

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

นายบุญธรรม มิ่งแก้ว



การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2564

**Factors Relating Participation in Mobilization to the Improvement of Quality
of Life among District Health Board in Surat Thani Province**

Mr. Boontham Mingkaew



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health
School of Health Science
Sukhothai Thammathirat Open University

2021

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน
งานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี


ชื่อและนามสกุล นายบุญธรรม มิ่งแก้ว

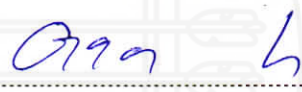
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช


อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2565

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษา คั่นคว้ออิสระ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ผู้ศึกษา นายบุญธรรม มิ่งแก้ว **รหัสนักศึกษา** 2605001490 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระวุฑู ธรรมกุล **ปีการศึกษา** 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต (2) ระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต และ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่างคือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 196 คน จากประชากรทั้งหมด 399 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากการเปิดตารางของเครจซ์และมอร์แกน (1970) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยวิธีจับสลาก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามมีค่าแอลฟาครอนบาคในส่วนของความรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตมีค่าเท่ากับ 0.90, 0.89 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ

ผลการศึกษาพบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุ 51-60 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี มีสถานภาพสมรส เป็นบุคลากรจากภาครัฐ มีรายได้ต่อเดือน มากกว่า 35,000 บาท มีระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่เป็นคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิต 1-3 ปี และมีประสบการณ์การประชุม/อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (2) ด้านการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และ (3) ปัจจัยด้านการศึกษา สถานภาพสมรส และทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านดังกล่าวส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานฯ ร้อยละ 70.2

คำสำคัญ: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ งานพัฒนาคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วม

Independent Study title: Factors Relating Participation in Mobilization to the Improvement of Quality of Life among District Health Board in Surat Thani Province

Author: Mr. Boontham Mingkaew; **ID:** 2605001490; **Degree:** Master of Public Health;

Independent Study advisor: Dr. Theerawut Thammakun, Assistant Professor;

Academic year: 2021

Abstract

This cross-sectional research aimed to study: (1) personal factors, knowledge and attitude in driving work to improve quality; (2) the level of participation in driving the work to improve the quality of life (QOL), and (3) the relationship between personal factors, knowledge, attitudes and the level of participation in driving the quality of life improvement of the District Health Boards (DHB) in Surat Thani province.

The study involved 196 DHB members randomly selected from all 399 members of DHB in all 19 districts in Surat Thani – the sample size determined using the tables of Krejcie & Morgan (1970). Data were collected using a questionnaire with Cronbach's alpha confidence coefficients of 0.90, 0.89 and 0.95 for QOL-related knowledge, attitudes and participation, respectively, and then analyzed to determine frequencies, percentages, means, standard deviations and multiple regressions.

The results revealed that: (1) most of them were married male government officials aged 51–60 years with a bachelor's degree, had a monthly income of >35,000 baht and 1–3 years' tenure on DHB, and had attended a meeting or training session on quality of life improvement; their levels of knowledge and attitudes about/towards participation in QOL improvement were moderate and high, respectively; (2) their overall participation in DHB mobilization for QOL improvement was at a high level; and (3) their educational level, marital status, and participation attitudes were significantly associated with DHB QOL improvement in the province ($P < 0.05$), all of which could affect 70.2% of the participation in QOL mobilization.

Keywords: District health board, Quality of life development, Participation

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ ที่ได้ให้คำแนะนำและติดตาม การทำการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อย สมบูรณ์ ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย กรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้มีความถูกต้อง สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมลล์ ดร.อรัญญา รักหาบ และ ดร.คณิต หนูพลอย ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ตลอดเวลาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและรายละเอียด ของข้อคำถาม รวมถึงให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการสร้างแบบสอบถามที่ใช้สำหรับ การเก็บข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณ คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ให้การช่วยเหลือในการดำเนินขอจริยธรรม รวมถึงครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน เพื่อนนักศึกษา ที่เป็นกำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุน เป็นอย่างดียิ่งตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยฉบับนี้จะเป็นคุณประโยชน์ต่อหน่วยงาน ของกระทรวงสาธารณสุข และผู้ที่สนใจในเรื่องดังกล่าว ทั้งนี้หากเกิดข้อผิดพลาดประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้ ณ ที่นี้ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้กับผู้อยู่เบื้องหลัง ความสำเร็จ ทั้งที่ได้กล่าวถึงและไม่ได้กล่าวถึงไว้ ณ ที่นี้

บุญธรรม มิ่งแก้ว

มีนาคม 2565

สารบัญ

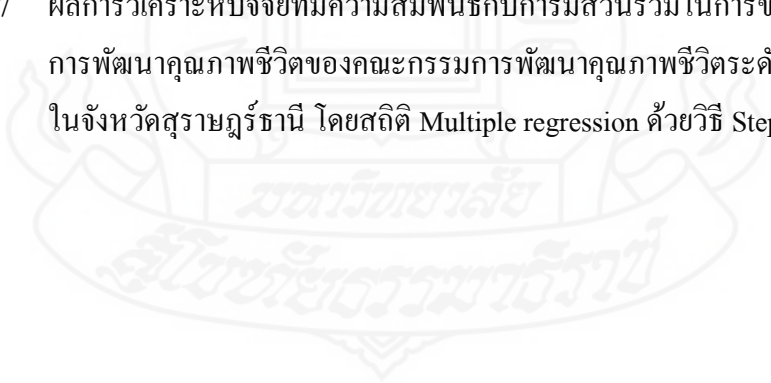
	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ในการศึกษา	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่ได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)	8
แนวคิดเกี่ยวกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	14
แนวคิดของการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Systems: DHS)	18
แนวคิดเกี่ยวกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561	23
แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	24
แนวคิดเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนา UCCARE	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	39
การวิเคราะห์ข้อมูล	39
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	40
สัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	40
การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	40
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	41
ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล	41
ตอนที่ 2 ระดับความรู้ ทักษะคิด และการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนา คุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	43
ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนา คุณภาพชีวิต โดยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Linear Regression)	52
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	55
สรุปการวิจัย	55
อภิปรายผล	57
ข้อเสนอแนะ	63
บรรณานุกรม	65
ภาคผนวก	69
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	70
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	73
ค หนังสือแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ หนังสือขอตกลงเครื่องมือ และขอเก็บข้อมูล	83
ง ประกาศนียบัตรคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน เลขที่ของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	87
ประวัติผู้ศึกษา	91

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 การจัดลำดับความสำคัญยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)	9
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	41
ตารางที่ 4.2 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	43
ตารางที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน งานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	46
ตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์ระดับค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต	47
ตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์ระดับค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อน งานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE	49
ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี แบบ Bivariate	52
ตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยสถิติ Multiple regression ด้วยวิธี Stepwise	54



ญ

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย 4



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายจากรอบด้าน ได้แก่ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก รวมถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เป็นต้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับระบบสุขภาพของไทย ที่จำเป็นต้องเตรียมเพื่อรับมือรอบด้าน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 1) ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเป็นเลิศ 2) บริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมายประเทศไทย 4.0 และกำหนดกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี โดยรัฐบาลวางรากฐานพัฒนาและเสริมความเข้มแข็งให้แก่การให้บริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน โดยเน้นความทั่วถึงควมมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

แนวคิดการจัดการระบบสาธารณสุขของประเทศไทย มีการวางรูปแบบการบริหารจัดการมายาวนาน และได้มีวิวัฒนาการพัฒนามาเป็นกลยุทธ์ (Strategy) สำคัญในการดำเนินงานกับระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่ เพื่อเอื้อให้เกิดการปกครองควบคุมที่เสริมให้เกิดคุณภาพและความครอบคลุมการให้บริการทางด้านสุขภาพ และการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขภาวะคุกคามทางด้านสุขภาพต่างๆ อย่างครบวงจร ซึ่งแนวคิดการจัดการระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ยังมีความพยายามเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายและบริหารจัดการในระดับต่างๆ สู่กิจกรรมเชิงพื้นที่ แต่จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมายังขาดการวิเคราะห์ข้อจำกัดเชิงบริบทและบริหารจัดการ และการเผชิญกับวาระการเปลี่ยนผ่านของสถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นรวดเร็ว ส่งผลให้ความต้องการทางสุขภาพที่ผันแปรไปจากอดีต ต่อมาใน พ.ศ. 2542 ได้มีการริเริ่มจัดวางระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกบริการสุขภาพภายใต้สัญญาค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัว “Contracted Unit of Primary Care” หรือ CUP ขึ้นรองรับภารกิจในระดับอำเภอ ตลอดจนเสริมหนุนให้ท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมลงทุนในการจัดบริการสุขภาพพื้นฐานในพื้นที่รับผิดชอบ และมีการประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้เข้าร่วมจัดการระบบสุขภาพ (วิพุธ พูลเจริญ, 2558) ดังนั้น การดำเนินงานตามหลักคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ จึงต้องรับรู้และการร่วมสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชนในอำเภอให้ดีขึ้น ด้วยทีมสาธารณสุขที่เป็นทีมเดียวกัน

ในการร่วมรับรู้การทำงานเพื่อการตอบสนองต่อสุขภาพและสภาวะที่เปลี่ยนแปลงในชุมชนตลอดเวลา เพื่อให้เกิดการดูแลกันและกันของประชาชน ในชุมชน นอกจากนี้การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ “รศอ. (DHS)” ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามหลักคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ จำเป็นอาศัย แก่นนำในทุกกระดับโดยเฉพาะแก่นนำในพื้นที่จากภาค โรงพยาบาล ภาคสาธารณสุข และภาคประชาชน เพื่อร่วมกำหนดระบบและกลไกการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอด้วยการบูรณาการทรัพยากร ภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชม และการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชน พึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557)

จากแนวคิดข้างต้น กล่าวได้ว่าการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับ พื้นที่ ต้องใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ เกิดการขับเคลื่อนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ตามเป้าหมาย ของยุทธศาสตร์ชาติผ่านกรณี “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” โดยมีตัวแทนจาก ภาคส่วนต่างๆ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นองค์ประกอบของคณะกรรมการ ร่วมกำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่ ให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานในพื้นที่ในด้านทรัพยากร บุคลากร และงบประมาณ โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 โดยการบูรณาการ ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวมเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ ดังนั้นคณะกรรมการ พชอ. ชุคนี้ จึงจะต้อง เป็นผู้ที่มีความเข้าใจในเจตนารมณ์ของกฎหมาย ลักษณะพื้นที่ คุณลักษณะของประชากร รวมถึง สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนในอำเภอ ที่คณะกรรมการเป็นผู้รับผิดชอบ ด้วยความสำคัญ ในการดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ผ่านมา พบว่า ในปี 2563 มีการศึกษาการดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. ในอำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยศึกษาด้านการค้นหาประเด็นปัญหา ด้านการวางแผนแก้ไขปัญหา ด้านการร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา และด้านการติดตามประเมินผล (สรพรเพชญ์ เรืองอร่าม, 2563)

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและความสำคัญของการดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. ที่กล่าวมาข้างต้น ในการพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านระบบสุขภาพของประชาชน พบว่า ยังมีการศึกษาค้นคว้าจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัด สุราษฎร์ธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยเป็นแนวทางในการปรับปรุงการบริหารจัดการ

และการดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานภาครัฐนำไปพัฒนากลไกการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับจังหวัดและพื้นที่ระดับอำเภอต่อไป

2. วัตถุประสงค์ในการศึกษา

2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

2.2 เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

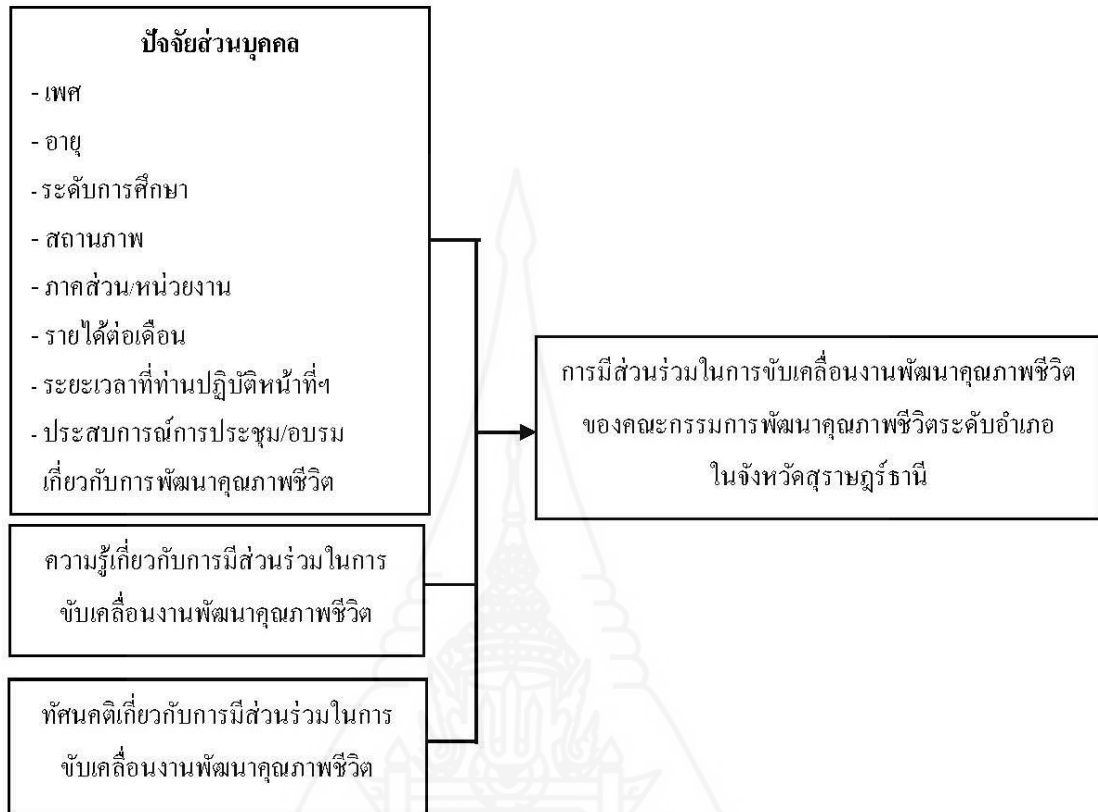
2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวทางการดำเนินงานและการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวทาง UCCARE เพื่อนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังกรอบแนวคิดภาพที่ 1.1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

5. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) โดยกำหนดขอบเขตการวิจัยด้านต่างๆ ไว้ดังนี้

5.1 ขอบเขตการวิจัยด้านประชากร

งานวิจัยนี้ศึกษาในประชากรที่ใช้ในวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 19 อำเภอๆ อำเภอละ 21 คน รวมทั้งสิ้น 399 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการ พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 19 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 196 คน

5.2 ขอบเขตการวิจัยด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามแนวทางการพัฒนา UCCARE

5.3 ขอบเขตการวิจัยด้านพื้นที่

ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการวิจัยด้านพื้นที่ คือ พื้นที่อำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

5.4 ขอบเขตการวิจัยด้านระยะเวลา

ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการวิจัยด้านระยะเวลา คือ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ (Google Form) คณะกรรมการ พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ระยะเวลาศึกษา ระหว่างเดือนมกราคม 2564 - เดือนมีนาคม 2565

6. นิชยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยส่วนบุคคลของคณะกรรมการ พชอ. ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ภาคส่วน/หน่วยงาน รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่ฯ และประสบการณ์การประชุม/อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

6.2 คณะกรรมการ พชอ. หมายถึง บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งหรือเลือกตั้งหรือคัดเลือกจากทุกภาคส่วน โดยมีนายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีกจำนวนไม่เกินยี่สิบคน มีสาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ โดยคณะกรรมการฯ ดังกล่าว มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสองปีนับแต่วันที่ได้รับการแต่งตั้ง และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้

6.3 ความรู้ของคณะกรรมการ พชอ. หมายถึง ความรู้เข้าใจเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพหลักๆ และประเด็นด้านการจัดการระบบและองค์กรต่างๆ ภายในอำเภอเป็นอย่างดี เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา นโยบายสุขภาพที่เหมาะสมและนโยบายสาธารณะที่คำนึงถึงสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนสอดคล้องกับทิศทางและนโยบายของประเทศ

6.4 ทัศนคติของคณะกรรมการ พชอ. หมายถึง ความคิดเห็นในการดำเนินงานการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย การมองเห็นปัญหาการได้รับผลประโยชน์ แรงกดดันทางสังคม ค่านิยมส่วนบุคคล และอำนาจกฎหมาย

6.5 การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ. ทุกภาคส่วนรวมถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชนพื้นที่ เพื่อร่วมกำหนดนโยบาย ร่วมวางแผน ตัดสินใจ รวมถึงการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบต่อประชาชน ชุมชนในพื้นที่นั้นๆ

6.6 การขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง การดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. เพื่อให้เกิดการบูรณาการ กำหนดเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันของทุกภาคส่วน โดยเน้นการมีส่วนร่วมในพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้ประชาชนในชุมชน มีสุขภาวะทางกายและสุขภาพจิตที่ดีและยั่งยืน

6.7 การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง กระบวนการทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนพื้นที่นั้นๆ ตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 และตามแนวทางของ UCCARE

6.8 อำเภอ หมายถึง หน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและทุกภาคส่วน เพื่อดูแลและส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองและสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข

6.9 การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ.
 หมายถึง การบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ด้วยการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ
 ภาคประชาชน และภาคเอกชน ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ.
 ตามแนวทาง (UCCARE) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1. การทำงานเป็นทีม 2. การให้ความสำคัญ
 กับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี 4. การชื่นชมและให้คุณค่า
 5. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร และ 6. การดูแลผู้ป่วยและประชาชน

7. ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 เป็นข้อมูลที่ระบุถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนา
 คุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งนำไปสู่การจัดการและส่งเสริม
 ปัจจัยที่มีความสำคัญของจังหวัดได้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

7.2 เป็นข้อมูลที่ทำให้จังหวัดสุราษฎร์ธานีทราบถึงปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วม
 ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. เพื่อนำข้อมูล ไปวางแผนกำหนด
 กลยุทธ์และพัฒนากิจกรรมขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เป็นไปตามแนวทาง การพัฒนา UCCARE

7.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี สามารถ
 กำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. โดยใช้หลักการ
 “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี
 ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ได้อย่างดียิ่งขึ้น

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม หนังสือ เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่มีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้องานวิจัย ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)
2. แนวคิดเกี่ยวกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
3. แนวคิดของการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Systems: DHS)
4. แนวคิดเกี่ยวกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561
5. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
6. แนวคิดเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนา UCCARE
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

1.1 ความเป็นมาของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

ปัจจุบันบริบททางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยีสารสนเทศ ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โครงสร้างประชากรไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โรคติดต่ออุบัติใหม่ รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนไทย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดการประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับผู้บริหารในส่วนภูมิภาค ได้แก่ ตัวแทนของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการ รพ.สต. เพื่อทบทวน จุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม และยุทธศาสตร์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) สรุปผลการประชุมดังนี้

จุดยืนองค์กร (positioning) ส่วนกลาง พัฒนานโยบาย กำกับ ติดตาม ประเมินผล ส่วนภูมิภาค (เขตสุขภาพ) บริหารจัดการหน่วยบริการ และขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

วิสัยทัศน์ (vision) เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชน
สุขภาพดี

พันธกิจ (mission) พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน
เป้าหมาย (intention) ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน
ค่านิยม (core value) คือ การเป็นผู้นำ ผู้ริเริ่มในสิ่งใหม่ นวัตกรรมใหม่ๆ ให้มีความสำคัญ
กับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วย คือ ศูนย์กลาง Humility คือ ความอ่อนน้อมถ่อมตน

ยุทธศาสตร์หลัก 1) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพ
และความป้องกันโรคเป็นเลิศ) 2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
และ 4) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ)

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้วิเคราะห์แนวทางในการกำหนดนโยบายทิศทาง
เป้าหมาย ยุทธศาสตร์และวางแผนในระยะยาวในด้านสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้
สำหรับอนาคตต่อไป ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 การจัดลำดับความสำคัญยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

ช่วงเวลา	จุดเน้นหลัก	รายละเอียด
2560 - 2564	ปฏิรูประบบ	การปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการพัฒนา วางพื้นฐาน ระบบสุขภาพใหม่ เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ รวมถึงการปรับปรุง ระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน เป็นต้น
2565 - 2569	สร้างความเข้มแข็ง	การจัดโครงสร้างพื้นฐานระบบการบริหารจัดการ รวมถึงระบบควบคุม ป้องกันโรค งานอนามัย สิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพ ของตัวเองได้
2570 - 2574	สู่ความยั่งยืน	การสร้างความยั่งยืนทางการเงิน การคลัง เพื่อให้ประเทศสามารถ พึ่งพาตนเองและลดการพึ่งพาจากต่างประเทศในด้านต่างๆ
2575 - 2579	เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย	การพัฒนาสุขภาพให้ทันสมัยและประสิทธิภาพ เพื่อสร้างโอกาส ในการแข่งขัน เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย ภายใน 20 ปีข้างหน้า

ที่มา: คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ “ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี พ.ศ. 2561 – 2580”

จากตารางข้างต้น สามารถสรุปการจัดลำดับความสำคัญยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ได้ดังนี้

1) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) ประกอบด้วย

- (1) พัฒนาคูณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
- (2) การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
- (3) ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- (4) การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) ประกอบด้วย

- (1) การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
- (2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- (3) ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
- (4) ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและเขตเศรษฐกิจพิเศษ

3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) ประกอบด้วย

- (1) การวางแผนความต้องการอัตรากำลังคน
- (2) การผลิตและพัฒนาอัตรากำลังคน
- (3) การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพ
- (4) การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ

4) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ) ประกอบด้วย

- (1) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
- (2) ระบบหลักประกันสุขภาพ
- (3) ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ และการคุ้มครองผู้บริโภค
- (4) ระบบธรรมาภิบาล

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบราชการ

การปฏิรูประบบราชการให้เอื้อต่อการพัฒนาประเทศ โดยในกระบวนการทำงาน จำเป็นต้องพิจารณาองค์ประกอบภายในของแต่ละประเทศ เพื่อนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการปฏิรูประบบราชการ (เฉลิมพงศ์ มีสมนัย, ไตรรัตน์ โภคพลากรณ์ และคณะ, 2551) ทั้งนี้ ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอตัวอย่างกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบราชการ ดังนี้

1.2.1 แนวทางในการปฏิรูประบบราชการ โดยการลดบทบาทของรัฐมีแนวทางของการปฏิรูป เช่น ด้านการลดกฎระเบียบให้เหลือน้อยลง การลดจำนวนข้าราชการลงและการแปรรูปกิจกรรมภาครัฐให้เป็นเอกชน เป็นต้น นำเสนอได้ ดังนี้

1) การลดความเป็นทางการของระบบราชการให้มีความน้อยลง โดยหันมายึดถือเป้าหมายขององค์กรแบบระบบราชการมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทางที่มุ่งลดกฎระเบียบให้เหลือน้อยลง ถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของโครงการแปรรูปกิจกรรมภาครัฐให้เป็นเอกชน (Privatization Project) ที่มุ่งที่จะลดบทบาทของภาครัฐลงและหันมาสนับสนุนให้เอกชนมาดำเนินการแทนมากขึ้น

2) การลดอำนาจภาครัฐเพื่อไม่ให้ก้าวท้าวหรือรบกวนในกิจกรรมงานของชุมชน เปิดโอกาสให้ชุมชนเป็นผู้ร่วมรับผิดชอบตนเองให้มากที่สุดจะเป็นสิ่งที่เหมาะสม เนื่องจากชุมชนเป็นผู้ใกล้ชิดปัญหาตลอดเวลา การได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาพัฒนาพื้นที่ของตนเอง ด้วยภูมิปัญญาที่สั่งสมมาแต่บรรพบุรุษย่อมทำให้คนในพื้นที่เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และทำเพื่อชุมชนของตนเอง

3) การสร้างระบบการแข่งขันให้เอกชนเข้ามามีบทบาท เช่น การดำเนินงานแบบราชการ มาเป็นการดำเนินงานและการควบคุมในรูปแบบของเอกชนหรือการสร้างความรู้สึกในความเป็นเจ้าของให้เกิดขึ้น จะเป็นไปได้ในรูปแบบของการเพิ่มบทบาทให้แก่ภาคเอกชนมากขึ้น โดยให้เอกชนมาดำเนินงานแทนรัฐ โดยเฉพาะในรูปแบบต่อไปนี้คือ รูปแบบดำเนินงานในรูปแบบของหน่วยธุรกิจในตลาด (Market) การให้สิทธิแก่เอกชนเพื่อดำเนินงานแทน (Franchise) การให้องค์กรเอกชนเป็นผู้ออกไปรับรองให้แก่ประชาชน (Voucher) การให้ใบอนุญาตแก่องค์กรเอกชน (Grant) และการทำสัญญากับเอกชนเพื่อให้เอกชนดำเนินงาน (Contract) เป็นต้น

4) การเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบกฎหมายให้เอื้อต่อการให้บริการประชาชนและเพื่อให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5) การจัดระบบการจัดสรรงบประมาณโดยยึดผลสำเร็จตามเป้าหมายในแต่ละภารกิจเป็นหลัก คำนึงถึงความจำเป็นในการขอรับการจัดสรรเงินงบประมาณนั้นให้เกิดความเหมาะสม และสามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

6) การเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการให้บริการ การรับฟังปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน และนำมาแก้ไข ปรับปรุงให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และตรงกับความต้องการของประชาชนได้ถูกต้องอย่างเหมาะสม

7) การบริหารจัดการด้านการจัดสรรและการจัดหาทรัพยากรจากนอกองค์กร เพื่อนำมาใช้ให้เกิดความคุ้มค่า

8) การมุ่งเน้นการป้องกันเพื่อลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน มากกว่าการแก้ไขปัญหา โดยดำเนินการควบคู่กับการวิเคราะห์ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อหาแนวทางป้องกันปัญหาในระยะยาว

9) การลดสายการบังคับบัญชา เพื่อให้เกิดการกระจายอำนาจและความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน การบริหารทรัพยากรบุคคลให้เกิดประโยชน์สูงสุด เกิดการกระตุ้นให้ข้าราชการระดับล่างได้แสดงสามารถอย่างสร้างสรรค์ รวมถึงการกระจายอำนาจการตัดสินใจจากรัฐบาลกลางไปสู่หน่วยงานท้องถิ่นมากขึ้น

10) การลดบทบาทจากผู้ปฏิบัติเป็นผู้ควบคุมและตรวจสอบ และให้องค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการกิจกรรมต่างๆ โดยหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนดมาตรฐานควบคุมการให้บริการที่เอกชนรับช่วงไปจากภาครัฐ

1.2.2 การปรับโครงสร้างและระบบงานขององค์กรเอกชน โดยการมุ่งเน้นปรับเปลี่ยนระบบเดิมอย่างเป็นรูปแบบ สามารถสรุปสาระสำคัญของการเปลี่ยนแปลงได้ ดังนี้

1) จะต้องเกิดจากผู้บริหารระดับสูงที่มีอำนาจตัดสินใจทางการบริหารขององค์กร

2) จะต้องพิจารณาทั้งระบบโดยภาพรวม มิใช่พิจารณาเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น

3) จะต้องนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ตามความเหมาะสม เพื่อลดต้นทุนการผลิต

4) จะต้องรวมงานที่มีลักษณะเหมือนกันเข้าด้วยกัน เพื่อขจัดความซ้ำซ้อนและลดต้นทุนทางการบริหาร

5) จะต้องให้เกิดการตรวจสอบและการควบคุมน้อยลง และมีความยืดหยุ่นในกระบวนการปฏิบัติงานเพื่องานบรรลุเป้าหมายมากขึ้น

1.2.3 การลดขนาดกำลังคนในภาครัฐ โดยการนำเทคโนโลยี เครื่องมือเครื่องใช้สมัยใหม่มาใช้ในการทำงานทดแทนกำลังคน เช่น การปรับองค์กรให้มีลักษณะแบบราบ มีชั้นการบังคับบัญชาน้อยลง เพื่อการกระจายอำนาจและการตัดสินใจ เพื่อให้การบริหารจัดการเกิดความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2.4 การแปรรูปองค์กรภาครัฐ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ลดบทบาทจากผู้ปฏิบัติเป็นผู้กำหนดนโยบาย การกำหนดกฎระเบียบต่างๆ และเพิ่มการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานมากขึ้น ดังนี้

1) การลดคณ ระเบียบการดำเนินงานของภาครัฐให้ลดลง ซึ่งองค์การประเภทนี้ยังคงต้องปฏิบัติภารกิจเพื่อสาธารณชนโดยไม่มุ่งหวังกำไร

2) การให้เอกชนเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการโดยภาครัฐไม่ต้องรับผิดชอบทั้งในเรื่องกำลังคนและเงินงบประมาณ ซึ่งจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากกว่า เช่น การตรวจสอบบัญชี การออกแบบอาคารหรือสิ่งก่อสร้าง การฝึกอบรม เป็นต้น

3) การแปรรูปให้เป็นหน่วยงานเอกชน เนื่องจากปัญหาที่องค์การรัฐวิสาหกิจประสบอยู่ในปัจจุบัน คือ ผลการปฏิบัติงานยึดกรอบของระบบราชการ จึงไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานได้ดัง นั้น แนวทางในการขจัดปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องลดเงื่อนไขการผูกขาด (Monopoly) โดยภาครัฐจะเป็นผู้ควบคุมให้เกิดการแข่งขันโดยเสรีเท่านั้น

4) การลดบทบาทขององค์การภาครัฐ จากผู้ปฏิบัติมาเป็นผู้ควบคุมระดับนโยบาย ซึ่งเป็นการสร้างงานให้ภาคเอกชนและประชาชนมากขึ้น

1.2.5 การนำหลักธรรมาภิบาลมาเป็นแนวทางในการบริหารจัดการ โดยได้รับการอิทธิพลจากธนาคารโลก (World Bank) ในการมุ่งเน้นให้เกิดระบบการบริหารงานของราชการให้สามารถได้รับความเชื่อถือและศรัทธาจากประชาชนอย่างแท้จริง ตลอดจนยังผลให้ประเทศพัฒนาไปในทิศทางที่พึงประสงค์ได้ ซึ่งสาระสำคัญของแนวความคิดนี้ประกอบด้วย

1) ความรับผิดชอบต่อสังคมและการพร้อมที่จะรับการตรวจสอบได้ตลอดเวลา (Accountability)

2) กระบวนการบริหารจัดการทุกขั้นตอนต้องมีความโปร่งใส (Transparency)

3) ส่งเสริมให้เกิดความรวดเร็ว ความคล่องตัวในการบริหารงานทุกระดับ ทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติของภาครัฐ โดยการกระจายอำนาจ (Decentralization)

4) ให้ประชาชนรับผิดชอบตนเอง มีอำนาจในการจัดการทรัพยากรท้องถิ่น และอำนาจในการตรวจสอบการปฏิบัติงานของภาครัฐได้ โดยการให้อำนาจแก่ประชาชน (Empowerment)

5) การมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้ร่วมงานภายในองค์การและระหว่างองค์การ ซึ่งจะก่อให้เกิดวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม และเกิดลักษณะการทำงานสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) และอยู่รูปแบบการสั่งการจากบนลงล่าง (Top-Down) และจากล่างขึ้นบน (Bottom-Up) เกิดความคิดเชิงสร้างสรรค์หรือนวัตกรรมใหม่ๆ เกิดขึ้นได้ในหน่วยงาน

6) การใช้หลักนิติธรรม (Legal Framework) โดยยึดหลักที่ถูกต้องตามกฎหมายในการบริหาร ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งในสังคมและองค์การได้

7) การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ข้าราชการจะต้องมีทัศนคติว่าผู้มาขอรับบริการเปรียบเสมือนลูกค้า ต้องยึดประชาชนหรือผู้มาขอรับบริการมากกว่าที่จะมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้บังคับบัญชา

8) การนำหลักจริยธรรม (Ethics) มาใช้กับบุคลากรในองค์การทุกระดับให้เป็นผู้มีคุณธรรมและจริยธรรมย่อมนำไปสู่ความเจริญรุ่งเรือง มีภาพลักษณ์ที่ดีในสายตาบุคคลภายนอก กระบวนทัศน์ใหม่ของการปฏิรูประบบราชการ

จากข้อมูลทีกล่าวมาข้างต้น การปฏิรูประบบราชการจึงเป็นสิ่งที่แต่ละประเทศจำเป็นต้องให้ความสำคัญเพื่อปรับปรุงระบบการบริหารจัดการให้ทันต่อยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลา รวมถึงการลดความไม่มีประสิทธิภาพของระบบข้าราชการ การขาดความเป็นอิสระ รวมถึงปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น อีกทั้งในกระแสโลกาภิวัตน์ยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีสมัยใหม่ ดังนั้น ระบบข้าราชการของแต่ละประเทศรวมถึงประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงวิธีคิด วิธีปฏิบัติต่อการให้บริการประชาชน โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของประชาชนและผลประโยชน์ของประเทศเป็นสำคัญ

2. แนวคิดเกี่ยวกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

“สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)” จากคำประกาศอัลตา อัลตา โดยองค์การอนามัยโลก เมื่อปี ค.ศ. 1978 มีเจตนาให้เกิดการขับเคลื่อนชุมชนโลกให้เกิดการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศ ให้สามารถคุ้มครองและส่งเสริมสุขภาพของประชากรโลกทุกคนได้อย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งคำว่าสุขภาพมิใช่เพียงการไม่มีโรค แต่หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมถึงการได้รับการดูแลให้มีสุขภาพดี ซึ่งถือว่าเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ โดยในคำประกาศดังกล่าวได้ให้ความหมายสาธารณสุขมูลฐานทั้งในลักษณะที่เป็นปรัชญาแนวคิดสำคัญว่า ต้องมีเหตุมีผลประยุกต์ใช้ได้ เป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นบริการที่ประชาชนทุกคนเข้าถึงได้ และมีค่าใช้จ่ายในระดับที่เหมาะสม ชุมชนและประเทศสามารถรับภาระได้ รวมทั้งเน้นความสำคัญของหน่วยบริการ ที่เป็นด่านแรกที่เชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการทางการแพทย์ และได้กล่าวถึงประเด็นการดำเนินสุขภาพที่ควรมีการดำเนินการเป็นอันดับแรกเกี่ยวกับ 1) การป้องกันควบคุมปัญหาสุขภาพ 2) ปัญหาด้านโภชนาการ 3) ด้านน้ำสะอาดและด้านสุขาภิบาล 4) ด้านอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว 5) ด้านวัคซีนป้องกันโรค 6) ด้านการควบคุมโรคระบาดในท้องถิ่น 7) ด้านการดูแลโรคพื้นฐาน และ 8) ด้านการให้บริการยาที่จำเป็นและเพียงพอ (WHO, 1978)

ดังนั้นเพื่อตอบสนองต่อแนวคิดที่ได้กล่าวมาข้างต้น จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริม การพึ่งตนเองของประชาชนและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การดำเนินงานและการประเมินผล การประสานบูรณาการงานสุขภาพกับภาคส่วนอื่นๆ การมีฐานหน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน และหน่วยส่งต่อที่มีบุคลากรทำงานเป็นทีมทั้งที่เป็นบุคลากรวิชาชีพ ผู้ช่วยและประชาชนที่ถูกฝึก ให้ประยุกต์ใช้ความรู้และเทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสมตอบสนองต่อปัญหาพื้นที่ได้ดี และการ พัฒนาระบบโดยการบูรณาการสนับสนุน รวมถึงส่งต่อระหว่างหน่วยบริการระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (WHO, 1978)

อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินการตามคำประกาศข้างต้น สำหรับประเทศต่างๆ ต่างมีวิธีการ ที่แตกต่างกันตามบริบทของระบบบริการของแต่ละประเทศประเทศที่พัฒนาแล้ว ดังนั้นเมื่อมีการ พุฒถึง Primary Health Care จึงมีการให้ความหมายในลักษณะที่ทำให้บริการสุขภาพตอบสนอง ต่อชุมชนและความต้องการของประชาชนมากขึ้น โดยใช้หน่วยบริการที่ทำหน้าที่เป็นบริการ ที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย general practice surgery หรือ family practitioners เป็นผู้ให้บริการ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เบื้องต้นว่า ต้องมีความครอบคลุม ไปถึงการจัดบริการที่เป็นบริการด่านแรก คือ Primary Care และ Primary Health Care ทั้งนี้สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีทรัพยากรน้อย และยังมีหน่วยบริการ สุขภาพยังไม่เพียงพอ อาทิ ประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมทั้งประเทศไทย เป็นต้น จะให้ ความหมายของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในลักษณะที่เน้นการเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วม มีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามแนวแบบประเทศทางตะวันตก มามากกว่า 40 ปี แต่กลับพบว่าประชาชนไปใช้บริการน้อย ต่อมาจึงได้เน้นการเพิ่มบทบาทของประชาชน การพัฒนาผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และกลไกการจัดการในชุมชน เพื่อขยายบริการให้เข้าถึงมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้บริการพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขมีความครอบคลุม มากขึ้น ระยะสิบปีที่สองหลังประกาศฯ เป็นระยะที่เร่งการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ และจังหวัดให้มีความครอบคลุมทั่วประเทศทำให้บริการทางการแพทย์มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นมาก อัตราตายแม่และเด็กลดลงอย่างมาก ระยะสิบปีที่สามจนถึงปัจจุบันเป็นระยะของการปฏิรูปการเงิน การคลังและการบริหารจัดการลักษณะต่างๆ เพื่อให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าการนำเอาแนวคิด Primary Health Care มาดำเนินการในประเทศไทย มีลักษณะที่มีพัฒนาการที่แตกต่างกันตามระยะเวลาที่ผ่านมา ตั้งแต่การพัฒนาทั้งในด้านแนวคิด และกลยุทธ์การดำเนินการลักษณะต่างๆ ต่อมาเน้นไปที่กิจกรรมการมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ชุมชนกิจกรรมบริการ 10 ประการ และการมีกองทุนชุมชนประเภทต่างๆ ซึ่งเมื่อมีการถ่ายทอด

ไปสู่การปฏิบัติจริงที่หน่วยงานส่วนปลายที่ใกล้ชิดกับประชาชน ส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยทั่วไป ได้ให้ความหมายของ “สาธารณสุขมูลฐาน” คือ การมี ผสส. อสม. การมีกองทุนชุมชน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) แต่ก็ยังไม่ได้เข้าใจถึงแนวคิดที่ค้ำประกันถึงผลลัพธ์ต่อประชาชน มากกว่ากิจกรรมและให้ความหมายต่องานสาธารณสุขมูลฐานที่เปลี่ยนไป สำหรับการจัดบริการ ของหน่วยงานรัฐที่ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นบริการด่านแรก เรียกชื่อว่าเป็น Primary Medical Care ได้แก่ สถานีอนามัยโรงพยาบาลชุมชนซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ในขณะนั้นยังไม่ได้กล่าวชัดเจนว่าหน่วยบริการที่เป็น primary medical care นี้ จะดำเนินการ โดยใช้แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานในลักษณะที่เป็นกลยุทธ์หรือปรัชญาหรือไม่ แต่กำหนด เพียงการดำเนินการชุดกิจกรรมที่กำหนดในงานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งส่วนนี้เป็นประเด็นที่แตกต่าง ในการแปลแนวคิดไปสู่การปฏิบัติงานจริง ระหว่างประเทศไทยกับประเทศอื่นๆ ในยุโรป และประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องด้วยสภาพการณ์ที่ประเทศไทยมีบุคลากรด้านสาธารณสุข น้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่อย่างไรก็ตามแนวคิดที่เป็นหลักการหรือปรัชญาสำคัญในการ ทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้มีส่วนร่วมการประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ยังคงมีการดำเนินการ พัฒนาต่อเนื่องในประเทศไทยแต่ภายใต้โครงการหรือกิจกรรมในชื่ออื่นที่มีใช้สาธารณสุขมูลฐาน การดำเนินการแบบประชามสุขภาพการร่วมมือกันเพื่อพัฒนาพระราชบัญญัติสุขภาพที่ให้ความสำคัญ แก่การสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพ การจัดบริการสุขภาพให้ประชาชน ทุกคนเข้าถึงได้ในรูปของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติระบบประกันสุขภาพที่เน้นการพัฒนา หน่วยบริการปฐมภูมิและการให้ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วม

จากวิวัฒนาการของสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยง ระหว่างระบบสาธารณสุขมูลฐานกับระบบบริการปฐมภูมิตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จึงกล่าวได้ว่า “ระบบบริการปฐมภูมิ” เป็นส่วนหนึ่งของชุดคำที่อธิบายลักษณะระบบบริการทางการแพทย์เป็นระดับต่างๆ โดยแบ่งตามความซับซ้อนทางการแพทย์เป็นบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งนี้เพื่อการวางแผน หน่วยบริการการใช้ทรัพยากรเทคโนโลยีและการจัดบุคลากรให้บริการที่เหมาะสมตามลักษณะบริการ โดยที่บริการปฐมภูมิหมายถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับแรกของระบบทำหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ ที่ไม่ซับซ้อน แนวคิดด้านนี้ในระยะแรกเป็นส่วนที่ได้รับอิทธิพลจากองค์กรอนามัยโลกแต่ในระยะ 10-15 ปี หลังเริ่มรับความคิดจากประเทศทางด้านตะวันตก ยุโรปที่จัดแบ่งบริการเป็นเพียงบริการปฐมภูมิ (primary care) และบริการโดยโรงพยาบาล (hospital care) โดยไม่ได้แบ่งแยก เป็นระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

นอกจากนี้ ยังมีการให้ความหมายของบริการปฐมภูมิ ในเชิงคำอื่นเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ตามคำประกาศของ อัลมา อัลตา กำหนดว่า หมายถึง บริการด่านแรก ที่ประชาชนในระดับบุคคลครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ

และให้จุดเน้นของบริการที่ระดับนี้ที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์แต่รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคมและการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชนมิใช่เฉพาะรายบุคคลเป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริม และสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน ดังนั้น แนวคิดต่อระบบบริการปฐมภูมิที่ตีจึงหมายถึง บริการที่ ตั้งอยู่ในท้องถิ่นเข้าถึงได้ เป็นการดูแลที่เอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากกว่าโรค เป็นบริการที่ผสมผสานบริการประเภทต่างๆ ที่จำเป็นให้บริการต่อเนื่อง เป็นลักษณะบริบาล ดูแล (Care) มากกว่าการรักษาโรคให้หาย (cure) อีกทั้งได้มีนักวิชาการให้ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิในลักษณะของบทบาทไว้โดยมีความหมายคล้ายคลึงกัน ดังจะขอนำเสนอได้พอสังเขป ดังนี้

Starfield (1993) กล่าวว่า เป็นกระบวนการให้บริการที่เป็นบริการด่านแรกเข้าถึงได้ง่าย (Front-line care) ให้บริการที่ต่อเนื่อง (Ongoing care) บริการที่ผสมผสานเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ (Comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่นหรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (Coordinated care)

Tudor-Hart (1989) กล่าวว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่ควรมีเพิ่มเติมจากลักษณะบริการรักษาพยาบาลแบบเดิมคือมีบทบาทในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน โรคของกลุ่มประชากรมีการให้บริการโดยที่พิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

Fry and Horder (อ้างถึงใน สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2552) กล่าวว่า ระบบบริการปฐมภูมิมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และยุติธรรม ในส่วนประเทศไทยบริการระดับปฐมภูมิหมายถึง สถานีอนามัยโรงพยาบาลชุมชน

อย่างไรก็ตาม สำหรับกระบวนการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ มีบทบาททั้งด้านการรักษาพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพการป้องกัน โรคและการฟื้นฟูสภาพเช่นกัน รวมทั้งมีบทบาทสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่น้ำหนักของบทบาทจะเน้นไปที่การคัดกรองปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน ไม่ได้กล่าวถึงคุณลักษณะในลักษณะของการดูแลที่ผสมผสานอย่างเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ รวมทั้งไม่ได้เน้นการดูแลประชาชนต่อเนื่อง แต่มีแผนงานที่กำหนดให้หน่วยงานเหล่านี้ที่มีบทบาทในการประสานกับหน่วยงาน 5 กระทรวงหลัก เพื่อการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิตที่ดีตามแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยเน้นแนวคิดใหม่ที่ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณค่าและเอกลักษณ์ของตนเองที่ชัดเจน ปรับค่านิยมใหม่เป็นคำจำกัดความ ระบบบริการปฐมภูมิในเชิงแนวคิด และหลักการ (พ.ศ. 2542) หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health care services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated)

การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชน ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมคูลต่อไป

3. แนวคิดของการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Systems: DHS)

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนไทยอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม ตามแนวทางประชารัฐ กล่าวคือ ราชการและประชาชนจะต้องร่วมกันดำเนินการ ตั้งแต่การระดมความคิดเห็นประชาชน พัฒนานโยบายด้านสุขภาพ การมีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ไปจนถึงการใช้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) หมายถึง ระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสาธารณสุข อย่างมีประสิทธิภาพ นูรณาการภาคี เน้นเป้าหมายผ่านกระบวนการชื่นชม และจัดการความรู้ แบบอิงบริบทของแต่ละสถานที่ การดูแลคนพิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มากกว่าหน้าที่ โดยความเข้มแข็งของชุมชนมีภูมิคุ้มกัน (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช, 2558) อีกทั้ง ยังเป็น “เครื่องมือการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHS management tools)” เช่น กลไกการเงิน, การใช้ข้อมูลทางสุขภาพ, การสร้างทีมและการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ทั้งแนวราบ (ภายในสถานบริการ) และแนวดิ่ง (โรงพยาบาล-สถานบริการปฐมภูมิในชุมชน-ผู้ให้บริการที่เป็นสมาชิกในชุมชน-และสมาชิกในครอบครัว), การมีส่วนร่วมของชุมชน, การดำเนินการบนพื้นฐานของการร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เป็นต้น เพื่อให้เกิดระบบและกลไกการทำงานที่เชื่อมโยงทุกภาคส่วน ตั้งแต่โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานอื่นๆ และประชาชนในพื้นที่ เพื่อร่วมกันจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่ให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ ไม่ทอดทิ้งกัน มีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้รับความไว้วางใจจากประชาชน จึงกล่าวได้ว่า ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานบริการสุขภาพและการสร้างสุขภาพในระดับพื้นที่ และเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยบูรณาการแผนงานด้านสุขภาพที่มีการดำเนินงานในพื้นที่ โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา (กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

สำหรับแนวทางในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมการพัฒนา ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ดังกล่าวข้างต้น จะเน้นความเป็นเอกภาพในแต่ละอำเภอ ส่งเสริมให้เกิดการปรับปรุงการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพและมีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ

ในพื้นที่ ได้แก่ การที่ประชาชนและภาคีต่างๆ ในพื้นที่มีโอกาสร่วมคิด ร่วมการค้นหาปัญหา ร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาาร่วมกัน ตลอดจนการวางจุดหมายไปสู่การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของคน ในชุมชนเพราะคนในชุมชนเพราะคนในพื้นที่ยอมเข้าใจถึงความต้องการของตนเองเข้าใจบริบท ของตนเองมากกว่าผู้อื่น ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการทำงานที่เรียกว่า “ร่วมเรียนรู้ร่วมปฏิบัติ” (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2557)

อย่างไรก็ตามการสร้างระบบสุขภาพอำเภอให้เกิดการจัดการคุณภาพชีวิตและสุขภาพ ของประชาชนทุกกลุ่มในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความยั่งยืน ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมและภาวะการณ ์ นำให้เกิดขึ้นจากทุกภาคส่วนหรือเครือข่ายการทำงานในพื้นที่เรื่องสุขภาพเกี่ยวโยงสังคม อย่างแยกขาดจากกันไม่ได้ ปัญหาสุขภาพจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การดำเนินงานของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อลดช่องว่าง พัฒนาการเชื่อมต่อ ของระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพในพื้นที่อำเภอ สนับสนุนการพัฒนาความเข้มแข็ง ระบบบริการปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) พัฒนาทีมหมอครอบครัว (Family care team) ให้สามารถดูแลประชาชนครอบคลุมทั่วถึง ในการบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ตลอดจน แก้ไขปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ตอบสนองต่อปัจจัยเสี่ยงทางสังคมที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสุขภาพะ โดยรวม

3.1 หลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีแนวทางการบริหารจัดการ ดังนี้

3.1.1 การให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ของประชาชน โดยการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อน และกำหนดบทบาท หน้าที่ของทีมอย่างชัดเจนและมีการบริหารจัดการที่ดี (Good governance)

3.1.2 การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอในทุกขั้นตอนของการพัฒนา จากเครือข่ายและชุมชน (Community participation) เพื่อร่วมกันทำงานด้านสุขภาพเพื่อยกระดับ การพึ่งตนเองทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและไม่ทอดทิ้งกัน

3.1.3 การสร้างคุณค่าทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น การพัฒนาคุณภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยไม่ทิ้งดูแลต่อความทุกข์ของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพไม่เน้นที่เชิงปริมาณ เพียงอย่างเดียว แต่เน้นที่เนื้อหาและคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับร่วมด้วย ส่งผลให้ผู้ให้บริการ เกิดความเข้มแข็งด้านจิตใจ เกิดกำลังใจ ทำให้เกิดพลังที่จะก้าวเดินไปข้างหน้า ขณะเดียวกัน ผู้รับบริการและประชาชนก็มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

3.1.4 การบริหารจัดการ การแบ่งปันทรัพยากรทั้งคน เงิน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการกิจทางสุขภาพ ส่วนการพัฒนาบุคลากรให้ความสำคัญกับการพัฒนา

โดยวิเคราะห์ส่วนขาดและเติมเต็มตามสภาพปัญหา และความต้องการทั้งของบุคคลและหน่วยงาน รูปแบบการพัฒนาทำได้หลากหลายวิธีการ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม การดูงาน และการใช้ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

3.1.5 การจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องตามบริบทและวัฒนธรรม และสภาพปัญหาสุขภาพ ทั้งด้านการส่งเสริมป้องกันรักษา และฟื้นฟูตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กล่าวคือ การเข้าถึงบริการ การให้บริการอย่างต่อเนื่อง การเชื่อมโยงประสาน การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ และชุมชนมีส่วนร่วม

3.2 หน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับสุขภาพอำเภอ (District Health Board) หมายถึง การทำหน้าที่ในการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทั้งด้านวิชาชีพ และการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย

3.2.1 พิจารณาเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของอำเภอ แผนการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตประจำปี รวมถึงงบประมาณ

3.2.2 พิจารณาเห็นชอบรายงานความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ทุกไตรมาส รับทราบและเห็นชอบการจัดหาและนำทรัพยากรต่างๆ จากหน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ภายในอำเภอมาใช้ร่วมกันรวมถึงการดำเนินนวัตกรรมในการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนภายในอำเภอ

3.2.3 ติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าของแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมต่างๆ ทางด้านสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ

3.2.4 สนับสนุนให้มีกลไกการประกันคุณภาพ โดยมีการติดตามทั้งภายในและภายนอก เกี่ยวกับสินทรัพย์ สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ ทรัพยากรทั้งการเงินและบุคลากรในระดับอำเภอ

3.2.5 รับฟังข้อร้องเรียนคำอุทธรณ์ คำร้องทุกข์ จากประชาชน ชุมชน สาธารณะ และจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ภายในอำเภอ

3.2.6 สนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ โดยรวมถึงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนท้องถิ่น และชุมชน

3.2.7 สนับสนุนและส่งเสริมกลไกต่างๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภออย่างยั่งยืน ตั้งแต่กระบวนการ ในการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การติดตามและการประเมินผล

3.2.8 สนับสนุนให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ของชุมชนที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนและชุมชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม และมีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3.2.9 แต่งตั้งคณะทำงานที่ประกอบด้วยสมาชิกจากภาคสาธารณสุข และอาจารย์ถึงภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่นและชุมชน ทำหน้าที่รับผิดชอบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการประจำปี

3.2.10 แต่งตั้งคณะทำงานต่างๆ ของอำเภอ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอที่มีประสิทธิภาพ

3.3 การสร้างระบบสุขภาพระดับอำเภอให้เข้มแข็งในมิติมุมมองการจัดการ ประกอบด้วย

3.3.1 การดำเนินการระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยการสร้างทีมนำที่มีธรรมาภิบาล กล่าวคือ เป็นผู้ที่มีสมรรถนะในการพัฒนาทีมในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยความร่วมมือทุกภาคส่วนในพื้นที่ได้ โดยคำนึงถึงบริบทของพื้นที่ที่สำคัญ ตั้งแต่ผู้บริหาร โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน เป็นต้น ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาโครงการผู้นำสุขภาพระดับอำเภอที่เรียกว่า DHML (District Health Management Learning) ให้เกิดสมรรถนะ 6 ด้าน ได้แก่ การมีจิตสำนึกที่ดี การกำหนดวิสัยทัศน์ การจัดทำแผนปฏิบัติการ การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีม และการใช้เครื่องมือเพื่อการบริหารจัดการ

3.3.2 การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการได้รับข้อมูลและสามารถเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อการตัดสินใจในการดำเนินงาน รวมทั้งสนับสนุน ทรัพยากรพลังกาย พลังใจในการร่วมงาน การมีส่วนร่วมเรามีพื้นฐาน เรื่อง อสม. เป็นต้น และไม่ควรจำกัดอยู่เพียงบทบาทของ อสม. เพียงอย่างเดียว เพื่อให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นหุ้นส่วนในการดำเนินงาน DHS

3.3.3 การพัฒนาและการจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการของประชาชน โดยนำหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแนวทางให้บุคลากรสาธารณสุขนำไปใช้ในบทบาทของทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) เพื่อดูแลประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทั้งนี้ทีมหมอครอบครัวที่มีคุณภาพจะต้องมีการเตรียมคนให้มีความพร้อมมีความรู้ตามบริบทของพื้นที่การพัฒนาโดยใช้กระบวนการ Content Based Learning (CBL) มาเป็นกลไกพัฒนาคคนในพื้นที่เป็นวิธีที่เหมาะสม โดยเฉพาะการนำหลักการ

เวชศาสตร์ครอบครัวมาเรียนรู้ในกลุ่มทีมหมอครอบครัวโดยใช้โรงพยาบาล ชุมชน เป็นฐาน การพัฒนาผู้นำสุขภาพระดับอำเภอ

3.3.4 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาคนปฐมภูมิ เช่น เงิน ความรู้ กำลังคน โดยปัจจุบันมีกองทุนสุขภาพตำบลที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐและท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่นำไปแก้ปัญหาสุขภาพเพื่อประโยชน์ของประชาชน

ด้วยความสำคัญของการสร้างระบบสุขภาพระดับอำเภอให้เข้มแข็งในมิติมุมมอง การจัดการข้างต้น กล่าวได้ว่าเพื่อให้สามารถสร้างระบบสุขภาพระดับอำเภอให้เข้มแข็งในมิติมุมมอง การจัดการที่ระบบสุขภาพระดับอำเภอจำเป็นต้องมีการวางแผนอย่างสร้างสรรค์ การจัดสรร และกระจายทรัพยากรให้เกิดความเป็นธรรมมีประสิทธิภาพสูงตามลำดับความสำคัญ เพื่อให้ทุกตำบล และหมู่บ้านในอำเภอสามารถสร้างกิจกรรมสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ซึ่งสามารถสรุปแนวทางการจัดการ ดังกล่าวข้างต้นได้ ดังนี้

1) ทบทวนแผนการจัดการบริการ (Review the service plan) ที่ระดับอำเภอหรือคณะกรรมการ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ และแผนการจัดการของเขตบริการสุขภาพ

2) ทบทวนโปรแกรมหรือบริการสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน โปรแกรม ด้านการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมบริการสุขภาพนำมาพิจารณาร่วมกันว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง หรือไม่อย่างไรมีวิธีการบริหารที่เปลี่ยนแปลง เช่น จ้างเหมาภายนอก (Outsource) เลื่อน (postpone) หรือหยุดให้บริการ โครงการจบแล้ว (terminate)

3) จัดสรรเงินงบประมาณให้เกิดประสิทธิภาพสูงในระดับอำเภอทั้งอำเภอ อำเภอเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมในการประหยัดจากขอบเขต (Economy of scope) เพราะในปัจจุบัน แต่ละอำเภอมียุทธศาสตร์ที่มีความรู้ความสามารถต่างๆ มากมายหลายสาขาวิชาชีพ หน่วยงานที่แตกต่างกัน จะมีการใช้เทคโนโลยี ที่เหมาะสมเมื่อมีการใช้เทคโนโลยีร่วมกันจะเกิดการลดต้นทุนการพัฒนา เทคโนโลยี-นวัตกรรมชุมชน ยกกระดับความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตประชาชนและการถ่ายทอด ความรู้แก่กันตามบริบท (Context based Learning) จะทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถ จำแนกแนวทางการดำเนินงานได้ ดังนี้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, 2557)

(1) ปกป้องแผนงาน โครงการที่สำคัญแรกๆ (Protecting priorities) การประมาณการต้นทุนค่าใช้จ่ายต่อสถานบริการหน่วยบริการการปรับค่าใช้จ่ายไปตามแนวโน้ม อดีตข้อมูลปัจจุบันแนวโน้ม อนาคตบริการสุขภาพชนิดใดชนิดหนึ่งซึ่งต้องคงไว้ในทางปฏิบัติ ข้อความในวรรคข้างต้นต้องการการร่วมคิดร่วมวางแผนใน Unity Team ภายใต้อิทธิพลสารสนเทศ ที่เที่ยงตรงไม่ลำเอียงและมีธรรมาภิบาล

(2) ปรับลดงบประมาณในโครงการที่ไม่จำเป็นและสื่อสาร สาธารณะให้ทราบว่าเป็นการปรับลดจาก Community participation, Appreciation, Resources sharing, และพิจารณา Essential care

สรุปได้ว่า การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งกว่าในอดีต จำเป็นจะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่จะสามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็งโดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2564) ที่เสนอให้มีการมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมการให้ความสำคัญของมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะเพื่อให้ทุกภาคส่วนตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน

4. แนวคิดเกี่ยวกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2561 กำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ มีสาระสำคัญเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ เป็นไปในทางยุทธศาสตร์และเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งหวังให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพะทางกาย จิตและสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน รัฐบาลโดยกระทรวงมหาดไทยได้สั่งการให้จังหวัดให้ความสำคัญของการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีดังกล่าว และให้นำแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ไปบูรณาการกับแผนพัฒนาจังหวัดให้เกิดผลเป็นรูปธรรม

จึงกล่าวได้ว่า ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 เปรียบเสมือนต้นแบบและแนวทางในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนระดับอำเภอ ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อร่วมกันพัฒนา แก้ไขปัญหาให้ประชาชนในพื้นที่ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน ส่งผลให้เกิดการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

5. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนในสังคมได้มีส่วนช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ อย่างเต็ม เช่น การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การตั้งนโยบาย การตัดสินใจในประเด็นสำคัญต่างๆ เกี่ยวกับการพัฒนาประเทศและการประเมินความต้องการของสังคมนั้นๆ (องค์การสหประชาชาติ อ้างใน จินตวิทย์ เกษมสุข, 2556) และในทางจิตวิทยา กล่าวได้ว่า ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาเครือข่าย และที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่าย ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนเครือข่ายที่ดีที่สุด นอกจากนี้ องค์การสหประชาชาติ (1975) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนควรมีลักษณะของความหมายแตกต่างกันในแต่ละประเทศ โดยคำนึงถึงระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของประเทศและพื้นที่นั้นๆ เพื่อให้ครอบคลุมแนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง ซึ่งสามารถจำแนกประเด็นสำคัญได้ ดังนี้ (กรมอนามัย, 2550)

ประเด็นที่ 1 การมีส่วนร่วมของประชาชนครอบคลุมการสร้างโอกาสที่เอื้อให้สมาชิกทุกคนของชุมชนและของสังคมได้ร่วมกิจกรรม และเอื้อให้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนา โดยเท่าเทียมกัน

ประเด็นที่ 2 การมีส่วนร่วมสะท้อนการเข้าเกี่ยวข้องโดยสมัครใจ และเป็นประชาธิปไตย เช่น การเอื้อให้เกิดการพยายามพัฒนา การแบ่งปันผลประโยชน์จากการพัฒนา โดยเท่าเทียมกัน และการวางแผนดำเนินการ โครงการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม

ในขณะที่ ถวิลวดี บุรีกุล (2551) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของทุกฝ่ายและเป็นการปูพื้นฐานมั่นคงสู่การปกครองตนเองของท้องถิ่นนั้นๆ โดยมีจุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อผลประโยชน์เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อสำคัญกิจกรรมเหล่านี้จะต้องสัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการของชาวบ้านในแง่มุมต่างๆ ดังนี้

1) การพิจารณาและจัดลำดับความช่วยเหลือ โดยความสมัครใจของประชาชน จะส่งผลต่อการพัฒนาชาติ อย่างไม่หวังผลต่อแทนว่าจะได้รับการตอบแทนอะไรจากประชาชน ในการดำเนินงานตามโครงการนั้นๆ

2) การส่งเสริมให้ประชาชนตื่นตัว ที่จะขอรับความช่วยเหลือต่างๆ จากภาครัฐ และเปิดโอกาสให้ประชาชนในพื้นที่ได้แสดงความคิดเห็นเพื่อให้ทราบความต้องการของคนในท้องถิ่นนั้นๆ

3) การให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ กระบวนการดำเนินการร่วมรับผลประโยชน์ และประเมินผลโครงการนั้นๆ ด้วย

4) การที่ประชาชนได้เข้าร่วมอย่างแข็งขันในกระบวนการตัดสินใจต่างๆ ในเรื่องที่จะมีผลกระทบต่อเขา

5) การที่ประชาชนจะมีทั้งสิทธิ และหน้าที่ที่จะเข้าร่วมในการแก้ปัญหาของเขา มีความรับผิดชอบมากขึ้นที่จะสำรวจตรวจสอบความจำเป็นในเรื่องต่างๆ การระดมทรัพยากรท้องถิ่น และเสนอแนวทางแก้ไขใหม่ๆ เช่นเดียวกับการก่อตั้งและดำรงรักษาองค์กรต่างๆ ในท้องถิ่น

6) การมีส่วนร่วมของบุคคลหรือกลุ่มที่มีส่วนร่วม สามารถเป็นผู้ริเริ่ม หรือแสดงออกถึงความเป็นตัวตน มีโอกาสแสดงให้เห็นถึงความรู้ความสามารถที่จะดำเนินการความริเริ่มนั้น

7) การเพิ่มศักยภาพในการจัดสรรและใช้ทรัพยากรในหน่วยงานนั้นๆ ตามสถานการณ์ปัจจุบัน (วันชัย วัฒนศัพท์, 2543, น. 19)

การมีส่วนร่วมของประชาชนยังจัดเป็นรูปแบบหนึ่งของแนวความคิดในการกระจายอำนาจจากส่วนกลางมาสู่ส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นการเปิดกว้างในความคิดเห็น โดยการสื่อสารในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประชาชน ซึ่งในแต่ละประเด็นนั้นไม่สามารถใช้เกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งมาตัดสินใจได้เหมือนกัน เจาะลึกพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 3 ประการคือ (1) ต้องมีอิสรภาพ (2) ต้องมีความเสมอภาค และ (3) ต้องมีความสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมนั้นๆ

ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชน ประชาชนจะต้องมีอิสระทางความคิด มีความรู้ความสามารถในการกระทำและมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมนั้นๆ โดยหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน หรือผู้เข้าร่วมจะต้องมีลักษณะการเข้าร่วมอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุด ไม่ใช่เป็นการจัดเวทีการมีส่วนร่วมครั้งเดียว เช่น ในการแก้ปัญหาของชุมชนควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมตั้งแต่ต้นจนจบ อรรถัย กักผล (2552, น. 19) อธิบายไว้ว่า

1) เริ่มต้นตั้งแต่การเกิดจิตสำนึกในตนเองและถือเป็นภาระหน้าที่ของตนในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือชุมชนที่ตนอยู่

2) ร่วมคิดด้วยกันว่าอะไรที่เป็นปัญหาของชุมชน มีสาเหตุอย่างไร และจะจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป้าหมายอย่างไร และควรที่จะจัดการปัญหาใดก่อนหลัง

3) ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานว่าจะจัดกิจกรรมหรือโครงการอะไร จะแบ่งงานกันอย่างไร ใช้งบประมาณมากน้อยเพียงใด จะจัดหางบประมาณมาจากที่ใด และใครจะมาเป็นผู้ดูแลรักษา

4) ร่วมดำเนินงาน ประชาชนจะต้องร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ เต็มกำลังความรู้ความสามารถของตนเอง

5) ร่วมกันติดตามประเมินผล ตลอดเวลาที่ทำงานร่วมกันประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตรวจสอบถึงปัญหาอุปสรรคและร่วมกันในการหาทางแก้ปัญหา เพื่อให้งานหรือภารกิจดังกล่าวสามารถสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย

6) ร่วมรับผลประโยชน์ ประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชนแล้วย่อมที่จะได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งอาจไม่จำเป็นที่จะต้องอยู่ในรูปของเงิน วัตถุ สิ่งของ แต่อาจเป็นความสุขสบาย ความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นก็ได้

6. แนวคิดเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนา UCCARE

คำว่า UCCARE หมายถึง แนวทางการพัฒนาคณะกรรมการ พชอ. ซึ่งสามารถจำแนกองค์ประกอบและระดับการพัฒนาได้ ดังนี้

6.1 U : Unity Team การทำงานเป็นทีม ทีมสุขภาพ (Health Team) หมายถึง ทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน เช่น รพ. , รพ.สต. รพ.สต. , ทีมระหว่างหน่วยงาน เช่น รพ. รพ.สต. , ทีมแนวตั้ง และทีมแนวราบ และ/หรือ ทีมข้ามสายงาน เช่น ภาควิชาส่วนต่างๆ แบ่งการพัฒนาออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1) มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกัน และดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ
 2) มีการทำงานร่วมกัน เป็นทีมในบางประเด็น และ/หรือ มีภาควิชาส่วนร่วมด้วย
 3) Cross Functional เป็น team ระหว่างฝ่ายคิดวางแผน และดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาควิชาส่วนร่วมด้วยบางส่วน

4) Fully Integrate เป็น โครงข่ายทีมเดียวกันทั้งแนวตั้งและแนวราบ โดยมีภาควิชาส่วนร่วมด้วย

5) ชุมชน ภาควิชาส่วนต่างๆ ร่วมเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ในทุกประเด็นสุขภาพสำคัญ

6.2 C : Customer Focus การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ หมายถึง ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนาที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับ โดยรวมทั้งในส่วนของการรักษาฟื้นฟู และการบริการส่งเสริมป้องกัน แบ่งการพัฒนาออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1) มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ เป็นแบบ reactive

2) มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการ ที่หลากหลาย อย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง

3) มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุงระบบงาน

4) มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่ม ให้สอดคล้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5) ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ ถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่างๆ จนทำให้ประชาชนเชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

6.3 C : Community Participation การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี มีแบ่งการพัฒนาออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1) มีแนวทาง หรือเริ่มให้ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ด้านสุขภาพ

2) ดำเนินการให้ชุมชนและภาคีเครือข่าย ร่วมรับรู้ ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ ในงานที่หลากหลายและขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น

3) ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิและมีการขยายวงได้ค่อนข้างครอบคลุม

4) ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ และมีการทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมให้เหมาะสมมากขึ้น

5) ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล จนร่วมเป็นเจ้าของการดำเนินงานเครือข่ายปฐมภูมิ

6.4 A : Appreciation การชื่นชมและให้คุณค่าความผูกพัน (Engagement) หมายถึง การกระตือรือร้นของบุคลากรในการปฏิบัติหน้าที่ และงานที่ได้รับมอบหมายด้วยความมุ่งมั่น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร แบ่งการพัฒนาออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1) มีแนวทางหรือวิธีการที่ชัดเจนหรือเริ่มดำเนินการในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากร

2) มีการขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้นในแต่ละหน่วยงานหรือในแต่ละระดับ

3) ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน (Engagement) ของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ

4) เครือข่ายสุขภาพมีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแลพัฒนา และสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบท

5) สร้างวัฒนธรรมเครือข่ายให้บุคลากรมีความสุข ภูมิใจ รับรู้คุณค่าและเกิดความผูกพันในงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

6.5 R : Resources Sharing and Human Development การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร หมายถึง ปัจจัยนำเข้าของทรัพยากร เช่น คน เงิน ความรู้ และข้อมูลต่าง เป็นต้น แบ่งการพัฒนาออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1) มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และพัฒนาบุคลากรร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

2) มีการดำเนินการร่วมกันในการใช้ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรในบางประเด็น หรือบางระบบ

3) มีการจัดการทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร ร่วมกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุม ตามบริบทและความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ

4) มีการทบทวนและปรับปรุงการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากรให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

5) มีการจัดการทรัพยากรร่วมกัน โดยยึดเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ (ไม่มีกำแพงกัน) และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชนส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน

6.6 E : Essential Care การดูแลผู้ป่วยและประชาชน หมายถึง การบริการด้านสุขภาพ ที่เป็นปัจจัยพื้นฐานสำหรับประชาชนตามบริบทของชุมชนนั้นๆ และตามศักยภาพในระดับ การบริการปฐมภูมิ แบ่งการพัฒนาออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1) มีแนวทาง หรือเริ่มดำเนินการจัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นในแต่ละกลุ่ม ตามบริบทของชุมชน

2) มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบทและตามความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาสูง

3) มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบท ตามความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละกลุ่ม และชุมชนที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่

4) มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบดูแลสุขภาพ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องมากขึ้น

5) มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกับประชาชน ชุมชน ภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดี

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. ยังไม่ปรากฏงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตมากนัก ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ตรงกับความต้องการของประชาชน และงานวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามความคาดหวังของประชาชน สำหรับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

7.1 ปัจจัยด้านรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ.

กาญจนา แก้วเทพ (2538) ได้ทำการคุณภาพชีวิตจากมุมมองที่เป็นภูมิปัญญาชาวบ้าน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งเชื่อว่าจะสามารถแก้จุดอ่อนของการศึกษาเชิงปริมาณ โดยเฉพาะ การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่มีลักษณะอัตวิสัย ขณะเดียวกันก็เชื่อว่าจะทำให้ได้ความหมายของคุณภาพชีวิตของเฉพาะกลุ่มบุคคล เพราะบุคคลเหล่านั้นควรจะเป็นผู้กำหนดความหมายจากการรับรู้ของตนเอง ซึ่งจะมีความน่าเชื่อถือเพราะเป็นมุมมองหรือทัศนะของคนในท้องถิ่น

รณยุทธ บุตรแสนคม (2540) ได้อธิบายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นคำร้อยละเอียดละข้อ และมีการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยมองคุณภาพชีวิตเป็นตัวแปรอิสระที่นำไปสู่การมีพฤติกรรม หรือตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น การตัดสินใจย้ายถิ่น เป็นต้น

คุษฎี อายูวัฒน์ (2548) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตและการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอะไรบางอย่างที่กำหนดระดับของคุณภาพชีวิต การศึกษาคุณภาพชีวิตช่วงที่ผ่านมาเริ่มต้นจากการให้ความสำคัญกับการศึกษาเชิงปริมาณ เห็นได้จากตัวชี้วัดที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นมา หรือใช้ตัวชี้วัดที่หน่วยงานอื่นพัฒนาขึ้นมาแทนตัวชี้วัดที่องค์การอนามัยโลก (WHO) พัฒนาขึ้นการใช้เครื่องมือชี้วัดทางสังคม ประเมินระดับของคุณภาพชีวิตว่า บุคคลกลุ่มใดๆ มีคุณภาพชีวิตระดับใด สูง-ต่ำเท่าใด อนึ่งยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอะไรบางอย่าง ที่กำหนดระดับของคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มต่างๆ ซึ่งการศึกษาลักษณะนี้กำหนดให้คุณภาพชีวิตเป็นตัวแปรตามในงานวิจัย การศึกษาในลักษณะดังกล่าวนี้ พบเป็นสัดส่วนค่อนข้างมาก

อับดุลคอเล็ด เจะเต (2557) ศึกษาเรื่อง กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาชุมชนบ้านเกาะสวาด ตำบลไพรวัน อำเภอตากใบจังหวัดนราธิวาส เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ บัญญัติภายในและภายนอกชุมชนที่ส่งผลต่อการสร้าง กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาชุมชนให้ประสบผลสำเร็จพบว่า บริบทของชุมชนส่งผลต่อการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วย 1. ภาวะผู้นำ 2. ผู้นำศาสนา 3. วัฒนธรรม ประเพณีของชุมชน 4. ทูตทางสังคม 5. การสร้าง แรงจูงใจ สำหรับผลการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนพบว่า ลำดับขั้นการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนากิจกรรมในชุมชน ได้แก่ 1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา 2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน 3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลจากการนำกระบวนการดังกล่าว มาใช้ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาชุมชนเกิดขึ้น ในช่วงที่ชุมชนกำลังประสบกับปัญหา ส่งผลให้การดำเนินงานของคณะทำงานที่เกิดจากการรวมตัวของแกนนำในชุมชนสามารถดำเนินงานได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตามการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนในชุมชนต่อกระบวนการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้น ได้อย่างเป็นรูปธรรมนั้นจะต้องอาศัยปัจจัยหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะการสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน โดยการใช้ศิลปวัฒนธรรมประเพณีของชุมชน เป็นเครื่องมือไปสู่การขับเคลื่อนกิจกรรมอื่นๆ ให้เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรมตลอดจนขาดบุคลากรที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพในการทำงานและรองรับการปฏิบัติงานในอนาคต

สารสิน ศิริถาวร (2564) ศึกษาเรื่อง กระบวนทัศน์ใหม่ในการปฏิรูประบบราชการไทย เพื่อก้าวไปสู่ไทยแลนด์ 4.0 ผลการวิจัยพบว่า กระบวนทัศน์ใหม่ในการปฏิรูประบบราชการไทย เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ระบบราชการก้าวไปสู่การเป็นราชการยุคใหม่ โดยกระบวนการปรับ องค์การภาครัฐให้ไปสู่เป้าหมายจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงวิธีคิด วิธีปฏิบัติ วิธีการให้บริการต่อประชาชน และความรับผิดชอบที่ข้าราชการพึงมีต่อประชาชนและต่อหน่วยงาน กระบวนทัศน์ใหม่ในการปฏิรูประบบราชการไทยจึงจำเป็นต้องมีการพิจารณาถึงองค์ประกอบทั้งในด้านการบริหารจัดการ ด้านการให้บริการประชาชน และด้านพฤติกรรมการทำงานของข้าราชการ เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายของการเป็นไทยแลนด์ 4.0 ตามวิสัยทัศน์ที่ว่า “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”

ปัญญา พละศักดิ์ (2564) ศึกษาเรื่อง การศึกษาและพัฒนา รูปแบบการดำเนินงาน พัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการ พชอ. เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลรูปแบบการดำเนินงาน พัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ และแบบประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE วิเคราะห์ข้อมูล

เชิงคุณภาพโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ประเด็นปัญหาทั้ง 5 ประเด็น ผ่านการประเมินระดับ 4 ขึ้นไป มีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นจากปีก่อน และมีผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ การเชื่อมประสานข้อมูล และบูรณาการการทำงานในระดับจังหวัดและอำเภอ สามารถนำทรัพยากรด้านคน เงิน สิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ได้ และประชาชนในพื้นที่มีความรู้ ความสามารถที่หลากหลาย ทำให้ง่ายต่อการพัฒนา และคณะกรรมการดำเนินงานมีการประชุมทบทวนประเด็นพัฒนา คืบข้อมูล และติดตามผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

7.2 ปัจจัยด้านบทบาทของคณะกรรมการ พชอ.

อำนาจ เหมือนนางศรัทธม (2556) ศึกษาเรื่อง บทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามความคาดหวัง และที่ปฏิบัติจริง และเพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนาบทบาทผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการส่งเสริมโครงการตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลมี 2 ประเภท คือ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า

- 1) ปัญหาและอุปสรรคต่อการแสดงบทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ปฏิบัติจริงอยู่ในระดับมาก
- 2) ผลการเปรียบเทียบระดับการแสดงบทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมโครงการตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามความคาดหวัง และการปฏิบัติจริงพบว่า ระดับการแสดงบทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมโครงการตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามการปฏิบัติจริง สูงกว่าความคาดหวัง
- 3) แนวทางการพัฒนา บทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมการพัฒนาโครงการตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า 1. ด้านกายภาพของสถานที่ต้องมีการจัดสถานที่ไว้เพื่อการดำเนินงานของ โครงการฯ ทั้งที่หน่วยงานและสำหรับกลุ่มฯ ที่เข้าร่วมโครงการ 2. ด้านการบริหารจัดการ ควรมีการปรับโครงสร้างองค์กรฯ ให้มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง รวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณและเครื่องมืออุปกรณ์ ให้เพียงพอแก่ความต้องการ และนำแนวทางการบูรณาการมาใช้ในการปฏิบัติงาน 3. ด้านบุคลากร มีแผนพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน เช่น ฝึกอบรม ดูงาน และ 4. ด้านปัจจัยภายนอก ควรมีการรณรงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือของสมาชิก และวางแผนการฝึกอบรม/ดูงาน ให้สอดคล้องกับเวลาว่างของสมาชิก เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัชรารักษ์ จันทนุกูล (2560) ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ระดับบทบาทฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านสภาพแวดล้อม รองลงมาคือ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ตามลำดับ มีข้อเสนอแนะดังนี้

1) ด้านสุขภาพ ควรให้ความสำคัญด้านการจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภค การอำนวยความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุ การติดตามปัญหาสุขภาพ และการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ และการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ ควรเพิ่มการจัดกิจกรรมทำบุญตักบาตร กิจกรรมรดน้ำคำหัว หรือการส่งเสริมการสร้างงานสร้างอาชีพแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ควรให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เช่น การพบปะกันระหว่างผู้สูงอายุแต่ละท้องที่ กิจกรรมนันทนาการแก่ผู้สูงอายุ หรือการจัดตั้งชมรมสมาคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น

4) ด้านสภาพแวดล้อม ควรดูแลเรื่องความสะอาดของสภาพแวดล้อมภายในชุมชน เช่น การจัดหาถังขยะมาวางตามจุดต่างๆ ส่งเสริมให้ประชาชนจัดบ้านพักที่อยู่อาศัยให้น่าอยู่ สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก การแจกจ่ายน้ำประปาสู่ชุมชน หรือการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลเกี่ยวกับความปลอดภัยภายในหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยและสามารถอาศัยอยู่ในสังคม และดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

ศิวารักษ์ เงินราง (2562) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอฯ มีระดับคะแนนความรู้หลังการดำเนินการเพิ่มเป็นร้อยละ 75.00 ในขณะที่ก่อนการพัฒนาคะแนนรู้เท่ากับร้อยละ 44.12 และหลังการพัฒนาคณะกรรมการ พขอ. มีสมรรถนะหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอแตกต่างจากก่อนการพัฒนา ($p\text{-value} = 0.0001$) ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบนี้ไปใช้เพื่อพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้มีความรู้และสมรรถนะในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น

7.3 ปัจจัยส่วนบุคคลของคณะกรรมการ พขอ.

ศรีเรือน ดิพูน (2562) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่นาร่อง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการ พขอ. ขุนหาญ

จำนวน 21 คน และระบบคลังข้อมูลผลการดำเนินงาน เก็บรวบรวมด้วยแบบประเมินสมรรถนะ และแบบบันทึกประเมินศักยภาพคณะกรรมการฯ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มศึกษามีอายุเฉลี่ย 54.50 ± 10.27 ปี เพศชาย ร้อยละ 65.0 สมรส ร้อยละ 75.0 การศึกษาระดับปริญญาโทหรือสูงกว่าร้อยละ 50.0 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน ขับเคลื่อนกิจกรรมของคณะกรรมการ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ พชอ. พชต. และ พชม. ที่ดำเนินการกำหนดประเด็นสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อแก้ปัญหา 3 ประเด็น คือ เมื่อนำอยู่ ผู้คนเป็นคนดี ชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน ประกอบด้วย 20 ตัวชี้วัด ซึ่งพิจารณาผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ผลการประเมินการพัฒนาคณะกรรมการ พชอ. ยกระดับขึ้น ทุกองค์ประกอบ 3 ประเด็นสุขภาพ ดังนี้ จึงควรขยายผลในอำเภออื่นต่อไป

กิระติ เวียงนาค (2563) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ. ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ประชากร ได้แก่ 1. คณะกรรมการที่ปรึกษา พชอ. จำนวน 15 คน 2. คณะกรรมการ พชอ. จำนวน 21 คน 3. คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 50 คน 4. คณะทำงานผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน รวมทั้งสิ้น 146 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาปริญญาตรี มีประสบการณ์การทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และมีระยะเวลาของประสบการณ์การทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 1-5 ปี สำหรับระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ. ทั้ง 4 ด้าน มีดังนี้ 1. ด้านการวางแผนและการตัดสินใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2. ด้านการปฏิบัติการโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง 3. ด้านผลประโยชน์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และ 4. ด้านการตรวจสอบและประเมินผลโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ข้อเสนอแนะควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจและฝึกทักษะแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมกับผู้สูงอายุซึ่งจะทำให้การทำงานเดินหน้าไปพร้อมๆ กัน มีโครงสร้างที่ได้มาตรฐาน มีคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล โดยคณะกรรมการมีบทบาทสำคัญในการวางแผนในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกด้าน มีการบริหารจัดการที่ดีในเรื่องระบบฐานข้อมูลของผู้สูงอายุ มีระบบบริการเชิงรุกเพื่อให้เข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งทำให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงจะได้ดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางที่ถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกล่าวได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ. มีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ. สามารถทราบถึงประสิทธิผลของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่นั้นๆ ได้ว่าปัจจัยด้านใดมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ยังพบว่า รูปแบบการวิจัยส่วนใหญ่ใช้แบบประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทาง UCCARE มาประยุกต์เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับการวิจัยนั้นๆ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการวิจัยและรูปแบบประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเพื่อให้สามารถทราบระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 19 อำเภอๆ อำเภอละ 21 คน รวมทั้งสิ้น 399 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 19 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 196 คน ได้มาจากการเปิดตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับสลาก (Lottery)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสร้างเป็นเครื่องมือในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ตำแหน่งงานปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่เป็นคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิต และประสบการณ์การประชุม/อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต มีลักษณะคำถามเป็นแบบตอบถูก ผิด และไม่แน่ใจ โดยให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบผิดและไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน

การแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์การแปลความหมายแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) คือ กลุ่มที่ได้คะแนนดี ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป กลุ่มที่ได้คะแนนปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60-79 และกลุ่มที่ได้คะแนนน้อย ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60-จากเกณฑ์นี้จะแบ่งกลุ่มระดับความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานฯ ได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานฯ ระดับดี ได้คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานฯ ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79

ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานฯ ระดับน้อย ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ตอนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ของ ลิเคิร์ต (พิสนุ พงศ์ศรี, 2557, น. 62) ดังนี้

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

ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ของ ลิเคิร์ต (พิสนุ พงศ์ศรี, 2553, น. 62) ดังนี้

- 1 หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ น้อยที่สุด
- 2 หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ น้อย

3 หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ ปานกลาง

4 หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ มาก

5 หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ มากที่สุด

นำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาค่าเฉลี่ยแล้วกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย ค่าเฉลี่ย ตามแนวทางของ เบสท์ (Best, 1990, น. 205) ดังนี้

ระดับคะแนน 1.00–1.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ระดับคะแนน 1.51–2.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย

ระดับคะแนน 2.51–3.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 3.51–4.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก

ระดับคะแนน 4.51–5.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) หากความเที่ยงตรง (Validity) ของคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่อง การขับเคลื่อน การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ. และระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการ ศึกษาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

วิธีการให้คะแนน

ให้ 1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงตามเนื้อหาจริง

ให้ 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดตามเนื้อหาจริง

ให้ -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดไม่ตรงตามเนื้อหาจริง

นำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดคำนวณหาค่า IOC จากสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องของข้อสอบกับวัตถุประสงค์ ตัวแปร และ สมมติฐานการวิจัย

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนน

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

นำค่าที่คำนวณได้มาแปลความหมาย ค่า IOC ที่คำนวณได้จะมีค่าระหว่าง -1 ถึง 1 ข้อคำถามที่มีค่า IOC สูงเข้าใกล้ 1 จะยังมีความตรงสูง สำหรับค่า IOC ที่ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่จะนำมาใช้ได้ คือ จะต้องมามีค่าไม่น้อยกว่า 0.5 แต่ถ้าจะให้เครื่องมือวิจัยมีความตรงสูงยิ่งขึ้น ควรใช้ค่า IOC ไม่น้อยกว่า 0.70 ขึ้นไป

2) หากความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นที่ 95 % ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจำแนกได้ ดังนี้

- (1) ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต = .90
- (2) ทักษะคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต = .89
 - การมองเห็นปัญหา = .94
 - การได้รับผลประโยชน์ = .96
 - แรงกดดันทางสังคม = .85
 - ค่านิยมส่วนบุคคล = .92
 - อำนาจตามกฎหมาย = .77
- (3) การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต = .95
 - การทำงานเป็นทีม = .96
 - การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย = .97
 - การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย = .92
 - การชื่นชมและให้คุณค่า = .94
 - การแบ่งปัน ทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล = .95
 - การดูแลผู้ป่วยและประชาชนที่เหมาะสมกับบริบทและความจำเป็น = .93

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยศึกษารายนามและจำนวนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ. ตามคำสั่งแต่งตั้ง ในปีที่ผ่านมา ของพื้นที่ใน 19 อำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 ผู้วิจัยประสานผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ. ของแต่ละอำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3 ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษากับตัวแทนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.4 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามแบบออนไลน์ ในรูปแบบ Google form ไปยังกลุ่มตัวอย่าง โดยขอให้ตอบแบบสอบถามภายในวันที่กำหนด

3.5 ผู้วิจัยรวบรวมและตรวจสอบข้อมูลให้ครบตามจำนวนที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์และประมวลผลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์จากนายอำเภอ 19 อำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี และผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมถึงงานวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่รหัสโครงการ STPHO2021-070 เนื่องจากผู้วิจัยความคำนึงในสิทธิ ความเสี่ยงและความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ให้ข้อมูลต้องมีความสมัครใจ และยินดีให้ข้อมูลสำหรับการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลวิธีการทางสถิติในการวิจัยครั้งนี้ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

5.1 บัญชีส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 วิเคราะห์การวัดระดับความรู้ ทักษะ และ การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple Linear Regression)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล และผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับ ดังนี้

1. สัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์เหล่านี้ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยมีความหมาย ดังนี้

n แทน จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

\bar{X} แทน ค่าเฉลี่ย (Mean)

S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในส่วนการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งได้ ดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 วิเคราะห์การวัดระดับความรู้ ทักษะ และ การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 19 อำเภอ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 มีอายุ 51-60 ปี จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 52.04 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 60.71 มีสถานภาพสมรส จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 72.96 ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรจากภาครัฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 20.92 รองลงมา คือ สำนักงานสาธารณสุข จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 19.90 และภาคประชาชน จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 14.80 มีรายได้ต่อเดือน มากกว่า 35,000 บาท จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 52.04 มีระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่เป็นคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิต 1-3 ปี จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 และมีประสบการณ์การประชุม/อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 แสดงดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=196)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	140	71.43
หญิง	56	28.57
อายุ		
30-40 ปี	3	1.53
41-50 ปี	82	41.84
51-60 ปี	102	52.04
มากกว่า 60 ปี	9	4.59
$\bar{X} = 51.57$, S.D. = 5.64 , Min = 37 , Max = 64		
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	11	5.62
ปวช. ถึงอนุปริญญา	14	7.14
ปริญญาตรี	119	60.71
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	52	26.53

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	36	18.37
สมรส	143	72.96
หม้าย/หย่าร้าง	17	8.67
ภาคส่วน/หน่วยงาน		
1) ภาครัฐ		
(1) หน่วยงานสาธารณสุข		
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	39	19.90
- โรงพยาบาล	27	13.78
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	41	20.92
- สำนักงานสาธารณสุขอื่นๆ	8	4.08
(2) หน่วยงานปกครอง	6	3.06
(3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	20	10.20
(4) หน่วยงานทางการศึกษา	6	3.06
2) ภาคประชาชน	29	14.80
3) ภาคเอกชน	20	10.20
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	4	2.03
ต่ำกว่า 5,000 บาท	3	1.53
5,001-15,000 บาท	26	13.27
15,001-25,000 บาท	33	16.84
25,001-35,000 บาท	28	14.29
มากกว่า 35,000 บาท	102	52.04
$\bar{X} = 37,290.37$, S.D. = 20,609.89 , Min = 0 , Max = 90,000		
ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่เป็นคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิต		
ไม่เกิน 3 ปี	117	59.70
4-6 ปี	67	34.18
มากกว่า 6 ปี	12	6.12
$\bar{X} = 3.19$, S.D. = 1.93 , Min = 0 , Max = 8		
ประสบการณ์การประชุม/อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต		
เคย	196	100.00

**ตอนที่ 2 ระดับความรู้ ทักษะคิด และการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ**

ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ. ส่วนใหญ่ตอบถูก จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 63.51 รองลงมา คือ ตอบผิด จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 25.78 และ ไม่แน่ใจ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 10.72 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีการตอบถูกมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน และแก้ไขปัญหาการดำเนินงานของ พชอ. และ พชข. เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 81.1 รองลงมา คือ องค์กรประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ กำลังคน การให้บริการ ยา เครื่องมือ การเงิน เทคโนโลยีและภาวะผู้นำ จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 79.1 และ ประชาชนต้องมีส่วนในการบริหารจัดการงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (n= 196)

ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีหน้าที่กำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ (\bar{X} = 1.76 , S.D. = 0.54)	158 (80.6)	28 (14.3)	10 (5.1)
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีหน้าที่พัฒนาหรือปรับปรุง สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพที่จะเกิดกับประชาชน (\bar{X} = 1.50 , S.D. = 0.64)	114 (58.2)	66 (33.7)	16 (8.2)
3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเกี่ยวข้องกับการจัดทำงบประมาณสำหรับแผนปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (\bar{X} = 1.60 , S.D. = 0.73)	146 (74.5)	22 (11.2)	28 (14.3)

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน งานพัฒนาคุณภาพชีวิต	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
4. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีหน้าที่ติดตาม ความก้าวหน้าของแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนภายในอำเภอ (\bar{X} = 1.52 , S.D. = 0.68)	123 (62.8)	52 (26.5)	21 (10.7)
5. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีหน้าที่ ประเมินผลความก้าวหน้าของแนวทางปฏิบัติและกิจกรรม ต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนภายในอำเภอ (\bar{X} = 1.42 , S.D. = 0.68)	103 (52.6)	72 (36.7)	21 (10.7)
6. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมิบทบาท ในการรับฟังข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ คำอุทธรณ์จากประชาชน และชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ภายในอำเภอ (\bar{X} = 1.27 , S.D. = 0.58)	88 (44.9)	72 (36.7)	36 (18.4)
7. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประกอบด้วย สมาชิกของสาธารณสุขุ ชุมชน ท้องถิ่นและภาครัฐ (\bar{X} = 1.43 , S.D. = 0.62)	97 (49.5)	86 (43.9)	13 (6.6)
8. ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงานเกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (\bar{X} = 1.67 , S.D. = 0.62)	147 (75.0)	33 (16.8)	16 (8.2)
9. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทุกตำแหน่ง ได้มาจากกระบวนการสรรหา (\bar{X} = 1.59 , S.D. = 0.73)	144 (73.5)	24 (12.2)	28 (14.3)
10. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีวาระ การดำรงตำแหน่ง 3 ปี (\bar{X} = 1.48 , S.D. = 0.78)	130 (66.3)	31 (15.8)	35 (17.9)
11. การบริการสุขภาพในพื้นที่ของชุมชน มุ่งเน้นการส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรค (\bar{X} = 1.52 , S.D. = 0.73)	130 (66.3)	38 (19.4)	28 (14.3)

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน งานพัฒนาคุณภาพชีวิต	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
12. การประเมินภาวะสุขภาพนำไปสู่การป้องกันภาวะคุกคาม ที่มีผลต่อสุขภาพ (\bar{X} = 1.53 , S.D. = 0.70)	128 (65.3)	44 (22.4)	24 (12.2)
13. สวัสดิการของข้าราชการเกี่ยวข้องกับชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบรัฐสวัสดิการและระบบประกันสุขภาพของรัฐ (\bar{X} = 1.53 , S.D. = 0.70)	128 (65.3)	44 (22.4)	24 (12.2)
14. ระบบรัฐสวัสดิการและระบบประกันสุขภาพของรัฐ ประกอบด้วยสวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (\bar{X} = 1.59 , S.D. = 0.69)	138 (70.4)	35 (17.9)	23 (11.7)
15. คณะกรรมการฯจะต้องรับรู้-ควบคุม-กำกับ-ประเมินผล ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพได้ (\bar{X} = 1.60 , S.D. = 0.67)	138 (70.4)	38 (19.4)	20 (10.2)
16. การสร้าง/พัฒนา ทีมผู้ให้บริการ และเครือข่ายบริการ ทั้งภาครัฐและเอกชนมีลักษณะดำเนินงานเป็นแนวคิด (\bar{X} = 1.55 , S.D. = 0.71)	132 (67.3)	39 (19.9)	25 (12.8)
17. การรับรู้สถานะทางการเงินในภาพรวมของระบบบริการ และแต่ละสถานบริการ ทำให้สามารถพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ เฉพาะตามปัญหาสุขภาพแต่ละพื้นที่/อำเภอได้ (\bar{X} = 1.42 , S.D. = 0.78)	119 (60.7)	41 (20.9)	36 (18.4)
18. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต้องมี การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อ (ร่าง)แผนพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่ เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาแผนฯ ต่อ ไป (\bar{X} = 1.58 , S.D. = 0.69)	137 (69.9)	36 (18.4)	23 (11.7)
19. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมิหน้าที่ ส่งเสริม สนับสนุน และแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน ของ พชอ. และ พชข. เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ (\bar{X} = 1.74 , S.D. = 0.58)	159 (81.1)	23 (11.7)	14 (7.1)

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน งานพัฒนาคุณภาพชีวิต	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
20. องค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ กำลังคน การให้บริการ ยา เครื่องมือ การเงิน เทคโนโลยีและภาวะ ผู้นำ (\bar{X} = 1.69 , S.D. = 0.65)	155 (79.1)	21 (10.7)	20 (10.2)
รวม	130 (63.51)	42 (25.78)	24 (10.72)

ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 81.12 รองลงมาคือ ระดับความรู้ต่ำ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 18.88 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (n= 196)

ระดับความรู้	จำนวน (ร้อยละ)
ดี	0 (0.00)
ปานกลาง	159 (81.12)
ต่ำ	37 (18.88)
รวม	196 (100.00)

จากผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.79$, S.D. = 0.97) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การได้รับผลประโยชน์ ($\bar{X}=4.09$, S.D. = 0.95) รองลงมาคือ การมองเห็นปัญหา ($\bar{X}=3.98$, S.D. = 1.05) ค่านิยมส่วนบุคคล ($\bar{X}=3.91$, S.D. = 0.90) แรงกดดันทางสังคม ($\bar{X}=3.58$, S.D. = 0.95) และอำนาจตามกฎหมาย ($\bar{X}=3.38$, S.D. = 0.98) ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์ระดับค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต

ทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การมองเห็นปัญหา			
1. ท่านเห็นว่าปัญหาของส่วนรวมจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน	3.97	1.11	มาก
2. ปัญหาที่มีผลกระทบมากย่อมได้รับความสำคัญจากประชาชน	3.87	1.21	มาก
3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต้องให้ความสำคัญกับการคัดเลือกกิจกรรมที่นำมาใช้แก้ไขปัญหาเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทชุมชน	4.09	1.07	มาก
รวม	3.98	1.05	มาก
การได้รับผลประโยชน์			
4. ท่านเห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์สามารถแก้ไขปัญหาในชุมชนได้	3.90	1.11	มาก
5. ผลประโยชน์ทางด้านคุณภาพชีวิตของประชาชนถือเป็นปัจจัยผลักดันสำคัญที่ช่วยให้ท่านเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต	4.15	1.01	มาก
6. ท่านเต็มใจเข้าร่วมกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทุกครั้ง	4.21	1.05	มาก
รวม	4.09	0.95	มาก

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน งานพัฒนาคุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับ
แรงกดดันทางสังคม			
7. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมักใช้การกระตุ้น เพื่อให้ท่านเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรม	3.53	1.12	มาก
8. กระแสสังคม เช่น โลกออนไลน์ กิจจัดขงหลาย หรือเศรษฐกิจในปัจจุบัน เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้ท่านต้องเร่งขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต	3.60	0.96	มาก
9. เพื่อน คนใกล้ชิด หรือผู้นำชุมชน เป็นแรงผลักดันให้ท่านต้องเร่ง ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต	3.61	1.12	มาก
รวม	3.58	0.95	มาก
ค่านิยมส่วนบุคคล			
10. พฤติกรรมส่วนใหญ่ของชุมชน เช่น ทำบุญวันปีใหม่ เศรษฐกิจ พอเพียง การสร้างอาชีพของคนในชุมชน ฯ ส่งผลให้ท่านมีพฤติกรรม ในทิศทางเดียวกันกับชุมชน	3.80	1.07	มาก
11. อุดมการณ์ของผู้นำ คือ แรบบันดาลให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรม การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต	3.83	0.99	มาก
12. ท่านมักให้ความร่วมมือกับกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ	4.11	1.01	มาก
รวม	3.91	0.90	มาก
อำนาจตามกฎหมาย			
13. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีอิทธิพล ในการกำหนดกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนาชุมชนของตนเอง	3.62	1.11	มาก
14. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีข้อบังคับ เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมในขับเคลื่อน การพัฒนาคุณภาพชีวิต	3.64	1.18	มาก
15. การเข้าร่วมกิจกรรมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอมีขั้นตอนที่ยุ่งยากซับซ้อน	2.89	1.34	ปานกลาง
รวม	3.38	0.98	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม	3.79	0.97	มาก

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทาง UCCARE โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.08$, S.D.=0.78) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือการชื่นชมและให้คุณค่า ($\bar{X}=4.12$, S.D.=0.73) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ($\bar{X}=4.11$, S.D.=0.74) การดูแลผู้ป่วย และประชาชนที่เหมาะสมกับบริบทและความจำเป็น ($\bar{X}=4.11$, S.D.=0.72) การแบ่งปัน ทรัพยากร และการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ($\bar{X}=4.06$, S.D.=0.80) การทำงานเป็นทีม ($\bar{X}=4.05$, S.D.=0.85) และการให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย ($\bar{X}=4.02$, S.D.=0.81) ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์ระดับค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE

การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การทำงานเป็นทีม			
1. ท่านมีส่วนร่วมรับผิดชอบประเด็นปัญหา ร่วมดำเนินงาน ร่วมติดตามอย่างต่อเนื่อง	4.15	0.87	มาก
2. ท่านมีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูล เพื่อค้นหาประเด็นปัญหาพัฒนาคุณภาพชีวิต	4.02	0.84	มาก
3. ท่านมีส่วน ร่วมในการจัดลำดับความสำคัญประเด็นปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต	3.99	0.94	มาก
4. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอเรื่องต่างๆ ที่คิดว่าเป็นประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนาคุณภาพชีวิต	4.05	0.96	มาก
รวม	4.05	0.85	มาก

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อน งานพัฒนาคุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย			
5. ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่	3.98	1.01	มาก
6. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางแก้ไขประเด็นปัญหาเพื่อการ พัฒนาคุณภาพชีวิต	4.03	0.91	มาก
7. ท่านมีส่วนร่วมในร่วมระดมความคิด กิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา ตาม ประเด็นปัญหาพัฒนาคุณภาพชีวิต	3.99	0.91	มาก
8. มีส่วนร่วมในการจัดกระบวนการเพื่อรับรู้และเข้าใจความต้องการ ของประชาชน ผ่านทาง การประชุม กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หน่วยอำเภอ เคลื่อนที่ เวที ป้ายประชาสัมพันธ์ เป็นต้น	4.07	0.86	มาก
รวม	4.02	0.81	มาก
การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย			
9. ท่านมีส่วนร่วมกับ พชอ.เพื่อวางแผนจัดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต	4.13	0.78	มาก
10. ท่านมีส่วนร่วมกับ พชอ.ในการประชุมและวางแผนการดำเนินงาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิต	4.12	0.80	มาก
11. ท่านมีส่วนร่วมกับ พชอ.เพื่อร่วมพิจารณา ใช้/จัดหางบประมาณ ในการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต	4.09	0.84	มาก
12. ท่านมีส่วนร่วมกับ พชอ.ในการติดตาม ทบทวน ปรับปรุงกิจกรรม การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	4.10	0.87	มาก
รวม	4.11	0.74	มาก
การชื่นชมและให้คุณค่า			
13. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจ และความผูกพันให้ กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต	4.10	0.83	มาก
14. ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาและแนวทาง ในการเสริมพลังอำนาจการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตในปีต่อไป	4.03	0.90	มาก
15. ท่านกล่าวชื่นชมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ประกอบ คุณงามความดีแก่สังคม	4.16	0.87	มาก
16. ท่านมีความรู้สึกยินดีเมื่อผู้อื่นได้รับการชื่นชม ยกย่อง	4.19	0.84	มาก
รวม	4.12	0.73	มาก

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อน งานพัฒนาคุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การแบ่งปัน ทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล			
17. ท่านมีส่วนร่วมในการรณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต	4.04	0.85	มาก
18. ท่านมีส่วนร่วมกำหนดการใช้ทรัพยากร แหล่งของทรัพยากร ที่จะใช้ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต	4.07	0.87	มาก
19. ท่านมีส่วนร่วมประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ทรัพยากร ร่วมกัน	4.09	0.92	มาก
20. ท่านมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณและบุคลากรกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพให้ความรู้แก่บุคลากรเพื่อให้บริการประชาชน ในพื้นที่	4.04	0.91	มาก
รวม	4.06	0.80	มาก
การดูแลผู้ป่วยและประชาชนที่เหมาะสมกับบริบทและความจำเป็น			
21. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดระบบการเฝ้าระวังการเกิดโรค เช่น การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหรือโรคโควิด -19	4.19	0.84	มาก
22. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ การเฝ้าระวัง ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. ชมรม อสม. และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ	4.11	0.82	มาก
23. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วย และประชาชน	4.12	0.75	มาก
24. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วย และประชาชน	4.11	0.79	มาก
25. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนะ ให้ความเห็น ต่อคณะกรรมการ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงต่อยอด การดำเนินงานพัฒนา คุณภาพชีวิตสำหรับปีถัดไป	4.05	0.87	มาก
รวม	4.11	0.72	มาก
เฉลี่ยรวม	4.08	0.78	มาก

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Linear Regression)

ผลการวิเคราะห์ Bivariate โดยใช้สถิติ Linear Regression พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และปวช. ถึงอนุปริญญา จะมีระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตน้อยกว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และปริญญาโท อยู่ที่ 2.28 คะแนน (mean diff. = 2.28 , 95% CI: 1.32 , 6.15) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสหรือเคยสมรสจะมีการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตมากกว่า ผู้ที่มีสถานภาพโสด อยู่ที่ 1.67 คะแนน (mean diff. = 1.67 , 95%CI : 1.83 , 4.98) และพบว่าทัศนคติด้านการได้รับผลประโยชน์ และแรงกดดันทางสังคม มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี แบบ Bivariate

ปัจจัย	n	การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต				P-value
		Mean	S.D.	Mean difference	95% CI	
เพศ					0.480	
ชาย	140	2.61	0.57	0		
หญิง	56	2.57	0.68	0.04	-0.17, 0.24	
อายุ					0.688	
ไม่เกิน 50 ปี	85	8.2	1.34	0		
51 ปีขึ้นไป	111	3.8	1.11	1.46	-0.15, 5.22	
ระดับการศึกษา					0.023	
มัธยมศึกษา-ปวช. ถึงอนุปริญญา	25	6.43	5.69	0		
ปริญญาตรี-ปริญญาโทหรือสูงกว่า	171	8.64	2.66	2.28	1.32, 6.15	
สถานภาพ					0.037	
โสด	36	3.56	1.89	0	1.83, 4.98	
สมรส/เคยสมรส	160	5.22	3.09	1.67		

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ปัจจัย	n	การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน งานพัฒนาคุณภาพชีวิต				P-value
		Mean	S.D.	Mean difference	95% CI	
ภาคส่วน/หน่วยงาน						0.564
ภาครัฐ/ ภาคประชาชน	176	28.57	22.45	0		
ภาคเอกชน	20	2.6	2.60	1.52	-1.51, 1.91	
รายได้ต่อเดือน						0.219
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 25,000 บาท	66	13.09	6.49	0	-1.75,-3.99	
25,000 ขึ้นไป	130	7.5	2.80	-2.40		
ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่						0.435
น้อยกว่า 5 ปี	184	9.55	2.75	0	2.70, 5.73	
5 ปีขึ้นไป	12	4.5	1.90	3.25		
ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมฯ						0.228
น้อย	37	18.88	1.95	0		
ดี-ปานกลาง	159	81.12	3.97	4.29	-2.71, 11.3	
ทัศนคติด้านการมองเห็นปัญหา						0.341
น้อย-ปานกลาง	38	11.41	1.38	0		
มาก	158	23.25	1.31	1.67	-3.56, 8.13	
ทัศนคติด้านการได้รับผลประโยชน์						0.002
น้อย-ปานกลาง	14	10.37	11.5	0		
มาก	182	25.69	13.35	8.82	7.69, 12.41	
ทัศนคติด้านแรงกดดันทางสังคม						0.042
น้อย-ปานกลาง	24	12.47	12.54	0		
มาก	172	36.42	13.56	4.74	2.31, 8.68	
ค่านิยมส่วนบุคคล						0.323
น้อย-ปานกลาง	17	12.03	14.35	0		
มาก	179	11.43	16.37	-6.95	-16.87, 4.97	
อำนาจตามกฎหมาย						0.541
น้อย-ปานกลาง	42	11.7	13.31	0		
มาก	154	11.63	14.32	3.46	-3.55, 9.65	

จากการตรวจสอบพบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงของการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple regression และผลการศึกษาโดยใช้วิธี Stepwise บ่งชี้ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ระหว่างตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปรและตัวแปรตาม และค่า R^2 มีค่าเท่ากับ .702 หมายถึง ความสามารถของตัวแปรด้านการศึกษา สถานภาพ และทัศนคติซึ่งเป็นตัวแปรอิสระนั้น สามารถอธิบายการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. ซึ่งเป็นตัวแปรตามได้ร้อยละ 70.2 โดยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงจะมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต มากกว่าผู้มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา-ปวช.ถึงอนุปริญญา อยู่ที่ 4.113 คะแนน (mean diff.= 4.113 , 95%CI : 13.54 , 26.78) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสหรือเคยสมรสจะมีการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต มากกว่า ผู้ที่มีสถานภาพโสด อยู่ที่ 3.227 คะแนน (mean diff.= 3.227 , 95%CI : 1.83, 1.97) และผู้ที่มีทัศนคติด้านการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับมากจะมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต มากกว่าผู้ที่มีทัศนคติระดับปานกลางและน้อย อยู่ที่ 4.328 คะแนน (mean diff.= 4.328 , 95%CI : 3.95, 4.22) ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้สถิติ Multiple regression ด้วยวิธี Stepwise (n=196)

ตัวแปร	B	SE _b	beta	t	95%CI	P-value
ค่าคงที่	9.383	.241		5.744	3.99,4.16	<0.001
การศึกษา						
มัธยมศึกษา-ปวช.ถึงอนุปริญญา	Ref.					
ปริญญาตรี-ปริญญาโทหรือสูงกว่า	4.113	.045	.134	2.512	3.97,4.18	0.013
สถานภาพ						
โสด	Ref.					
สมรส/หม้าย/หย่าร้าง	3.227	.064	.185	3.533	1.83,1.97	0.001
ทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมฯ						
น้อย-ปานกลาง	Ref.					
มาก	4.328	.046	.493	7.059	3.95,4.22	<0.001

$R^2 = .702$, $SEE = 0.45316$, $F = 46.446$, $P\text{-value} < 0.05$

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในครั้งนี้ ได้มาจากการเก็บข้อมูลแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างการวิจัยจำนวน 70 คน และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ ในบทนี้จะเป็นการนำเสนอการสรุปผลการศึกษา และข้อเสนอในการศึกษาดังนี้

1. สรุปการวิจัย

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1.1 จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 มีอายุ 51-60 ปี จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 52.04 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 60.71 มีสถานภาพสมรส จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 72.96 ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรจากภาครัฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 20.92 รองลงมาคือ สำนักงานสาธารณสุข จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 19.90 และภาคประชาชน จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 14.80 มีรายได้ต่อเดือน มากกว่า 35,000 บาท จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 52.04 มีระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่เป็นคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิต 1-3 ปี จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 และมีประสบการณ์การประชุม/อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

1.2 จากผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 81.12 รองลงมาคือ ระดับความรู้ต่ำ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 18.88

ทั้งนี้ จากผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พชอ. ส่วนใหญ่ตอบถูกจำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 63.51 รองลงมา คือ ตอบผิด จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 25.78 และไม่แน่ใจ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 10.72 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีการตอบถูกมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน และแก้ไขปัญหาการดำเนินงานของ พชอ. และ พชข. เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 81.1 รองลงมา คือ องค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ กำลังคน การให้บริการ ยา เครื่องมือ การเงิน เทคโนโลยีและภาวะผู้นำ จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 79.1 และประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 ตามลำดับ

1.3 จากผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.79$, S.D.=0.97) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การได้รับผลประโยชน์ ($\bar{X}=4.09$, S.D.=0.95) รองลงมา คือ การมองเห็นปัญหา ($\bar{X}=3.98$, S.D.=1.05) คำนึงส่วนบุคคล ($\bar{X}=3.91$, S.D.=0.90) แรงกดดันทางสังคม ($\bar{X}=3.58$, S.D.=0.95) และอำนาจตามกฎหมาย ($\bar{X}=3.38$, S.D.=0.98) ตามลำดับ

1.4 จากผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทาง UCCARE โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.08$, S.D.=0.78) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือการชื่นชมและให้คุณค่า ($\bar{X}=4.12$, S.D.=0.73) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ($\bar{X}=4.11$, S.D.=0.74) การดูแลผู้ป่วยและประชาชนที่เหมาะสมกับบริบทและความจำเป็น ($\bar{X}=4.11$, S.D.=0.72) การแบ่งปัน ทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ($\bar{X}=4.06$, S.D.=0.80) การทำงานเป็นทีม ($\bar{X}=4.05$, S.D.=0.85) และการให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย ($\bar{X}=4.02$, S.D.=0.81) ตามลำดับ

1.5 จากผลการวิเคราะห์ Bivariate โดยใช้สถิติ Linear Regression พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และปวช. ถึงอนุปริญญา จะมีระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตน้อยกว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และปริญญาโท อยู่ที่ 2.28 คะแนน (mean diff. = 2.28, 95% CI: 1.32 , 6.15) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสหรือเคยสมรสจะมีการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตมากกว่า ผู้ที่มีสถานภาพโสด อยู่ที่ 1.67 คะแนน (mean diff. = 1.67 , 95%CI : 1.83 , 4.98) และพบว่าทัศนคติด้านการได้รับผลประโยชน์ และแรงกดดันทางสังคม มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต

1.6 จากการตรวจสอบพบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงของการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple regression และผลการศึกษาโดยใช้วิธี Stepwise บ่งชี้ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ระหว่างตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปรและตัวแปรตาม และค่า R^2 มีค่าเท่ากับ .702 หมายถึง ความสามารถของตัวแปรด้านการศึกษา สถานภาพ และทัศนคติซึ่งเป็นตัวแปรอิสระนั้น สามารถอธิบายการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. ซึ่งเป็นตัวแปรตามได้ร้อยละ 70.2 โดยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงจะมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต มากกว่าผู้มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา-ปวช.ถึงอนุปริญญา อยู่ที่ 4.113 คะแนน (mean diff. = 4.113, 95%CI : 13.54 , 26.78) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสหรือเคยสมรสจะมีการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตมากกว่า ผู้ที่มีสถานภาพโสด อยู่ที่ 3.227 คะแนน (mean diff. = 3.227 , 95%CI : 1.83 , 1.97) และผู้ที่มีทัศนคติด้านการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับมากจะมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต มากกว่าผู้ที่มีทัศนคติระดับปานกลางและน้อย อยู่ที่ 4.328 คะแนน (mean diff. = 4.328 , 95%CI : 3.95 , 4.22)

2. อภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยสามารถสรุปประเด็นสำคัญและอภิปรายผลได้ ดังนี้

2.1 ระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่มีระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 1-3 ปี มีประสบการณ์การประชุม/อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยระดับความรู้ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

มีหน้าที่กำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ รองลงมา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน และแก้ไขปัญหาการดำเนินงานของ พชอ. เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ และองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ กำลังคน การให้บริการ ยา เครื่องมือ การเงิน เทคโนโลยีและภาวะผู้นำ ตามลำดับ อีกทั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านงานบริการสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นบุคคลผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และมีมุมมองด้านทัศนคติการบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งเห็นได้จากระดับทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน ประกอบด้วย การได้รับผลประโยชน์ รองลงมา คือ การมองเห็นปัญหา คำนึงส่วนบุคคล แรงกดดันทางสังคม และ อำนาจตามกฎหมาย ตามลำดับ

กรมอนามัย (2550) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมว่าเป็นผลมาจาก การเห็นพ้องกันในเรื่องความต้องการและทิศทางการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จนเกิดความคิดริเริ่ม โครงการ เพื่อการปฏิบัติ โดยทุกฝ่ายจะต้องตระหนักว่าการกระทำทั้งหมด ต้องกระทำในนามกลุ่มหรือกระทำผ่านองค์การเท่านั้น ดังนั้นองค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้ และเป็นไปในทิศทางเดียวกับ ถวิลวดี บุรีกุล (2551) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของทุกฝ่าย ซึ่งมาจากพื้นฐานความมั่นคง ในวิวัฒนาการไปสู่การปกครองตนเองของท้องถิ่น ตั้งแต่จุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเริ่มต้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่แต่ละคนมีผล ประโยชน์เกี่ยวข้องและสนใจเป็นเรื่อง โดยข้อสำคัญกิจกรรมเหล่านี้จะต้องสัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการของชาวบ้าน การมีส่วนร่วมยังอธิบายได้ในหลายมิติ ทั้งในแง่ของมิติ ความลึกทั้งในเชิงกว้าง ซึ่งจากผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ อับดุลคอเล็ด เจะเต (2555) ศึกษาเรื่อง กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนบ้านเกาะสวาด ตำบล ไพรวัน อำเภอตากใบจังหวัดนราธิวาส ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนา กิจกรรมในชุมชน ได้แก่ 1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา 2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน 3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลจากการนำกระบวนการดังกล่าวมาใช้ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาชุมชนเกิดขึ้นในช่วงที่ชุมชนกำลังประสบกับปัญหา ส่งผลให้การดำเนินงานของคณะทำงานที่เกิดจากการรวมตัวของแกนนำในชุมชนสามารถดำเนินงานได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้การสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ประชาชนในชุมชนต่อกระบวนการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้น ได้อย่างเป็นรูปธรรมนั้น จะต้องอาศัยปัจจัยหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะการสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรม

ของชุมชนโดยการใช้ศิลปวัฒนธรรมประเพณีของชุมชนเป็นเครื่องมือไปสู่การขับเคลื่อนกิจกรรมอื่นๆ ให้เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรมตลอดจนขาดบุคลากรที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพในการทำงาน และรองรับการปฏิบัติงานในอนาคต

ผลการวิจัยในเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก กล่าวคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เต็มใจเข้าร่วมกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทุกครั้ง ให้ร่วมมือกับกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ และเห็นความสำคัญของผลประโยชน์ทางด้านคุณภาพชีวิตของประชาชนว่าถือเป็นปัจจัยผลักดันสำคัญที่ช่วยให้ท่านเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัญญา พละศักดิ์ (2564) ที่ศึกษาเรื่อง การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออยู่ในรูปแบบของการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานที่มาจากทุกภาคส่วน ร่วมวางแผนร่วมพัฒนา ร่วมกันแก้ปัญหา และร่วมรับประโยชน์ โดยมีวิสัยทัศน์ในการดำเนินงาน คือ เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ในส่วนของการประเมินผลการดำเนินงานยึดตามเกณฑ์ UCCARE และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ การเชื่อมประสานข้อมูล และบูรณาการการทำงานในระดับจังหวัดและอำเภอ สามารถนำทรัพยากรด้านคน เงิน และสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ได้

2.2 การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทาง UCCARE คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทาง UCCARE โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยระดับค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด คือ การทำงานเป็นทีม รองลงมาคือ การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย และการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย เนื่องจาก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ชุมชนท้องถิ่น ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและประชาชนอย่างครอบคลุม มีการเปิดโอกาสที่เอื้อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทุกภาคส่วน และประชาชน ได้ร่วมกันจัดทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการดำเนินงานตามแนวทาง UCCARE

ที่มาจากความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่ายโดยสมัครใจ และเป็นประชาธิปไตย ดังผลการวิจัยที่ปรากฏข้างต้น และเป็นไปตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ที่มุ่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพในประเทศ ให้สามารถปกป้อง ค้ำครอง และส่งเสริมสุขภาพของประชากรโลกทุกคนได้อย่างเท่าเทียม บนฐานการพัฒนาที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละประเทศ ตามความหมายของคำว่าสุขภาพมิใช่เพียงการไม่มีโรค แต่หมายถึงสภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และได้รับการดูแลให้มีสุขภาพดีถือว่าเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์

ดังที่ Tudor-Hart (1989) ได้กล่าวว่า บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ควรมีเพิ่มเติมจากลักษณะบริการรักษาพยาบาลแบบเดิมคือ มีบทบาทในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของกลุ่มประชากรมีการให้บริการ โดยที่พิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม อีกทั้งหลักการสำคัญข้อหนึ่งของระบบสุขภาพระดับอำเภอ คือการที่ประชาชนและภาคีต่างๆ ในพื้นที่มีโอกาสร่วมคิดร่วมการค้นหายุทธศาสตร์ร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาพร้อมกันวางจุดหมายไปสู่การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี ของคนในชุมชนเพราะคนในชุมชนเพราะคนในพื้นที่ย่อมเข้าใจถึงความต้องการของตนเองเข้าใจบริบทของตนเองมากกว่าผู้อื่นการสร้างองค์ความรู้กับบริบทของพื้นที่เพื่อการพัฒนาสุขภาพในระดับชุมชนจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ จะต้องมีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการทำงานที่เรียกว่า “ร่วมเรียนรู้ร่วมปฏิบัติ” (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2557)

ผลการวิจัยในเรื่องการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE ที่พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย และการดูแลผู้ป่วยและประชาชนที่เหมาะสมกับบริบทและความจำเป็นอยู่ในระดับมาก กล่าวคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เห็นความสำคัญในการมีส่วนร่วมในการจัดระบบการเฝ้าระวังการเกิดโรค เช่น การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหรือโรคโควิด-19 มีความรู้สึกยินดีเมื่อผู้อื่นได้รับการชื่นชมยกย่อง และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองในการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ การเฝ้าระวัง ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. ชมรม อสม. และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อำนวนย เหมือนวงศ์ธรรม (2556) ที่ศึกษาเรื่อง บทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามความคาดหวัง และที่ปฏิบัติจริง พบว่า ระดับการแสดงบทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมโครงการตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามความคาดหวัง และการปฏิบัติจริง สูงกว่าความคาดหวัง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชรภรณ์ จันทนุกูล (2560) ได้ศึกษาระดับบทบาทและเพื่อศึกษาข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุต่อบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน ปรากฏผลดังนี้ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านสภาพแวดล้อม รองลงมาคือ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ตามลำดับ

นอกจากนี้ ผลการวิจัยในเรื่องการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE ที่พบว่า ด้านการทำงานเป็นทีม และด้านการให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย อยู่ในระดับมาก กล่าวคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบประเด็นปัญหาต่างๆ ร่วมดำเนินงาน ร่วมติดตามอย่างต่อเนื่อง มีส่วนร่วมในการเสนอเรื่องต่างๆ ที่คิดว่าเป็นประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนาคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมในการจัดกระบวนการเพื่อรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชน ผ่านทาง การประชุม กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หน่วยอำเภอเคลื่อนที่ เวที ป้ายประชาสัมพันธ์ เป็นต้น การมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางแก้ไขประเด็นปัญหาเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในร่วมระดมความคิด กิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา ตามประเด็นปัญหาพัฒนาคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิระติ เวียงนาค (2563) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ มีข้อเสนอแนะดังนี้ ควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจและฝึกทักษะแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมกับผู้สูงอายุซึ่งจะทำให้การทำงานเดินหน้าไปพร้อมๆ กัน มีโครงสร้างที่ได้มาตรฐาน มีคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล โดยคณะกรรมการมีบทบาทสำคัญในการวางแผนในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกด้าน มีการบริหารจัดการที่ดีในเรื่องระบบฐานข้อมูลของผู้สูงอายุ มีระบบบริการเชิงรุกเพื่อให้เข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งทำให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงจะได้ดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางที่ถูกต้อง

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และระดับการมีส่วนร่วม ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้มีการศึกษาอยู่ในระดับสูง เป็นผู้ที่มีการปฏิบัติงานในตำแหน่งมาแล้ว 1-3 ปี และมากกว่า 6 ปี ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจ มีมุมมองและมีทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เห็นได้จากระดับค่าเฉลี่ยด้านทัศนคติที่อยู่ในระดับมาก โดยด้านการมองเห็นปัญหาข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การเห็นว่าปัญหาของส่วนรวมจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน และด้านการได้รับผลประโยชน์ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การเห็นว่า

การเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์สามารถแก้ไขปัญหาในชุมชนได้ หรือด้านค่านิยมส่วนบุคคล ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ พฤติกรรมส่วนใหญ่ของชุมชน เช่น ทำบุญวันปีใหม่ เศรษฐกิจพอเพียง การสร้างอาชีพของคนในชุมชน ฯ เป็นต้น ส่งผลให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เกิดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานให้ทิศทางเดียวกันกับชุมชน ดังที่ องค์การสหประชาชาติ (ม.ป.ป. อังโน จินตวิโร เกษมสุข, 2554) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วม เป็นการเปิดโอกาสให้ทุกคนในสังคม ได้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสังคมอย่างเต็มที่ เช่น การแก้ไขปัญหา กำหนดนโยบาย และร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการพัฒนาประเทศ เพื่อให้กระบวนการที่ดี ต่อการขับเคลื่อนในรูปแบบของเครือข่าย กล่าวคือ ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมเกิดความภาคภูมิใจ ที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาเครือข่าย และที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่าย ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลัง ในการขับเคลื่อนเครือข่ายที่ดีที่สุด

ในส่วนของผลการวิจัยในเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน งานพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านการมองเห็นปัญหา ที่พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก กล่าวคือ คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้ความสำคัญกับการคัดเลือกกิจกรรมที่นำมาใช้แก้ไขปัญหา เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทชุมชน และเห็นความสำคัญในการเร่งแก้ไขปัญหาต่างๆ ของส่วนรวม อย่างเร่งด่วน อีกทั้งยังมีมุมมองทัศนคติด้านค่านิยมส่วนบุคคลอยู่ในระดับมาก กล่าวคือ คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ส่วนใหญ่เป็นผู้มีอุดมการณ์ของผู้นำ คือ มีแรงบันดาลใจ ในการทำกิจกรรมและเข้าร่วมกิจกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างอาชีพ ของคนในชุมชน ฯ ในทิศทางเดียวกันกับชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของกาญจนา แก้วเทพ (2538, อ้างถึงใน ปกรณ์ วามวาณิชย์, 2553, น. 37) ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตจากมุมมอง ที่เป็นภูมิปัญญาชาวบ้านที่กล่าวถึงลักษณะของผู้นำชุมชนในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เกี่ยวกับความหมาย ของคุณภาพชีวิตของเฉพาะกลุ่มบุคคล พบว่าบุคคลเหล่านั้นควรจะเป็นผู้กำหนดความหมาย จากการรับรู้ของตนเอง ซึ่งจะมีความน่าเชื่อถือเพราะเป็นมุมมองหรือทัศนะของคนในท้องถิ่น และเป็นไปในทิศทางเดียวกับ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2557) ที่กล่าวถึง การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอว่า การบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพ อย่างเป็นเอกภาพในแต่ละอำเภอ จะสามารถส่งเสริมให้เกิดการปรับปรุงการบริหารจัดการระบบ บริการปฐมภูมิอย่างมีคุณภาพและมีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ อีกทั้งหลักการสำคัญ ข้อหนึ่งของระบบสุขภาพระดับอำเภอ คือ การที่ประชาชนและภาคีต่างๆ ในพื้นที่มีโอกาสร่วมคิด ร่วมการค้นหาปัญหาหารือร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาหารือกันวางจุดหมายไปสู่การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี

ของคนในชุมชน โดยสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต้องมีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการทำงานที่เรียกว่า “ร่วมเรียนรู้ร่วมปฏิบัติ”

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยเพื่อการนำไปใช้

3.1.1 จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับระเบียบข้อบังคับและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีระดับค่าคะแนนน้อยที่สุด คือ ด้านบทบาทในการรับฟังคำร้องเรียน ร้องทุกข์ การรับรู้สถานการณ์ทางการเงินในภาพรวมของระบบบริการ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนา ชุมชนที่ประโยชน์ตามปัญหาสุขภาพแต่ละพื้นที่/อำเภอได้ และด้านการประเมินผลความก้าวหน้าของแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้รับการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยผ่านการอบรม และพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถเข้าใจระเบียบ ข้อบังคับ บทบาทหน้าที่ และเพิ่ม ศักยภาพความสามารถในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแนวทาง UCCARE ได้อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรปรับปรุงรูปแบบการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยเพิ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทุกภาคส่วน และการปฏิบัติงาน ร่วมกันให้มากยิ่งขึ้น เพื่อปรับเปลี่ยนมุมมองและทัศนคติในการปฏิบัติงานร่วมกัน เกิดความกระตือรือร้น ในการดำเนินงานสามารถจัดลำดับความสำคัญประเด็นปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่าง มีประสิทธิภาพ และเห็นความสำคัญด้านการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง กับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อไป

3.1.2 ควรเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ต่อประชาชน เพื่อให้ประชาชนทราบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ประชาชนในพื้นที่ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพ และความเป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ ตรงกับความต้องการของชุมชน ควบคู่ไปกับการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนในพื้นที่ เพื่อให้ ประชาชนรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในชุมชนพื้นที่ของตนเอง ได้รับการดูแลด้านคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพ และด้านสิทธิประโยชน์ต่างๆ ได้ตรงตามความของชุมชน พื้นที่อย่างแท้จริง

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาการประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในมุมมองของประชาชน เพื่อสะท้อนการปฏิบัติงาน และนำผลจากการวิจัยมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนากลไกการดำเนินงาน

3.2.2 ควรศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการและข้อสรุปเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

3.2.3 ควรศึกษาเชิงทดลองหรือพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อให้สามารถนำไปขยายผลการดำเนินงานในระดับประเทศได้ต่อไป



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2550). *โครงการศึกษารูปแบบการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในงานภารกิจกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นจาก <http://psdg.anamai.moph.go.th/news/cpadmin/km/files/chapter2.doc>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับภาษาไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กิริระติ เวียงนาค. (2563). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร*, 1(1), 49-55.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2538). *การพัฒนาแนววัฒนธรรมชุมชน*. กรุงเทพมหานคร: สภาคาทอลิกแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา.
- จินตวิรี เกษมสุข. (2556). *การใช้หลักการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ศุภฤติ อายุวัฒน์. (2548). *มาตรวัดคุณภาพชีวิต : ศึกษากรณีประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถวิลวดี บุรีกุล. (2550). *พลวัตการมีส่วนร่วมของประชาชน: จากอดีตจนถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย*. กรุงเทพมหานคร: เอ.พี.กรราฟิค ดีไซน์และการพิมพ์.
- ปกรณ์ วามวานิชย์. (2553). *คุณภาพชีวิตของประชาชน กรณีศึกษา: ตำบลวารินชำราบและตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. (การค้นคว้าอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- ปัญญา พละศักดิ์. (2564). *การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 40-53.
- พิสนุ พงศ์ศรี. (2553). *เทคนิควิธีประเมินโครงการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธการพิมพ์.
- ขงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2557). *การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ*. สมุทรสาคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ธณยุทธ บุตรแสนคม. (2540). *รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดมหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- วัชรารักษ์ จันทนุกูล. (2560). บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 8(1), 447-459.
- วันชัย วัฒนศัพท์. (2543). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจของชุมชน*.
ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิพุธ พูลเจริญ. (2558). *การพัฒนากรอบการทำงานในระดับเขตสาธารณสุขจังหวัด และอำเภอ (ระยะที่ 1)*. นนทบุรี: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา นโยบาย (สวน.).
- ศิวารักษ์ เงินราง. (2562). รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนา จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 2(2), 108-116.
- ศรีเรือน ดิพนธ์. (2562). ประสิทธิภาพของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่นำร่อง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน*, 7(2), 263-281.
- สุพัตรา ศรีวิณิชชากร. (2552). *สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง*. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2671/p011-015.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- สรรเพชญ เรืองอร่าม. (2563). *การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 109-125.
- สารสิน ศิริถาวร. (2564). *กระบวนการใหม่ในการปฏิรูประบบราชการไทยเพื่อก้าวไปสู่ไทยแลนด์ 4.0*. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2557). *ระบบบริการสุขภาพตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นจาก https://www.skho.moph.go.th/th/news_skho.php?newsid=591&pid=&txt_search=&Page=207.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)*.
นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สรุปสาระสำคัญของประกาศพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562*. สืบค้นจาก <http://209.97.161.153/chors/index.php/information/Viewpdf?id=sZD6dPagX5eHkW6uwHko.pdf>.

- อัปคูลค่อเล็ด เจะเต. (2557). *กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนบ้านเกาะสวาด ตำบลไพรวัน อำเภอดงไถ่ จังหวัดนครราชสีมา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.
- อำนาจ เหมือนวงศ์ธรรม. (2556). บทบาทผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมโครงการตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ศึกษากรณีเขตพื้นที่ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิทยบริการ*, 24(4), 36-50.
- อรทัย ก๊กผล. (2552). *คู่มือ การมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับนักบริหารท้องถิ่น*. กรุงเทพมหานคร: จรัสสินิทางส์.
- Best, J., & Kahn, J. V. (1993). *Research in Education* (7th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Bloom B S. (1968). *Learning For Mastery, The Evaluation Comment*. In All Our Children Learning, McGraw-Hill.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of Psychological Test* (5th ed.). New York: Harper Collins.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), pp. 607-610.
- Starfield, B. (1993). Provision and financing of health care in the US. In Holland, W.W., Detels, R and Know, G. *Oxford Textbook of Public Health*. 2nd ed. Vol. 1, 295 – 306. Oxford : Oxford University.
- Tudor – Hart, V. (1989). *Health for all, Primary Health Care and General Practitioners*. Keynote Address WONCA.
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma Ata, international conference on primary health care, Alma Ata, 6-12 September*. Geneva: World Health Organization.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ปญญพัฒน์ ไชยเมลล์
 - อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์
 - มหาวิทยาลัยทักษิณ
 - พ.ศ. 2541 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี
 - วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สุขศึกษา)
 - จากสถาบันราชภัฏยะลา
 - พ.ศ. 2543 จบการศึกษาระดับปริญญาโท
 - สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
 - จากมหาวิทยาลัยมหิดล
 - พ.ศ. 2549 จบการศึกษาระดับปริญญาเอก
 - Doctor of Philosophy (Public Health)
 - จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - พ.ศ. 2537 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์
 - วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ จังหวัดยะลา

2. ดร.อรัญญา รักษาบ
 - อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
 - และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
 - มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
 - พ.ศ. 2541 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี
 - พยาบาลศาสตรบัณฑิต (การพยาบาล)
 - จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - พ.ศ. 2548 จบการศึกษาระดับปริญญาโท
 - พยาบาลศาสตร์ (Adult Nursing)
 - จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - พ.ศ. 2559 จบการศึกษาระดับปริญญาเอก
 - (Health Studies) จาก The University of
 - Lincoln, UK

3. ดร.คณิต หนูพลอย

อาจารย์ประจำหลักสูตรสาขารณศาสตร
 คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
 พ.ศ. 2548 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี
 วท.บ. สาขารณศาสตร
 จากมหาวิทยาลัยทักษิณ
 พ.ศ. 2553 จบการศึกษาระดับปริญญาโท
 วท.ม. การจัดการระบบสุขภาพ
 จากมหาวิทยาลัยทักษิณ
 พ.ศ. 2563 จบการศึกษาระดับปริญญาเอก
 ศด. สาขารณศาสตร
 จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น





ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะเก็บข้อมูลด้านการปฏิบัติของคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ที่แสดงออกถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. แบบสอบถามมี 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตอนที่ 3ทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

3. การตอบแบบสอบถามขอความร่วมมือจากท่านได้โปรดตอบให้ครบทุกข้อ เพื่อจะได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน หลังจากนั้นผู้วิจัยก็จะนำข้อมูลที่ได้นำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ต่อไป

ขอขอบคุณการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

บุญธรรม มิ่งแก้ว

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านตามข้อความดังต่อไปนี้

1. เพศ

1) ชาย

2) หญิง

2. อายุ ปี

3. ระดับการศึกษา

1) ประถมศึกษา

2) มัธยมศึกษา

3) ปวช. ถึงอนุปริญญา

4) ปริญญาตรี

5) ปริญญาโทหรือสูงกว่า

6) อื่นๆ โปรดระบุ.....

4. สถานภาพ

1) โสด

2) สมรส

3) หม้าย/หย่าร้าง

4) อื่นๆ (โปรดระบุ)

5. ภาคส่วน/หน่วยงาน

1) ภาครัฐ

(1) หน่วยงานสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

โรงพยาบาล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สำนักงานสาธารณสุขอื่นๆ

(2) หน่วยงานปกครอง

(3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(4) หน่วยงานทางการศึกษา

(5) หน่วยงานราชการอื่นๆ

2) ภาคประชาชน

3) ภาคเอกชน

6. รายได้ต่อเดือน จำนวน.....บาท

7. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่เป็นคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวนปี

8. ท่านมีประสบการณ์การประชุม/อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต หรือไม่

1) เคย

2) ไม่เคย

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต
โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ลำดับ	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
1	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีหน้าที่กำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่			
2	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีหน้าที่พัฒนาหรือปรับปรุง สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพที่จะเกิดกับประชาชน			
3	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเกี่ยวข้องกับการจัดทำงบประมาณสำหรับแผนปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ			
4	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีหน้าที่ติดตามความก้าวหน้าของแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนภายในอำเภอ			
5	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีหน้าที่ประเมินผลความก้าวหน้าของแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนภายในอำเภอ			
6	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีบทบาทในการรับฟังข้อร้องเรียน ร้องทุกข์ คำอุทธรณ์จากประชาชน และชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ			
7	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประกอบด้วยสมาชิกของสาธารณสุข ชุมชน ท้องถิ่นและภาครัฐ			
8	ประชาชนต้องมีส่วนในการบริหารจัดการงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ			
9	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทุกตำแหน่ง ได้มาจากกระบวนการสรรหา			
10	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีวาระการดำรงตำแหน่ง 3 ปี			
11	การบริการสุขภาพในพื้นที่ของชุมชน มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค			
12	การประเมินภาวะสุขภาพนำไปสู่การป้องกันภาวะคุกคามที่มีผลต่อสุขภาพ			

ลำดับ	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
13	สวัสดิการของข้าราชการเกี่ยวข้องกับชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบรัฐสวัสดิการและระบบประกันสุขภาพของรัฐ			
14	ระบบรัฐสวัสดิการและระบบประกันสุขภาพของรัฐ ประกอบด้วยสวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า			
15	คณะกรรมการฯต้องรับรู้-ควบคุม-กำกับ-ประเมินผลภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพได้			
16	การสร้าง/พัฒนา ทีมผู้ให้บริการ และเครือข่ายบริการทั้งภาครัฐและเอกชนมีลักษณะดำเนินงานเป็นแนวคิด			
17	การรับรู้สถานะทางการเงินในภาพรวมของระบบบริการและแต่ละสถานบริการ ทำให้สามารถพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เฉพาะตามปัญหาสุขภาพแต่ละพื้นที่/อำเภอได้			
18	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต้องมีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อ (ร่าง) แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาแผนฯ ต่อไป			
19	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุน และแก้ไขปัญหาการดำเนินงานของ พชอ. และ พชข. เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่			
20	องค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ กำลังคน การให้บริการ ยา เครื่องมือ การเงิน เทคโนโลยีและภาวะผู้นำ			

ตอนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต

คำชี้แจงให้ท่านขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับทัศนคติของท่านมากที่สุด

1 = น้อยที่สุด

2 = น้อย

3 = ปานกลาง

4 = มาก

5 = มากที่สุด

ลำดับ	กิจกรรม	ระดับความคิดเห็น				
		1	2	3	4	5
การมองเห็นปัญหา						
1	ท่านเห็นว่าปัญหาของส่วนรวมจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน					
2	ปัญหาที่มีผลกระทบมากย่อมได้รับความสำคัญจากประชาชน					
3	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต้องให้ความสำคัญกับการคัดเลือกกิจกรรมที่นำมาใช้แก้ไขปัญหา เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทชุมชน					
การได้รับผลประโยชน์						
4	ท่านเห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์สามารถแก้ไขปัญหาในชุมชนได้					
5	ผลประโยชน์ทางด้านคุณภาพชีวิตของประชาชนถือเป็นปัจจัยผลักดันสำคัญที่ช่วยให้ท่านเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต					
6	ท่านเต็มใจเข้าร่วมกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทุกครั้ง					
แรงกดดันทางสังคม						
7	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมักใช้การกระตุ้นเพื่อให้ท่านเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรม					
8	กระแสสังคม เช่น โลกออนไลน์ กำจัดยูงลาย หรือเศรษฐกิจในปัจจุบัน เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้ท่านต้องเร่งขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต					
9	เพื่อน คนใกล้ชิด หรือผู้นำชุมชน เป็นแรงผลักดันให้ท่านต้องเร่งดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต					

ลำดับ	กิจกรรม	ระดับความคิดเห็น				
		1	2	3	4	5
ค่านิยมส่วนบุคคล						
10	พฤติกรรมส่วนใหญ่ของชุมชน เช่น ทำบุญวันปีใหม่ เศรษฐกิจพอเพียง การสร้างอาชีพของคนในชุมชนฯ ส่งผลให้ท่านมีพฤติกรรมในทิศทางเดียวกันกับชุมชน					
11	อุดมการณ์ของผู้นำ คือ แรงบันดาลใจให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรม การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต					
12	ท่านมักให้ความร่วมมือกับกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน อย่างสม่ำเสมอ					
อำนาจตามกฎหมาย						
13	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีอิทธิพล ในการกำหนดกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนาชุมชนของตนเอง					
14	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีข้อบังคับ เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมในขับเคลื่อน การพัฒนาคุณภาพชีวิต					
15	การเข้าร่วมกิจกรรมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอมีขั้นตอนที่ยุ่งยากซับซ้อน					

ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทาง UCCARE

คำชี้แจงให้ท่านขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับการมีส่วนร่วมของท่าน

1 = น้อยที่สุด

2 = น้อย

3 = ปานกลาง

4 = มาก

5 = มากที่สุด

ลำดับ	กิจกรรม	ระดับการมีส่วนร่วม				
		1	2	3	4	5
การทำงานเป็นทีม						
1	ท่านมีส่วนร่วมรับผิดชอบประเด็นปัญหา ร่วมดำเนินงาน ร่วมติดตามอย่างต่อเนื่อง					
2	ท่านมีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูล เพื่อค้นหาประเด็น ปัญหาพัฒนาคุณภาพชีวิต					
3	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญประเด็นปัญหา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต					
4	ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอเรื่องต่างๆ ที่คิดว่าเป็นประเด็น ปัญหา ที่ต้องพัฒนาคุณภาพชีวิต					
การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย						
5	ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของประชาชน ในพื้นที่					
6	ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางแก้ไขประเด็นปัญหา เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต					
7	ท่านมีส่วนร่วมในร่วมระดมความคิด กิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา ตามประเด็นปัญหาพัฒนาคุณภาพชีวิต					
8	มีส่วนร่วมในการจัดกระบวนการเพื่อรับรู้และเข้าใจ ความต้องการของประชาชน ผ่านทาง การประชุม กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หน่วยอำเภอเคลื่อนที่ เวที ป้ายประชาสัมพันธ์ เป็นต้น					

ลำดับ	กิจกรรม	ระดับการมีส่วนร่วม				
		1	2	3	4	5
การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย						
9	ท่านมีส่วนร่วมกับ พชอ.เพื่อวางแผนจัดกิจกรรม การพัฒนาคุณภาพชีวิต					
10	ท่านมีส่วนร่วมกับ พชอ.ในการประชุมและวางแผน การดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต					
11	ท่านมีส่วนร่วมกับ พชอ.เพื่อร่วมพิจารณา ใช้จ่าย งบประมาณในการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต					
12	ท่านมีส่วนร่วมกับ พชอ.ในการติดตาม ทบทวน ปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง					
การชื่นชมและให้คุณค่า						
13	ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจ และความผูกพันให้ กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต					
14	ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อกำหนดประเด็นปัญหา และแนวทางในการเสริมพลังอำนาจการดำเนินงาน ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในปีต่อไป					
15	ท่านกล่าวชื่นชมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่ประกอบคุณงามความดีแก่สังคม					
16	ท่านมีความรู้สึกยินดีเมื่อผู้อื่นได้รับการชื่นชมยกย่อง					
การแบ่งปัน ทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล						
17	ท่านมีส่วนร่วมในการรณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต					
18	ท่านมีส่วนร่วมกำหนดการใช้ทรัพยากร แหล่งของทรัพยากร ที่จะใช้ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต					
19	ท่านมีส่วนร่วมประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ทรัพยากรร่วมกัน					
20	ท่านมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณและบุคลากร กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ความรู้แก่บุคลากรเพื่อให้ บริการประชาชนในพื้นที่					

ลำดับ	กิจกรรม	ระดับการมีส่วนร่วม				
		1	2	3	4	5
การดูแลผู้ป่วยและประชาชนที่เหมาะสมกับบริบทและความจำเป็น						
21	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดระบบการเฝ้าระวังการเกิดโรค เช่น การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า หรือโรคโควิด -19					
22	ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ การเฝ้าระวัง ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. ชมรม อสม. และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ					
24	ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลการดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วยและประชาชน					
24	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วยและประชาชน					
25	ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนะ ให้ความเห็น ต่อคณะกรรมการและ ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงต่อยอด การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับปีถัดไป					

**ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ภาคผนวก ค

หนังสือแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ
หนังสือขอทดลองเครื่องมือ และขอเก็บข้อมูล





ที่ อว ๐๖๐๒.๒๐(บ)/ว ๑0๗

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๕ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมธล์

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำโครงการศึกษาค้นคว้าอิสระและแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนายบุญธรรม มิ่งแก้ว รหัสประจำตัว ๒๖๐๕๐๐๑๔๙๐ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระหัวข้อเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี” อยู่ในความควบคุมดูแลของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ และขณะนี้ นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้ นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

araya p

(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร. ๐๒ ๕๐๓ ๓๖๑๐, ๐๒ ๕๐๔ ๘๐๓๔

โทรสาร. ๐๒ ๕๐๓ ๓๕๗๐



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๐(บ)/ว ๑๐๓

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๕ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.อรัญญา รักหาบ

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำขอโครงการศึกษาค้นคว้าอิสระและแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์) จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนายบุญธรรม มิ่งแก้ว รหัสประจำตัว ๒๖๐๕๐๐๑๔๙๐ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระหัวข้อเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี” อยู่ในความควบคุมดูแลของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ และขณะนี้ นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้ นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

araya p

(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร. ๐๒ ๕๐๓ ๓๖๑๐, ๐๒ ๕๐๔ ๘๐๓๔

โทรสาร. ๐๒ ๕๐๓ ๓๕๗๐

แบบ เชิญผู้ทรงคุณวุฒิ (นายบุญธรรม) ๒๕๐๑๒๒



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๐(บ)/ว ๑0๗

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๕ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.คณิต หนูพลอย

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำโครงการย่อยการศึกษาค้นคว้าอิสระและแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์) จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนายบุญธรรม มิ่งแก้ว รหัสประจำตัว ๒๖๐๕๐๐๑๔๙๐ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระหัวข้อเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี” อยู่ในความควบคุมดูแลของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ และขณะนี้ นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ที่ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้ นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

araya p

(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร. ๐๒ ๕๐๓ ๓๖๑๐, ๐๒ ๕๐๔ ๘๐๓๔

โทรสาร. ๐๒ ๕๐๓ ๓๕๗๐

ภาคผนวก ง

ประกาศนียบัตรคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน
เลขที่ขจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มร.สุคต 1 และ ศูนย์วิจัยทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์

ประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

บุญธรรม มิ่งแก้ว

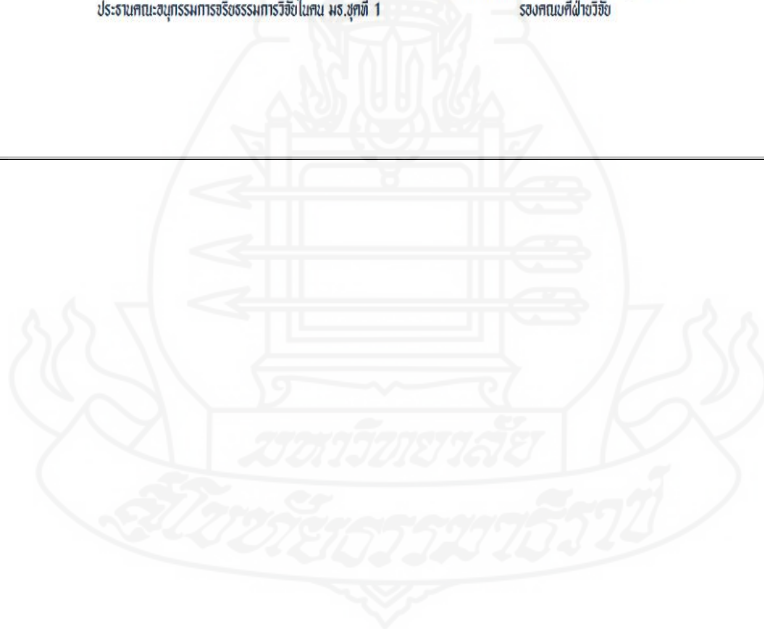
ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer based)

“แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP:E6(R2))”

ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 18 ธันวาคม 2564 ถึงวันที่ 18 ธันวาคม 2566

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไวพจน์ ชิตวีระเวียง)
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มร.สุคต 1

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมปิติ มุ่งทองมา)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย





ที่ สฎ ๐๐๓๒.๐๐๑/ ๒๗๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ถนนการุณราชบุรี อำเภอเมือง
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐

๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
เรียน นายบุญธรรม มิ่งแก้ว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไชยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองโครงการวิจัยฯ

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ นายบุญธรรม มิ่งแก้ว ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุข
อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ขอส่งผลงานวิชาการเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เรื่องปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
อำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี (English) Factors Relating Participation in Mobilization to the Improvement of
Quality of Life among District Health Board in Surat Thani Province. นั้น


ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
พิจารณาผลงานดังกล่าวแล้ว จึงขอส่งเอกสารรับรองโครงการวิจัยตามสิ่งที่ส่งมาด้วย และขอให้ท่านปฏิบัติ
ตามเงื่อนไขที่ระบุไว้อย่างเคร่งครัด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางอรณิส ยวงทอง)

ปศุวิชาสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

 สสจ.สุราษฎร์ธานี	มาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี กระทรวงสาธารณสุข	AF 04-08/02.0
	เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว (Expedited Review)	เริ่มใช้ 1 มค. 2562



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
 กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ ๓.การุณราชบุรี ต.ตลาด อ.เมืองสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี โทร. 0-77-272-784 ต่อ 145

เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ดำเนินการ ให้การรับรอง
 โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont
 Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP
 ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ
 พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

: Factors Relating Participation in Mobilization to the Improvement of Quality of Life
 among District Health Board in Surat Thani Province.

เลขที่โครงการวิจัย : STPHO2021-070

ผู้วิจัยหลัก : นายบุญธรรม มิ่งแก้ว

สังกัดหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิธีทบทวน : แบบเร็ว (Expedited Review)

รายงาน : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หาก

ความก้าวหน้า ดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง : แบบฟอร์มและโครงการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์

ลงนาม :

(นางอรณิส ยวงทอง)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์

วันที่รับรอง : 3 กุมภาพันธ์ 2565

ลงนาม :

(นายญาณวุธ สิงห์ทอง)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์

วันหมดอายุ : 3 กุมภาพันธ์ 2566

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นายบุญธรรม มิ่งแก้ว
วัน เดือน ปีเกิด	20 พฤศจิกายน 2509
สถานที่เกิด	อำเภอระโนด จังหวัดสงขลา
ประวัติการศึกษา	ปริญญาสาธาณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2537
สถานที่ทำงาน	สาธาณสุขอำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธาณสุขชำนาญการพิเศษ

