.