



รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ



กานต์ชัยพิสิฐ คงเสถียรพงษ์

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ปีการศึกษา 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ"
ของ กานต์ชัยพิสิฐ คงเสถียรพงษ์
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรณรัตน์จิตร)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรรย์ยา)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ
ผู้วิจัย	กานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรณรัตน์จิตร
กรรมการที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรียา
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
คำสำคัญ	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต, คณะกรรมการสุขภาพอำเภอ, ระบบสุขภาพอำเภอ

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงผสมผสานครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบอธิบายตามลำดับ (Explanatory Sequential Design) แบ่งระยะการวิจัยออกเป็น 3 ระยะตามกระบวนการวิจัย ได้แก่ 1) ศึกษาการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ เป็นวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรที่ศึกษาคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 25 อำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณการค่าเฉลี่ยประชากร จำนวน 391 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) 2) ศึกษามุมมองต่อการดำเนินงานและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ และ 3) พัฒนาและประเมินรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย พบว่า 1) การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.35 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.67) โดยปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ได้แก่ การสื่อสารภายใน การได้รับการพัฒนาศักยภาพ การมอบหมายงานภายในทีม การมีส่วนร่วมของชุมชน การทำงานเป็นทีม ประสพการณ์ทำงานด้านบริหาร สถานภาพหย่า/หม้าย/ร้าง และระยะเวลาที่เข้าร่วมดำเนินงานในบทบาท พขอ. 2) มุมมองต่อการดำเนินงานและต่อปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน พบว่า ประเด็นสาเหตุหลักที่มีผลต่อการดำเนินงาน 5 ตัว ได้แก่ 1) ที่มาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 2) ลักษณะส่วน

บุคคลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3) ลักษณะการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 4) การบริหารจัดการเพื่อการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน 3) รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบได้แก่ ได้แก่ 1) การกำหนดคุณลักษณะและคัดเลือกคณะกรรมการ พชอ. และคณะอนุกรรมการ พชอ. 2) การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พชอ. และคณะอนุกรรมการ พชอ. 3) การยกระดับศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พชอ. 4) การกำหนดข้อตกลงการทำงานร่วมกัน 5) การกำหนดการทำงานในรูปแบบทีมงาน 6) กระบวนการดำเนินการของพชอ. 7) การนำนโยบายและแผนของ พชอ.สู่การปฏิบัติ พชต. และ 8) การเชื่อมโยงประสานงานระบบการดำเนินการของ พชอ.

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยควรนำผลที่ใช้ในเชิงนโยบาย และปฏิบัติในการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พชอ. อย่างต่อเนื่องและก่อนเริ่มดำเนินการของ พชอ. ควรกำหนดข้อตกลงการทำงานและรูปแบบการทำงานร่วมกัน นอกจากนี้การดำเนินงาน พชอ. ควรครอบคลุมทั้งกระบวนการทำงานของพชอ. และการนำนโยบายและแผนของพชอ. สู่การปฏิบัติในกลุ่มอนุกรรมการและพชต. โดยมีการเชื่อมโยงระบบงานโดยทีมประสาน

Title	THE EFFICIENT OPERATING MODEL OF THE DISTRICT QUALITY OF LIFE DEVELOPMENT COMMITTEE UNDER THE DISTRICT HEALTH SYSTEM
Author	Kanchatpisit Kongsathienpong
Advisor	Assistant Professor Civilaiz Wanaratwichit, Dr.P.H.
Co-Advisor	Assistant Professor Wutthichai Jariya, DHSM
Academic Paper	Dr.P.H. Dissertation in Public Health Program - (Type 2.1), Naresuan University, 2023
Keywords	District quality of life development committee, District health board, District health system

ABSTRACT

This advanced mixed method research design with explanatory sequential design aimed to develop the efficient operating model of the district quality of life development committee under the district health system. There were 3 phases of research process as follows: 1) Studied the operations and factors affecting the operations of the the district quality of life development committee under the district health system 2) Studied the perspectives on operations and factors affecting the operations of the district quality of life development committee, and 3) the development and evaluate effective operating models of the district quality of life development committee. The research results found that the operations of the district quality of life development committee under the district health system overall was at a moderate level, with a mean of 3.35 (standard deviation 0.67). The factors affecting the effective operation of The efficient operating model of the district quality of life development committee under the district health system includes internal communications, receiving potential development, assigning work within the team, community participation, teamwork Management, work experience, Status divorced/widowed/deserted, and the duration of participation in working in the role of the the district quality of life development committee under the district health. In this regard, the effective operating model of the district quality of life

development committee under the district health system, there were 7 components;

- 1) Determining the characteristics of the district quality of life development committee and the characteristics of the district quality of life development sub-committee
- 2) Developing the potential of the district quality of life development committee and the district quality of life development sub-committee
- 3) Improving the potential of the district quality of life development committee secretaries
- 4) Setting agreements for working together
- 5) Setting up work in a team format
- 6) the district quality of life development committee' s operations process
- 7) Implementing policies and plans of, and
- 8) Linking and coordinating the operation system of the district quality of life development committee.

The model had been evaluated by connoisseur as be appropriate and practical possibilities. This model should be used in practice to integrate operations to create efficiency in the district quality of life development committee must be sustainable, responsive to needs and consistent with the local context by supporting communities to be as self-reliant as possible. There should be the person who responsible for the work, and expert for who plays a role in coordinating co-operation between the government, private sector, and citizens in preparing information on spatial problems or other problems related to the development of quality of life both at the sub-district and district levels.

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรณรัตน์จิตร ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วุฒิชัย จริยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้อุทิศสละเวลาอันมีค่ามาเป็นที่ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้คำแนะนำ เพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น อันประกอบไปด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาในการตรวจเครื่องมือวิจัยพร้อมให้คำแนะนำในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ คณะกรรมการ พชอ. ทั้ง 19 อำเภอ ผู้บริหารสาธารณสุขภาคีรัฐ และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนภาคีเครือข่าย ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีในการเข้าไปทำวิจัย และเก็บข้อมูลในพื้นที่

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ของผู้วิจัย ขอขอบคุณภรรยา ที่คอยเป็นกำลังใจช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อนร่วมงาน ที่ให้กำลังใจในทุกๆ ด้าน

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สำหรับในประเทศไทย และผู้ที่สนใจนำไปใช้ประโยชน์ในอนาคตต่อไป

กานต์ชัชพลสิริฐ คงเสถียรพงษ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
คำถามของการวิจัย.....	8
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	8
สมมติฐานของการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้อง.....	13
การสาธารณสุขมูลฐานกับระบบสุขภาพไทย.....	13
การปฏิรูประบบสุขภาพไทย.....	15
ระบบสุขภาพอำเภอ.....	16
การดำเนินงานและอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.).....	25
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	30
แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ.....	42
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	63

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	67
รูปแบบการวิจัย	67
การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ	70
การวิจัยระยะที่ 2 ศึกษามุมมองต่อการดำเนินงาน และอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ	82
การวิจัยระยะที่ 3 พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ	91
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง (Ethical consideration)	99
บทที่ 4 ผลการวิจัย	101
การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ	101
การวิจัยระยะที่ 2 มุมมองต่อการดำเนินงานและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิต และสร้างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	137
การวิจัยระยะที่ 3 พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ	156
บทที่ 5 บทสรุป.....	207
สรุปผลการวิจัย.....	208
อภิปรายผลการวิจัย.....	214
ข้อเสนอแนะ	227
บรรณานุกรม.....	230
ภาคผนวก.....	242
ประวัติผู้วิจัย.....	266

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	แสดงจำนวนประชากรจำแนกรายอำเภอ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มพื้นที่ได้แก่ สายเหนือ สายกลาง และสายใต้.....	70
ตาราง 2	แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ จำแนกรายอำเภอ โดยแบ่งเป็น 3 โซน ได้แก่ โซนสายเหนือ โซนสายกลาง และโซนสายใต้	72
ตาราง 3	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษาสูงสุด สถานภาพ หน่วยงานที่ท่านสังกัด รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน) ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (n = 399).....	103
ตาราง 4	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม ภาพรวมปัจจัยด้านศักยภาพรายบุคคล ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พชอ. ประสบการณ์ทำงานด้านบริหาร ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะการจัดการ ความ เป็นผู้นำ และทัศนคติต่อการทำงานของ พชอ. (n = 399)	105
ตาราง 5	แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้ความเข้าใจรายชื่อเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (n = 399)	106
ตาราง 6	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายชื่อของด้านประสบการณ์ทำงานด้าน บริหาร ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะการจัดการ ความเป็นผู้นำ ทัศนคติต่อการทำงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (n = 399)	108
ตาราง 7	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายชื่อของด้านประสบการณ์ทำงานด้าน บริหาร ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะการจัดการ ความเป็นผู้นำ ทัศนคติต่อการทำงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (n = 399)	110
ตาราง 8	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมของด้านโครงสร้างและบทบาท หน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้านการมอบหมายงานภายในทีม การให้คุณค่าสมาชิก การสื่อสารการสื่อสารภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ การทำงานเป็นทีม ระบบข้อมูลข่าวสาร และด้านความพอเพียงของ ทรัพยากร (n = 399).....	111
ตาราง 9	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายชื่อของด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้านการมอบหมายงานภายในทีม การ	

	ให้คุณค่าสมาชิก การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ระบบข้อมูลข่าวสาร และด้าน	
	ทรัพยากร (n = 399).....	113
ตาราง 10	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมของการควบคุมกำกับจากภาครัฐ และ การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (n = 399)	117
ตาราง 11	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายชื่อของด้านการควบคุมกำกับจากภาครัฐ และการได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (n = 399)	118
ตาราง 12	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมของการมีส่วนร่วมของชุมชน (n = 399)	119
ตาราง 13	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายชื่อของการมีส่วนร่วมของชุมชน (n = 399)	120
ตาราง 14	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในภาพรวมและแยกรายด้านของ การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพ (n = 399)	122
ตาราง 15	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อของการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (n = 399).....	124
ตาราง 16	แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร.....	130
ตาราง 17	แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพ อำเภอ (n=399).....	135
ตาราง 18	แสดงสรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (เรียงตามค่าสัมประสิทธิ์ที่ใช้ในการทำนายจากน้อย ไปมาก)	141
ตาราง 19	แสดงสรุปประเด็น สาเหตุปัจจัยและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ	151
ตาราง 20	แสดงการสรุปข้อเสนอประเด็น ที่ควรนำไปพิจารณาร่างรูปแบบการดำเนินงานของ พขอ.....	154
ตาราง 21	แสดงการสรุปความคิดเห็นของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อร่างรูปแบบฯและ ความคิดเห็นของนักวิจัยต่อการพัฒนาร่างรูปแบบฯ.....	169

ตาราง 22	แสดงประเด็นเพิ่มเติม ปรับปรุง/ ตัดออก ที่ผู้วิจัยนำไป พัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ.....	189
ตาราง 23	แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ.....	193



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1	Depicts the hypothetical model of a district health system showing the various linkages with other structures in the district.....	19
ภาพ 2	The WHO Health Systems Framework.....	20
ภาพ 3	Existing community based structures and their linkages to technical teamsCentral Board of Health.....	31
ภาพ 4	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	65
ภาพ 5	กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปริมาณ (ระยะที่ 1).....	66
ภาพ 6	แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods).....	68
ภาพ 7	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	69
ภาพ 8	แสดงสรุปขั้นตอนการศึกษาวิจัยระยะที่ 3.....	98
ภาพ 9	แสดงสาเหตุปัจจัยการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ.....	154
ภาพ 10	แสดง (ร่าง) รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ.....	167
ภาพ 11	แสดงสรุปรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ.....	206

บทที่ 1

บทนำ

ระบบสุขภาพไทยมีการปรับตัวเพื่อรองรับกับปัญหาสุขภาพ และโรคร้ายไข้เจ็บที่มาพร้อมกับความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนพฤติกรรมของบุคคล/ชุมชน และสังคมที่เปลี่ยนไป ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคอุบัติใหม่ และโรคไม่ติดต่อรวมถึงภัยสุขภาพด้านอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้นซึ่งการแก้ปัญหาดังกล่าว ต้องอาศัยความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ จากองค์กรภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายที่เป็นผู้มีส่วนได้เสียทางสุขภาพโดยแท้จริง จึงมีนโยบายเน้นไปที่ระดับอำเภอหรือ เรียกว่าระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) เนื่องด้วยอำเภอเป็นองค์กรที่มีความท้าทายในการสร้างการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายเพื่อเป้าหมายสุดท้าย คือ ประชาชนมีความเท่าเทียม บนพื้นฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน (World Health Organization, 1987) ระบบสุขภาพอำเภอ คือ ระบบการทำงานสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกันทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการด้านทรัพยากร ภายใต้บริบทของพื้นที่ ผ่านกระบวนการชื่นชม และการจัดการความรู้แบบ อิงบริบทของแต่ละพื้นที่ ส่งเสริมให้ประชาชน และชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกันโดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557) ได้นำแนวคิดการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (World Health Organization, 2004) มาใช้เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองในด้านสุขภาพ ตลอดจนการสร้างหลักธรรมาภิบาลทางสุขภาพ เพื่อความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนชาวไทย

ระบบสุขภาพอำเภอในประเทศไทย เป็นระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ผ่านกระบวนการความร่วมมือของหลายภาคส่วน ทั้งหน่วยงานรัฐ เอกชน และประชาชน ภายใต้ทรัพยากรที่มี (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2559) โดยมีมุ่งหมายให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพเพื่อเป้าหมายหนึ่งเดียว คือ สุขภาวะของประชาชนภายในอำเภอ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพอย่างเป็นเอกภาพ มีเครือข่ายปฎิบัติที่มีคุณภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน ผู้รับบริการ โดยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงการบริหารจัดการบริการปฎิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาระบบคุณภาพ และมาตรฐานหน่วยบริการปฎิบัติให้มีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ตามบริบทอันจะส่งผลให้ประชาชน และชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระดับหนึ่ง มีขีดความสามารถในการจัดการปัญหาโรคประจำท้องถิ่นและภัยสุขภาพให้ลดลงได้แต่

การดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหามากมาย ที่เกิดจากข้อกฎหมาย และแนวทางการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน ตลอดจนถึงการมีส่วนร่วมของภาคี ทั้งภาครัฐ และเอกชนที่มองปัญหาสุขภาพในมิติที่ไม่เหมือนกัน รวมถึงปัญหาการบริหารจัดการด้าน คน เงิน ของ ทำให้การแก้ไขปัญหให้กับประชาชน ล่าช้าหรือไม่บรรลุผลสำเร็จ ด้วยเหตุนี้รัฐบาลจึงได้ออกกฎหมายมารองรับการดำเนินงานของกลุ่มที่มำ นำในการแก้ปัญหาดังกล่าว เรียกว่า “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่” (Office of the Prime Minister, 2018) มีอำนาจและหน้าที่ตามกฎหมายที่ให้ไว้เพื่อจูงจูงหมาย คือ สุขภาวะ และคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โดยเฉพาะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม แก้ไขปัญหาสุขภาพระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข นำไปสู่การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และสร้างทางเลือกที่หลากหลาย มีการแลกเปลี่ยนทรัพยากรร่วมกัน (ภูดิท เตชาติวัฒน์, 2560) ทั้งนี้จากการศึกษาของ WHO Expert Committee on Information Support for New Public Health Action at District Level (World Health Organization, 1994) พบว่า การจัดการระบบสุขภาพอำเภอ คือ การบริหารด้วยคณะกรรมการที่มีการกระจายอำนาจการดูแลสุขภาพ และมอบความรับผิดชอบให้กับเขตสุขภาพที่ให้บริการประชากรในท้องถิ่น ได้แก่ กระบวนการวางแผน การจัดลำดับความสำคัญ การจัดสรรทรัพยากร และการประเมินผล และนำข้อมูลนี้ไปใช้ประโยชน์ในสถานการณ์ที่เกี่ยวกับความคาดหวังของประชาชนในการดูแลสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ด้วยเหตุผลนี้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จะช่วยให้เกิดความเข้มแข็งของการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ดังนั้น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จึงเป็นกลไกสำคัญในการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ให้ขับเคลื่อนได้สำเร็จ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (District Health Board) ของประเทศไทยมีความสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึง คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ดำเนินการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ได้กำหนดคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ เป็นหน่วยงานด้านนโยบาย บริหารจัดการสุขภาพในอำเภอ องค์ประกอบมีทั้งภาครัฐ และภาคสาธารณสุขในอำเภอ และมีกฎหมายรองรับที่มาของคณะกรรมการ (World Health Organization, 2004) พชอ. เป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งหรือคัดเลือกเข้ามาตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ตามระยะเวลาที่กำหนด (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561) และพชอ.เป็นการทำงานของหลายภาคส่วนที่เข้ามามีบทบาทในการขับเคลื่อนจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นภายในอำเภอตนเอง หรือภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” การแก้ไขประเด็นปัญหาในพื้นที่ อาทิ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยการทำงานของ

พขอ. นั้น เน้นการสร้างภาวะผู้นำร่วมระหว่างหน่วยงาน และการบูรณาการงานร่วมกันทุกภาคส่วน ฝสานความร่วมมือ และมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง อันจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนในทุก ๆ ด้านของ ประชาชน ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ได้กำหนดโครงสร้างของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ประกอบด้วย “นายอำเภอ” เป็นประธานคณะกรรมการ และ “สาธารณสุขอำเภอ” เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยคณะกรรมการฯ แต่งตั้งจากบุคคล 3 กลุ่มดังต่อไปนี้

- 1) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ
- 2) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ และ
- 3) ผู้แทนภาคประชาชนใน อำเภอ พขอ. สามารถดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพ และปัญหาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ของประชาชนในระดับพื้นที่ ผ่านผู้แทนของหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานเอกชน ตลอดจนหน่วยงาน ภาคประชาสังคม (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561) มีอำนาจหน้าที่ในด้าน 1) กำหนดแผนงานเป้าหมาย และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริง และสภาพ ปัญหาในพื้นที่ 2) ดำเนินการขับเคลื่อนให้เกิดบูรณาการ การทำงานร่วมกัน ของหน่วยงานรัฐตาม แผนงาน และเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3) ประสานและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ ของ ทุกภาคส่วนเพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิต 4) ให้คำปรึกษา และเสนอแนะการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน ตลอดจนผู้ประกอบการ ใน การแก้ปัญหาให้บรรลุตามแผน 5) ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต 6) ประสาน หน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน ในพื้นที่ส่งเอกสารและข้อมูล 7) ปฏิบัติงานอื่นตาม คณะกรรมการ/ผู้ว่าราชการจังหวัด (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561)

ความสำคัญ และความจำเป็นของ พขอ. ต่อระบบสุขภาพ จากข้อมูลคุณสมบัติ และอำนาจ หน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เป็นกลุ่มที่มีบทบาทที่สำคัญในอำเภอ ในการดำเนินงาน ขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชน ให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้น ศักยภาพของคณะกรรมการฯ ในการจัดการ ตลอดจนวิธีการดำเนินการร่วมกัน จึงมีความ จำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ พขอ.สามารถร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิต ของประชาชนในอำเภอได้อย่าง เหมาะสม ประเด็นสำคัญ คือ แนวทางหรือวิธีการดำเนินงานร่วมกันของ พขอ.นั้น กฎระเบียบไม่ได้ กำหนดไว้ กำหนดเพียงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่เท่านั้น หรือกล่าวได้ว่า นโยบายระเบียบ พขอ.ให้ ความสำคัญกับโครงสร้างบริหารจัดการมากกว่าเรื่องอื่น ๆ (ฤทัย วรรณวิจิตร, 2561) จะเห็นว่า กระบวนการดำเนินการของแต่ละภาคส่วนที่ต้องมาร่วมกันดำเนินการ โดยไม่ได้ระบุแนวทางไว้อย่าง ชัดเจน ดังการศึกษาของ สุรัชย์ รุจิวรรณกุล, สงครามชัย ลีทองดี, และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ (2558) ได้พัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพพระดบอำเภอ โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของ เครือข่ายในพื้นที่: กรณีศึกษา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนใน

การดำเนินงาน และไม่เป็นแนวเดียวกันทั้งระบบ ด้วยเหตุนี้ทำให้แต่ละอำเภอ คณะกรรมการฯ พขอ. มีกระบวนการดำเนินการร่วมกันที่หลากหลาย เกิดปัญหาอุปสรรค ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานที่แตกต่างกัน

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกรณี พขอ. ไม่สามารถดำเนินการร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ ปัญหาด้านเอกภาพของทีม ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ ทำให้ประสบปัญหาและข้อขัดแย้งภายในองค์กร การทำงานไม่ราบรื่นส่งผลโดยตรงต่อการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ตลอดจนคุณภาพชีวิตของประชาชน (เกศรินทร์ ไหลงาม และสิตานนท์ เจษฎาพิพัฒน์, 2561) ปัญหาสุขภาพไม่ได้รับการแก้ไขอย่างครอบคลุมทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังนั้นทำให้ปัญหาสุขภาพไม่ได้รับการแก้ไขอย่างแท้จริง ไม่บรรลุผลต่อสุขภาวะของประชาชนในชุมชน ขณะเดียวกันอาจมีผลกระทบต่อการใช้งบประมาณร่วมกันในการแก้ไขปัญหาของประชาชนในพื้นที่ (ฤทัย วรรณวิจิตร, 2561)

ปัญหาการดำเนินงานของ พขอ. เนื่องด้วยบริบทพื้นที่ต่างกัน และอำนาจหน้าที่ พขอ. ไม่ได้ระบุแนวทางการทำงานร่วมกันของ พขอ. ไว้อย่างชัดเจน จึงพบว่า พขอ. ดำเนินการร่วมกันได้ดีในบางเรื่อง ดังผลการศึกษาของ สมยศ ศรีจารนัย (2561) พบว่า การปฏิบัติในบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง โดยกระบวนการทำงานที่ทำงานร่วมกันได้ดี คือ ร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมประเมินผล ส่วนที่ยังไม่สามารถทำได้ดี ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ และร่วมรับผิดชอบ ซึ่งกระบวนการทำงานร่วมกันได้ดีหรือไม่ดีล้วนส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาว นอกจากนี้ปัญหาของกระบวนการดำเนินการของ พขอ. ยังพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ไม่ประสบผลสำเร็จ การบริหารจัดการแตกต่างกันตามหน่วยงานที่ตนสังกัด เพราะไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินงาน และไม่เป็นแนวเดียวกันทั้งระบบ (สุรัชย์ รุจิวรรณกุล และคณะ, 2558) ขาดการคืนข้อมูลสถานะสุขภาพให้กับพื้นที่ มีการบูรณาการและใช้ทรัพยากรเฉพาะในส่วนหน่วยงานสาธารณสุข การบูรณาการทรัพยากรต่างหน่วยงานยังมีน้อย ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนที่คิดว่าการแก้ปัญหาสุขภาพ เป็นเรื่องของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข (ปราโมทย์ เลิศขามป้อม, มโน มณีฉาย, และธีระ วรรณรัตน์, 2557)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน พขอ. จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มาจากตัวบุคคลของ พขอ. ศักยภาพ พขอ. และการสนับสนุนจากส่วนกลางและชุมชน ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในบทบาท พขอ. และทิศทางการดำเนินงาน DHS (ปราโมทย์ เลิศขามป้อม และคณะ, 2557) ทักษะของ พขอ. ด้านการจัดการ การวางแผน การกำกับติดตาม การจัดการข้อมูล (กิระติ เวียงนาค และสุระจิต สุตะพันธ์, 2563) รวมถึงโครงสร้างและแนวทางการทำงานร่วมกัน (ภูติห เตชาติวัฒน์, 2560) การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม (พนม เพ็งวิชัย

และประจักษ์ บัวผัน, 2557) ความสัมพันธ์ (สมศักดิ์ โทจำปา, 2562) ระบบข้อมูล (จันทิมา นวะมะวัฒน์, วิภาพร สิทธิศาสตร์, กฤษฎา เหล็กเพชร, และไพศาล เขียรถาวร, 2562) และการมีส่วนร่วมของชุมชน

โดยสรุปปัญหาของ พชอ. พบได้ทั้งปัญหาด้านการดำเนินการของ พชอ. และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบทั้งในลักษณะส่วนบุคคล และศักยภาพความเป็นผู้นำร่วม ของสมาชิก พชอ. กระบวนการทำงานอย่างมีส่วนร่วมตามอำนาจหน้าที่ และการสนับสนุนการจัดการภายใน พชอ. จะสังเกตได้ว่าเป็นปัญหาทั้งระบบและปัญหาของทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงควรมีรูปแบบดำเนินการที่สามารถแก้ไขการดำเนินงานของ พชอ. ได้ครอบคลุมทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการดำเนินงานของ พชอ. ที่ผ่านมา จากการทบทวนพบว่า มีรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะของคณะกรรมการ พชอ. (ศิวาภรณ์ เงินราง, 2562) รูปแบบโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของ Macwan'gi & Ngwengwe (2004) รูปแบบจัดกลุ่มประเด็นในการจัดการ (World Health Organization, 1987) รูปแบบเกณฑ์อำเภอควบคุม (วิรัช ประวันตา, 2561) รูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้ (สุรัชย์ รุจิวรรณกุล และคณะ, 2558) รูปแบบการประเมินและพัฒนาการดำเนินงาน พชอ. (ไพโรจิตร์ ศิริมงคล, 2566) รูปแบบการสนับสนุนนโยบาย (กิตติยา พิมพ์า เรือ และคณะ, 2565) รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (นงเยาว์ ชิลวรรณ, 2563) รูปแบบพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ (เดชา บัวเทศ และเย็นฤดี กะมุกดา, 2565) รูปแบบภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (สมาน คงสมบูรณ์ และยอดชาย สุวรรณวงษ์, 2564) รูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ (วินัย วาหลวง, มลรัตน์ ขนอม, และเอกษา ลัมเวียงสิริวงศ์, 2567) และข้อเสนอรูปแบบกระบวนการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ (ภูติหิ เตชาดิวัฒน์, 2560) อย่างไรก็ตามข้อมูลการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานของ พชอ. ที่ผ่านมา เป็นเพียงรูปแบบที่เน้นการพัฒนาเป็นบางส่วนของ ระบบการดำเนินการที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ยังไม่พบรูปแบบการดำเนินงานของ พชอ. ที่มีทั้งการดำเนินงานร่วมกันทั้งระบบ องค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง มีบทบาทแต่ละภาคส่วนโดยตรง รวมถึงการแสดงถึงการพัฒนาร่วมกันของ พชอ. ในการขับเคลื่อนพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ในประเทศไทยเพิ่งเริ่มประกาศนโยบายการดำเนินการพัฒนาสุขภาพ โดยใช้กลไกของ พชอ. มาในปี พ.ศ. 2561 ดังจึงอยู่ในช่วงของการพัฒนารูปแบบการดำเนินการของ พชอ. ที่เหมาะสม จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาถึง สภาพปัญหาการดำเนินการ พชอ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินการไม่สำเร็จ ดังที่กล่าวมาข้างต้น รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลให้สำเร็จ คือ การดำเนินการร่วมกันอย่างบูรณาการ การร่วมเรียนรู้ และลงทำงานในพื้นที่ บนพื้นฐานความเข้าใจในภาษา ประเพณี และวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะการนำร่วม ของ พชอ. (สุรัชย์ รุจิวรรณกุล และคณะ, 2558) ดังนั้น การแก้ไขปัญหาดังกล่าวเหมาะสมในการใช้แนวคิดภาวะนำร่วม การมีส่วนร่วม และการบูรณาการ

แนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวคิดการนำร่วม หมายถึง กระบวนการที่นำไปสู่ความร่วมมือที่หลากหลายของคนในชุมชน ส่งผลต่ออิทธิพลในการทำงาน และนำสู่ผลลัพธ์ต่อสถาบันชุมชนโดยมีขั้นตอนการนำร่วมประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การสร้างความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ การร่วมสร้างวัตถุประสงค์ และแผนกลยุทธ์ การร่วมทำกิจกรรม และหน้าที่ร่วมกันการทำงาน และพัฒนาอย่างยั่งยืน รวมถึงในแต่ละขั้นตอนจะมีองค์ประกอบอีก 4 องค์ประกอบที่เหมือนกันในแต่ละขั้นตอนคือ 1) รู้จักชุมชน และองค์กร 2) สร้างทีมงานที่แข็งแกร่ง 3) พัฒนาบุคคล 4) ทำการเปลี่ยนแปลง (Kellogg, 2001) นำมาประยุกต์ใช้ศึกษาการดำเนินการของ พชอ. ร่วมกับ อำนาจหน้าที่ของ พชอ. ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิต (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561) นอกจากนี้ การดำเนินการควรมีการบูรณาการทำงานระหว่างหน่วยงาน ซึ่งแนวคิดการบูรณาการ หมายถึง การรวบรวมมุมมองด้วยรูปแบบ และระเบียบวิธีต่าง ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ภายในมุมมองที่สอดคล้องกันของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือวิธีการรวมกระบวนการทัศนคติต่างกัน มารวมไว้ด้วยกันให้เป็นเครือข่าย ตามแนวทางที่สัมพันธ์กัน และสามารถเสริมสร้างคุณค่าสิ่งนั้นร่วมกัน (Wilber, 1997) โดยนำมาใช้ศึกษาการบูรณาการทรัพยากรที่มีอยู่ ร่วมกับการดำเนินงาน ยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน และประกอบกับ แนวคิดการมีส่วนร่วม ซึ่งหมายถึง การมีส่วนร่วมเป็นการสื่อสารระหว่าง บุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชน ทั้งแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการเพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในกิจกรรมใด กิจกรรมหนึ่ง แบ่งออกได้ 4 ระดับ คือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit) 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) นำมาใช้ศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงาน พชอ. (Cohen & Uphoff, 1980) นำมาประยุกต์ใช้ร่วมศึกษาการดำเนินการของ พชอ.อย่างมีส่วนร่วมแต่ละขั้นตอน

จังหวัดเชียงใหม่ตั้งอยู่ทางภาคเหนือของประเทศไทย ประกอบด้วย 25 อำเภอและ 25 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งแต่งตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งมีการขับเคลื่อนและขยายผลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 จนครบพื้นที่ทั้งหมดในปี 2561 โดยกลไกการทำงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้รับการบูรณาการระหว่าง ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาให้ตรงกับความต้องการของประชาชน นำผลสู่สุขภาวะประชาชนดีขึ้น ผลการดำเนินงานของ พชอ. พบว่า ผ่านเกณฑ์กระทรวงตาม (UC- CARE) 67.8 เปอร์เซนต์ ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในภาคส่วนต่าง ๆ (พชอ.) ในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตประชาชน อำเภอในอำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2562) อ้างอิงใน รุ่งตะวัน หุตามัย, 2562) ที่ยังพบปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้ความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหา

ปัญหาสุขภาพของประชาชน ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เป็นโรคไม่ติดต่อมากเป็นอันดับต้น ได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2562 อ้างอิงใน รุ่งตะวัน หุตามัย, 2562) และจากการประชุมโครงการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการสุขภาพระดับพื้นที่แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเชียงใหม่ ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 ปี 2562 พบปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่คล้ายกัน อาทิเช่น อุบัติเหตุทางการจราจรผู้พิการ ผู้สูงอายุ และปัญหาขยะสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2562 อ้างอิงใน รุ่งตะวัน หุตามัย, 2562) การแก้ปัญหาสุขภาพตามรูปแบบของสภาพปัญหาดังกล่าวของ จังหวัดเชียงใหม่ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน โดยเฉพาะการจัดการปัญหาโดยกลไกของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ในการดำเนินงาน พขอ.ที่ผ่านมาของจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพดังกล่าวข้างต้น มุ่งสู่สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน ถึงแม้ว่าการดำเนินงาน พขอ.จะยึดตามอำนาจหน้าที่ พขอ.ตามระเบียบสำนักรัฐมนตรี (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561) แต่ พขอ. ทุกอำเภอไม่มีแนวทางการทำงานร่วมกัน ดังนั้นการดำเนินการของ พขอ. จึงอยู่ภายใต้ความเข้าใจต่อการดำเนินการ พขอ. ที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงมีทั้งอำเภอที่ประสบความสำเร็จ เกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกัน บางอำเภอยังพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน พขอ. ซึ่งแม้จะมีการสนับสนุนการดำเนินการจากระดับจังหวัด อำเภอ โดยการศึกษาดูงานต่างอำเภอเป็นระยะ ก็ยังพบจุดที่ต้องพัฒนาการทำงานต่างกัน ปัญหา พขอ.ที่พบ คือ กระบวนการทำงานร่วมกันของ พขอ. เรื่องการทำงานร่วมกันให้ได้มาซึ่งข้อมูลวางแผนงาน ขาดการส่งมอบข้อมูล และการจัดระบบการประสานงานไม่ชัดเจน ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องในการทำงาน นอกจากนี้ยังพบการติดขัดในการเข้าร่วมประชุม คณะกรรมการส่วนใหญ่จะส่งผู้แทนมาร่วมประชุมทำให้ไม่สามารถมีอำนาจตัดสินใจและไม่ได้ปฏิบัติงานโดยตรง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2562 อ้างอิงใน รุ่งตะวัน หุตามัย, 2562)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงประเทศไทยและจังหวัดเชียงใหม่เกิดปัญหาการทำงานของ พขอ.ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรซึ่งเกิดจากปัจจัยปัญหาต่าง ๆ ซึ่งพบว่านโยบายและระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีในระดับประเทศไม่ได้กำหนดวิธีการทำงานร่วมกันของ พขอ. ที่มาจกหลากหลายภาคส่วน มีเพียงโครงสร้างบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ พขอ. ทำให้ไม่มีวิธีการดำเนินงานร่วมกันอย่างชัดเจน ขณะเดียวกันการดำเนินงาน พขอ. จังหวัดเชียงใหม่ขาดประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันของสมาชิก พขอ. โดยผ่านเกณฑ์ของ พขอ.ของกระทรวงสาธารณสุข (UC-CARE) ไม่ถึงร้อยละ 70 และเชียงใหม่ยังพบปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ต้องอาศัยความร่วมมือหลากหลายภาคส่วนในการแก้ไขปัญหา และที่สำคัญ พขอ. ยังไม่มีการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การดำเนินงานของ พชอ. ปัจจัยส่งผลต่อการดำเนินการของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อนำไปสู่การสร้าง “รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ ระบบสุขภาพอำเภอ” เพื่อให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เกิดความ เข้มแข็ง และมั่นคงในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพ อำเภอ อยู่ในระดับใด และมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ
2. มุมมองต่อการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ เป็นอย่างไร
3. รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ
2. เพื่อศึกษามุมมองต่อการดำเนินงานและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
3. เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพ หน่วยงานที่ทำงานสังกัด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ส่งผลต่อการดำเนินงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ
2. ปัจจัยด้านศักยภาพรายบุคคล ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พชอ. ประสบการณ์ทำงานด้านบริหาร ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะการจัดการ ความเป็นผู้นำ และทัศนคติต่อการทำงาน พชอ. ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ
3. ปัจจัยด้านการทำงานภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ พชอ. การมอบหมายงานภายในทีม การให้คุณค่าสมาชิก การสื่อสารการทำงานเป็นทีม ระบบข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ส่งผลต่อการดำเนินงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ
4. ปัจจัยการควบคุมและการสนับสนุนจากภาครัฐ ได้แก่ การควบคุมกำกับจากภาครัฐ และการได้รับการพัฒนาศักยภาพ พชอ. ส่งผลต่อการดำเนินงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ
5. ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลต่อการดำเนินงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา รูปแบบดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยทำการศึกษาในเขตอำเภอ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 19 อำเภอ ซึ่งมีการนำระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 มาเป็นนโยบายในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ผ่านคณะกรรมการที่ถูกแต่งตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ โดยแต่ละอำเภอจะมีคณะกรรมการฯ จำนวน 21 คนต่อหนึ่งอำเภอ รวมจำนวน 25 อำเภอ จำนวนคณะกรรมการทั้งหมด 525 คน ระยะเวลาในการศึกษา 11 มีนาคม 2565 -11 มีนาคม 2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง เป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งหรือคัดเลือกเข้ามาตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ตามระยะเวลาที่กำหนด ทำหน้าที่แก้ไขประเด็นปัญหาในพื้นที่ระดับอำเภอ

การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง การทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ประกอบด้วย การสร้างความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ การร่วมกำหนดแผนงาน และเป้าหมาย การขับเคลื่อนอย่างบูรณาการ การให้คำปรึกษาเสนอแนะ การประสานงาน และการกำกับติดตามและประเมินผลงานยั่งยืน

การสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจในคณะกรรมการ พชอ. หมายถึง การทำความรู้จัก ให้เกียรติเคารพความสามารถในการทำงาน และรับรู้ความสามารถของสมาชิก การกำหนดวิธีการทำงานร่วมกัน เห็นคุณค่าหรือค่านิยมของสมาชิก ทำให้เกิดความไว้วางใจในการทำงาน

การร่วมกำหนดแผนงาน และวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายการดำเนินงาน หมายถึง การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย แผนพัฒนา ร่วมตัดสินใจในการกำหนดประเด็นปัญหา วิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการแก้ไขปัญหาให้สำเร็จบรรลุผล

การบูรณาการการดำเนินงาน และการให้คำปรึกษาเสนอแนะ หมายถึง การสนับสนุน ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน ประชาชน มาบูรณาการงบประมาณ บุคลากร ตามแผนดำเนินงานร่วมกับการให้คำปรึกษา เสนอแนะ ผู้ประกอบการ และประชาชนในพื้นที่

การประสานงาน หมายถึง การมีส่วนร่วมในการประสานการทำงาน ประสานเอกสาร ข้อมูลจากหน่วยงานรัฐ เอกชน ประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามแผน

การกำกับติดตาม หมายถึง การดำเนินการกำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานของ คณะอนุกรรมการ พชอ. โดยวิธีการต่าง ๆ ให้เป็นไปตามแผน โครงการ

ประเมินผลพัฒนางานยั่งยืน หมายถึง การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการทำงาน พัฒนาสุขภาพ ตามแผนงานโครงการอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ หมายถึง กระบวนการทำงานร่วมกันของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้ การกำหนดคุณลักษณะของคณะกรรมการ พชอ. และคุณลักษณะคณะอนุกรรมการ พชอ. พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พชอ. และคณะอนุกรรมการ พชอ. ยกระดับศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พชอ. การกำหนดข้อตกลงการทำงานร่วมกัน การกำหนดการทำงานในรูปแบบทีมงาน กระบวนการดำเนินการของพชอ. การนำนโยบายและแผนของ พชอ.สู่การปฏิบัติ พชต. การเชื่อมโยงประสานงานระบบการดำเนินการของ พชอ. นำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพ หน่วยงานที่ท่านสังกัด รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน) ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พชอ. หมายถึง สิ่งที่เกิดจากการสั่งสมจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิดหรือจากการศึกษา ค้นคว้า ตลอดจนทักษะความเข้าใจ เกี่ยวกับความหมาย บทบาท อำนาจ และหน้าที่ของคณะกรรมการ พชอ. คุณสมบัติคณะกรรมการ พชอ. สำนักเลขานุการ

ประสบการณ์ทำงานด้านบริหาร หมายถึง ประสบการณ์ทำงานด้านบริหารงานที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนงาน การกำหนดเป้าหมายงาน การติดตามและประเมินผล และประสบการณ์หัวหน้างานและผู้บริหาร

ภาระงานในหน่วยงาน หมายถึง หน้าที่ที่รับผิดชอบในตำแหน่ง หน่วยงาน หรือในชุมชนตามขอบเขตภาระงานที่ตนเองหรือหน่วยงานในสังกัด

ทักษะการจัดการ หมายถึง ทักษะความสามารถในการวางแผน การกำหนดเป้าหมายงาน ด้วยการจัดการงานจนสำเร็จ บรรลุเป้าหมาย จากการใช้ความคิด หรือ ปัญญาที่เฉียบแหลม คล่องแคล่ว ว่องไว

ความเป็นผู้นำ หมายถึง ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้นำคนอื่น ๆ ได้อย่างราบรื่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถพูดโน้มน้าวใจ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ตัดสินใจแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลรอบรู้ในงานและหน้าที่ทั้งภายในและภายนอกองค์กร กระตือรือร้น สนใจต่อการปฏิบัติงาน ยึดมั่นสิ่งที่ถูกต้อง

ปัจจัยด้านศักยภาพของ พชอ. หมายถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ ความหมาย บทบาท อำนาจและหน้าที่คณะกรรมการ พชอ. คุณสมบัติคณะกรรมการ พชอ. สำนักงานเลขานุการ

ทัศนคติต่อการทำงาน พชอ. หมายถึง ความคิดเห็นต่อการทำงานของ พชอ. ได้แก่ ทัศนคติต่อ พชอ. การบูรณาการงานแต่ละภาคส่วน การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ พชอ.

โครงสร้างหน้าที่ และบทบาทหน้าที่ พชอ. หมายถึง ความชัดเจนในการแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. คณะอนุกรรมการ พชอ. และการมอบให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในงาน พชอ.

การมอบหมายงานภายในทีม หมายถึง การได้รับการมอบหมายงานภายในทีมตามบทบาทหน้าที่ ตรงกับความเชี่ยวชาญ ความชำนาญ มีอำนาจในการตัดสินใจภายในขอบเขตตำแหน่งและหน้าที่

การให้คุณค่าสมาชิก หมายถึง การได้รับโอกาส การยอมรับ ความช่วยเหลือในการทำงานจากเพื่อนสมาชิก ตลอดจนคำชื่นชม การแสดงความคิดเห็น

การสื่อสารภายใน พขอ. หมายถึง การสื่อสารกับสมาชิก พขอ.โดยไม่มีอุปสรรค ทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ โดยใช้ช่องทางสื่อสาร ที่มีความสะดวก รวดเร็ว หลากหลาย ได้แก่ ไลน์ อีเมล อินสตราแกรม เป็นต้น

การทำงานเป็นทีม หมายถึง การทำงานร่วมกันอย่างมีเป้าหมาย บรรยากาศการทำงานเป็นมิตร มีความผูกพัน ร่วมคิด ร่วมแก้ไข แนวทางจัดการปัญหา

ระบบข้อมูลข่าวสาร หมายถึง ระบบฐานข้อมูลภายในอำเภอที่สามารถเข้าถึง หรือใช้ฐานข้อมูลข่าวสารที่สามารถ เชื่อมโยงกันทั้งหน่วยงานภายใน และหน่วยงานภายนอก ภาควิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร

ด้านความพอเพียงของทรัพยากร หมายถึง การได้รับสนับสนุน บุคลากรจากหน่วยงานหรือชุมชนเพื่อมาปฏิบัติงาน ตลอดจนถึงงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ อย่างเพียงพอ

ปัจจัยด้านการควบคุมและสนับสนุนจากภาครัฐ หมายถึง การควบคุมกำกับจากภาครัฐ ได้แก่ การให้นโยบายการทำงาน การเสนอผลการดำเนินงาน การติดตามการทำงานของ พขอ. และการได้รับการพัฒนาศักยภาพพขอ. ได้แก่ การฝึกอบรม แลกเปลี่ยนการเรียนรู้ การสัมมนา การได้รับข้อมูลความรู้จากแหล่งอื่น ๆ ได้แก่ เอกสาร หนังสือ แผ่นพับ สื่อออนไลน์ เป็นต้น

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง ประชาชนหรือกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล การดำเนินงาน พขอ.

ระบบสุขภาพอำเภอ หมายถึง ระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ผ่านกระบวนการความร่วมมือของหลายภาคส่วนทั้งหน่วยงานรัฐ เอกชน และประชาชน ภายใต้ทรัพยากรที่มี โดยมีมุ่งหมายให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพเพื่อเป้าหมายหนึ่งเดียว คือ สุขภาวะของประชาชนภายในอำเภอ

ประสิทธิภาพ หมายถึง การทำงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือ กระบวนการทำงานที่คณะกรรมการฯ ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำงาน ตั้งแต่การกำหนดระเบียบ เป้าหมายร่วมกัน มีการร่วมคิด ร่วมใช้ทรัพยากรในการทำงานร่วมกัน และการกำกับประเมินผล ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเรื่อง “รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ” ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การสาธารณสุขมูลฐานกับระบบสุขภาพไทย
2. การปฏิรูประบบสุขภาพไทย
3. ระบบสุขภาพอำเภอ
 - 3.1 แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ
 - 3.2 ระบบสุขภาพอำเภอประเทศไทย
4. การดำเนินงานและอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
5. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 แนวคิดการบริหารจัดการ และการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ
 - 5.2 แนวคิดภาวะการนำร่วม
 - 5.3 แนวคิดบูรณาการ
 - 5.4 แนวคิดการมีส่วนร่วม
 - 5.5 แนวคิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ
6. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

การสาธารณสุขมูลฐานกับระบบสุขภาพไทย

การจัดบริการด้านสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นเป้าหมายหลักของทุก ประเทศไม่ว่าจะเป็นประเทศพัฒนา หรือกำลังพัฒนา ในส่วนของประเทศไทยได้ดำเนินการพัฒนา ระบบสุขภาพ ตั้งแต่อดีตในรูปแบบการแพทย์แผนโบราณ ผสมผสานความเชื่อสิ่งลึกลับเหนือ ธรรมชาติ เพื่อใช้รักษาอาการเจ็บป่วยของประชาชน ต่อมาสมัยสุโขทัยเมื่อประชาชนเจ็บป่วย การรักษาโรคภัยไข้เจ็บจึงพึ่งพาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ พิธีกรรมต่าง ๆ (นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, 2556) ต่อมาใน สมัยอยุธยาได้นำความรู้ด้านการแพทย์สมัยใหม่เข้ามายังราชสำนัก จึงมีการรักษาความเจ็บป่วยจาก หมอทางชาติตะวันตก ในส่วนการแพทย์สมัยกรุงรัตนโกสินทร์ เริ่มมีโรงพยาบาลรักษาพยาบาลครั้ง

แรก จนมีการขยายบริการด้านสุขภาพไปยังระดับอำเภอ จนถึงตำบล จึงพัฒนาเป็น “โรงพยาบาลอำเภอ” และ “สถานีอนามัย” ซึ่งได้ยกระดับสถานีอนามัยขึ้นเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” จวบจนถึงปัจจุบัน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และนภนาท อนุพงศ์พัฒน์, 2561)

กล่าวโดยสรุปว่า ระบบสุขภาพไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ได้รับการพัฒนารูปแบบ และโครงสร้างการดูแลภาวะเจ็บป่วยของประชาชนเริ่มตั้งแต่ศาสตร์การแพทย์แผนโบราณ ผสมกับความเชื่อหลักของศาสนา และลัทธิ ต่อมาได้รับอิทธิพลการรักษาตามแผนแพทย์ตะวันตกจนถึงสมัยรัตนโกสินทร์ประเทศไทยได้นำแนวทางการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ดูแลสุขภาพประชาชนชาวไทย

การสาธารณสุขมูลฐานนำมาใช้กับระบบสุขภาพไทย สามารถกล่าวอย่างสรุปได้ แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน ตามประกาศ Alma-Ata องค์การอนามัยโลก คือ การปฏิสัมพันธ์ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการใช้ระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถือเป็นการนำเอาระบบดูแลสุขภาพที่ใกล้ที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ไปสู่สถานที่ที่ผู้คนอาศัย และทำงาน ถือเป็นองค์ประกอบแรกของกระบวนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยประชากรโลกต้องบรรลุสุขภาพดีทั่วหน้าภายในปี ค.ศ. 2000 ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ทุกประเทศสมาชิกนำไปใช้ ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานให้เกิดขึ้นในทุกประเทศ 2) เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตลอดจนข้อมูลข่าวสาร เพื่อพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ในระบบสุขภาพที่ครอบคลุม 3) มีการประเมินสถานการณ์สุขภาพปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพทั่วโลก เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงการสาธารณสุขมูลฐาน 4) เพื่อกำหนดหลักการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ตามสภาพปัญหาของพื้นที่ 5) กำหนดบทบาทของรัฐบาล/ประเทศ และองค์การระหว่างประเทศ ในด้านความร่วมมือ และสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน 6. เพื่อกำหนดให้คำแนะนำ ในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน (World Health Organization, 1978) หลักการในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน มี 4 ประการ คือ 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation หรือ Community Involvement) 2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) 3) การปรับระบบบริการสาธารณสุข พื้นฐานของรัฐ เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service) 4) การผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานพัฒนาสังคมโดยรวม (Intersectoral Collaboration)

ประเทศไทยได้นำหลักการตลอดจนแนวคิด และปรัชญาการสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินการปรับใช้เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข ของประเทศผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการเข้ามามีบทบาทของประชาชนในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเองโดยมีรัฐเป็นผู้สนับสนุนบนพื้นฐานการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม (ชลธิชา แก้วอนุชิต, ขวัญศิริ ทองพูน, และอัมมันดา ไชยกาญจน์, 2557) ดังเช่น ช่วงปี พ.ศ. 2530 – 2539 การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีการพัฒนาศักยภาพของ ผสส. และอสม. ซึ่งเป็นคนในชุมชน เข้ามาช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขในขณะนั้น ซึ่งปัญหาสาธารณสุขเปลี่ยนจากป้องกันโรคติดต่อ กลายเป็นโรคไม่ติดต่อ ต่อมาช่วงปี พ.ศ. 2550 –

2559 รัฐบาลได้สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน เน้นการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้อสม.ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน มีการพัฒนาศักยภาพของอสม.ให้เป็นนักจัดการสุขภาพโดยการจัดฝึกอบรมอสม.ใหม่และอสม.เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาเกิดการดำเนินงานหมู่บ้าน โดยมีกลไกการเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพอำเภอ (อมรศรี ยอดคำ, 2557)

สามารถสรุปได้ว่า ระบบสุขภาพไทย ได้นำหลักการ แนวคิดและปรัชญาการสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินการปรับใช้ เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศตามสถานการณ์ นอกจากนี้ ยังเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการจัดให้เกิดการดูแลสุขภาพเบื้องต้นทั้งในระดับบุคคลจนถึงระดับชุมชน โดยมีฐานคิด แนวคิดประกอบด้วยความเป็นสากล คุณภาพ ความเสมอภาค ประสิทธิภาพ และการพัฒนา อย่างไรก็ตาม สถานการณ์สังคม เศรษฐกิจได้เปลี่ยนแปลงเป็นพลวัตตลอดเวลา จึงมีการปฏิรูประบบสุขภาพไทย เป็นระยะตามสถานการณ์

การปฏิรูประบบสุขภาพไทย

ประชาชนในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2534 ไม่มีสิทธิหรือสวัสดิการหลักประกันสุขภาพใด ๆ ในการเข้ารับการรักษาพยาบาลคิดเป็นสัดส่วน 2 ใน 3 ของประชากร ซึ่งทั้งหมดไม่ได้อยู่ในระบบการจ้างงานของภาครัฐและเอกชน ส่วนใหญ่มีฐานะทางสังคมที่ยากจน และอาศัยอยู่ในชนบททำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ในปี 2518 รัฐบาลได้ริเริ่มโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) เน้นช่วยเหลือกลุ่มผู้มีรายได้น้อยก่อน ต่อมาจึงได้ขยายความช่วยเหลือไปยังกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ ทหารผ่านศึก และภิกษุสามเณร

ปีพ.ศ. 2544 รัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้ตรากฎหมายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อปี พ.ศ. 2545 ภายใต้ชื่อ “30 บาทรักษาทุกคน” หลังจากนั้นได้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) ขึ้นเพื่อใช้เป็นหน่วยงานประสาน และดำเนินการเพื่อให้ประชาชนคนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงสถานพยาบาลและรับสิทธิในการรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วยจากหน่วยงานภาครัฐ และเอกชนอย่างทั่วถึง และมีคุณภาพ มาตรฐาน ตอบสนองเป้าหมาย คือ ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า การดำเนินงานดังกล่าวต้องจัดกิจกรรมสาธารณสุขทั้งเชิงรุก และเชิงรับควบคู่กันโดยการจัดบริการดังกล่าวต้องให้บุคคลผู้มีสิทธิทุกคน สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้ทุกช่วงของชีวิต ตั้งแต่แรกเกิดจนเสียชีวิตสอดคล้องต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกเพศ ทุกวัย บนหลักการแห่งความเท่าเทียม (equity) (จินตนา อาจสันเทียะ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2559) ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ คือ 1) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) ระบบประกันสังคม 3) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งทั้งสามระบบมีความแตกต่างกันในการบริหารจัดการ ตลอดจนการเบิก

ค่าใช้จ่าย เพื่อการบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ใช้รูปแบบการจ่ายเงินตามรายบริการ (ปลายเปิด) แต่ในส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบประกันสังคม ใช้รูปแบบการจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัว นอกจากนี้ที่กล่าวมาข้างต้นนี้ยังมีระบบประกันเฉพาะหรือประกันเสริมอาทิเช่น ระบบประกันสุขภาพเอกชน กองทุนทดแทนแรงงานกรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน ประกันภัยผู้ประสบภัยจากรถ เป็นต้น (สุรจิต สุนทรธรรมล, 2555)

ในส่วนโครงสร้างการบริหารจัดการระดับอำเภอ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ผ่านระบบบริหารจัดการระดับอำเภอ เรียกว่าคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ประกอบด้วยโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีนอมาัยทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ระยะต่อมาได้มีการพัฒนาแนวทางดูแลสุขภาพผ่านเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การบริหารจัดการผ่านคณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ (CUP Board) มีบทบาทและหน้าที่ในการประสานงานทั้งในและนอกหน่วยงานสาธารณสุขตลอดจนเป็นกลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพภายในอำเภอ (สุพัตรา ฮาสุวรรณกิจ และ Ernt Tenambergen, 2550)

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการปฏิรูประบบสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุมมากขึ้นกว่าในอดีตที่ผ่านมา แต่ถึงกระนั้นก็ตามระบบสุขภาพไทยยังคงต้องมีการปรับตัวเพื่อรองรับกับปัญหาสุขภาพ และโรคภัยไข้เจ็บที่มาพร้อมกับความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนพฤติกรรมของบุคคล/ชุมชน และสังคมที่เปลี่ยนแปลงก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคอุบัติใหม่ และโรคไม่ติดต่อ รวมถึงภัยสุขภาพด้านอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้นซึ่งการแก้ปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ จากองค์กรภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายที่เป็นผู้มีส่วนได้เสียทางสุขภาพโดยแท้จริง ซึ่งนโยบายเน้นไปที่ระดับอำเภอหรือ เรียกว่าระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System)

ระบบสุขภาพอำเภอ

1. แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ

องค์การอนามัยโลกมองเห็นว่า อำเภอเป็นองค์กรหนึ่งซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถเพิ่มพูนทักษะที่ดี ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งดังกล่าวให้เกิดขึ้น และเป็นความท้าทายในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อเป้าหมายสุดท้ายคือ ประชาชนมีความเท่าเทียม บนพื้นฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน และถือเป็นจุดเริ่มต้นของการมีนโยบายระบบสุขภาพอำเภอ (World Health Organization, 1987)

ความหมายและขอบเขตของระบบสุขภาพอำเภอตามแนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ เริ่มจากคำว่า “อำเภอ” คือ หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีการบริหารจัดการแตกต่างกันระหว่างแต่ละประเทศในขนาด และความเป็นอิสระในการบริหารงาน ตลอดจนจำนวนประชากรที่จัดตั้งเป็นอำเภอ อย่างน้อย 50,000 หรือมากกว่า 300,000 คน มีขนาดกะทัดรัด ในทางภูมิศาสตร์ อำเภอถือเป็นจุดนัดพบตามธรรมชาติสำหรับการวางแผน และการจัดระเบียบ "จากล่างขึ้นบน" และการวางแผน และสนับสนุน "จากบนลงล่าง" ดังนั้น จึงเป็นสถานที่ศูนย์รวมความต้องการของชุมชน และการจัดลำดับความสำคัญระดับชาติ (Tarimo, 1991) จากความหมายดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอำเภอเป็นจุดศูนย์กลาง ในการเชื่อมต่อระหว่างผู้กำหนดนโยบาย และผู้ปฏิบัติงานซึ่งประกอบด้วยหลาย ภูมิภาคส่วนร่วมแบ่งปัน และใช้ทรัพยากรอันสอดคล้องกับแนวทางการสร้างระบบสุขภาพอำเภอแบบบูรณาการ เพื่อคุ้มครองและสร้างความเป็นธรรมของการดูแลสุขภาพ ผ่านการเชื่อมโยงกับชุมชน (Lawn et al., 2008) ความหมายของระบบสุขภาพอำเภอ World Health Organization (1992) หมายถึง ระบบสุขภาพที่อยู่บนพื้นฐานของการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และเป็นส่วนหนึ่งที่อยู่ในระบบสุขภาพแห่งชาติ ส่วนประกอบแรก และสำคัญที่สุดคือ ประชากรที่มีการกำหนดชัดเจน และอาศัยอยู่ภายในเขตการปกครองที่ชัดเจน ตลอดจนพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ซึ่งรวมถึงกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

องค์การอนามัยโลกได้จัดโครงสร้างอำเภอ เพื่อใช้เป็นแบบจำลอง และเป็นพื้นฐานของการอภิปรายเนื่องจากสถานการณ์หรือข้อเท็จจริงอาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ พบว่าโครงสร้างหลักอำเภอควรประกอบด้วยพื้นฐานดังต่อไปนี้ (World Health Organization, 2004)

1. สภาตำบล (District Council) เป็นรูปแบบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามกฎหมายหรือหน่วยงานของรัฐในท้องถิ่น ประกอบด้วยสมาชิกสภาที่ได้รับการเลือกตั้งตามกฎหมาย และสภาตำบลมีสถานะอำนาจกฎหมายตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ที่กำหนดไว้ภายใต้เขตอำนาจของตน สามารถจัดสรรงบประมาณ ตลอดจนทำแผนพัฒนา และให้บริการด้านเศรษฐกิจ และสังคมภายในเขตอำนาจของตน

2. คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (DHB) เป็นหน่วยงานด้านนโยบายซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่ได้รับการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งจากทั้งภาครัฐ และภาคสาธารณสุขในอำเภอ ตามที่กฎหมายกำหนด สมาชิกทั้งหมดมีพื้นฐานความเข้าใจในปัญหาสุขภาพ และการจัดการ ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนาโยบายสุขภาพที่เหมาะสมตามนโยบายระดับชาติ

3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (District Health Office) จัดการบริหารและประสานงานเรื่องสุขภาพของอำเภอ ตลอดจนทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างอำเภอ และระดับสูงกว่า มีรูปแบบการบริหารจัดการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เรียกว่าทีมจัดการสุขภาพอำเภอ (DHMT)

ประกอบด้วยแพทย์ ซึ่งเป็นหัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / เจ้าหน้าที่การแพทย์อำเภอหรือผู้อำนวยการสาธารณสุขอำเภอ ขึ้นอยู่กับระบบที่ดำเนินการในประเทศ

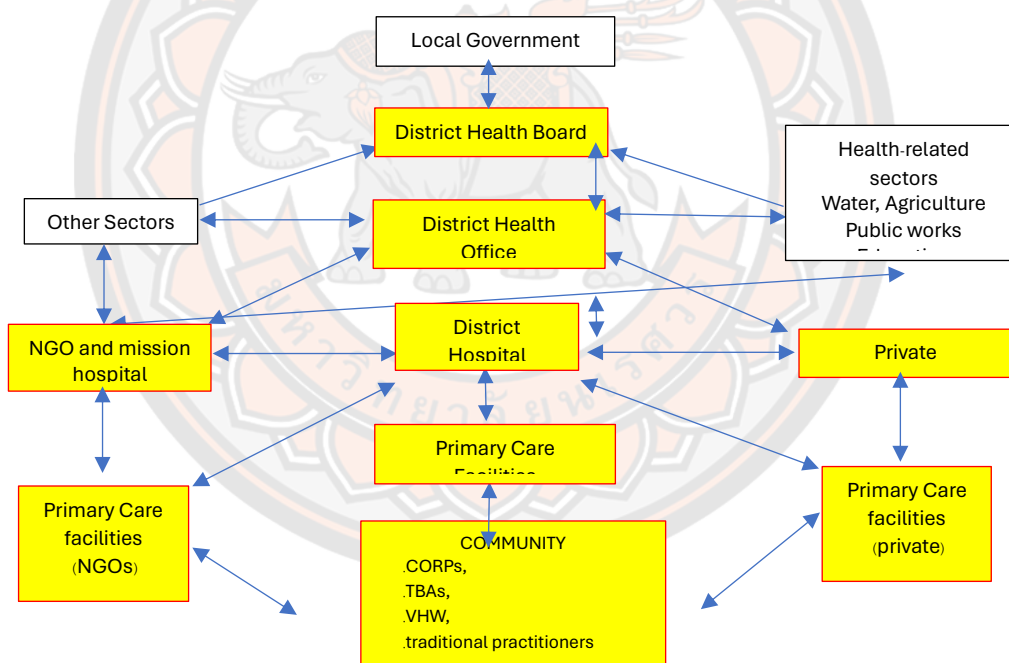
4. ทีมจัดการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Management Team) มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการระบบสาธารณสุขระดับอำเภอแบบประจำวัน (day-to-day) ตลอดจนงานควบคุมกำกับ การวางแผนงาน แก้ไขปัญหาการจัดการต่าง ๆ รวมถึง การจัดทำงบประมาณ และการควบคุมการเงิน ในด้านผู้นำทีมจัดการสุขภาพระดับอำเภอ (DHMT) ปกติจะเป็นแพทย์ประจำอำเภอ / สาธารณสุขอำเภอหรือผู้อำนวยการบริการสุขภาพอำเภอ เป็นต้น ส่วนสมาชิกหลักอื่น ๆ ประกอบด้วย พยาบาลประจำอำเภอเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านสิ่งแวดล้อมประจำอำเภอ เกษีกรประจำอำเภอ และเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไปประจำอำเภอ ซึ่งองค์ประกอบอาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แต่บางประเทศองค์ประกอบ DHMT ต้องมีการบริหารจัดการองค์กรโดยมีการรวมตำแหน่งนายอำเภอ เข้าร่วมในการบริหารจัดการในระดับอำเภอ อาทิเช่น การบริหารจัดการด้านการเงิน ด้านการวางแผนและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การสนับสนุนบริการสุขภาพที่จำเป็นรวมถึง การขนส่งและการส่งมอบ งานสนับสนุนเวชภัณฑ์ที่จำเป็น งานโรคติดต่อ และงานโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในส่วนสมาชิกที่มาร่วมดำเนินงานอาจมาจาก ผู้แทนจากองค์กรพัฒนาเอกชนและผู้ให้บริการด้านสุขภาพภาคเอกชน สถาบันฝึกอบรม เป็นต้น ทีมจัดการสุขภาพระดับอำเภอ (DHMT) มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการทบทวนแผนพัฒนาสุขภาพทั้งหมดในอำเภอ (รวมถึง เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน ภารกิจอื่น ๆ ฯลฯ) โดยทีมต้องแปลงนโยบายสุขภาพแห่งชาติเป็นแผนสุขภาพประจำปีของอำเภอ ที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับสถานการณ์ท้องถิ่น ในด้านผู้ให้คำปรึกษา ประกอบไปด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพ คณะกรรมการศูนย์สุขภาพ และคณะกรรมการระดับชุมชน เมื่อจัดทำแผนเสร็จสิ้นผู้อนุมัติแผนและงบประมาณ คือ คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (DHB)

5. ทีมบริหารโรงพยาบาล (Hospital Management Team: HMT) เป็นผู้ตอบสนอง/ รับผิดชอบต่อการดำเนินงานของทีมจัดการสุขภาพระดับอำเภอ (DHMT) โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน ส่วนตำแหน่งเลขานุการจะเป็นผู้บริหารเป็นเลขานุการ ส่วนทีมงานอื่น ๆ จะมาจากหัวหน้าฝ่ายแผนกต่าง ๆ เข้ามาร่วมในทีมบริหารงานโรงพยาบาล

6. คณะกรรมการอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ (Health Facility Committees) ซึ่งเป็นการรวมตัวของคณะกรรมการศูนย์สุขภาพ (Health Centre Committee) คณะกรรมการร้านขายยา (Dispensary Committee) หรือ คณะกรรมการสถานพยาบาล (Clinic Committee) ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ของแต่ละประเทศ โดยมีคณะกรรมการระดับชุมชน (Committees at the community) ซึ่งประธานมาจากการคัดเลือกตัวแทนสมาชิก หัวหน้าสถานบริการสุขภาพเป็นเลขานุการ สมาชิกอย่างน้อยครึ่งหนึ่งเป็นผู้หญิง และเยาวชน/คนหนุ่มสาว ในด้าน

บทบาทและหน้าที่ ดำเนินการระดมทุนจัดความสำคัญด้านสุขภาพในชุมชน สนับสนุนอาสาสมัครด้านการดูแลสุขภาพชุมชนเป็นต้น

7. คณะกรรมการสุขภาพชุมชน (Community Health Committee: CHC) เป็นผู้รับผิดชอบคณะกรรมการสถานพยาบาล (Health Facility Committees) อีกระดับหนึ่ง แต่ถึงอย่างไรก็ตามในบางประเทศอาจใช้คณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบการพัฒนาทั้งหมดในหมู่บ้าน ในด้านบทบาทหน้าที่เป็นองค์กรเชื่อมระหว่างชุมชน และเจ้าหน้าที่สถานบริการด้านสุขภาพ และส่งเสริมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระดับครัวเรือน และชุมชน เป็นต้น ในส่วนบทบาทของจังหวัดหรือเขต/ภูมิภาค พบว่า ประสบการณ์จากประเทศต่าง ๆ ที่มีการกระจายอำนาจได้แสดงถึงความจำเป็นของการกำหนดบทบาทของจังหวัด/เขต ภูมิภาค ว่าสามารถสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพอำเภอได้อย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่น การตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบสุขภาพระดับอำเภอ การนำเสนอนโยบายสุขภาพสู่ส่วนกลาง (World Health Organization, 2004)

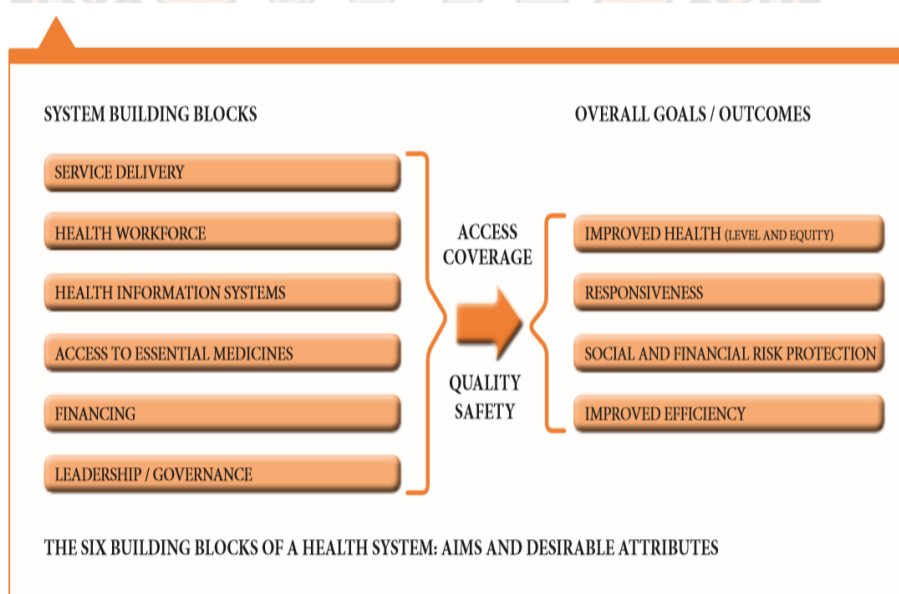


ภาพ 1 Depicts the hypothetical model of a district health system showing the various linkages with other structures in the district

ที่มา: Health Sector Reform and District Health Systems, World Health Organization 2004

กล่าวโดยสรุปได้ว่า แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ หมายถึง ระบบสุขภาพที่อยู่บนพื้นฐานของการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และเป็นส่วนหนึ่งที่อยู่ในระบบสุขภาพแห่งชาติ ตามคุณลักษณะพื้นฐานของแต่ละพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย สภาตำบล คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทีมจัดการสุขภาพอำเภอ ทีมบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการอำนวยการความสะอาดด้านสุขภาพ และคณะกรรมการสุขภาพชุมชน

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) ได้เสนอแนวคิดระบบสุขภาพ ที่สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างเท่าเทียม และมีประสิทธิภาพนั้น มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการบรรลุสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงส่งเสริม และริเริ่มการทำงานด้านสุขภาพเพื่อนำเสนอสู่เวทีระดับโลก รวมถึงได้คิดค้นกรอบการสร้างบล็อกในการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ และมีประสิทธิผลเพื่อใช้ประเมินขีดความสามารถของระบบสุขภาพทั้ง ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ตลอดจนผลลัพธ์ กล่าวคือ องค์ประกอบหลัก 6 ประการหรือโครงสร้างพื้นฐานอันได้แก่ 1) การจัดส่งบริการสุขภาพ 2) บุคลากรหรือกำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ 4) การเข้าถึงสิ่งจำเป็น ยารักษาโรค 5) การจัดหาเงินทุนในระบบสุขภาพ 6) ความเป็นผู้นำและธรรมาภิบาล ซึ่งโครงสร้าง ทั้ง 6 มีส่วนช่วยในการเสริมสร้างระบบสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ โดยแต่ละองค์ประกอบ ดังภาพ 2



ภาพ 2 The WHO Health Systems Framework

ที่มา: World Health Organization, 2010

โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การจัดส่งบริการสุขภาพ (Health service delivery)

การเสริมสร้างความเข้มแข็ง ในการให้บริการมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อความสำเร็จของเป้าหมาย การพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) ดังนั้นการส่งมอบบริการ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงสถานะสุขภาพของประชากร ในระบบสุขภาพควรมีลักษณะสำคัญ 8 ประการ 1) Comprehensiveness (ความครอบคลุมของประชากรกลุ่มเป้าหมาย) 2) Accessibility (การเข้าถึง) 3) Coverage (ความครอบคลุมการจัดส่งบริการ) 4) Continuity (ความต่อเนื่อง) 5) Quality (คุณภาพบริการด้านสุขภาพ) 6) Person-centredness (การมีส่วนร่วมจากประชากรเป้าหมาย) 7) Coordination (การประสานงานเครือข่ายบริการ) 8) Accountability and efficiency (ความรับผิดชอบและประสิทธิภาพบริการด้านสุขภาพ)

2. บุคลากรด้านสุขภาพ (Health workforce)

ความสามารถของประเทศ ในการบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับความรู้ ทักษะแรงจูงใจ จะเห็นได้ว่าในสถานการณ์การระบาดทั่วของโควิด-19 บุคลากรด้านสุขภาพตามกรอบองค์การอนามัยโลกใช้แนวทางการจัดหมวดหมู่ ตามลักษณะการทำงานร่วมกันผ่านระบบเกณฑ์การศึกษา ผูกอบรม ตลอดจนการควบคุมวิชาชีพด้านสุขภาพแบ่งออก 9 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ 1) แพทย์ 2) บุคลากรทางการแพทย์ และการผดุงครรภ์ 3) บุคลากรทางทันตแพทยศาสตร์ 4) บุคลากรทางเภสัชกรรม 5) ผู้ปฏิบัติงานห้องปฏิบัติการ 6) ผู้ปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข 7) ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพชุมชน 8) ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ 9) นักจัดการด้านสุขภาพและสนับสนุนผู้ปฏิบัติงาน

3. ระบบข้อมูลสุขภาพ (Health information systems)

ข้อมูลที่ดี และเชื่อถือได้เป็นรากฐานของการตัดสินใจในระบบสุขภาพ และเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒนาตลอดจนการนำนโยบายระบบสุขภาพ มาใช้กำกับซึ่งระบบข้อมูลสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการตัดสินใจมีองค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างข้อมูล 2) การรวบรวม 3) การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ 4) การสื่อสารและการใช้งาน ดังนั้นระบบข้อมูลจะทำการวิเคราะห์ข้อมูล และรับรองคุณภาพข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจของผู้มีอำนาจ โดยอาศัยปัจจัยกำหนดสุขภาพเพื่อให้ผู้ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เชื่อถือได้

4. การเข้าถึงยาที่จำเป็น (Access to essential medicines)

ตามกรอบขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) กล่าวถึงระบบสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยให้สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตลอดจนเทคโนโลยีเพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า เท่าเทียม เสมอภาค มีมาตรฐานตามแนวทางและข้อบังคับระดับชาติที่สนับสนุนนโยบาย

5. การจัดหาเงินทุนในระบบสุขภาพ (Health systems financing)

การจัดหาเงินทุนเพื่อสุขภาพเป็นพื้นฐานของความสามารถของระบบสุขภาพในการรักษา และปรับปรุงสวัสดิภาพของมนุษย์หากไม่มีเงินทุนจะไม่มีกำลังคนงานด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องจัดสรรเงินให้ครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเป็นรายบุคคล และโดยรวมตลอดจนการกำหนดสิ่งจูงใจในทางการเงินที่เหมาะสมให้กับผู้ให้บริการ ด้วยเหตุนี้ระบบการจัดการเงินจึงมีสามองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกัน ได้แก่ การจัดเก็บรายได้ การรวมกองทุน การจัดซื้อ/การให้บริการ นำไปสู่กลยุทธ์ และตัวชี้วัดของระบบเงินทุนในระบบสุขภาพ

6. ความเป็นผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and governance)

ระบบธรรมาภิบาลด้านสุขภาพได้รับการยกย่องให้เป็นประเด็นสำคัญในวาระการพัฒนาด้านความเป็นผู้นำ และธรรมาภิบาลในการสร้างระบบสุขภาพเพื่อสร้างความมั่นใจตามกรอบนโยบายเชิงกลยุทธ์ผสมผสานกับการกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อการสร้าง และออกแบบระบบ ดังนั้นระบบธรรมาภิบาล และความเป็นผู้นำจึงมีความเกี่ยวข้องเนื่องกับการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนได้เสียด้านสุขภาพในทุกระดับตั้งแต่ระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน เป็นต้น ในส่วนองค์กรภาครัฐ และองค์กรภาคเอกชน ตลอดจนหน่วยงานอื่น ๆ มีหน้าที่ติดตาม และตรวจสอบ และบังคับใช้กฎหมาย เช่น การลงโทษหรือการให้รางวัลสำหรับการปฏิบัติงาน โดยใช้ตัวชี้วัด 2 ระดับในการวัดวัตถุประสงค์สำหรับการกำกับดูแล คือ 1) ตัวชี้วัดตามกฎซึ่งระดับของตัวชี้วัดนี้เรียกว่า ปัจจัยกำหนดธรรมาภิบาลหรือขั้นตอนที่เป็นทางการจะประกอบไปด้วยการกระจายอำนาจ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย และปัจจัยตามบริบท 2) ตัวชี้วัดตามผลลัพธ์จะนำไปใช้วัดว่ากฎและขั้นตอนถูกนำไปใช้หรือบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ (World Health Organization, 2010)

ความเป็นผู้นำกับการกำกับดูแลมีความสำคัญและเป็นจุดเริ่มต้นของระบบสุขภาพ (Health Systems: HS) ที่ส่งผลให้เกิดให้เกิดความท้าทายที่สำคัญในการตัดสินใจในเป้าหมายและค่านิยมในระบบสุขภาพ (Olmen et al., 2010) ด้วยเหตุนี้รัฐบาลจึงได้ออกกฎหมายมารองรับการดำเนินงานของกลุ่มที่มาร่วม ในการแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้น เรียกว่า “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่” ซึ่งมีอำนาจและหน้าที่ตามกฎหมายที่ให้ไว้เพื่อจุดมุ่งหมาย คือ คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ซึ่งดูแลคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ เรียก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอใช้องค์ประกอบ 1 ใน 6 ของ six building blocks คือ ความเป็นผู้นำและระบบธรรมาภิบาลในการทำงาน ซึ่งเป็นการทำงานภายใต้หลักการแนวคิดของการจัดการภาวะผู้นำร่วม การบูรณาการ และการมีส่วนร่วม (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย, และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

2. ระบบสุขภาพอำเภอประเทศไทย

ในประเทศไทยปัญหาสาธารณสุขมีความซับซ้อน และพบว่ามีหลากหลายปัจจัย ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยรวม กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานหลัก ในระบบสุขภาพภาครัฐ เพียงหน่วยงานเดียวไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างครอบคลุม จึงได้นำแนวคิดการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (World Health Organization, 2004) มาใช้เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองในด้านสุขภาพ ตลอดจนการสร้างหลักธรรมาภิบาลทางสุขภาพ เพื่อความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนชาวไทย ตามบริบทของประเทศไทยนั้น ได้ให้ความหมายระบบสุขภาพอำเภอ โดยสำนักบริหารการสาธารณสุข (2557) ระบุว่า ระบบสุขภาพอำเภอ คือ ระบบการทำงานสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการด้านทรัพยากร ภายใต้บริบทของพื้นที่ ผ่านกระบวนการชื่นชม และการจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละพื้นที่ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกันโดยมีเป้าหมายร่วม เพื่อสุขภาวะของประชาชน (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557)

กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนให้ใช้กรอบแนวคิด UC- CARE เป็นแนวทางในการทำงานร่วมกันของภาครัฐ เอกชน และประชาชน ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2559)

เดิมมี 5 องค์ประกอบ ต่อมาเห็นความสำคัญต่อผู้รับบริการจึงได้เพิ่มอีกหนึ่งองค์ประกอบ รวมมีองค์ประกอบ 6 ประการ ดังนี้

1. การร่วมกันทำงานเป็นทีมในระดับอำเภอ (Unity District Health Team: U) หมายถึง การให้ความสำคัญกับทีมงานหรือแกนนำการเปลี่ยนแปลง ผ่านกระบวนการทำงานของทุกภาคส่วน ที่ร่วมเป็นคณะกรรมการระดับอำเภอ ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ประเด็นปัญหาสุขภาพ ที่มีผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ และร่วมกันแก้ไขปัญหาตามบทบาทและหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายบนพื้นฐานความเข้าใจ และเชื่อมั่นต่อกัน

2. ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Customer Focus: C) หมายถึง การดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่จำเป็นต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับเป็นลำดับแรก และต้องได้รับความยินยอมจากชุมชน และประชาชนผู้มีส่วนได้เสีย ตลอดจนยึดถือประชาชนเป็นศูนย์กลางในการทำงาน

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation) หมายถึง ประชาชนและชุมชนในฐานะเจ้าของพื้นที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์ เสริมพลังอำนาจ เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองและดูแลชุมชนได้

4. การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Appreciation: A) หมายถึง การดำเนินงานที่ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รู้สึกถึงความภาคภูมิใจ ซินชม และมีแรงผลักดันในการทำงาน สร้างคุณค่า ประชาชนได้รับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ

5. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resources Sharing and Human Development) หมายถึง การใช้ทรัพยากร คน เงิน ของ และการบริหารจัดการ ที่มีในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดและคุ้มค่า ในด้านการพัฒนาบุคลากร เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาดูงาน ฝึกอบรม ตามบริบทพื้นที่และความต้องการ เสริมทักษะของบุคลากรตามความจำเป็นของหน่วยงาน

6. การให้บริการที่จำเป็นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการประชาชน (Essential Care) หมายถึงการมุ่งเน้นแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้ครอบคลุมมิติทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านรักษาพยาบาล ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านป้องกันโรค ด้านฟื้นฟูสภาพ และต้องสอดคล้องกับวิถีชุมชน ตลอดจนวัฒนธรรมท้องถิ่น

ปัญหาของระบบสุขภาพอำเภอประเทศไทย พบว่า ที่ผ่านมาพบปัญหาการจัดสรรงบประมาณลงสู่อำเภอที่ไม่เพียงพอ ขาดระบบพี่เลี้ยง การมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบข้อมูลที่ไม่ครอบคลุม (สุภภัทร นักรู้กำพลรัตน์, นิชนันท์ สุวรรณภูมู, ยมนา ชนะนิล, และภูษณิศรา มีนาเขตร, 2559) รวมถึงระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ กระจัดกระจาย ไม่เชื่อมต่อ ไม่มีเอกภาพ ไม่มีการร่วมจัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพระดับอำเภอ ตลอดจนขาดการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ เป็นต้น (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และสุรัชย์ โชคครรชิตไชย, 2561)

สรุปได้ว่าระบบสุขภาพอำเภอในประเทศไทย เป็นระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ผ่านกระบวนการความร่วมมือของหลายภาคส่วนทั้งหน่วยงานรัฐ เอกชน และประชาชน ภายใต้ทรัพยากรที่มี โดยมุ่งหมายให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพเพื่อเป้าหมายหนึ่งเดียว คือ สุขภาวะของประชาชนภายในอำเภอ แต่การดำเนินงานที่ผ่านมา พบปัญหามากมายที่เกิดจากข้อกฎหมาย และแนวทางการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน ตลอดจนถึงการมีส่วนร่วมของภาคี ทั้งภาครัฐ และเอกชนที่มองปัญหาสุขภาพในมิติที่ไม่เหมือนกัน รวมถึงปัญหาการบริหารจัดการด้าน คน เงิน ของ ทำให้การแก้ไขปัญหาให้กับประชาชน ล่าช้าหรือไม่บรรลุผลสำเร็จ ด้วยเหตุนี้รัฐบาลจึงได้ออกกฎหมายมารองรับการดำเนินงานของกลุ่มที่นำมา ในการแก้ปัญหาดังกล่าว เรียกว่า “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่” ซึ่งมีอำนาจและหน้าที่ตามกฎหมายที่ให้ไว้เพื่อจุดมุ่งหมายคือ คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นลักษณะของการร่วมกันทำงานของหลายภาคส่วนที่มาร่วมมือกันแก้ปัญหาไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนซึ่งมีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรมการทำงาน อาจส่งผลให้การทำงานไม่บรรลุตาม

เป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงจำเป็นต้องใช้ความเป็นผู้นำของแต่ละองค์กรมาช่วยขับเคลื่อนภายใต้หลักการบริหารจัดการที่ดี

ในการศึกษาครั้งนี้จึงสนใจศึกษาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ หรือองค์ประกอบด้านความเป็นผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and governance)

การดำเนินงานและอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

การมีระบบสุขภาพอำเภอที่เข้มแข็ง ส่งผลต่อกระบวนการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ภายใต้แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชน ตลอดจนภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยยึดหลัก “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามแนวทางพระราชบัญญัติ” ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการใช้แก้ไขปัญหา เน้นการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย และให้ความสำคัญประเด็นการขับเคลื่อน และมีเป้าหมายร่วมกัน ทั้งมิติด้าน ผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อ สิ่งแวดล้อม อุบัติเหตุ อาหารปลอดภัย รวมถึงปัจจัยคุกคามสุขภาพ โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ การเคลื่อนย้ายแรงงาน ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน (ฤทัย วรธนวินิจ, 2561) รัฐบาลจึงได้ดำเนินการออกกฎหมาย “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่” เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2561 มุ่งเน้นเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพอำเภอ และพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการรูปแบบใหม่ เกิดการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนลดความเหลื่อมล้ำ และส่งเสริมการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการบูรณาการการทำงานอย่างแท้จริงมุ่งสู่ผลลัพธ์ คือ สุขภาวะของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสามารถแก้ไขปัญหา พังพาดตนเองได้ (World Health Organization, 1987) ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยมีโครงสร้างการบริหารระบบสุขภาพอำเภอทั้งระดับประเทศ จังหวัด และอำเภอ ร่วมทำหน้าที่แก้ปัญหาบนพื้นฐานการส่งเสริมให้เกิด “การบูรณาการ (Integration) ภาวะผู้นำร่วม (Collective Leadership) และการมีส่วนร่วม (Participation) ” ภายใต้ยุทธศาสตร์ร่วมกัน เกิดความยั่งยืนผ่านกลไกการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (ผาสุข แก้วเจริญตา และยิ่งพงศ์ มั่นทรัพย์, 2561)

1. ความหมายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การจัดการให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ต้องริเริ่มด้วยการสร้างแนวร่วมหรือการมีส่วนร่วม ในทุกภาคส่วนให้เกิดขึ้นก่อน มิเช่นนั้นเป้าหมายร่วมหนึ่งเดียว ทั้งปัญหาสุขภาพและปัญหาด้านสังคม สิ่งแวดล้อม รวมถึงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ด้านอื่น ๆ อาทิเช่น ความยากจน ความไม่เท่าเทียม ระบบการเมือง การปกครอง ฯลฯ ตลอดจน

นโยบายสาธารณะต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนให้เกิดขึ้นในระดับอำเภอ (ชลธิชา แก้วอนุชิต, 2556) จากข้อมูลทีกล่าวมาข้างต้น ได้มีผู้ศึกษา และให้ความหมาย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พอสรุปโดยสังเขป ดังนี้

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ได้ให้ความหมายของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง การขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ อย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะผู้นำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่ การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

กล่าวโดยสรุปได้ว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งหรือคัดเลือกเข้ามาตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ตามระยะเวลาที่กำหนด ทำหน้าที่แก้ไขประเด็นปัญหาในพื้นที่ อาทิเช่น ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ผลานความร่วมมือผ่านหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชน เพื่อร่วมมือกันพัฒนาคุณภาพชีวิต เน้นการสร้างภาวะผู้นำร่วมระหว่างหน่วยงาน และการบูรณาการงานร่วมกันทุกภาคส่วน อันจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนในทุก ๆ ด้านของประชาชน

2. โครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 นั้น ซึ่งเปรียบเสมือนทิศทางที่กำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมาย ในการขับเคลื่อนภารกิจ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ให้เกิดความยั่งยืน และสุขภาวะผ่านกระบวนการทำงานแบบบูรณาการของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหา โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 11 (6) และ 8 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบการบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 ซึ่งนายรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีได้วางระเบียบโครงสร้างและหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไว้ดังต่อไปนี้ (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561)

อำเภอของทุกจังหวัด ยกเว้นกรุงเทพมหานคร จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เรียกโดยย่อว่า “พชอ.” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีองค์ประกอบได้แก่ นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการส่วนอื่น ๆ อีกจำนวนไม่เกินยี่สิบคนซึ่งนายอำเภอแต่งตั้งจากบุคคลต่อไปนี้

1. ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐในอำเภอ ไม่เกินหกคน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้ง กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวนหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ
2. ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ ไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษาเอกชน เป็นกรรมการ
3. ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ ไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้ หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มเครือข่าย หรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในอำเภอ เป็นกรรมการ
4. ให้สาธารณสุขอำเภอ เป็นกรรมการและเลขานุการ และให้นายอำเภอแต่งตั้ง กรรมการ เป็นเลขานุการร่วมได้อีกไม่เกินสองคน

กล่าวโดยสรุปว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ถือกำเนิดจากความ ต้องการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ตามบริบทพื้นที่ของตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาโดยใช้ ความร่วมมือจากองค์กร 3 ฝ่าย อันประกอบไปด้วยหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งผ่านการคัดเลือกของแต่ละฝ่ายเป็นจำนวนทั้งสิ้น 21 คน มีนายอำเภอในพื้นที่นั้น ๆ เป็นประธาน ร่วมวางแผนยุทธศาสตร์ และบูรณาการ เป้าหมายร่วมกัน ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตใน พื้นที่ของตนเอง

3. อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้บรรลุผลตามเจตนารมณ์ของกฎหมายตาม ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 อาจกล่าวได้ว่าเป็น การส่งเสริมการทำงานแบบ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมใช้ประโยชน์ โดยให้คณะกรรมการที่มาจาก หลากหลายภาคส่วน มีอำนาจหน้าที่ตามระเบียบฯดังกล่าวในการกำหนดทิศทางการพัฒนา ดังต่อไปนี้ (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561)

1. ดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมาย และแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนา คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่
2. กำหนดแผนงาน และเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สอดคล้อง และเหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริง และสภาพปัญหาในพื้นที่

3. ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามเป้าหมาย และแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดตามแผนงาน และเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ให้เกิดการบูรณาการ ร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ ด้านทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้ อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน

4. สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจนผู้ประกอบกิจการในพื้นที่ เพื่อตอบสนอง และแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนงาน และเป้าหมายที่กำหนดไว้

5. ประสานงานหรือร่วมมือกับ พขอ. อื่น หรือ พชข. คณะกรรมการเขตสุขภาพ เพื่อประชาชน หรือหน่วยงานอื่นทั้งใน และนอกเขตพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เน้นให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงาน อย่างมีประสิทธิภาพ

6. ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้เป็นไปตามเป้าหมายและแผนงานตามสภาพปัญหาของพื้นที่

7. ปฏิบัติการอื่นใดตามที่คณะกรรมการหรือตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

นอกจากการปฏิบัติตามบทบาทและอำนาจของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเหล่านี้ต้องมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการ พขอ. คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอของอำเภอนั้น ๆ รับผิดชอบในงานงานธุรการของ พขอ. รวมทั้งการสนับสนุน และประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ภายในอำเภอ โดยมีบทบาทดังนี้

7.1 เป็นหน่วยงานกลางในการขับเคลื่อนให้เป็นไปตามเป้าหมาย และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

7.2 สนับสนุนและอำนวยความสะดวกด้านข้อมูลและการดำเนินงานของ พขอ. และประชาสัมพันธ์ หรือเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการ เพื่อให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รับผิดชอบในการเบิกค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง (สำนักนายกรัฐมนตรี้, 2561)

“คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561” กล่าวถึง อำนาจ และหน้าที่ของพขอ.แบบสรุปดังนี้ (สำนักนายกรัฐมนตรี้, 2561)

1. กำหนดเป้าหมายแนวทางดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมาย

2. ขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐ

3. สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ และประสานงานระหว่างกันของทุกภาคส่วนโดยยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ

4. เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนและผู้ประกอบการในพื้นที่ เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้

5. ติดตามและประเมินผลการทำงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

6. ประสานหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ส่งข้อมูล และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

7. ปฏิบัติการอื่นตามที่คณะกรรมการ หรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

โดยสรุปได้ว่าอำนาจ และหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย

1. กำหนดแผนงานเป้าหมาย และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สอดคล้อง และเหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริง และสภาพปัญหาในพื้นที่

2. ดำเนินการขับเคลื่อนให้เกิดบูรณาการ การทำงานร่วมกันของหน่วยงานรัฐ ตามแผนงาน และเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

3. ประสาน และสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิต

4. ให้คำปรึกษา และเสนอแนะการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้กับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน ตลอดจนผู้ประกอบการ ในการแก้ปัญหาให้บรรลุตามแผน

5. ติดตาม และประเมินผลการทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิต

6. ประสานหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนในพื้นที่ส่งเอกสารและข้อมูล

7. ปฏิบัติงานอื่นตามที่คณะกรรมการ/ผู้ว่าราชการจังหวัด

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจะสามารถดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพ และปัญหาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ในระดับพื้นที่ผ่านผู้แทนของหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานเอกชน ตลอดจนหน่วยงานภาคประชาสังคม เพื่อร่วมผลาน และใช้ทรัพยากรภายใต้บริบทของตนเอง มุ่งสู่เป้าหมายโดยใช้กระบวนการทำงานแบบบูรณาการ และมีโครงสร้างคณะกรรมการที่รับรู้ถึงแก่นแท้ของปัญหา สามารถให้คำปรึกษา แนะนำได้อย่างเหมาะสม ยึดโยงประโยชน์ของประชาชนเป็นหลักของการดำเนินงาน ตลอดจนมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายที่กำหนดให้ดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนเป็นหลัก

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาการดำเนินงานของ พชอ. ประกอบด้วย การกำหนดแผนงานเป้าหมาย การดำเนินการขับเคลื่อนบูรณาการการทำงาน การประสาน และสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ การให้คำปรึกษา และเสนอแนะ การติดตาม และประเมินผลการทำงาน และการประสานทุกภาคส่วน

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดการบริหารจัดการ (Management) และการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ

การดำเนินการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ จัดทำในรูปคณะกรรมการ (District Health Board) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2004) ได้กำหนดคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (DHB) เป็นหน่วยงานด้านนโยบาย บริหารจัดการสุขภาพในอำเภอ องค์ประกอบมีทั้งภาครัฐ และภาคสาธารณสุขในอำเภอ และมีกฎหมายรองรับที่มาของคณะกรรมการ ในประเทศแซมเบียได้ปฏิรูประบบสุขภาพโดยการกระจายอำนาจ ความรับผิดชอบผ่านอำเภอในฐานะเป็นจุดศูนย์กลางความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมของชุมชน การดำเนินงานสุขภาพในระดับอำเภอมีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (DHBs/DHMT) คณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาล (HAC/HMT) คณะกรรมการศูนย์สุขภาพ (HCC/HCMT) คณะกรรมการพื้นที่ใกล้เคียง (NHC/CHP) ซึ่งจะทำงานประสานกันผ่านทีมจัดการสุขภาพของแต่ละชุดคณะกรรมการข้างต้นและมีคณะทำงานในระดับชุมชนคือ อาสาสมัครและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพชุมชน (Macwan'gi & Ngwengwe, 2004) ดังภาพ 3



ภาพ 3 Existing community based structures and their linkages to technical teamsCentral Board of Health

ที่มา: Macwan'gi & Ngwengwe, 2004

ในส่วนบทบาท และหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพ ระดับอำเภอของประเทศแซมเบีย ได้แบ่งบทบาทความรับผิดชอบ และหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพ ระดับอำเภอออกเป็น 4 อำเภอ ได้แก่ 1) Livingstone 2) Monze 3) Luangwa 4) Lusaka เพื่อให้แต่ละอำเภอสามารถกำหนดหน้าที่ตลอดจนบทบาทของคณะกรรมการสุขภาพ (DHB) เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ในอำเภอตนเองโดยพบว่า แต่ละอำเภอแบ่งหน้าที่ของสมาชิกคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่ดังต่อไปนี้ 1) สร้างแนวนโยบาย/แผนงานให้กับทีมบริหารจัดการระดับอำเภอ (DHMT) 2) การระดมทุนและกำหนดงบประมาณสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับท้องถิ่น 3) การกำกับดูแลสถานบริการสุขภาพ

ในเขตรับผิดชอบ 4) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 5) การกำกับติดตามโครงการ/แผนงานกิจกรรม สุขภาพในระดับตำบล

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งแยกโครงสร้างระดับอำเภอไว้ 2 ส่วน เพื่อเป็นตัวอย่าง และ พื้นฐานในการบริหารที่อาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศได้แก่ สมาคมตำบล และคณะกรรมการ สุขภาพระดับอำเภอ (DHB) ในที่นี้จะกล่าวถึงคณะกรรมการสุขภาพอำเภอซึ่งถือเป็นหน่วยงาน ดำเนินนโยบายที่ประกอบไปด้วยสมาชิกที่มาจากการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งซึ่งมาจากภาครัฐ และภาค ประชาชน และมีระยะเวลาการทำงานตามกฎหมายกำหนดไว้ โดยมีหน้าที่สนับสนุนที่บริหารจัดการ (DHMT) ให้มีคุณภาพ คุ่มค่า สร้างความเท่าเทียมในระบบบริการสุขภาพอำเภอ ซึ่งคณะกรรมการทุก คนต้องเข้าใจประเด็นหลักด้านสุขภาพ และปัญหาการบริหารงานในระดับอำเภอ ตลอดจนการมี ส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ (World Health Organization, 2004) สำหรับในประเทศไทยได้นำแนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) มาใช้ผ่าน กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนภายใต้กรอบ UCCARE ในการดำเนินงานซึ่งต่อมาได้ตรา กฎหมายออกมาบังคับใช้เรียกว่าคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (พชอ.) ภายใต้ระบบสุขภาพ อำเภอ มีบทบาทในการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตซึ่งอาจกล่าวได้ว่า บทบาทของ คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอคล้ายบทบาทการจัดการ ซึ่งแนวคิดทางการบริหารจัดการแต่ละ แนวมีเป้าหมายไปในทิศทางเดียวกันคือ การทำงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร แต่แนวคิด ต่าง ๆ เหล่านี้มีจุดมุ่งเน้นหรือวิธีในการจัดการเพื่อไปถึงเป้าหมายที่แตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะเป็น การจัดการเชิงวิทยาศาสตร์ เชิงบริหาร เชิงพฤติกรรม เชิงปริมาณและการจัดการร่วม (สาคร สุขศรี วงศ์, 2562)

สำหรับการจัดการทางด้านสาธารณสุขเป็นศาสตร์ที่ต้องใช้แนวคิดในการจัดการ หลากหลายแนวทาง ผสมกับการใช้หลักธรรมาภิบาลคือ การกำกับดูแลเพื่อช่วยให้การจัดการมี ประสิทธิภาพ (Weiner & Alexander, 1998) โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ สนับสนุนจุดมุ่งหมายของ องค์กร และความรับผิดชอบต่อองค์กรโดยเฉพาะอย่างยิ่งธรรมาภิบาลด้านสุขภาพในภาครัฐ เนื่องจากความซับซ้อนขององค์กรด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเน้นมิติที่แตกต่างกันของบทบาท และ ความรับผิดชอบต่อคณะกรรมการตลอดจนผู้มีส่วนได้เสียในการสร้างหลักการ และนโยบายในส่วน ประสิทธิภาพของคณะกรรมการฯควรเกิดจาก 1) ธรรมาภิบาลและแนวปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติงาน 2) ประสิทธิภาพของคณะกรรมการฯแต่ถึงอย่างไรก็ตามยังพบบางประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคณะ กรรมการฯ อาทิเช่น องค์กรประกอบของโครงสร้างของผู้บริหาร/คณะกรรมการไม่มีความสำคัญเมื่อ เทียบกับประสิทธิภาพ (Bradshaw, Murray, & Wolpin, 1992; Green & Griesinger, 1996) และ สอดคล้องกับ Cornforth (2001) กล่าวว่า โครงสร้างคณะกรรมการมีบทบาทจำกัดเพียงเข้าร่วม ประชุมเพื่อแสดงบทบาทของคณะกรรมการ อีกทั้งองค์การอนามัยโลกกล่าวถึง ระบบธรรมาภิบาล/

การกำกับดูแลด้านสุขภาพ หมายถึง ความพยายามของรัฐในการแสวงหาสุขภาพ ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนเพื่อผลประโยชน์ร่วมกัน (World Health Organization, 2012)

สรุปได้ว่า การดำเนินงานให้บรรลุผลเกิดจากองค์ประกอบ 2 ส่วนที่ช่วยขับเคลื่อนการทำงานได้แก่ การจัดการ และการควบคุมกำกับ โดยใช้หลักธรรมาภิบาลที่เหมาะสม เพื่อให้องค์กรสามารถขับเคลื่อนงานตามบทบาท และหน้าที่ความรับผิดชอบ ผ่านโครงสร้างผู้บริหารหรือคณะกรรมการ

ในการทำงานของของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอใช้หลักการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อให้บรรลุคุณภาพชีวิตของประชาชนเช่นกัน สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการเชิงบริหาร (Administrative Management Approach) ซึ่งแนวคิดการจัดการเชิงบริหารเกิดจากความพยายามของนักคิด และนักวิชาการที่คิดค้นกำหนดหลักการบริหารให้ชัดเจน ผู้มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาแนวคิดนี้คือ บิดาแห่งการจัดการแนวใหม่: อองรี ฟาโยล์ (Henry Fayol) โดยแนวคิดนี้เริ่มจากกิจกรรมที่เกิดขึ้นในภาคอุตสาหกรรมแบ่งออกได้ 4 ส่วน ได้แก่ 1) ความจำเป็นและความเป็นไปได้ของการบริหารจัดการ (Necessity and possibility of teaching management) 2) หลักการและองค์ประกอบของการบริหาร (Principles and elements of management) 3) การสังเกตและประสบการณ์ของบุคคล (Personal observations and experience) 4) บทเรียนของการต่อสู้ (Lessons of the war) โดยอองรี ฟาโยล์ ได้ให้แนวคิดหลักของการบริหารจัดการที่เกิดจากการประยุกต์ประสบการณ์ทำงานของตนเอง ซึ่งหลักการดังกล่าวสามารถยืดหยุ่นตามสภาพเหตุการณ์มีองค์ประกอบทั้งหมด 14 ข้อ ได้แก่ 1) Division of work (การแบ่งงานกันทำ) 2) Authority (อำนาจหน้าที่) 3) Discipline (วินัย) 4) Unity of command (เอกภาพการบังคับบัญชา) 5) Unity of direction (เอกภาพในการอำนวยการ) 6) Subordination of individual interests to the general interest (ผลประโยชน์ขององค์กรเหนือผลประโยชน์ของปัจเจกบุคคล) 7) Remuneration (ค่าจ้าง/ค่าตอบแทน) 8) Centralization (การรวมอำนาจ) 9) Scalar chain (line of authority) (สายบังคับบัญชา) 10) Order (ระเบียบ) 11) Equity (ความเที่ยงธรรม) 12) Stability of tenure of personnel (ความมั่นคงในการดำรงตำแหน่งของบุคลากร) 13) Initiative (ความคิดริเริ่ม) 14) Esprit de corps (ความสามัคคีของหมู่คณะ) อยู่บนพื้นฐานองค์ประกอบ 5 ประการในการจัดการองค์กรเพื่อให้งานบรรลุตามเป้าหมาย ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การจัดองค์กร (Organizing) 3) การบังคับบัญชา (commanding) 4) การประสานงาน (Coordination) 5) การควบคุม (Controlling)

สรุปได้ว่าแนวคิดการบริหารจัดการของอองรี ฟาโยล์ (Henry Fayol) และองค์ประกอบ 5 ประการในการจัดการองค์กร มีความสอดคล้องกับกระบวนการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต้องมีการบริหารจัดการองค์กรที่เหมาะสม ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร การบังคับบัญชา การประสานงาน และการควบคุม ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการบริหารจัดการของอองรี ฟาโยล์ (Henry Fayol) 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การจัดองค์กร (Organizing) 3) การบังคับบัญชา (commanding) 4) การประสานงาน (Coordination) 5) การควบคุม (Controlling) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาการดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2. แนวคิดภาวะผู้นำร่วม (Collective leadership)

2.1 ความหมายผู้นำ

Chatora & Tumusiime (2004) ได้ให้ความหมายของ “ผู้นำ” คือบุคคลที่บริหารจัดการผู้คนโดยสร้างการมีส่วนร่วม และความมุ่งมั่นร่วมกัน กระตุ้นให้ผู้คนเอาชนะอุปสรรคเพื่อให้บรรลุผลสูงสุด ในสถานการณ์ของบรรยากาศการปฏิรูปทางเศรษฐกิจ และสังคมในปัจจุบันซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงมากมาย ทำให้มีความต้องการความเป็นผู้นำมากกว่าการเป็นผู้จัดการแบบดั้งเดิม เพราะโดยพื้นฐานแล้วความเป็นผู้นำอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การช่วยให้คนธรรมดาสามารถทำสิ่งที่พิเศษได้เมื่อเผชิญกับความทุกข์ และการท้าทาย หรือโอกาสในการพัฒนาสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ดังนั้นความเป็นผู้นำจึงเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการเปลี่ยนแปลงใด ๆ และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้นำ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การมีภาวะผู้นำ

2.2 ความหมาย และแนวคิดภาวะผู้นำ

Kotter (1990) กล่าวว่า ภาวะผู้นำคือ การควบคุมหรือรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่ลึบซับซ้อนสามารถสร้างแรงบันดาลใจ ตลอดจนการมีวิสัยทัศน์ สามารถชี้แนะ และควบคุมการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผน ตลอดจนเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ร่วมงานในการก้าวผ่านอุปสรรค ส่วน House & Aditya (1997) กล่าวว่า ภาวะผู้นำคือ ผู้ใช้อำนาจหน้าที่ ที่มีอยู่ทำให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ร่วมงานด้วยการดำเนินตามวิสัยทัศน์ และกลยุทธ์ที่วางแนวทางไว้ รวมทั้งแก้ไขปัญหา ประสานงาน และจัดบุคลากรในองค์กร ในขณะที่ Bennis & Nanus (1985) กล่าวว่า ภาวะผู้นำ หมายถึง การจัดการทักษะที่คนส่วนใหญ่ใช้และทุกคนมีศักยภาพในการเป็นผู้นำสามารถเรียนรู้ได้ ตลอดจนวิสัยทัศน์ของผู้นำที่มีต่อองค์กรต้องชัดเจนน่าดึงดูด และสามารถเข้าถึง มีความเชื่อร่วมกัน

สรุปความหมายของภาวะผู้นำ หมายถึง ทักษะการจัดการ การกำหนด การควบคุม การทำงานของสมาชิก หรือ ผู้ร่วมงานในองค์กร โดยมีวิธีการสื่อสาร การเสริมแรง การสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน

แนวคิดภาวะผู้นำ ได้มีนักวิชาการหลายคนพยายามกำหนดภาวะผู้นำ ไว้หลายแนวคิด อย่างไรก็ตามยังไม่มีคำจำกัดความของ แนวคิดภาวะผู้นำที่ยอมรับในระดับสากล จึงขอนำแนวคิดภาวะผู้นำของ Lewin, Lippitt, & White (1939) ได้ให้ความหมายของภาวะผู้นำ (Leadership) ไว้ว่า บุคคลที่สร้างวิสัยทัศน์แห่งอนาคตด้วยการสร้างแรงบันดาลใจให้สมาชิกมีส่วนร่วมในวิสัยทัศน์นั้น และความเป็นผู้นำต้องเกิดจากการรวบรวมทักษะที่จำเป็นโดย Lewin ได้ระบุลักษณะพฤติกรรมสามประการสำหรับผู้นำซึ่งทั้งสามรูปแบบสามารถปรับพฤติกรรมของผู้ที่จะเป็นผู้นำได้ โดยโมเดลของ Lewin และคณะ ได้แก่ 1) ผู้นำแบบเผด็จการ (Authoritarian) ผู้นำจะกำหนดเป้าหมาย กำหนดเวลาและวิธีการโดยการตัดสินใจด้วยตัวเอง โมเดลนี้ผู้นำมักจะเข้าไปมีส่วนร่วมในงานของกลุ่มผู้นำรูปแบบนี้เหมาะกับการตัดสินใจในช่วงเวลาสั้น ๆ ที่มีความเสี่ยงสูง บางครั้งเรียกว่า “สไตล์เผด็จการ” 2) ผู้นำแบบมีส่วนร่วม (Participative) บางครั้งเรียกว่า “รูปแบบประชาธิปไตย” รูปแบบนี้ผู้นำแสดงออกถึงลำดับความสำคัญในการกำหนดเป้าหมาย และตัดสินใจมีส่วนร่วมในงานของกลุ่มรับฟังข้อเสนอแนะจากเพื่อนร่วมงาน แต่อย่างไรก็ตามผู้นำจะเป็นผู้ตัดสินใจขั้นสุดท้ายเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในสถานการณ์ที่มีการแข่งขัน และไม่ฉุกเฉิน 3) ผู้นำแบบมอบหมาย หรือผู้แทน (Delegative or Free rein) หมายถึง ผู้นำที่ส่งมอบความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ให้กับกลุ่ม โดยให้กลุ่มกำหนดเป้าหมาย และตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการทำงาน กำหนดบทบาทของแต่ละบุคคล รูปแบบนี้ผู้นำและสมาชิกภายในกลุ่มต้องมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Lewin et al., 1939)

ภาวะผู้นำเป็นกระบวนการที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด เกี่ยวข้องกับผู้คนและการเปลี่ยนแปลง ความท้าทายของภาวะผู้นำ อยู่ที่การสร้างเปลี่ยนแปลง และส่งเสริมให้เกิด การเติบโต การมองหาคุณลักษณะหรือพฤติกรรมของผู้นำที่เป็นเอกลักษณ์ ซึ่งแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ชี้ให้เห็นว่า ถ้าหาคุณลักษณะพฤติกรรมที่เป็นเอกลักษณ์ของผู้นำได้ ก็จะสามารถสร้างให้บุคคลทั่วไปเป็นผู้นำได้ ดังนั้นภาวะผู้นำตามคุณลักษณะที่เหมาะสม และได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ แต่หากเกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคล และการสั่งสมความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ในการทำงาน ตลอดจนการช่วยเหลือ และพัฒนาให้บุคคลอื่นก้าวขึ้นมาเป็นผู้นำรุ่นต่อไป

กล่าวโดยสรุป แนวคิดภาวะผู้นำเป็นสิ่งสำคัญ และมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อบุคคลที่จะก้าวไปสู่ความเป็นผู้นำในอนาคต สำหรับผู้นำที่จะประสบความสำเร็จในการบริหารงานไปสู่เป้าหมายขององค์กรได้นั้น ต้องให้ความสนใจเรื่อง แนวคิดภาวะผู้นำ ต้องเข้าใจ และมีความสามารถในการวิเคราะห์งาน สถานการณ์ เข้าใจตนเอง สามารถเลือกแนวคิดภาวะผู้นำที่เหมาะสมสำหรับตนเองในการโน้มน้าวบุคคลผู้ร่วมงาน หรือผู้ร่วมอุดมการณ์ ให้สามารถรวมพลังเพื่อปฏิบัติงานให้สำเร็จตามเป้าหมายได้ และสำหรับ การทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งพบว่า ต้องอาศัยทักษะ และแนวคิดภาวะผู้นำที่หลากหลาย เนื่องจากเกิดจาก

การทำงานประสานระหว่างผู้นำที่หลากหลาย และต้องไปสู่จุดหมายเดียวกัน ซึ่งคุณลักษณะเช่นนี้ มีผู้ให้ความหมายของภาวะผู้นำที่หลากหลายที่มาทำงานร่วมกันนี้ว่า “ภาวะผู้นำร่วม” (Collective Leadership) (W.K. Kellogg Foundation, 2007)

3. แนวคิดภาวะการนำร่วม หรือ ภาวะผู้นำร่วม (Collective Leadership)

ความหมาย ความเป็นผู้นำร่วมเป็นสาขาที่เกิดขึ้นใหม่ ดังนั้นจึงไม่มีคำจำกัดความทั่วไป อย่างไรก็ตาม W.K. Kellogg Foundation (2007) ได้ให้คำจำกัดความได้ว่า “เป็นกระบวนการที่นำไปสู่ความร่วมมือที่หลากหลายของคนในชุมชน ส่งผลต่ออิทธิพลในการทำงานและนำสู่ผลลัพธ์ต่อสถาบันชุมชน” โดยความเป็นผู้นำร่วมเป็นรากฐานที่สำคัญของโครงการ Kellogg Leadership for Community Change ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี 1930 โดยมูลนิธิ W. K. Kellogg Foundation (Will Keith Kellogg Foundation KLCC Michigan USA.) ซึ่งองค์กรนี้ก่อตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือเด็ก ครอบครัว และชุมชน โดยมูลนิธิช่วยให้องค์กรในชุมชนพัฒนาความเป็นผู้นำที่รวมกลุ่มสร้างขึ้นด้วยความเข้าใจ กระตือรือร้น รักสถานที่และมุ่งมั่นที่จะสร้างร่วมกันผ่านความเป็นผู้นำร่วมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพัฒนาชุมชนได้อย่างยั่งยืน จะเห็นได้ว่าความเป็นผู้นำโดยรวมจะเกิดขึ้นได้เมื่อสมาชิกของกลุ่มซึ่งได้รับแรงบันดาลใจจากจุดประสงค์ร่วมกัน เริ่มจากการสร้างความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันด้วยความเคารพอย่างแท้จริงเพียงพอที่จะทำให้พวกเขาสร้างจุดมุ่งหมาย และการทำงานร่วมกัน นี่คือการขยายจากมุมมองเดี่ยวของ “ฉัน” ให้กลายเป็นของ “เรา” การมีจุดมุ่งหมายวิสัยทัศน์ร่วมกันทำให้ผู้คนสามารถเข้าใจกันและกันในความแตกต่าง และนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน ซึ่งสัมผัสได้ถึงความรักร่วมกันของพวกเขาที่มีต่อกันใน และเพื่อระดมภูมิปัญญาของกลุ่มสู่การปฏิบัติร่วมกัน อีกทั้งยังมีผู้ให้ความหมายของผู้นำร่วมดังต่อไปนี้

West, Eckert, Steward, & Pasmore (2014) การเป็นผู้นำร่วมเป็นแนวทางในการใช้กับอุดมคติกับความรับผิดชอบ ความรับผิดชอบและการกระทำทั้งในระดับบุคคลและระดับส่วนรวม ความสามารถในการเป็นผู้นำร่วม ทำให้ผู้นำและพนักงานรวมกันเป็นหนึ่งเดียวและสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน ด้วยการฝึกสอนและความไว้วางใจ ความเป็นผู้นำร่วมทำให้มั่นใจได้ว่าจะมีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง วัฒนธรรมการเป็นผู้นำที่ต้องการร่วมจะกระตุ้นให้ทุกคนส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลง ความเป็นผู้นำร่วมจะสร้าง และกำหนดทิศทางสำหรับองค์กร ซึ่งสามารถแบ่งปันข้อมูลด้านสุขภาพ และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานอย่างทันท่วงทีเพื่อส่งเสริมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยิ่งไปกว่านั้นการส่งเสริมความเป็นผู้นำร่วมในองค์กรด้านการดูแลสุขภาพจะเกิดการเติบโตอย่างต่อเนื่องของทั้งทีม โดยหลักการแล้วผู้นำร่วมจะปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงพร้อมกับทีมเพื่อลดช่องว่างในการทำงาน เป็นการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลของแต่ละวัฒนธรรม เทคโนโลยี ชุมชน องค์กร มาทำงานร่วมกันให้บรรลุตามเป้าหมายความเป็นอยู่ที่ดีของส่วนร่วม

ภาวะการนำร่วม (Collective leadership) หมายถึง ภาวะการนำ ที่ให้ความสำคัญกับการในการสร้างความร่วมมือ และเชื่อมโยง การบูรณาการให้เกิดเป็นความร่วมมือขององค์กรประกอบ และภาคส่วนต่าง ๆ สร้างพื้นที่ของการมีส่วนร่วม ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพ โดยภาวะผู้นำแบบรวมเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจภาวะผู้นำที่เน้นความสำคัญของผู้นำที่ทำงานร่วมกันในองค์กร ความเป็นผู้นำแบบร่วมมือและบูรณาการ มีผลต่อความเป็นผู้นำแบบรวมที่จนกลายเป็นวัฒนธรรม (West, Lyubovnikova, & Eckert, 2014)

องค์ประกอบของสมรรถนะที่ส่งผลให้เกิดเป็นภาวะการนำร่วม ที่สำคัญประกอบด้วย

การควบคุมตนเอง หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ อารมณ์ของตนเองอย่างเท่าทัน และควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนจัดการกับความกดดันทางอารมณ์

การให้คุณค่า หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ และการให้ความสำคัญกับคุณค่าหรือค่านิยม ของสมาชิก และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสร้างความเป็นธรรม ความโปร่งใส ประสิทธิภาพ มีการแลกเปลี่ยนบนพื้นฐานของการประนีประนอม และพัฒนาเป็น “คุณค่าร่วม”

ความสัมพันธ์ หมายถึง ความสามารถในการพัฒนาความสัมพันธ์ สร้างการมีส่วนร่วม บนพื้นฐาน ของการรับรู้ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ เพื่อพัฒนาให้เกิดเป็น ฐานร่วมของการแก้ปัญหาเพื่อการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิต

การสื่อสาร หมายถึงความสามารถในการรับข้อมูล ส่งข้อมูล และติดต่อสื่อสาร อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมถึงความสามารถในการติดต่อประสานงาน

การนำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง ความสามารถในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงบนพื้นฐานของความเป็นพลวัต และการรับรู้

อำนาจ หมายถึง ความสามารถในการ เรียนรู้ เข้าใจ และใช้อำนาจตามที่ได้รับมอบหมาย ภาวะเปี่ยม ข้อบังคับ หรือสายบังคับบัญชา

หลักการพื้นฐานของการเป็นผู้นำร่วม (W.K. Kellogg Foundation, 2007)

1. ความเป็นผู้นำร่วมมีความสัมพันธ์จากการรวมกลุ่มผู้นำที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน และสมาชิกในกลุ่มสามารถเป็นผู้นำภายในกลุ่มได้
2. ความเป็นผู้นำร่วม เป็นสิ่งที่ลิ้นไหลเกิดขึ้นจากสถานการณ์เฉพาะ เป็นกระบวนการกำหนดวิสัยทัศน์ และกำหนดทิศทางตลอดจนสามารถใช้อิทธิพลเหนือบุคคล และองค์กรอื่น เป็นฟังก์ชันที่ใช้ร่วมกันของกลุ่ม
3. ความเป็นผู้นำร่วม คือ การเปลี่ยนแปลง โดยเริ่มต้นด้วยความเชื่อ และความมุ่งมั่นที่จะสนับสนุนสังคม และความยุติธรรมทางสังคม

กระบวนการนำร่วม เริ่มจากการแบ่งปันภาพความฝันร่วมกันของกลุ่มบุคคลที่หลากหลาย หล่อหลอมเป็นหัวใจของกลุ่มบุคคล เมื่อความสัมพันธ์ก่อตัวขึ้นจากจุดประสงค์ร่วมกัน กลุ่มจะสร้างความตระหนักร่วมกัน และพัฒนาความเป็นเจ้าของในการสร้างแนวทาง / วิธีแก้ปัญหาใหม่ ๆ ซึ่งผู้นำประเภทนี้จะผูกมัดต่อชุมชน ส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนในเชิงระบบ ในการเป็นผู้นำประเภทนี้จำเป็นต้องมีการสำรวจบริบทของชุมชนซึ่งรวมถึงการทำความเข้าใจประวัติศาสตร์ชุมชน วัฒนธรรม การเมือง ฯลฯ เปรียบเสมือนการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นแบ่งปันความฝัน และยังหมายถึงการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มรวมไปถึงบุคคล กระบวนการสร้างผู้นำร่วมเป็นวัฏจักร เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเมื่อชุมชนมีเปลี่ยนไป

Kellogg (2001) กล่าวถึง ขั้นตอนการนำร่วมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ (Build trust) การร่วมสร้างวัตถุประสงค์และแผนกลยุทธ์ (Co-Construct Purpose and Strategic Plan) การร่วมทำกิจกรรมและหน้าที่ร่วมกัน (Act Together) การทำงานและพัฒนาอย่างยั่งยืน (Deepen, Sustain, Make Work a Way of Life) รวมถึงในแต่ละขั้นตอนจะมีองค์ประกอบอีก 4 องค์ประกอบที่เหมือนกันในแต่ละขั้นตอน คือ 1) รู้จักชุมชนและองค์กร (Know Community) 2) สร้างทีมงานที่แข็งแกร่ง (Build a Strong Team) 3) พัฒนาบุคคล (Develop the Individual) 4) ทำการเปลี่ยนแปลง (Make the Change) โดยสรุปกระบวนการตามกรอบแนวคิดได้ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ (Build trust) ประกอบด้วย รู้จักชุมชนของตนเอง รู้จักคนอื่น ๆ รู้เรื่องราวและคุณค่าของตัวเอง กำหนดขอบเขตงาน กล่าวคือ ผู้นำร่วมต้องรู้จักตนเอง เห็นคุณค่าของตนเองและชุมชน ผ่านวัฒนธรรมและประวัติศาสตร์ของชุมชน เรียนรู้บทบาทของแต่ละคนในชุมชน นำไปสู่การผลานความสามารถในการเป็นผู้นำร่วม แสดงศักยภาพ พรสวรรค์ สติปัญญา สามารถวิเคราะห์ข้อมูล แผนงาน มองหาโอกาสจากทรัพยากรที่มีอยู่ใน

ระยะที่ 2 การร่วมสร้างวัตถุประสงค์และแผนกลยุทธ์ (Co-Construct Purpose and Strategic Plan) ประกอบด้วย สร้างวัตถุประสงค์ร่วมกัน รู้ความปรารถนาของตนเอง จัดทำแผนดำเนินการ กล่าวคือ ผู้นำร่วมต้องเรียนรู้จากชุมชน/องค์กร สร้างองค์ความรู้ และวัฒนธรรมใหม่ที่ใช้ร่วมกันภายในชุมชน/องค์กร สร้างจุดมุ่งหมายร่วมกัน โดยการสร้างวัตถุประสงค์ ร่วมกัน (Create Shared Purpose) กำหนดทิศทางการขับเคลื่อน ให้ความสำคัญกับเป้าหมาย

ระยะที่ 3 การร่วมทำกิจกรรมและหน้าที่ร่วมกัน (Act Together) ประกอบด้วย สร้างพันธมิตร การดำเนินการร่วมกัน สร้างเสริมความสามารถของตนเอง ดำเนินการตามแผน กล่าวคือ ผู้นำร่วมต้องสร้างพันธมิตร (Make Allies) สร้างเครือข่ายระหว่างชุมชนองค์กร ที่จะเข้าร่วม

ทำงาน สร้างความตระหนักร่วม ให้เกิดการทำงานร่วมกัน เสริมสร้างความรับผิดชอบ และส่งเสริม การตัดสินใจ แสดงความคิดเห็น สร้างการเรียนรู้การทำงานเป็นระบบและขั้นตอน

ระยะที่ 4 การทำงานและพัฒนาอย่างยั่งยืน (Deepen, Sustain, Make Work a Way of Life) ประกอบด้วย การรวมพันธมิตรใหม่ ช่วยพัฒนาผู้อื่น การทำงานที่ยั่งยืน กล่าวคือ ผู้นำร่วมต้องสร้างงานให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน สร้างองค์กรยั่งยืน แบ่งปันประสบการณ์ ซึ่งกัน และกัน แบ่งปันความรู้ให้เชื่อมต่อกับงานที่ทำ

สรุปภาวะการนำร่วม (Collective leadership) หมายถึง ภาวะการนำที่ต้องใช้ การสร้างความร่วมมือและเชื่อมโยง การบูรณาการให้เกิดเป็นความร่วมมือขององค์ประกอบและภาค ส่วนต่าง ๆ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำร่วมได้แก่ การควบคุมตนเอง การให้คุณค่า ความสัมพันธ์ และการสื่อสาร การนำการเปลี่ยนแปลง และอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้าง ความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ 2) การร่วมสร้างวัตถุประสงค์และแผนกลยุทธ์ 3) การร่วมทำกิจกรรม และหน้าที่ร่วมกัน 4) การทำงานและพัฒนาอย่างยั่งยืน

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดการนำร่วม (Kellogg, 2001) ในส่วนของ ขั้นตอน การนำร่วมประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การสร้างความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ การร่วมสร้าง วัตถุประสงค์และแผนกลยุทธ์ การร่วมทำกิจกรรมและหน้าที่ร่วมกัน และการทำงานและพัฒนาอย่าง ยั่งยืน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการนำร่วม ได้นำมาประยุกต์ใช้ศึกษา การดำเนินงาน และปัจจัยที่ เกี่ยวข้องของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

3. แนวคิดการบูรณาการ

คำว่า “บูรณาการ” หมายถึง การรวบรวมมุมมอง ด้วยรูปแบบและระเบียบวิธีต่าง ๆ ให้ มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ภายในมุมมองที่สอดคล้องกันของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งถูกคิดค้นเป็น “ทฤษฎี บูรณาการ” เป็นแนวของทฤษฎีเชิงปรัชญา และจิตวิทยาเชิงสังเคราะห์ที่เคน วิลเบอร์ (Wilber, 1997) นักปรัชญาชาวอังกฤษ ได้ให้หลักและวิธีการในการบูรณาการ คือ “ กระบวนทัศน์เชิง วิเคราะห์” หรือวิธีการรวมกระบวนทัศน์ที่ต่างกัน มารวมไว้ด้วยกันให้เป็นเครือข่าย ตามแนวทางที่ สัมพันธ์กัน และสามารถเสริมสร้างคุณค่าสิ่งนั้นร่วมกัน

ระบบสุขภาพที่เป็นแบบบูรณาการ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหา และความท้าทาย ในการรักษาของระบบสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจ ในการวางแผน และใช้ระบบ สุขภาพแบบบูรณาการ หลักการเหล่านี้กำหนดประเด็นสำคัญสำหรับการปรับโครงสร้าง และให้ ความยืดหยุ่นขององค์กรและการปรับตัวให้เข้ากับบริบทของท้องถิ่น ระบบสุขภาพแบบบูรณาการ ได้รับการพิจารณาอย่างกว้างขวางว่าให้ประสิทธิภาพที่เหนือกว่าในด้านคุณภาพ และความปลอดภัย อันเป็นผลมาจากการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Suter, Oelke, Adair, & Armitage, 2009) แต่ในด้าน การบูรณาการชุมชนใช้กรอบโครงสร้างเพื่อการบูรณาการพัฒนานโยบายแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ

ได้แก่ ความเป็นผู้นำการประสานงานระหว่างพันธมิตร ความสามารถขององค์กร บนพื้นฐานของการลดช่องว่างลดความซ้ำซ้อน ของการดำเนินการและการขับเคลื่อนต่าง ๆ ดังกล่าวหมดไป แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะที่ส่งผลต่อกันดังนี้

1. การบูรณาการเชิงบริหารจัดการ (Managerial Integration) หมายถึง การบริหารจัดการที่ทำให้ ทรัพยากรที่มีอยู่ถูกนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการบรรลุเป้าหมาย ผ่านการ บูรณาการเชิงปฏิบัติการ ในลักษณะที่ทำให้การดำเนินการมีการเชื่อมโยงในทางปฏิบัติเป็นการดำเนินการที่ส่งเสริมซึ่งกันและกันอย่างเต็มศักยภาพ

2. การบูรณาการเชิงปฏิบัติการ (Operational Integration) หมายถึง การดำเนินการที่มีการเชื่อมโยงเป็นทีม/ภาคีเครือข่ายทั้งแนวราบ/แนวดิ่ง โดยไม่มีช่องว่าง ยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัวและชุมชน

จากที่กล่าวมาข้างต้นแนวคิดการบูรณาการ ยังคงต้องอาศัยแนวคิดการมีส่วนร่วมในการทำงานมาช่วยในการประยุกต์ใช้ในการศึกษากระบวนการดำเนินงานของ พชอ. ในรายละเอียดกิจกรรมของ พชอ. ด้านบูรณาการการทำงานร่วมกัน และบูรณาการทรัพยากรที่ใช้ในแผนของ พชอ. ซึ่งการมีส่วนร่วมที่ดีจะส่งผลให้การบูรณาการด้านต่าง ๆ ของพชอ.ประสบความสำเร็จด้วยเช่นกัน

4. แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation)

การมีส่วนร่วมเป็นการสื่อสารระหว่าง บุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชน ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งซึ่งมีบุคคลอื่น ๆ ที่ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมดังนี้ (สมบัติ นามบุรี, 2562)

Becker & Neuhauser (1975) กล่าวว่าการมีส่วนร่วมนั้นคือ การที่ผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ตามทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการทำงานเท่าที่จะสามารถกระทำได้

Putti (1987) การมีส่วนร่วมเป็นพื้นฐานของกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะส่งผลให้การบริหารจัดการมีลักษณะกว้าง ซึ่งเป็นทางหนึ่งที่จะทำให้การมีส่วนร่วมขยายไปสู่การปฏิบัติงานในระดับล่างขององค์การ

Erwin (1976) การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง

ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลักการสำคัญที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง สามารถอธิบายกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าเป็นการทำงานร่วมกัน การระดมชุมชนหรือการเพิ่มขีดความสามารถของชุมชน แรงจูงใจภายในของแต่ละบุคคล ความไว้วางใจในระดับชุมชน การเชื่อมโยงภายนอกที่แข็งแกร่งและกระบวนการของสถาบันที่สนับสนุนทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับ George, Mehra, Scott, & Sriram (2015) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ การดำเนินกิจกรรม และการดำเนินการ ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการ

วิเคราะห์สถานการณ์ การวิเคราะห์ปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินการ ตามแผน การควบคุมกำกับ และการประเมินผล ที่เมืองค์ประกอบ 3 ด้านได้แก่

1. การพูดคุยแลกเปลี่ยน (Dialogue) ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็น ทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัวยุคน ต่าบล บนพื้นฐานความรู้สึกถึงการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งเพื่อการขับเคลื่อนประเด็นที่ต้องมีการขับเคลื่อน

2. การตัดสินใจร่วมกัน (Common Decision) หมายถึง การตัดสินใจบนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับทางเลือกของการมีความเห็นร่วม มีหลักเหตุผล เป็นองค์ประกอบสำคัญ

3. การดำเนินการตามที่มีการตัดสินใจร่วมกัน (Decision Implementation) เป็นองค์ประกอบที่ทั้ง สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของกระบวนการของการมีส่วนร่วม และช่วยกระตุ้นให้กระบวนการมีส่วนร่วมพัฒนา สะท้อนศักยภาพของการร่วมดูแลและร่วมรับผิดชอบ ร่วมบริหารจัดการ เป็นกลไกสำคัญให้เกิดการพึ่งตนเอง ตามกระบวนการของการมีส่วนร่วมที่มีความสมบูรณ์ระดับการมีส่วนร่วม

Cohen & Uphoff (1980, pp. 219-222)Cohen และ Uphoff (1980: 219-222) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ระดับ คือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit) 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

Fornaroff (1980) เสนอว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีขั้นตอนการมีส่วนร่วมดังนี้ 1) การวางแผน รวมถึงการตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมาย กลวิธี ทรัพยากรที่ต้องใช้ ตลอดจนการติดตามประเมินผล 2) การดำเนินงาน 3) การใช้บริการจากโครงการ 4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit) 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการศึกษากระบวนการดำเนินงานของ พชอ. ในรายละเอียดกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมของ พชอ. โดยมีกระบวนการตั้งแต่ 1) ร่วมวางแผน 2) ร่วมดำเนินการ 3) ร่วมตัดสินใจ 4) ร่วมรับผลประโยชน์ และ 5) ร่วมประเมินผล

5. แนวคิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

Kozlowski & Wilgen (2006) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการหรือกิจกรรมที่สมาชิกในทีมมีส่วนร่วมในทรัพยากร ตอบสนองตามความต้องการของงาน สามารถแก้ไขผ่านกระบวนการร่วมกันในทีม โดยคุณภาพของงานพิสูจน์จาก ผลงานที่ตัดสินใจโดยบุคคลภายนอกทีมสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกในทีม และ ความมีชีวิตหรือความเต็มใจของสมาชิกที่จะอยู่ในทีม

เบคเกอร์ และ นิวเฮาเซอร์ (Becker & Neuhauser, 1975) กล่าวว่า ปัจจัยที่จะส่งผลต่อประสิทธิภาพขององค์กร (model of organization efficiency) ต้องพิจารณาถึง ทรัพยากร อันได้แก่ คน เงิน วัสดุ ที่เป็นปัจจัยนำเข้า และผลผลิตขององค์กร คือ การบรรลุเป้าหมาย โดยอาศัยปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. สภาพแวดล้อมในการทำงานขององค์กรต้องมีความซ้ำซ้อนต่ำ (low task environment complexity) มีความแน่นอน (certain) มีการกำหนดระเบียบ ปฏิบัติในการทำงานขององค์กรอย่างละเอียดถี่ถ้วนแล้ว และจะนำไปสู่ความมีประสิทธิภาพขององค์กรมากกว่า องค์กรที่มีสภาพแวดล้อมในการทำงานยุ่งยาก และ ซับซ้อนสูง (high task environment complexity) หรือมีความไม่แน่นอน (uncertain)

2. องค์กรมีการกำหนดระเบียบปฏิบัติชัดเจนเพื่อเพิ่มผลการทำงานที่มองเห็นได้มีผลทำให้ประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย

3. ผลการทำงานที่สามารถมองเห็นได้ และสัมพันธ์ในทางบวกกับประสิทธิภาพ

4. มีการกำหนดระเบียบปฏิบัติอย่างชัดเจน และผลการทำงานที่สามารถมองเห็นได้จะมีความสัมพันธ์มากขึ้นต่อประสิทธิภาพมากกว่าตัวแปรแต่ละตัวตามลำพัง

สรุปได้ว่า การทำงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือ กระบวนการทำงานที่คณะกรรมการฯ ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำงาน ตั้งแต่การกำหนดระเบียบ เป้าหมายร่วมกัน มีการร่วมคิด ร่วมใช้ทรัพยากรในการทำงานร่วมกัน และการกำกับประเมินผล ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ

แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ

ความหมายของรูปแบบ

ชิรวัดน์ นิจนตร (2560) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างหรือความสัมพันธ์เชิงเหตุผลแบบย่อยส่วนของปัจจัยต่าง ๆ ที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ให้เข้าใจง่าย และมองเห็นเป็นรูปธรรม จากความหมายของรูปแบบสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่เป็นตัวแทนของโครงสร้างทางความคิดหรือองค์ประกอบ และแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญของเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ให้เข้าใจง่าย และมองเห็นเป็นรูปธรรม

การจำแนกประเภทของรูปแบบ

Keeves (1988) ได้แบ่งประเภทของรูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์ เป็น 5 ประเภท คือ

1. รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue model) เป็นรูปแบบที่ใช้การอุปมาอุปมัยเทียบเคียงปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม

2. รูปแบบเชิงภาษา (Semantic model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิดองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น ๆ และใช้ข้อความในการอธิบายเพื่อให้เกิดความกระจ่างมากขึ้น แต่ละจุดอ่อนของรูปแบบประเภทนี้คือ ขาดความชัดเจนแน่นอน ทำให้ยากแก่การทดสอบรูปแบบ แต่อย่างไรก็ตามก็ได้มีการนำรูปแบบนี้มาใช้ในการศึกษามาก

3. รูปแบบทางคณิตศาสตร์ (Mathematical model) เป็นรูปแบบที่ใช้แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปร โดยสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ปัจจุบันมีแนวโน้มว่าจะนำไปใช้ในด้านพฤติกรรมศาสตร์มากขึ้น โดยเฉพาะในการวัดและประเมินผลทางการศึกษารูปแบบลักษณะนี้สามารถนำไปสู่การสร้างทฤษฎี เพราะสามารถนำไปทดสอบสมมติฐานได้รูปแบบทางคณิตศาสตร์นี้ ส่วนมากพัฒนามาจากรูปแบบเชิงภาษา

4. รูปแบบเชิงแผนผัง (Schematic Model) เป็นความคิดที่แสดงออกผ่านทางแผนผัง แผนภาพ ไดอะแกรม กราฟ เป็นต้น

5. รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal model) เป็นรูปแบบที่เริ่มมาจากนำเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) ในการศึกษาเกี่ยวกับพันธุศาสตร์ รูปแบบเชิงสาเหตุทำให้สามารถศึกษารูปแบบเชิงข้อความที่มีตัวแปรสลับซับซ้อนได้ แนวคิดสำคัญของรูปแบบนี้คือ ต้องสร้างขึ้นจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหรืองานวิจัยที่มีมาแล้ว รูปแบบจะเขียนในลักษณะสมการเส้นตรง แต่ละสมการแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างตัวแปร จากนั้นมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในสภาพการณ์ที่เป็นจริงเพื่อทดสอบรูปแบบรูปแบบเชิงสาเหตุนี้แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

5.1 รูปแบบระบบเส้นเดี่ยว (Recursive model) เป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรด้วยเส้นโยงที่มีทิศทางของการเป็นสาเหตุในทิศทางเดียวโดยไม่มีความสัมพันธ์ย้อนกลับ

5.2 รูปแบบเชิงสาเหตุเส้นคู่ (Non – recursive model) คือ รูปแบบที่แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร โดยมีทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรภายในตัวแปรตัวหนึ่งอาจเป็นทั้งตัวแปรเชิงเหตุและเชิงผลพร้อมกันจึงมีทิศทางย้อนกลับได้

สรุปรูปแบบที่ผู้วิจัยนำมาเป็นแนวทาง จะมีรูปแบบของกิจกรรม หรือ กระบวนการจากการสกัดความคิดเห็นของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย มีลักษณะของรูปแบบเชิงภาษา (Semantic model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิดของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิดองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น ๆ และใช้ข้อความในการ

อธิบายเพื่อให้เกิดความกระจ่างมากขึ้น โดยกระบวนการ วางแผน การจัดการ การอบรมและการ ประเมินผลความเหมาะสมและความเป็นไปได้ทางการปฏิบัติ

องค์ประกอบของรูปแบบ

ซีรวิธน์ นิจนตร (2560) ได้กำหนดรูปแบบต้องมีองค์ประกอบอย่างน้อย 6 ประการคือ วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของรูปแบบ ตัวแปรหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระบบหรือโครงสร้าง กลไกหรือ กระบวนการทำงาน ข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีที่ใช้ในรูปแบบ และบริบทหรือสภาพแวดล้อม ของรูปแบบ

ขั้นตอนการทดสอบรูปแบบ

จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการสร้างรูปแบบก็เพื่อทดสอบหรือตรวจสอบรูปแบบนั้นด้วยข้อมูล เชิงประจักษ์ โดยการประมาณค่าพารามิเตอร์ของรูปแบบ รูปแบบที่สร้างขึ้นจึงควรมีความชัดเจน และเหมาะสมกับวิธีทดสอบ โดยปกติแล้วการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มักจะ ดำเนินการทดสอบรูปแบบด้วยวิธีทางสถิติ ผลของการทดสอบจะนำไปสู่การยอมรับหรือปฏิเสธ รูปแบบนั้นและนำไปสู่การสร้างทฤษฎีใหม่ต่อไป (ซีรวิธน์ นิจนตร, 2560) สรุปได้ว่า การทดสอบ หรือตรวจสอบรูปแบบสามารถจะทำได้ 2 ลักษณะคือ

1. การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมิน ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานของคณะกรรมการประเมินทาง การศึกษา (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation) ได้เสนอหลักการ เพื่อเป็นหลักฐานของกิจกรรมของการตรวจสอบรูปแบบ ซึ่งจัดเป็น 3 หมวด (Madaus, Scriven, & Stufflebeam, 1983) ดังนี้

1.1 มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility standard) เป็นการประเมินความ เป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง

1.2 มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standard) เป็นการประเมินการ สนองตอบต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ

1.3 มาตรฐานด้านความถูกต้อง เหมาะสมและครอบคลุม (Accuracy standard) เป็น การประเมินความน่าเชื่อถือ และได้สาระครอบคลุมครบถ้วนตามความต้องการอย่างแท้จริง

2. การทดสอบรูปแบบโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ การทดสอบรูปแบบหรือการประเมินในบางเรื่อง ก็ไม่สามารถกระทำได้ด้วยข้อจำกัดสภาพการณ์ต่าง ๆ ซึ่ง Eisner (1976) ได้เสนอแนวคิดของการ ทดสอบหรือประเมินโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

2.1 การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จะเน้นการวิเคราะห์ และวิจารณ์อย่างลึกซึ้งซึ่งเฉพาะ ในประเด็นที่ถูกพิจารณา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการ ตัดสินใจเสมอไปแต่อาจจะผสมผสานกับปัจจัยต่าง ๆ ในการพิจารณาเข้าด้วยกันตามวิจาร์ณญาณของ

ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับข้อมูลคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเหมาะสมของสิ่งที่จะทำการประเมิน

2.2 รูปแบบการประเมินที่เป็นความชำนาญเฉพาะทาง (Specialization) ในเรื่องที่จะประเมินโดยพัฒนามาจากแบบการวิจารณ์งานศิลปะ (Art criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้ง และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย เนื่องจากการวัดคุณค่าที่ไม่อาจประเมินด้วยเครื่องวัดใด ๆ และต้องใช้ความรู้ความสามารถของผู้ประเมินอย่างแท้จริง แนวคิดนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้ในทางการศึกษาระดับสูงมากขึ้น ทั้งนี้ เพราะเป็นองค์ความรู้เฉพาะสาขา ผู้ที่ศึกษาเรื่องนั้นจริง ๆ จึงจะทราบและเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ดังนั้น ในวงการศึกษาก็จึงนิยมนำรูปแบบนี้มาใช้ในเรื่องที่ต้องการความลึกซึ้งและความเชี่ยวชาญเฉพาะ

2.3 รูปแบบที่ใช้ตัวบุคคลคือ ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมินโดยให้ความเชื่อถือกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เที่ยงธรรม และมีดุลพินิจที่ดี ทั้งนี้ มาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่าง ๆ นั้น จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒิผู้นั้นเอง

2.4 รูปแบบที่ยอมให้มีความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิตาม ทัศนคติ และความถนัดของแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่จะนำมาพิจารณาการบ่งชี้ ข้อมูลที่ต้องการการเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การวินิจฉัยข้อมูล ตลอดจนวิธีการนำเสนอ

2.5 การทดสอบรูปแบบโดยการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มักจะใช้กับการพัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟาย เมื่อผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟายเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในรอบสุดท้ายมาจัดทำเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) เพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

2.6 การทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบ การทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบนี้ ผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย มีการดำเนินการตามกิจกรรมอย่างครบถ้วน

2.7 การทดสอบรูปแบบโดยการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ซึ่ง คอนลาส และ วิลสัน (Conrad & Wilson, 1985) ได้กล่าวถึงการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการประเมินซึ่งถือว่าการประเมินนี้เป็นวิธีการประเมินโดยกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ในศาสตร์สาขานั้น ๆ หรือใน วิชาชีพ ๆ นั้น ๆ ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามจำนวนที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม กำหนดให้เป็นกลุ่ม ผู้ตรวจสอบร่างรูปแบบก่อนนำไปทดลองใช้ข้อควรระวังอย่างยิ่งในการให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรูปแบบก็คือ ผู้วิจัยต้องเลือกบุคคลที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเข้มงวด เป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับในวงวิชาการ หรือกิจการนั้น ๆ อย่างแท้จริง โดยต้องมีเกณฑ์ในการกำหนดคุณสมบัติ และความเชี่ยวชาญ

ของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ประการ เพื่อถ่วงดุลให้ได้บุคคลที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิอย่างแท้จริง อาจจะทำให้รูปแบบที่ได้ไม่มีประสิทธิภาพและขาดความน่าเชื่อถือ โดยมีมาตรฐานการประเมิน 3 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Feasibility standard) มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standard) และมาตรฐานด้านความถูกต้อง เหมาะสมและครอบคลุม (Accuracy standard (ศิริวัฒน์ นิจนตร, 2560)

การตรวจสอบรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมานั้นมีหลายวิธี อาจจะทำให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยวิเคราะห์ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งปริมาณ (Quantitative) และคุณภาพ (Qualitative) การตรวจสอบรูปแบบควรตรวจสอบคุณลักษณะ 2 อย่างคือ การตรวจสอบความมากน้อยของความสัมพันธ์ ความเกี่ยวข้อง เหตุผลระหว่างตัวแปร และการประมาณค่าพารามิเตอร์ของความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยสามารถประมาณค่า ข้ามช่วงเวลา กลุ่มตัวอย่าง หรือสถานที่ได้ หรืออ้างอิงจากกลุ่มตัวอย่างไปหา ประชากรได้ โดยผลการตรวจสอบจะนำไปสู่คำตอบสองประเด็นคือการสร้างรูปแบบ และการปรับปรุงหรือพัฒนารูปแบบเดิม (Erwin, 1976)

สรุปได้ว่ารูปแบบ หมายถึง สิ่งที่เป็นตัวแทนของโครงสร้างทางความคิดที่มีความหลากหลาย มีองค์ประกอบอย่างน้อย 6 ประการคือ วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของรูปแบบ ตัวแปรหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระบบหรือโครงสร้าง กลไกหรือกระบวนการทำงาน ข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีที่ใช้ในรูปแบบ และบริบทหรือสภาพแวดล้อมของรูปแบบ ในส่วนขั้นตอนการทดสอบรูปแบบสามารถทำได้ 2 ลักษณะ คือ 1) การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมิน 2) การทดสอบรูปแบบโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายรูปแบบเป็นการใช้ภาษาอธิบาย แผนผังองค์ประกอบจากการศึกษา ซึ่งได้ นำแนวคิด ทฤษฎี และจากผลการวิจัยในส่วนปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมาทบทวน พร้อมทั้งนำมาใช้กำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งหาคุณลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบในรูปแบบโดยใช้ข้อมูลที่ศึกษาทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพมาใช้ในการสร้างรูปแบบ นำร่างรูปแบบที่สร้างขึ้นมาทำการประเมินรูปแบบโดยเทคนิคการประชุมกลุ่ม (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของรูปแบบด้วยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เพื่อประเมินรูปแบบ 3 มาตรฐาน คือ มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Feasibility standard) มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standard) และมาตรฐานด้านความถูกต้อง เหมาะสม และครอบคลุม (Accuracy standard)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ศึกษาถึงการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สามารถสรุปได้ตามประเด็นต่อไปนี้ พบการดำเนินการที่หลากหลายรูปแบบหลายระดับ และประสบผลสำเร็จต่าง ๆ กันออกไป กล่าวโดยสรุปได้ ดังนี้

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่สามารถระดับปฏิบัติระดับมาก ได้แก่ กิระติ เวียงนาค และสุระจิต สุตะพันธ์ (2563) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ พบในด้านการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ. ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในด้านผลประโยชน์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุระจิต สุตะพันธ์, วรรณถ พรหมศวร, จุฬารัตน์ หัวหาญ, ภาวีณี เสาะสืบ, และชลดา กิ่งมาลา (2563) พบในด้านการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ความร่วมมือผลการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

แต่ในขณะระดับปฏิบัติปานกลางพบในการศึกษาของปราโมทย์ เลิศขามป้อม และคณะ (2557) ได้ศึกษา การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดตาก พบในด้านปัจจัยนำเข้า ด้านนโยบาย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านติดตาม และประเมินผล ตลอดจนด้านการทำงานร่วมกัน และในการศึกษาของ เกศแก้ว สอนดี, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ผุสดี ก่อเจดีย์, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, และภูวสิทธิ์ สิงห์ประไพ (2561) พบในด้านสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ และผลการศึกษาของ สมยศ ศรีจารณีย์ (2561) ก็พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ร่วมคิด ร่วมพิจารณา และร่วมเป็นเจ้าของอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

กิจกรรมในการดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่สามารถระดับปฏิบัติระดับที่ปฏิบัติได้ดี ได้แก่ การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน สร้างความเชื่อมั่น และความเข้าใจร่วมกัน ตลอดจนแบ่งหน้าที่อย่างเป็นระบบ จึงทำให้พบว่าประชาชนในพื้นที่ได้รับการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต ได้ตรงตามความต้องการ โดยการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน สร้างความเชื่อมั่น และความเข้าใจร่วมกัน ตลอดจนแบ่งหน้าที่อย่างเป็นระบบ จึงทำให้พบว่า ประชาชนในพื้นที่ได้รับการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตได้ตรงตามความต้องการซึ่งเป็นผลลัพธ์ระยะกลางสอดคล้องกับแนวคิดการกำกับดูแลแบบร่วมมือ (นิริรัตน์ บุญตานนท์, 2564)

นอกจากนี้ ยังพบการดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในบทบาทต่าง ๆ ดังผลการศึกษาของ นิธิรัตน์ บุญदानนท์ (2564) ศึกษาบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ระดับนโยบาย วิเคราะห์การกำกับดูแลแบบร่วมมือของ พชอ. ในพื้นที่อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้รับผิดชอบดำเนินการ พชอ. ในสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (สสว.) มีบทบาทในการประสานกับหน่วยงานระดับกระทรวงเพื่อสร้างกลไกการบูรณาการระดับนโยบาย และมีการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติผ่าน 2 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข โดยการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน สร้างความเชื่อมั่น และความเข้าใจร่วมกัน ตลอดจนแบ่งหน้าที่อย่างเป็นระบบ จึงทำให้พบว่า ประชาชนในพื้นที่ได้รับการแก้ไขปัญหาคูณภาพชีวิตได้ตรงตามความต้องการซึ่งเป็นผลลัพธ์ระยะกลางสอดคล้องกับแนวคิดการกำกับดูแลแบบร่วมมือ และผลการศึกษาของ (Mshelia et al., 2013) ทำการศึกษาเปรียบเทียบ 3 ประเทศในเขตแอฟริกา ได้แก่ ประเทศ กานา (Ghana) แทนซาเนีย (Tanzania) และยูกันดา (Uganda) โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการจัดการภายในอำเภอ และแก้ไขปัญหาคูณภาพไม่เพียงพอของบุคลากรสุขภาพตลอดจนปรับปรุงประสิทธิภาพของบุคลากร พบว่า ทีมจัดการสุขภาพอำเภอ (DHMTs) จะทำงานได้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบต้องผ่านวงจร 4 ระบบ ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนกลับ (Reflect) ด้านที่ 1 การวางแผนจะเน้นแผนกลยุทธ์ โดยการอธิบายและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นตรงหน้าแล้วนำแยกประเด็นในการวางแผนแต่ละปัญหาตามสถานการณ์ ด้านที่ 2 การปฏิบัติ ดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ที่วางไว้แต่แผนนั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้จากการตัดสินใจในร่วมของทีมจัดการสุขภาพอำเภอ (DHMTs) ด้านที่ 3 การสังเกต ดำเนินการสังเกตและบันทึกผลกระทบระหว่างการดำเนินกิจกรรม มีระบบการตรวจสอบและประเมินผล ด้านที่ 4 ด้านการสะท้อนกลับเน้นการอภิปราย และผลสะท้อนจากกระบวนการที่ได้เปลี่ยนแปลงตลอดจนผลกระทบในมิติต่าง ๆ เช่น การปรึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการทำงานผ่านเวทีประชุมทีมจัดการสุขภาพอำเภอ (DHMTs) เป็นต้น

Jacobs, Hill, Bigdeli, & Men (2015) ศึกษาการจัดการ โรคไม่ติดต่อในระบบสุขภาพอำเภอในประเทศกัมพูชา:ระบบการวิเคราะห์และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง พบว่า ระบบสุขภาพอำเภอของประเทศกัมพูชาแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์สุขภาพชุมชน บริหารงานโดยผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการ ในด้านการประเมินผลการดำเนินงานใช้การประเมินแบบ health system building block

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้น พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สามารถสรุปได้ตามประเด็นต่อไปนี้

ระดับการศึกษา พบในการศึกษาของฤทธิ เพ็ชรนิค (2560) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการสุขภาพพระดํำเภอในจังหวัดชุมพร ว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันส่งผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการสุขภาพพระดํำเภอในจังหวัดชุมพรที่แตกต่างกัน ส่วนงานวิจัยอื่น ๆ พบว่า ศึกษาตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ในเชิงสำรวจเท่านั้น แต่ไม่ได้นำมาศึกษาหาความสัมพันธ์ หรือ นำมาศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ พชอ.

ประสบการณ์ทำงาน มีผลต่อการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยสายันต์ แก้วบุญเรือง, บุญร่วม แก้วบุญเรือง, และณิชา แฉ่นแฉ่วน (2558) ศึกษาความสำเร็จของการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพพระดํำเภอ:กรณีศึกษา เครือข่ายสุขภาพพระดํำเภออย่างตลาด และอำเภอภูผินาราย้ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยความสำเร็จเกิดจาก ผู้ทำงานมีประสบการณ์ผ่านกระบวนการเรียนรู้ มีความภาคภูมิใจในการทำงานและวิชาชีพของตนเอง ในขณะที่สุนีย์ พัฒราษ (2559) ศึกษาการประเมินผลโครงการอำเภอจัดการสุขภาพ จังหวัดชุมพร กรณีศึกษาพื้นที่ อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร พบว่า ภาคิเครือข่าย มีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพที่ต่างกันตามประสบการณ์ จึงทำให้การวางแผนงานแก้ไขปัญหาไม่สอดคล้องกับความจำเป็น และความต้องการของพื้นที่ในขณะที่กระบวนการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของผู้แทนคณะกรรมการฯ เป็นผลมาจาก ฐานความนึกคิด ตลอดจนประสบการณ์ทำงาน และประสบการณ์ชีวิตที่ต่างกันของแต่ละบุคคล ส่งผลทำให้ขาดวิสัยทัศน์ร่วมกันของคณะกรรมการฯ ในการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ปัญหา กำหนดสาเหตุ ทิศทาง เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ เพื่อร่วมที่จะแก้ไขปัญหาไปด้วยกัน (ชินวัฒน์ ชมประเสริฐ และธานี โชติกาคาม, 2562)

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพชอ. พบว่า มีผลต่อดำเนินการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดั่งการศึกษาของ กิระติ เวียงนาค และสุระจิต สุตะพันธ์ (2563) เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ พบข้อเสนอแนะ ว่าควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ พัฒราษ (2559) ศึกษาการประเมินผลโครงการอำเภอจัดการสุขภาพ จังหวัดชุมพร กรณีศึกษาพื้นที่ อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร พบว่า พื้นฐานความรู้ของภาคิเครือข่ายที่ต่างกัน จะทำให้การวางแผนงานแก้ไขปัญหาไม่สอดคล้อง กับความจำเป็น และความต้องการของพื้นที่ สอดคล้องกับผลการศึกษาการเพิ่มความรู้หรือสร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้องจะทำให้การปฏิบัติบทบาท และหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตประสบผลสำเร็จ สุระจิต สุตะพันธ์ และคณะ (2563)

และการศึกษาของ สมยศ ศรีจารนัย (2561) ศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ก็พบว่า ข้อจำกัดที่มีผลต่อความสำเร็จในการทำงาน คือ บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจในการทำงาน

ภาระงานในหน่วยงาน ผลต่อการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดย สมยศ ศรีจารนัย (2561) ศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ผลการศึกษา พบ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้แก่ ภาระงานของหน่วยงานภาครัฐ

ทักษะด้านการจัดการ มีผลต่อการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดย กิระติ เวียงนาค และสุระจิต สุตะพันธ์ (2563) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ พบข้อเสนอแนะ ควรมีการฝึกทักษะแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงาน สอดคล้องกับ สมศักดิ์ โทจำปา (2562) ได้ศึกษาบทเรียนที่เรียนรู้และสังเคราะห์ความรู้การขับเคลื่อน การดำเนินงานรูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอที่อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ประเทศไทย พบว่าการจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่ประสบความสำเร็จ คือ การกำหนดนโยบาย และแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินการ เช่นเดียวกับ Nnaji, Oguoma, Nnaji, & Nwobodo (2010) ศึกษาความท้าทายของการจัดทำงบประมาณในระบบสาธารณสุขอำเภอที่นำมาใช้ใหม่: กรณีศึกษาไนจีเรีย พบว่า พบว่า มีปัญหาด้านความสามารถในการวิเคราะห์วางแผน และการจัดทำงบประมาณของบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอ รวมถึงระบบจัดการข้อมูลข่าวสารที่ไม่เพียงพอ (Health Management Information System: HMIS) ระบบจัดการเงินที่ไม่สามารถใช้งานได้ (non-functional Financial Management System: FMS) และระบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์ที่ไม่น่าเชื่อถือ (Human Resources Management System: HRMS) และ Belrhiti, Booth, Marchal, & Verstraeten (2016) ศึกษาการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาและการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อปรับปรุงระบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ และความเป็นผู้นำ ในประเทศรายได้ต่ำ และปานกลาง พบว่า ผู้จัดการระบบสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในประสิทธิผลของระบบสุขภาพ ทักษะการจัดการ ที่ไม่เพียงพอจะขัดขวาง ความสามารถในการปรับปรุงคุณภาพของการดูแล และประสิทธิผลของการให้บริการด้านสุขภาพ

ความเป็นผู้นำ มีผลต่อการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดย สมยศ ศรีจารนัย (2561) ศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ผลการศึกษา พบ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้แก่ ผู้นำ ผู้ชี้ ผู้ร่วมทำ

ผู้รับผลงาน ผู้เสริมแรง สอดคล้องกับวิโรจน์ สารรัตน์ (2561) ได้ศึกษาภาวะผู้นำสำหรับศตวรรษที่ 21 พบว่าคุณลักษณะที่สำคัญสำหรับภาวะผู้นำเชิงบูรณาการประกอบด้วย วิสัยทัศน์ ความร่วมมือ การเสริมพลังอำนาจ การสื่อสาร การบริหารบุคคล และสมศักดิ์ โทจำปา (2562) ได้ศึกษาบทเรียนที่เรียนรู้และสังเคราะห์ความรู้การขับเคลื่อนการดำเนินงานรูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอที่อำเภอบ้านตาก จังหวัดตากประเทศไทย พบว่าการจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่ประสบความสำเร็จ คือ การมีผู้นำทุกระดับที่มีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน

ผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีผลต่อการดำเนินการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ชินวัฒน์ ชมประเสริฐ และธานี โชติกาคาม (2562) ศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการทำงานเป็นทีมที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีม มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลขององค์กร

โครงสร้างหน้าที่ พขอ. ฤทัย วรรณวินิจ (2561) ได้ศึกษา แนวทางในการพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ ก็ยังพบว่า โครงสร้างหน้าที่ และบทบาทของคณะกรรมการฯ ประธานและเลขานุการ คณะกรรมการ พขอ.ไม่ควรเป็นข้าราชการที่มีสายบังคับบัญชาทับซ้อนกันอาจทำให้เกิดความเกรงใจในการทำงานอีกทั้งบุคลากรที่ทำงานด้านสาธารณสุขในระบบสุขภาพอำเภอมีความหลากหลายในวิชาชีพ ซึ่งส่งผลต่อความเข้าใจในบทบาทหน้าที่แตกต่างกันหรือเหลื่อมล้ำกันประกอบกับภาระงานที่มากกว่าจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานจริงจึงนำไปสู่ปัญหาความชัดเจนในบทบาทอำนาจหน้าที่ในแต่ละส่วน (ภูดิท เตชาติวัฒน์, 2561)

การมอบหมายงานภายในทีม มีผลต่อการดำเนินการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดย พนม เพ็งวิชัย และประจักษ์ บัวผัน (2557) ศึกษาการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ ในจังหวัดหนองคาย พบว่า แรงจูงใจในการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ได้แก่ การมอบหมายงานที่ชัดเจน และกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ

การให้คุณค่าสมาชิก มีผลต่อการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดย สมศักดิ์ โทจำปา (2562) ได้ศึกษาบทเรียนที่เรียนรู้และสังเคราะห์ความรู้การขับเคลื่อนการดำเนินงานรูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอที่อำเภอบ้านตากจังหวัดตากประเทศไทย พบว่าการจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่ประสบความสำเร็จ คือ การให้ความสำคัญกับวิชาชีพ

ระบบข้อมูลข่าวสาร มีผลต่อการดำเนินการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการศึกษารายชื่อของ ปราโมทย์ เลิศขามป้อม และคณะ (2557)

เรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดตาก เป็นการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) พบปัญหา ขาดการคืนข้อมูล สถานะสุขภาพให้กับพื้นที่ซึ่งมีผลต่อตลอดจนการพัฒนางานที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และสุรชัย โชคครรชิตไชย (2561) ศึกษาการจัดการบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ:กรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพ พบว่า การจัดการระบบข้อมูลข่าวสารกระจัดกระจาย ไม่เชื่อมโยงจึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ (Odhiambo-Otieno, 2005) ศึกษาการประเมินระบบข้อมูลการจัดการสุขภาพอำเภอที่มีอยู่: กรณีศึกษาระบบสุขภาพอำเภอในเคนยา พบว่า ระบบจัดการข้อมูลข่าวสาร (DHMS) ที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนดำเนินงาน และการประเมินผลระบบสุขภาพอำเภอในขณะเดียวกัน จันทิมา นวมะวัฒน์ และคณะ (2562) การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ เพื่อการจัดการสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และเพื่อสังเคราะห์นโยบายการใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรในพื้นที่ พบว่า กระบวนการพัฒนาจะประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนนั้นต้องสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการตัดสินใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ภูดิท เตชาติวัฒน์ (2560) ได้ศึกษา การสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง เขตสุขภาพที่ 3 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า การบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพในพื้นที่ ได้แก่ 1) ความยืดหยุ่น 2) ความมีประสิทธิภาพ 3) ระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 4) ระบบการเงินการคลัง

การสื่อสาร มีผลต่อการดำเนินการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดย สมศักดิ์ โทจำปา (2562) ได้ศึกษาบทเรียนที่เรียนรู้ และสังเคราะห์ความรู้การขับเคลื่อนการดำเนินงานรูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอที่อำเภอบ้านตาก จังหวัดตากประเทศไทย พบว่า การจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่ประสบความสำเร็จคือ การสื่อสารต่อสาธารณสุข และการพัฒนาระบบติดต่อสื่อสาร แต่การสื่อสาร และประชาสัมพันธ์ที่ไม่ครอบคลุม ไม่มีเอกสารหรือคู่มือการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับแต่ละพื้นที่จะทำให้ขาดการเชื่อมโยงกับงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น DHS, DHML , PCC, FCT เข้าด้วยกัน (ธเนศ ภัทรวิรินกุล, 2560) ในระดับพื้นที่มีหลายหน่วยงานร่วมกันดำเนินการแก้ไขปัญหาประชาชนถึงกระนั้นก็ยังพบปัญหาด้านเอกภาพของทีมงานภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ ทำให้ประสบปัญหาและข้อขัดแย้งภายในองค์กร การทำงานไม่ราบรื่นส่งผลโดยตรงต่อการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนตลอดจนคุณภาพชีวิตของประชาชน (เกศรินทร์ ไหลงาม และสิตานนท์ เจษฎาพิพัฒน์, 2561)

ด้านทรัพยากร มีผลต่อการดำเนินการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดย ปราโมชย์ เลิศขามป้อม และคณะ (2557) ได้ศึกษา การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดตาก เป็นการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

(DHS) พบปัญหา การบูรณาการ และใช้ทรัพยากรจะมีเฉพาะในส่วนหน่วยงานสาธารณสุข การบูรณาการทรัพยากรต่างหน่วยงานยังมีน้อย เช่นเดียวกับ ภูติท เตชาดิวัฒน์ (2560) ได้ศึกษา การสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง เขตสุขภาพที่ 3 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ด้านการจัดการงบประมาณพบว่า ไม่มีรูปแบบการจัดการด้านการคลังผ่านคณะกรรมการฯ เนื่องจากไม่มีระเบียบการเงินที่ชัดเจน และสมศักดิ์ โทจำปา (2562) ได้ศึกษาบทเรียนที่เรียนรู้และสังเคราะห์ความรู้การขับเคลื่อนการดำเนินงานรูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอที่อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ประเทศไทย พบว่าการจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่ประสบความสำเร็จคือ ด้านการจัดสรรงบประมาณ และด้านวัสดุอุปกรณ์ได้แก่ การใช้วัสดุอุปกรณ์ร่วมกันในเครือข่าย และ Heywood & Choi (2010) ศึกษาการปฏิบัติงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอในอินโดนีเซีย ภายหลังจากกระจายอำนาจ พบว่า การกระจายอำนาจถูกจำกัด ขอบเขต และปัญหาเชิงโครงสร้างในด้านคุณภาพ และประสิทธิภาพของระบบโดยรวมส่งผลถึงปัญหาการใช้ทรัพยากรสุขภาพ คน เงิน ของ และการบริหารจัดการระดับอำเภอ

การทำงานเป็นทีม มีผลต่อการดำเนินการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยสมศักดิ์ โทจำปา (2562) ได้ศึกษาบทเรียนที่เรียนรู้ และสังเคราะห์ความรู้การขับเคลื่อนการดำเนินงานรูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอที่อำเภอบ้านตาก จังหวัดตากประเทศไทย พบว่าการจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่ประสบความสำเร็จ คือ การสร้างความเข้มแข็งของทีมงานสอดคล้องกับ สายันต์ แก้วบุญเรือง และคณะ (2558) ศึกษาความสำเร็จของการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ:กรณีศึกษา เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภออย่างตลาด และอำเภอภูนิกราย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากการทำงานเป็นทีมของทีมงาน และชินวัฒน์ ชมประเสริฐ และธานี โชติคาม (2562) ศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการทำงานเป็นทีมที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลขององค์กร ซึ่งมีผลต่อการดำเนินการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดย สุรัชย์ รุจิวรรณกุล และคณะ (2558) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ โดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่: กรณีศึกษา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ด้านความพึงพอใจในการบริหาร คณะกรรมการฯ มีความพอใจเนื่องจากได้รับการคัดเลือกหรือแต่งตั้งโดยความยินยอมเพื่อให้เข้ามาพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

การควบคุมกำกับจากภาครัฐ มีผลต่อการดำเนินการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ Kamugumya & Olivier (2016) ศึกษาอุปสรรคของระบบสุขภาพที่ขัดขวางการดำเนินงานของการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐ และเอกชนในระดับอำเภอในแทนซาเนีย พบว่า การเป็นหุ้นส่วนระหว่างรัฐ และเอกชนมีหลายรูปแบบของการเป็นหุ้นส่วนที่ไม่เป็นทางการ นอกจากนี้ยัง

ชี้ให้เห็นขีดความสามารถที่อ่อนแอของหน่วยงานรัฐในการกำกับดูแล เนื่องจากขาดการเชื่อมโยงของระบบ และความแตกต่างในเชิงอำนาจบริหารซึ่งในสถานการณ์ดำเนินนโยบายระหว่างภาครัฐและเอกชนให้มีประสิทธิภาพในระดับท้องถิ่นขึ้นอยู่กับความสามารถเจ้าหน้าที่ และการยอมรับการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบเชิงสัมพันธ์ในแผนกลยุทธ์ ความพยายามในการทำงานร่วมกัน เพื่อสร้างคุณค่าร่วมกับการทำงานแบบบูรณาการทั้งฝ่ายรัฐและเอกชน เพื่อประสิทธิภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ

การได้รับพัฒนาศักยภาพ พขอ. การขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ต้องอาศัยบุคลากรจากหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน และประชาชน มาทำงานร่วมกัน ควรจะพัฒนาระบบวิธีคิด การบริหารจัดการ วิธีการทำงานตลอดจนการสร้างทีมงานร่วม ในการวางแผน ทิศทาง เป้าหมาย วิธีการประเมิน รวมถึงการสร้างขวัญและกำลังใจผู้ปฏิบัติงาน ในส่วนสัดส่วนของบุคลากรที่มาร่วมทำงานควรเป็นบุคลากรจากภาครัฐครึ่งหนึ่งและบุคลากรที่มาจากท้องถิ่นอีกครึ่งหนึ่ง (ฤทัย วรธนวินิจ, 2561) และประเด็นสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง มาจากการโยกย้าย สับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ไม่มีระบบพี่เลี้ยง (ศรีเรือน ดิพูน และประเสริฐ ประสมรักษ์, 2562)

การมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลต่อการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จากการศึกษาของกิริติ เวียงนาค และสุระจิต สุตะพันธ์ (2563) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ได้ให้ข้อเสนอแนะในการทำงานว่าต้องเน้นการมีส่วนร่วมกับผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้การทำงานเดินหน้าไปพร้อม ๆ กัน มีการบริหารจัดการ ที่ดีในระบบฐานข้อมูลของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของสุรัชย์ รุจิวรรณกุล และคณะ (2558) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่: กรณีศึกษา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้สำเร็จ คือ การร่วมเรียนรู้ และลงทำงานในพื้นที่บนพื้นฐาน ความเข้าใจใน ภาษา ประเพณี และวัฒนธรรมท้องถิ่น ในขณะที่ ปราโมทย์ เลิศขามป้อม และคณะ (2557) ได้ศึกษา การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดตาก ก็พบว่า ยังขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน เพราะคิดว่าการแก้ปัญหาสุขภาพเป็นเรื่องของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข เช่นเดียวกับ สมยศ ศรีจารนัย (2561) ศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ที่พบเช่นเดียวกันว่า ยังขาดความร่วมมือในการมีส่วนร่วมของประชาชน จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปตัวแปรที่มีผลต่อการดำเนินงาน ดังนี้ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพขอ. ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะด้านการจัดการ ความเป็นผู้นำ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างหน้าที่ พขอ. การมอบหมายงานภายในทีม การให้คุณค่าสมาชิก ระบบข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร ด้านทรัพยากร การทำงานเป็นทีม การควบคุมกำกับจากภาครัฐ การได้รับพัฒนาศักยภาพ พขอ. การมีส่วนร่วมของชุมชน

3. รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดำเนินการของ พชอ. มีดังต่อไปนี้

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ศิวาภรณ์ เงินราง (2019) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหาการพัฒนาคณะกรรมการ และเครือข่าย การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สรุปรูป ถอดบทเรียน ประชาสัมพันธ์ หรือ EBES Model และนำรูปแบบฯ ไปใช้ พบว่า คะแนนความรู้ หลังการดำเนินการเพิ่มเป็นร้อยละ 75.00 ในขณะที่ก่อนการพัฒนาคะแนนความรู้ เท่ากับร้อยละ 44.12 และหลังการพัฒนา คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีสมรรถนะหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพพระระดับอำเภอแตกต่างจากก่อนการพัฒนา รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องควรนำ รูปแบบนี้ไปใช้เพื่อพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้มีความรู้และสมรรถนะในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น

ธงชัย ปัญญรัตน์ (2565) ศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า รูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีกระบวนการ ขับเคลื่อนของแต่ละอำเภอตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ได้แก่ การร่วมกันตัดสินใจ บทบาทหน้าที่ของส่วนราชการ และการตัดสินใจของคณะกรรมการ พบว่า การมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของคณะกรรมการอยู่ในระดับดีมาก และหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รูปแบบโครงสร้างและบทบาทหน้าที่

Macwan'gi & Ngwengwe (2004) ศึกษา ประสิทธิภาพของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอในการดูแลชุมชน พบว่า คณะกรรมการสุขภาพอำเภอในการดูแลชุมชนที่มีประสิทธิผล จะมีโครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ ดังนี้การแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (DHBs/DHMT) มาจากคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาล (HAC/HMT) คณะกรรมการศูนย์สุขภาพ (HCC/HCMT) คณะกรรมการพื้นที่ใกล้เคียง (NHC/CHP) ซึ่งจะทำงานประสานกันผ่านทีมจัดการสุขภาพของแต่ละชุดคณะกรรมการข้างต้น และมีคณะทำงานในระดับชุมชนคือ อาสาสมัครและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพชุมชน

รูปแบบการจัดกลุ่มประเด็นในการจัดการ

World Health Organization (1987) องค์การอนามัยโลกได้จัดเวทีสัมมนาระหว่างประเทศเพื่ออภิปราย และส่งเสริมระบบสุขภาพอำเภอให้เกิดความเข้มแข็งในกลุ่มประเทศสมาชิก

โดยการแบ่งกลุ่ม การทำงานออกเป็น 4 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ด้านการจัดการ และวางแผนระดับอำเภอ กลุ่มที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน และความร่วมมือของภาคส่วน กลุ่มที่ 3 ด้านการสร้าง ความเข้มแข็งด้านกำลังคนในระบบสุขภาพอำเภอ กลุ่มที่ 4 ด้านระบบการเงินการคลังระดับอำเภอ และการจัดสรรทรัพยากร ทั้งนี้รวมไปถึงในส่วนประกอบด้านอื่น ๆ เช่น ด้านการเงินการคลัง ด้านความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการประสานงานระหว่างหน่วยกับ กระทรวงสาธารณสุข/เทศบาล/ภาคสังคม และภาคเอกชน ส่วนการคัดเลือกผู้นำระดับอำเภอควรมี พื้นฐานจากความสามารถ และความมุ่งมั่นมากกว่าความเหมาะสมด้านคุณวุฒิ ผลสรุปคือ 4 เรื่อง ดังกล่าวสามารถนำไปใช้ตามบริบทของแต่ละประเทศ เพื่อ พัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ

รูปแบบกระบวนการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

ภูติท เตชาติวัฒน์ (2560) ได้ศึกษาการสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง เขตสุขภาพที่ 3 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพให้เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทเขตเมือง ผ่านโครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พบว่า คณะกรรมการพชอ.จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข นำไปสู่การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และสร้างทางเลือกที่หลากหลาย มีการแลกเปลี่ยนทรัพยากรร่วมกัน ในส่วนด้านกำลังคน ควรใช้การบริหารจัดการผ่านคณะกรรมการ พชอ.เพื่อประสาน และใช้กำลังคนร่วมกันผ่านแผนการพัฒนากำลังคนร่วมกัน ด้านการจัดการงบประมาณพบว่า ไม่มีรูปแบบการจัดการด้านการคลังผ่านคณะกรรมการฯ เนื่องจากไม่มีระเบียบการเงินที่ชัดเจน ในส่วนกระบวนการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพประกอบด้วย การมีนโยบายระดับชาติ ระดับกระทรวง ระดับเขต และระดับจังหวัดที่สนับสนุนเป็นแนวทางเดียวกัน ด้านกระบวนการบริหารระบบสุขภาพอำเภอให้ประสบผลสำเร็จประกอบด้วย 1) การมีธรรมาภิบาล 2) การมีส่วนร่วม 3) การแบ่งปันทรัพยากร 4) การตอบสนองต่อปัญหา 5) การควบคุมกำกับ 6) โครงสร้างคณะกรรมการ 7) ภาวะผู้นำและความสามารถในการโน้มน้าว 8) ภาวะผู้นำและทักษะการจัดการ ด้านการบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพในพื้นที่ ได้แก่ 1) ความยืดหยุ่น 2) ความมีประสิทธิภาพ 3) ระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 4) ระบบการเงินการคลัง ระดับของการจัดบริการที่มีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ 1) การมีส่วนร่วมหน่วยงานภาครัฐ 2) การมีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่น 3) การมีส่วนร่วมภาคเอกชน

รูปแบบการใช้เกณฑ์อำเภอควบคุมโรค

วิรัช ประวันตา (2561) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ตามแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ ได้แก่ การสร้าง และตรวจสอบรูปแบบเกณฑ์พัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง โดยศึกษาด้านสภาพปัญหา แนวคิด

ทฤษฎีและองค์ประกอบ และส่วนที่ 2 ได้แก่ การใช้และประเมินรูปแบบเกณฑ์พัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง โดยการจัดทำคู่มือและโปรแกรมสำเร็จรูป NPM-DC พบว่า มีความตรงเชิงโครงสร้างและสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ระดับ 0.05 ในด้านผลการปฏิบัติพบว่า อำเภอเป้าหมายสามารถใช้แบบประเมินตนเองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการประเมินในภาพรวม ได้คะแนน 325-586 คะแนน จากคะแนนเต็ม 1000 คะแนน

รูปแบบการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเฉพาะด้าน

ธนศักดิ์ ธงศรี (2565) ศึกษา รูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดย กลไก พชอ. อำเภอม่วงสามสิบ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) กำหนดมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) พัฒนาทักษะองค์ความรู้ 4) ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 5) ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง 6) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไก พชอ. อำเภอม่วงสามสิบ พบว่า มีการสร้างเป้าหมายร่วมกัน มีการวางแผนเชิงกลยุทธ์ การรับฟังและรวบรวมความคิดเห็นของประชาชน มีแผนการพัฒนาศูนย์สุขภาพ มีการสร้างนวัตกรรมโครงการหมู่บ้านสีฟ้า ผลลัพธ์การดำเนินการพบว่าบรรลุเป้าหมาย คือ 1) ประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ครบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) ประชาชนที่ป่วยด้วยโรคโควิด-19 ได้รับการรักษา ร้อยละ 100 2) ชุมชนมี กฎ กติกา ในการปฏิบัติร่วมกันทุกหมู่บ้าน (ธรรมนูญตำบล) 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถป้องกันควบคุม การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างยั่งยืน ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยรวมอยู่ใน ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย= 3.84, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ Muangsamsip การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ สามัคคี เป็นเอกภาพ วิเคราะห์ข้อมูลต่อสม่าเสมอ เครือข่ายเข้มแข็ง มีต้นแบบที่ดี กลยุทธ์เข้มแข็ง Application ที่ทันสมัย งบประมาณ การสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของชุมชน

ปรีชา ปิยะพันธ์ (2565) ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดี อำเภออุทุมพรพิสัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรค บรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ค่า $F=23.405$, $p < 0.001$) โดยทั้ง 4 ปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

น้ำดี ได้ร้อยละ 25 ($R^2=0.214$, $R^2_{adj}=0.205$) รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย คือ SCR3SD ดังนี้ 1) Structure & Policy: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เข้มแข็ง ร่วมกำหนดนโยบายและบทบาทหน้าที่ชัดเจนใน การปฏิบัติงาน มีระบบการประชุมติดตามสม่ำเสมอและต่อเนื่อง 2) Coordination and Networking: การประสานงานระหว่างองค์กร บุคลากรเกี่ยวข้อง เพื่อสร้างภาคีเครือข่ายในการร่วมกันแก้ปัญหา 3) Resource sharing: การสนับสนุน แบ่งปันทรัพยากรและใช้ประโยชน์ร่วมกัน 4) Social Awareness: สร้างความตระหนักและความรับผิดชอบร่วมผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม การสร้างคุณค่า การระดมทุน ของทุกองค์กรในชุมชน 5) Service system: การสร้างระบบคัดกรองที่ครอบคลุมตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึง หน่วยบริการ การเข้าถึงระบบการรักษาของผู้ป่วย 6) Self-care: การเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 7) Development & Evaluation: การเกาะติดในการติดตามประเมิน ผลของทีมที่มีความพร้อม และการผลักดันนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่วนการประเมินผลรูปแบบ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ บรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค การมีส่วนร่วม การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคฯ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภออุทุมพรพิสัย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มศักยภาพของ ประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

รูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้

สุรัชย์ รุจิวรรณกุล และคณะ (2558) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอโดยการจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่:การศึกษาอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กระบวนการเรียนรู้มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การส่งเสริมความรู้ 2) การเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการ 3) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ และ 4) การสร้างเครือข่ายอำเภอเข้มแข็งแบบยั่งยืน ซึ่งส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ มีส่วนร่วม และความพึงพอใจ ในส่วนของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ คือ การเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ร่วมกับการปฏิบัติ เครือข่ายมีความเข้าใจในบริบทของ วัฒนธรรม ภาษา

รูปแบบการแก้ไขปัญหาเฉพาะด้าน

ไพโรจิตร ศิริมงคล (2566) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ของอำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย พบว่า รูปแบบ พขอ. ประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ., พขต. 2) การวิเคราะห์ปัญหาจากพื้นที่ 3) กำหนดยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ 4) ประสานภารกิจกำหนดบทบาทและพัฒนาศักยภาพ 5) บูรณาการร่วม กับ

ภาคีเครือข่าย 6) ติดตามและรายงานผลต่อเนื่อง และ 7) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน ผลการพัฒนาพบว่า คณะกรรมการมีความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นในระดับสูง ร้อยละ 96.32 (ในการดำเนินงานเพิ่มขึ้นในระดับมาก ($\bar{x} = 18.67$, S.D.= 1.379, $p < 0.05$) มีส่วนร่วม $\bar{x} = 4.34$, S.D. = 0.689, $p < 0.05$) และมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นในระดับมาก ($\bar{x} = 4.38$, S.D. = 0.654, $p < 0.05$) ดำเนินงานประเด็นที่คัดเลือก 2 ประเด็น คือ การป้องกันและแก้ไขปัญหาหยาเสพ ติดในชุมชน และการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรทางถนน ผลประเมินตามเกณฑ์ UCCARE ผ่านระดับ 4 คะแนน ทั้งสองประเด็น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพ ผู้บริหารให้ความสำคัญ ปัญหาจาก ระดับพื้นที่ แผนที่บูรณาการ มอบหมายบทบาทหน้าที่ และมีการแต่งตั้ง พชต. กำกับติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ณัด ไบยา และยุพิน แต่งอ่อน (2565) ศึกษา รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีคณะกรรมการระดับอำเภอเป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนหลัก ในการกำหนดประเด็นการพัฒนา แผนการพัฒนา การบูรณาการทรัพยากร และกำกับติดตาม ประเมินผล ใช้ข้อมูลเป็นฐาน โดยมีหมู่บ้านและตำบลเป็นพื้นที่ปฏิบัติการตามแผนงาน ประเด็น พชอ. ที่คัดเลือกดำเนินการมากที่สุด คือ การจัดการขยะ (ร้อยละ 60) รองลงมา ได้แก่ การลดการตีมี เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สุบบุรี (ร้อยละ 46.6) อาหารปลอดภัย (ร้อยละ 46.6) และผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40.0) ตามลำดับ และได้เพิ่มประเด็นการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นประเด็นหลักที่ดำเนินการในทุกอำเภอ ด้านผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.0-4.0 ในปี 2563 เพิ่มขึ้น เป็น 3.0-4.8 ในปี 2564 โดยอำเภอที่มีผลการประเมินสูงสุดได้แก่ อำเภอปัว (4.8) อำเภอทุ่งช้าง (4.8) และ อำเภอเมืองน่าน (3.8) ด้านผลการประเมิน ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตพบว่าผ่านเกณฑ์เพิ่มจาก 80 ตำบล (ร้อยละ 80.8) ในปี 2563 เพิ่มขึ้น เป็น 88 ตำบล (ร้อยละ 88.9) ในปี 2564 สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ การใช้ข้อมูล มีทีมงานและคนงาน นำหลากหลาย คณะกรรมการมีสัมพันธ์ภาพและความเข้าใจที่ดี มีการกำหนดประเด็นอย่างมีส่วนร่วม มีการขับเคลื่อนประเด็นของพื้นที่จนเกิดผลเป็นรูปธรรม เน้นปฏิบัติการระดับตำบลหรือหมู่บ้าน การเสริมพลังการทำงาน และมีการติดตามผลลัพธ์ต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรมุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมในระดับตำบลหรือหมู่บ้านเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติยา พิมพาเรือ และคณะ (2565) ศึกษา การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนนโยบาย การลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พบว่า จากการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในเกษตรกรผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในปี พ.ศ. 2561 มี 8 อำเภอ จาก 10 อำเภอ พิจารณาคัดเลือกประเด็นสารเคมีในเกษตรกรเป็นวาระของอำเภอ โดยมีตัว

แปรที่ส่งผลต่อการ ตัดสินใจเลือกปัญหาการโฆษณาเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร คือ นโยบายระดับจังหวัด ข้อมูลอัตราป่วย/อัตราการตาย ความรุนแรงที่ส่งผลให้เกิดปัญหาอื่น ๆ โอกาสในการป้องกันทำได้ง่าย ความตระหนักของพื้นที่ต่อปัญหานั้น ๆ กลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สุขภาพ และมีกรณีตัวอย่างของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการโฆษณาเคมีกำจัดศัตรูพืช จากการติดตามผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนอำเภอที่เลือกประเด็นปัญหาการโฆษณาเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร เพิ่มขึ้นเป็น 11 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 12.6 ของอำเภอทั้งหมดในเขตสุขภาพ ที่ 8 ขอเสนอแนะ สำหรับการคัดเลือกประเด็นของคณะกรรมการ พชอ.อาจจะเกิดจากการชี้เป้าจากข้อมูลที่ทีมงานนำเสนอ และส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาในพื้นที่เกิดขึ้นอยู่แล้ว สำหรับบทบาทของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค คือการจัดทำข้อมูล สถานการณ์ การชี้เป้า เสนอมาตรการและแนวทางแก้ไข รวมทั้งการสนับสนุนองค์ความรู้ ทั้งนี้สามารถเขาไปสนับสนุน การดำเนินงานตั้งแต่การเข้าร่วมประชุมเพื่อคัดเลือกประเด็นปัญหา

นางเยาว์ ชิลวรรณ (2563) ศึกษา รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบและสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพฯ ของพชอ. ภายใต้กรอบความร่วมมือตามกรอบแนวคิด 1) ทฤษฎีเชิงระบบ ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ 2) การจัดการกลยุทธ์ คือ การวิเคราะห์กลยุทธ์ การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การปฏิบัติเชิงกลยุทธ์ และการประเมินเชิงกลยุทธ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) มิติด้านปัจจัยนำเข้าประกอบด้วย การบูรณาการร่วมกันระหว่างทรัพยากรบุคคล แหล่งของงบประมาณ รูปแบบการสื่อสาร ช่องทางการสื่อสาร และทุนทางสังคมของพื้นที่ 2) มิติด้านกระบวนการ มีการดำเนินงานร่วมกันทั้งในระดับตำบล และระดับอำเภอ ตามแนวทางจัดการกลยุทธ์ ใน 4 ขั้นตอน คือ 2.1) การวิเคราะห์กลยุทธ์ เพื่อค้นหาปัญหาในพื้นที่ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน 2.2) วางแผนเชิงกลยุทธ์ ด้วยวิธีชี้แจงบทบาทหน้าที่ และสนับสนุนการใช้ทรัพยากรร่วมกันในด้านกำหนดเป้าหมาย แผนการดำเนินงาน รายละเอียดของงบประมาณ และผู้รับผิดชอบ 2.3) การปฏิบัติตามกลยุทธ์ การประสานความร่วมมือด้วยการสร้างแรงจูงใจ และส่งต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดการสนับสนุนและดำเนินงานร่วมกัน 2.4) การประเมินตามกลยุทธ์ เพื่อติดตาม ประเมินผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไตรมาสละ 1 ครั้งผ่านการสะท้อนผลการปฏิบัติงานและถอดบทเรียนร่วมกัน และ 3) มิติด้านผลลัพธ์ เกิดบุคคลต้นแบบพื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพ มีเครือข่าย มีอาสาสมัครและกลุ่มจิตอาสา ร่วมดำเนินงาน รวมทั้งมีการพัฒนาแผนและโครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณทั้งหมดทุกกองทุน

รูปแบบในเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพชีวิต

เดชา บัวเทศ และเย็นฤดี กะมุกดา (2565) ศึกษาการสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในระดับพื้นที่เพื่อเสนอเป็นนโยบายสู่การปฏิบัติ พบว่า ปัญหาที่นำมาสู่การพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ต้องเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจรายครัวเรือน และตรงกับความต้องการของประชาชน กระบวนการพัฒนาต้องสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับบุคคล ครัวเรือน กลุ่มบุคคล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เป็นแกนหลักในการพัฒนาผลสำเร็จที่ได้จากกระบวนการพัฒนาทำให้ประชาชนคิดเป็น ทำเป็น เข้าใจสภาพปัญหาของตนเอง และชุมชนลงมือแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง การขยายผลการพัฒนาเน้นการขยายผลให้ครอบคลุมทั่วถึงทุกหลังคาเรือนในพื้นที่ รูปแบบที่เสนอเป็นนโยบายสู่การปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ต้องปรับ บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) จากผู้ปฏิบัติมาเป็นผู้กำหนดนโยบาย พิจารณาแผนงาน ในระดับพื้นที่ สนับสนุนวิชาการ กำกับติดตามและประเมินผล ต้องกำหนดให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ หรือระดับตำบล (พชต.) อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เป็นแกนหลักในการพัฒนา โดยสร้าง การมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ของคนในชุมชนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับแนวคิด วิธีการพัฒนา และความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่ การต่อยอดขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

วินัย วาหลวง และคณะ (2567) ศึกษา รูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบาย แอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ภาพรวมของจังหวัด นครศรีธรรมราช มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ ระดับชาติในพื้นที่ภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณา เป็นรายยุทธศาสตร์มีเพียงยุทธศาสตร์ที่ 4 การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานในระดับมาก ส่วนอีก 4 ยุทธศาสตร์ มีการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง และผลการศึกษาศึกษาการสร้างรูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดนโยบายในการขับเคลื่อน 2) ขับเคลื่อนงานโดยการบูรณาการทุกภาคส่วน 3) สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ 4) เสนอแนะและเป็นที่เลี้ยงในการดำเนินงาน และ 5) ติดตามและประเมินผลงานซึ่งจากทดลองใช้รูปแบบดังกล่าวในพื้นที่อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้กรอบแนวคิดประเมินผล CIPP Model พบว่า สถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ในพื้นที่ ลดลง ปังจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตจากการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมาน คงสมบูรณ์ และยอดชาย สุวรรณวงษ์ (2564) ศึกษา รูปแบบภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี พบว่า พบว่า รูปแบบภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรีมี 5 องค์ประกอบ คือ 1) แนวคิด: ผู้นำสะท้อนความสำเร็จของเป้าหมาย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 2) หลักการ: พัฒนาทักษะเชิงกลยุทธ์ เสริมสร้างทักษะการสื่อสาร สร้างการมีส่วนร่วม 3) เป้าหมาย: ผู้นำมีทักษะการบริหาร การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประชาชนพึงพอใจ 4) กระบวนการ: การวิเคราะห์เชิงระบบ การวางแผนการพัฒนา การพัฒนาทักษะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ การปฏิบัติงานและควบคุมเชิงกลยุทธ์ การสะท้อนบทเรียน การประเมินผล และ 5) การประเมินผล: ทักษะเชิงกลยุทธ์ของผู้นำ การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ความพึงพอใจของประชาชนต่อผลงาน โดยรูปแบบมีประโยชน์ในการส่งเสริมภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ในระดับมาก (Mean = 3.94, SD = 0.81) และมีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้จริง ในระดับมาก (Mean = 3.47, SD = 0.85) โดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อรูปแบบ 3 ปัจจัย คือ 1) สัมพันธภาพเชิงบวกระหว่างเครือข่าย 2) การเชื่อมโยงข้อมูลของคณะทำงานย่อยในระดับตำบล และ 3) ระบบการสื่อสารที่เอื้อต่อการสั่งการ และรายงาน

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานของพชอ. มีการปฏิบัติแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และบางกิจกรรมสามารถที่ทำได้ ได้ดีมาก หรือบางกิจกรรมทำได้น้อย ทั้งนี้ยังพบว่ากิจกรรมในการดำเนินการที่ปฏิบัติได้ดี ได้แก่ การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน สร้างความเชื่อมั่น และความเข้าใจร่วมกัน ตลอดจนแบ่งหน้าที่อย่างเป็นระบบ สิ่งเหล่านี้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตได้ตรงตามความต้องการ ในส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการฯสรุปได้ว่าเกี่ยวข้องกับด้านศักยภาพรายบุคคล ด้านการทำงานภายในคณะกรรมการควบคุมและการสนับสนุนจากภาครัฐ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

และจากการทบทวนรูปแบบการดำเนินการของ พชอ. พบว่า รูปแบบปัจจุบันยังไม่สามารถตอบสนองสาเหตุ ปัญหา ปัจจัยทั้งหมด ซึ่งพบว่ามีรูปแบบที่มุ่งพัฒนาสมรรถนะของ พชอ. รูปแบบที่เน้นโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของพชอ. รูปแบบจัดกลุ่มประเด็นการพัฒนาเพื่อการจัดการ รูปแบบกระบวนการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ รูปแบบเกณฑ์อำเภอควบคุมโรค รูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้ รูปแบบการแก้ไขปัญหาเฉพาะด้าน และรูปแบบเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม เป็นเพียงรูปแบบที่เน้นเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดำเนินการ พชอ.เท่านั้น แต่ยังไม่พบรูปแบบการดำเนินงานของ พชอ. ที่เป็นภาพรวม ประกอบทั้งการพิจารณาถึง การดำเนินงานร่วมกัน บูรณาการงานร่วมกัน ศักยภาพรายบุคคล กำหนดทิศทางการทำงานร่วมกัน ในการขับเคลื่อนพัฒนาสุขภาวะของประชาชน โดยการบริหารจัดการที่คำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และบทบาทแต่ละภาคส่วนโดยตรง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ แนวคิดการนำร่วม (Kellogg, 2001) เป็นกระบวนการที่นำไปสู่ความร่วมมือที่หลากหลายของคนในชุมชน นำไปสู่ผลลัพธ์ต่อสถาบันชุมชน ซึ่งระบุว่าขั้นตอนการนำร่วมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ การร่วมสร้างวัตถุประสงค์และแผนกลยุทธ์ การร่วมทำกิจกรรมและหน้าที่ร่วมกัน และการทำงานและพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งขั้นตอนดำเนินการนี้มีสิ่งสำคัญที่เกี่ยวข้อง คือ การให้คุณค่าสมาชิก การสื่อสาร การทำงานเป็นทีมโดยนำมาประยุกต์ใช้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ นอกจากนี้ ได้นำระเบียบการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561) ซึ่งระบุว่าถึงบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอฯ ประกอบด้วย การดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการ การกำหนดแผนงานและเป้าหมาย การขับเคลื่อน การบูรณาการ การสนับสนุน เสนอแนะ และให้ คำปรึกษา การประสานงานหรือร่วมมือเครือข่าย การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และการปฏิบัติการอื่นใดตามที่ได้รับมอบหมาย มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการบริหารจัดการของอองรี ฟาโยล์ (Fayol, 1925) ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การจัดองค์กร (Organizing) 3) การบังคับบัญชา (commanding) 4) การประสานงาน (Coordination) 5) การควบคุม (Controlling) รวมทั้งแนวคิดการบูรณาการ (Wilber, 1997) แนวคิดการมีส่วนร่วม (Cohen & Uphoff, 1980) มาประยุกต์ใช้ศึกษาการดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สามารถนำมาเขียนได้ กรอบแนวคิดการวิจัยในภาพรวมของการศึกษาทั้งหมด ดังภาพที่ 4

และได้ใช้กรอบแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้นและประกอบกับได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ตัวแปรต้น ทั้งหมด 23 ตัว จึงนำมาประกอบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นวิจัยเชิงปริมาณที่จะทำการศึกษาในระยะที่ 1 ประกอบด้วย ตัวแปรต้น และตัวแปรตามที่จะศึกษา สรุปดังต่อไปนี้ ตัวแปรต้นที่ทำการศึกษา ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพ หน่วยงานที่ทำงาน สังกัด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาเข้าร่วมการดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

2. ปัจจัยด้านศักยภาพรายบุคคล ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พขอ. ประสบการณ์ทำงานด้านบริหาร ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะการจัดการ ความเป็นผู้นำ ทักษะคิดต่อการทำงาน พขอ.

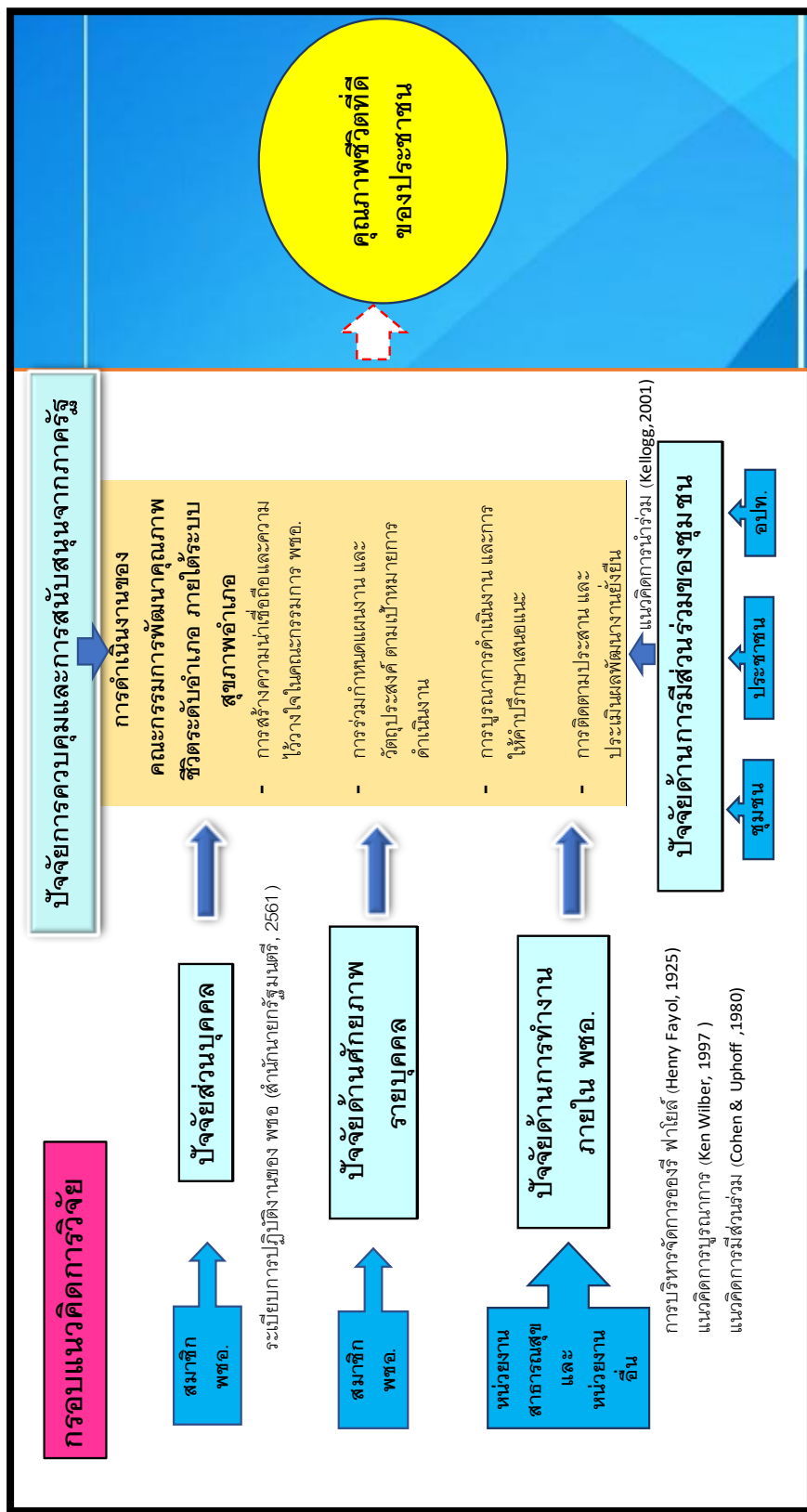
3. ปัจจัยด้านการทำงานภายในคณะกรรมการ พชอ. ได้แก่ โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ พชอ. ด้านการมอบหมายงานภายในทีม การให้คุณค่าสมาชิก การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ระบบ ข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร

4. ปัจจัยการควบคุมและการสนับสนุนจากภาครัฐ ได้แก่ การควบคุมกำกับจากภาครัฐ และการได้รับการพัฒนาศักยภาพ พชอ.

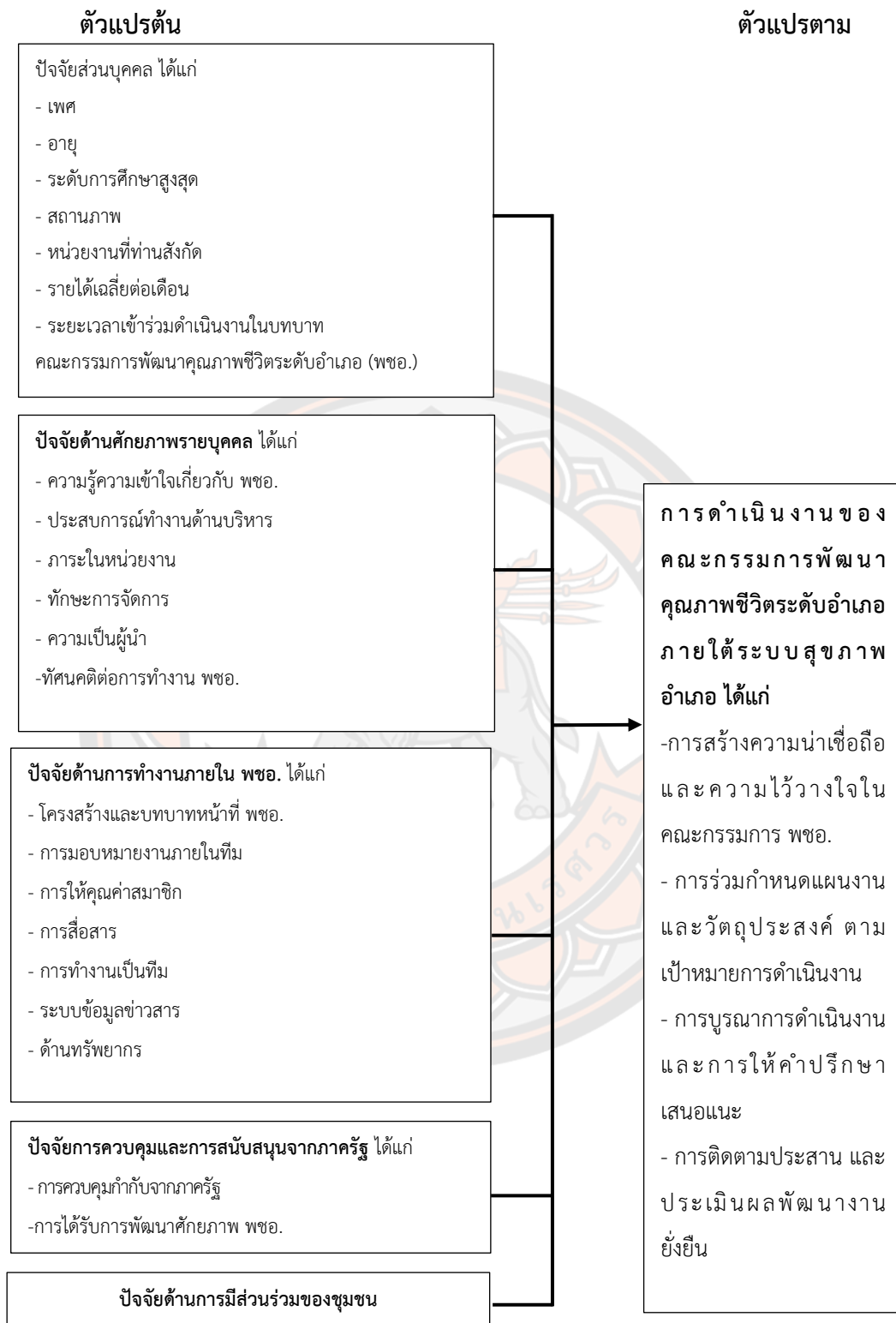
5. ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตัวแปรตามที่จะทำการศึกษา ได้แก่ การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจในคณะกรรมการ พชอ. 2) การร่วมกำหนดแผนงานและวัตถุประสงค์ ตามเป้าหมายการดำเนินงาน 3) การบูรณาการดำเนินงาน และการให้คำปรึกษาเสนอแนะ และ 4) การติดตาม ประสาน และประเมินผลพัฒนางานยั่งยืน สามารถนำมาเขียนได้ ดังภาพ 5





ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 5 กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปริมาณ (ระยะที่ 1)

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา “รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ” โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

รูปแบบการวิจัย

1. กระบวนทัศน์การวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยมีกระบวนกร และแนวคิดของกระบวนทัศน์แบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ที่เชื่อว่าความรู้ที่มีอยู่หากไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จะไร้ค่า สามารถใช้วิธีวิจัยแบบใดก็ได้ที่ตอบคำถามการวิจัยได้ดีที่สุด และข้อมูลเพียงวิธีการเดียวไม่สามารถอธิบายรายละเอียดของสถานการณ์นั้นได้ การผสมผสานเทคนิคทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจะทำให้เกิดความสมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งเป็นการผสมผสานวิธีวิจัยที่เน้นผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มุ่งการแก้ปัญหามากกว่าการติดยึดวิธีวิจัย มีการใช้การเก็บข้อมูลหลากหลายวิธี และมุ่งให้เกิดการปฏิบัติตามโลกของความเป็นจริง

จากกระบวนทัศน์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) (Creswell, 2021) เนื่องจากผลการวิจัยจากการวิจัยเชิงผสมผสานสามารถเสริมต่อกันโดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งอธิบายขยายความผลการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง สามารถช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว การใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่ง โดยสามารถนำผลผลิตจากการวิจัยแบบผสมผสานวิธีมาสร้างความรู้ความจริงที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการปรับเปลี่ยนทฤษฎีหรือการปฏิบัติงาน (ภัทราวดี มากมี, 2559) และการวิจัยครั้งนี้ใช้ ระเบียบวิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับ (Explanatory Sequential Design) ซึ่งอธิบายถึงการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพในสองขั้นตอนติดต่อกัน ต้องใช้กระบวนกรวิจัยที่เชื่อมโยงข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ และผลลัพธ์จะถูกกรรวมเข้าด้วยกัน โดยในระยะแรก ศึกษาการดำเนินงาน และหาตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จากนั้นจึงนำไปสู่การศึกษาในระยะที่สอง ศึกษามุมมองต่อการดำเนินงาน และสาเหตุปัจจัย และข้อเสนอแนะที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการตั้งคำถามสนทนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่สอง และนำผลมาเชื่อมโยงในช่วงการแปลผล (Connecting data) โดยอาจนำเอาข้อมูลคุณภาพที่วิเคราะห์ได้ในระยะที่สองมาช่วยอธิบายผล กับข้อมูลเชิงปริมาณในระยะแรก ว่าเป็นข้อสรุป ตรวจสอบความถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยสมบูรณ์มากขึ้นผลที่ได้จากการศึกษาทั้ง

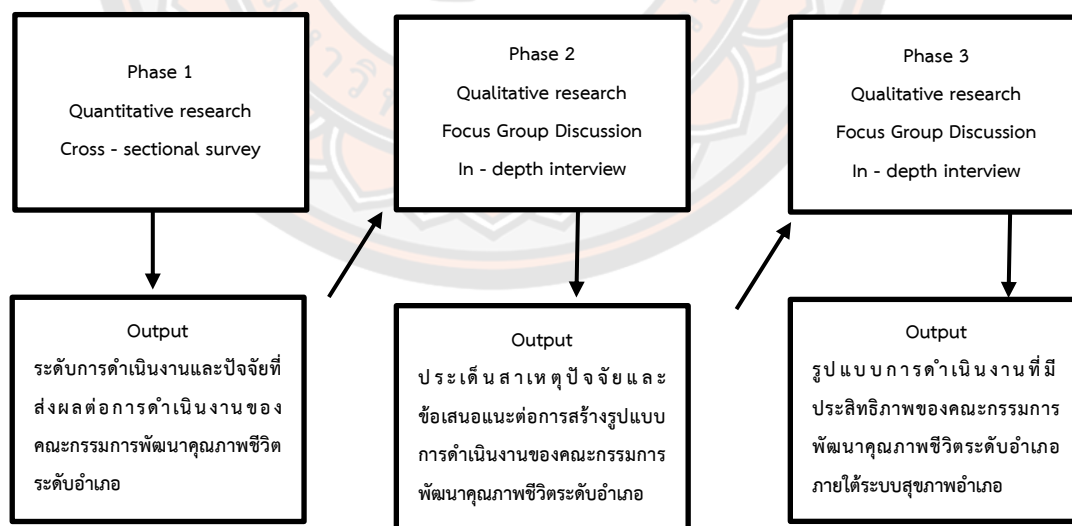
สองวิธีการมาเชื่อมโยงกัน จากนั้นนำข้อมูลมาตีความสิ่งที่ต้องการจะศึกษาต่อไป (Creswell, 2021) การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยแบบหลายช่วง (Multi-phase design) เป็นการวิจัยที่มีหลายช่วง หลายรูปแบบการวิจัยเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบปัญหาการวิจัยที่ต้องอาศัยสิ่งที่เรียนรู้จากหลาย ๆ การวิจัยร่วมกัน โดยมีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ผล และการสรุปผลตามช่วงเวลาการดำเนินการวิจัยแต่ละช่วงหรือตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งในแต่ละขั้นตอนสามารถเป็นตัวแทนของการศึกษาเดี่ยวได้

ระยะการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งระยะการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ตามกระบวนการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ
2. การวิจัยระยะที่ 2 ศึกษามุมมองต่อการดำเนินงาน และอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ
3. การวิจัยระยะที่ 3 พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

โดยสามารถเขียนขั้นตอนการวิจัยได้ดังภาพ 6 และสรุปขั้นตอนการวิจัยมีทั้งหมด ดังภาพ 7



ภาพ 6 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods)



ภาพ 7 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ศึกษาลักษณะการทำงาน ระดับการปฏิบัติของการทำงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยจะทำการเลือกและวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในข้อมูลเชิงปริมาณ จากนั้นจึงนำมาสู่คุณลักษณะและมุมมองต่อรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อกำหนดคำถามวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่สอง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษาคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 25 อำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร และเพื่อให้เกิดความเหมาะสมของจำนวนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 525 คน(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2562)

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรจำแนกรายอำเภอ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มพื้นที่ ได้แก่ สายเหนือ สายกลาง และสายใต้

กลุ่มพื้นที่	จำนวนอำเภอ	รายชื่ออำเภอ	ประชากร (คน)
สายเหนือ	1	เชียงดาว	21
	2	เวียงแหง	21
	3	ไชยปราการ	21
	4	แม่ฮ่าย	21
	5	ฝาง	21
	6	แม่แตง	21
	7	แม่วิม	21
สายกลาง	8	เมืองเชียงใหม่	21
	9	พร้าว	21
	10	สันทราย	21
	11	ดอยสะเก็ด	21
	12	สารภี	21
	13	สะเมิง	21
	14	สันกำแพง	21
	15	แม่ออน	21
	16	หางดง	21

ตาราง 1 (ต่อ)

กลุ่มพื้นที่	จำนวนอำเภอ	รายชื่ออำเภอ	ประชากร (คน)
สายใต้	17	สันป่าตอง	21
	18	แม่วาง	21
	19	ดอยหล่อ	21
	20	จอมทอง	21
	21	ฮอด	21
	22	แม่แจ่ม	21
	23	อมก๋อย	21
	24	ดอยเต่า	21
	25	กัลยาณิวัฒนา	21
	รวม		525

1.2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดำเนินการโดย

1.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณการค่าเฉลี่ยประชากร (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา, 2558) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 391 ตัวอย่าง

$$n = \frac{\frac{\alpha}{NZ^2\sigma^2}}{\frac{\alpha}{NE^2+Z^2\sigma^2}}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

Z = ค่า Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05, ทดสอบ 2 ทาง (Z = 1.96)

E = ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (E = 0.05)

σ^2 = ค่าแปรปรวนของประชากร คำนวณจากกำลังสองของส่วนเบี่ยงเบนของรูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 12 ($S^2 = 9.85$) (พรสวรรค์ พรกาญจนวงศ์, 2562)

แทนค่า

$$N = \frac{525 (1.96^2) (9.85)}{525 (0.05^2) + (1.96^2) (9.85)}$$

$$n = 391.83$$

ซึ่งจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาคำนวณเป็นตัวแทนของอำเภอซึ่งต้องมีอำเภอละ 21 คน เท่า ๆ กัน คือ 19 อำเภอ x 21 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้เป็น 399 คน (19 อำเภอ)

1.2.2 สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ใน 25 อำเภอ เมื่อจำแนกอำเภอเป็น 3 โซน ได้แก่ โซนสายเหนือ (7 อำเภอ) โซนสายกลาง (9 อำเภอ) และโซนสายใต้ (9 อำเภอ) จากนั้นสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มอำเภอแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ได้อำเภอที่จะศึกษาตามสัดส่วน (Proportional Allocation) ได้โซนสายเหนือ (5 อำเภอ) โซนสายกลาง (7 อำเภอ) และโซนสายใต้ (7 อำเภอ) ดังนี้

ตาราง 2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ จำแนกรายอำเภอ โดยแบ่งเป็น 3 โซน ได้แก่ โซนสายเหนือ โซนสายกลาง และโซนสายใต้

กลุ่มพื้นที่	จำนวนอำเภอ ที่คิดสัดส่วนแล้ว	รายชื่ออำเภอ	ประชากร (คน)
สายเหนือ (5 อำเภอ 105 คน)	1	เชียงดาว	21
	2	ฝาง	21
	3	แม่แตง	21
	4	แม่ออน	21
	5	ไชยปราการ	21
สายกลาง (7 อำเภอ 147คน)	1	สันทราย	21
	2	ดอยสะเก็ด	21
	3	สารภี	21
	4	สันกำแพง	21
	5	แม่ออน	21
	6	หางดง	21
	7	เมือง	21
สายใต้ (7 อำเภอ 147 คน)	1	สันป่าตอง	21
	2	แม่วาง	21
	3	จอมทอง	21
	4	ดอยหล่อ	21
	5	ฮอด	21
	6	อมก๋อย	21
	7	ดอยเต่า	21
	รวม		399

1.3 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1.3.1 อาศัยหรือปฏิบัติงานในหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชนในเขตอำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

1.3.2 เป็นคณะกรรมการฯ ประกอบด้วย นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ สาธารณสุขอำเภอ เป็น เลขานุการ และกรรมการส่วนอื่น ๆ อีกที่มาจากภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ เอกชน

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน จำนวนไม่เกินสิบเก้าคน โดยต้องได้รับการแต่งตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561

1.3.3 ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย

1.3.4 ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด

กิจกรรมการวิจัย

1.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ย้ายที่อยู่ และ/หรือย้ายไปทำงานในพื้นที่อื่น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างเอง เพื่อใช้ในการศึกษาการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยประยุกต์จากระเบียบการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และแนวคิดการนำร่วม แนวคิดการบูรณาการ และแนวคิดการมีส่วนร่วม ซึ่งกล่าวถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานและคุณลักษณะของการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งศักยภาพรายบุคคล ศักยภาพของพขอ. การควบคุมและสนับสนุนจากภาครัฐ และด้านชุมชนในอำเภอ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพ หน่วยงานที่ท่านสังกัด รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน) ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) โดยลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบ (Checklist) และเติมคำ เกณฑ์การแปลความหมาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 ข้อมูลศักยภาพรายบุคคลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ชุดที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ ความหมาย บทบาท อำนาจและหน้าที่ คณะกรรมการ คุณสมบัติคณะกรรมการ สำนักงานเลขานุการ มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ ถูก/ผิด จำนวน 10 ข้อ ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ตอบถูก ได้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น = $10 - 0 / 3 = 3.33$ โดยการแปลผล คะแนนเฉลี่ยความรู้รวม ผู้วิจัยนำคะแนนผลที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของเบส(Best, 1977) คือ น้อย (คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 3.33) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.34 - 6.67) มาก (คะแนนเฉลี่ย 6.68 - 10.00) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 0.00 - 3.33 หมายถึง ระดับความรู้อยู่ในระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.34 - 6.67 หมายถึง ระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 6.68 - 10.00 หมายถึง ระดับความรู้ที่อยู่ในระดับมากที่สุดที่ 2 ประสพการณ์ทำงานด้านบริหาร ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะการจัดการ การเป็นผู้นำ ทักษะการติดต่อการทำงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1961) โดยข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นมากที่สุด
 มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นมาก
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นปานกลาง
 น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นน้อย
 น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นน้อยที่สุด

โดยแปลผลระดับคะแนน ดังนี้

ข้อความทางบวก	ข้อความทางล	
ระดับการให้คะแนน มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
ระดับการให้คะแนน มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ระดับการให้คะแนน ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
ระดับการให้คะแนน น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ระดับการให้คะแนน น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่าง ๆ มีสมการคำนวณอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.8 โดยใช้สมการทางคณิตศาสตร์ของ Fisher (1950) คือ

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น}$$

$$= 5-1 / 5 = 0.8$$

กำหนดเกณฑ์แปลความหมายคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00	หมายถึง มีระดับความคิดเห็น มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.43 - 4.20	หมายถึง มีระดับความคิดเห็น มาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40	หมายถึง มีระดับความคิดเห็น ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60	หมายถึง มีระดับความคิดเห็น น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80	หมายถึง มีระดับความคิดเห็น น้อยที่สุด

ตอนที่ 3 การทำงานภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ชุดที่ 3 โครงสร้างและบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้านการมอบหมายงานภายในทีม การให้คุณค่าสมาชิก การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ระบบข้อมูล ข่าวสาร และด้านทรัพยากร โดยลักษณะคำถามเป็นชนิดแบบเลือกตอบ ตามคุณลักษณะของข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ให้ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบ (Checklist) และเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1961)

แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้

โดยข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นน้อยที่สุด

โดยแปลผลระดับคะแนน ดังนี้

ข้อความทางบวก ข้อความทางลบ

ระดับการให้คะแนน มากที่สุด 5 คะแนน 1 คะแนน

ระดับการให้คะแนน มาก 4 คะแนน 2 คะแนน

ระดับการให้คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน 3 คะแนน

ระดับการให้คะแนน น้อย 2 คะแนน 4 คะแนน

ระดับการให้คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่าง ๆ มีสมการคำนวณอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.8 โดยใช้สมการทางคณิตศาสตร์ของ Fisher (1950) คือ

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น} \\ &= 5-1 / 5 = 0.8 \end{aligned}$$

กำหนดเกณฑ์แปลความหมายคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีระดับความคิดเห็น มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.43 - 4.20 หมายถึง มีระดับความคิดเห็น มาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีระดับความคิดเห็น ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีระดับความคิดเห็น น้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีระดับความคิดเห็น น้อยที่สุด

ตอนที่ 4 ปัจจัยการควบคุมและสนับสนุนจากภาครัฐ และชุมชน

ชุดที่ 4 การควบคุมกำกับจากภาครัฐ การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยลักษณะคำถามเป็นชนิดแบบเลือกตอบ ตามคุณลักษณะของข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ให้ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบ (Checklist) และเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert, 1961) โดยข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นน้อยที่สุด

โดยแปลผลระดับคะแนน ดังนี้

ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ	
ระดับการให้คะแนน มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
ระดับการให้คะแนน มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ระดับการให้คะแนน ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
ระดับการให้คะแนน น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ระดับการให้คะแนน น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่าง ๆ มีสมการคำนวณอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.8 โดยใช้สมการทางคณิตศาสตร์ของ Fisher (1950) คือ

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น}$$

$$= 5-1 / 5 = 0.8$$

กำหนดเกณฑ์แปลความหมายคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีระดับความคิดเห็น มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.43 - 4.20 หมายถึง มีระดับความคิดเห็น มาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีระดับความคิดเห็น ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีระดับความคิดเห็น น้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีระดับความคิดเห็น น้อยที่สุด

ตอนที่ 5 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชน

ชุดที่ 5 การมีส่วนร่วมของชุมชน

โดยลักษณะคำถามเป็นชนิดแบบเลือกตอบ ตามคุณลักษณะของข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ให้ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบ (Checklist) และเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1961)

แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ต่อข้อความนั้นน้อยที่สุด

โดยแปลผลระดับคะแนน ดังนี้

ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ	
ระดับการให้คะแนน มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
ระดับการให้คะแนน มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ระดับการให้คะแนน ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
ระดับการให้คะแนน น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ระดับการให้คะแนน น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่าง ๆ มีสมการคำนวณอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.8 โดยใช้สมการทางคณิตศาสตร์ของ Fisher (1950) คือ

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น}$$

$$= 5-1 / 5 = 0.8$$

กำหนดเกณฑ์แปลความหมายคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.43 - 4.20 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน มาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน น้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน น้อยที่สุด

ตอนที่ 6 การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ชุดที่ 6 การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ได้แก่ การสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การร่วมกำหนดแผนงานและวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายการดำเนินงาน การบูรณาการการดำเนินงานและการให้คำปรึกษาเสนอแนะ และการติดตามประสาน และประเมินผลพัฒนางานยั่งยืน

โดยลักษณะคำถามเป็นชนิดแบบเลือกตอบ ตามคุณลักษณะของข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ให้ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบ (Checklist) และเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1961) แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีการดำเนินงาน	ต่อข้อความนั้น	มากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านมีการดำเนินงาน	ต่อข้อความนั้น	มาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีการดำเนินงาน	ต่อข้อความนั้น	ปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านมีการดำเนินงาน	ต่อข้อความนั้น	น้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีการดำเนินงาน	ต่อข้อความนั้น	น้อยที่สุด

โดยแปลผลระดับคะแนน ดังนี้

ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ระดับการให้คะแนน มากที่สุด	5 คะแนน 1 คะแนน
ระดับการให้คะแนน มาก	4 คะแนน 2 คะแนน
ระดับการให้คะแนน ปานกลาง	3 คะแนน 3 คะแนน
ระดับการให้คะแนน น้อย	2 คะแนน 4 คะแนน
ระดับการให้คะแนน น้อยที่สุด	1 คะแนน 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่าง ๆ มีสมการคำนวณอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.8 โดยใช้สมการทางคณิตศาสตร์ของ Fisher (1950) คือ

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น}$$

$$= 5-1 / 5 = 0.8$$

กำหนดเกณฑ์แปลความหมายคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00	หมายถึง ระดับการดำเนินงาน มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.43 - 4.20	หมายถึง ระดับการดำเนินงาน มาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40	หมายถึง ระดับการดำเนินงาน ปานกลาง

- ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง ระดับการดำเนินงาน น้อย
 ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง ระดับการดำเนินงาน น้อยที่สุด

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดลักษณะการทำงาน ระดับการปฏิบัติของการดำเนินงาน และ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบ สุขภาพอำเภอ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 ทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยศึกษารายละเอียดจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 กำหนดขอบเขต และโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามให้สอดคล้องกับกรอบ แนวคิดการวิจัย

3.3 สร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยพิจารณาจากนิยามศัพท์ และวัตถุประสงค์ ของการวิจัย นำมากำหนดการให้คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละข้อ

3.4 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความ เหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำ

3.5 การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่สร้าง ขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of Item – Objective Congruence) จำนวน 5 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3 ท่าน โดยเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนน แบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ให้ +1 = แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ 0 = ไม่แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ -1 = แน่ใจว่าไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) จากสูตรของ Rovinelli & Hambleton (1977) ดังนี้

$$IOC = (\Sigma R) / N$$

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ΣR = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

พบว่า ค่า IOC ของข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ เกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ต้องพิจารณาแก้ไขปรับปรุงหรือตัดทิ้ง

3.6 การตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับคณะกรรมการ พชอ. ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงจากอำเภออื่น ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสอบถามโดยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พชอ. คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธี Kuder Richardson 21 หรือ KR-21 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80-1.00 และใช้สูตรประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือได้ ควรจะมากกว่า 0.70 (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558) ซึ่งค่าเฉลี่ยผลรวมของค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ 0.91

ค่าความเที่ยงรายชุดแบบสอบถาม มีค่าดังต่อไปนี้

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง
ชุดที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พชอ.	0.89
ชุดที่ 2 ประสพการณ์ พชอ.	0.85
ชุดที่ 3 โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ พชอ.	0.94
ชุดที่ 4 การควบคุมภาครัฐ การได้รับการพัฒนา	0.92
ชุดที่ 5 การมีส่วนร่วมของชุมชน	0.92
ชุดที่ 6 การดำเนินงานของ พชอ.	0.93
รวมทั้งฉบับ	0.91

3.7 จัดทำแบบสอบถามเป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับคณะกรรมการ พชอ. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีวิธีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่ว่าการอำเภอ 3 กลุ่มพื้นที่ได้แก่ สายเหนือ สายกลาง และสายใต้ ที่ได้คัดเลือกไว้จำนวน 19 อำเภอ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 3 กลุ่มพื้นที่ได้แก่ สายเหนือ สายกลาง และสายใต้ที่ได้คัดเลือกไว้จำนวน 19 อำเภอ ในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ผู้วิจัยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และฝึกทักษะการเป็นผู้ช่วยผู้วิจัย ให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในส่วนกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย ที่ได้เลือกไว้ 19 อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

4.3 ส่งแบบสอบถามที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ในแบบสอบถามจะมีคำชี้แจงการทำแบบสอบถามและขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม พร้อมทั้งเขียนชี้แจงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ไว้ที่แบบสอบถามทุกฉบับ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในส่วนกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย ที่ได้เลือกไว้ 19 อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่ ช่วยเก็บข้อมูล

4.4 ประสานงานการเก็บรวบรวมข้อมูลรายตำบล โดยเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในส่วนกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย ที่ได้เลือกไว้ 19 อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นผู้ช่วยรวบรวมแบบสอบถาม โดยกำหนดส่งแบบสอบถามคืนผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์

4.5 กรณีแบบสอบถามที่ไม่ได้รับคืน เมื่อผู้วิจัยตรวจสอบจากรหัสแบบสอบถามแล้วติดตามเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และประสานงานช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในส่วนกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย หรือผู้นำชุมชน ที่ได้เลือกไว้ 19 อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่ แล้วแต่กรณี

4.6 หลังจากที่ได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้อง และสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัย ดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ พชอ. ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพ หน่วยงานที่สังกัด รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน) ระยะเวลาเข้าร่วมการดำเนินงานในบทบาท พชอ. ใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 ข้อมูลศักยภาพรายบุคคลของ พชอ. ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พชอ. ประสบการณ์ทำงานด้านบริหาร ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะการจัดการ ความเป็นผู้นำทัศนคติต่อการทำงาน พชอ. ใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 ข้อมูลศักยภาพการทำงานภายใน พขอ. ได้แก่ โครงสร้างภายในพขอ. การมอบหมายงานภายในทีม การให้คุณค่าสมาชิก การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ระบบข้อมูล ข่าวสาร และด้านทรัพยากร ใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 4 ข้อมูลการควบคุม และการสนับสนุนจากภาครัฐและชุมชน ได้แก่ การควบคุมกำกับจากภาครัฐ การได้รับการพัฒนาศักยภาพ พขอ. และ การมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 5 การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 วิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression Analysis: Stepwise)

5.3 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

การวิจัยระยะที่ 2 ศึกษามุมมองต่อการดำเนินงาน และอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษามุมมองต่อการดำเนินงาน และอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อสรุปประเด็นสาเหตุปัจจัยและข้อเสนอแนะต่อการสร้างรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การคัดเลือกพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยมีเกณฑ์การคัดเลือกอำเภอ คือ เป็นพื้นที่อำเภอห่างไกล (Remote area) ที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. มาก เนื่องจากมีความหลากหลายของระดับปัญหา และความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่หลากหลาย

ขั้นตอนที่ 1 คั้นข้อมูลผลการศึกษากิจการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

โดยผู้วิจัยนำเสนอการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อเป็นการคั้นข้อมูล และให้กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสะท้อนมุมมอง สาเหตุปัจจัยการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน ร่วมกันเสนอแนะแนวทางของการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ในกลุ่มที่มีลักษณะแบบเอกพันธ์ (Homogeneous group) คือ มีประสบการณ์ในการทำงานที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจะช่วยลดความผันแปร (หรือลดความแตกต่าง) ของข้อมูล และช่วยให้การวิเคราะห์ข้อมูลทำได้ง่ายขึ้น และยังช่วยอำนวยความสะดวกในการสนทนากลุ่ม (Focus Group

Discussion: FGD) จำนวน 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ จังหวัด เชียงใหม่ จำนวน 10 คน 2) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน พขอ. จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน 3) คณะอนุกรรมการ พขอ. จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน 5) ผู้นำชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน และ สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ 6) นายกองคกรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 5 คน 7) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่/หรือผู้รับผิดชอบงาน พขอ. เชียงใหม่ จำนวน 1 คน 8. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้รับผิดชอบงาน พขอ. จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1 คน รวมทั้ง 8 กลุ่มจำนวนทั้งสิ้น 57 คน

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยสังเคราะห์มุมมองต่อการดำเนินงาน และอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการ ดำเนินงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะ เพื่อสรุปประเด็นสาเหตุปัจจัยและข้อเสนอแนะต่อการสร้างรูปแบบ การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ขั้นตอนที่ 1 ค้นข้อมูลผลการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ อำเภอ จังหวัด

เชียงใหม่

1.1.2 บุคลากรสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงาน พขอ. ในพื้นที่ อำเภอ จังหวัด

เชียงใหม่

1.1.3 คณะอนุกรรมการ พขอ. ในพื้นที่ อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่

1.1.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่

1.1.5 ผู้นำชุมชน ในพื้นที่ อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่

1.1.6 นายกองคกรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่ อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่

1.1.7 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่/หรือผู้รับผิดชอบงาน พขอ.

ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

1.1.8 ผู้รับผิดชอบงาน พขอ. ในโรงพยาบาลอำเภอจังหวัดเชียงใหม่

1.2 การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตาม 16 กลยุทธ์ตาม แนวทางของ Miles & Huberman (1994) แบบการเลือกตัวอย่างกรณีหลากหลาย (Maximum Variation Sampling) ซึ่งเป็นการเลือกตัวอย่างที่ครอบคลุมความหลากหลายที่ผู้วิจัยให้ความสนใจ หรืออาจจะเป็นการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ในพื้นที่ที่ต่างกัน และในระยะเวลาที่ต่างกัน การเลือกกลุ่มตัวอย่างนี้ผู้วิจัยควรเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มี ขนาดเล็กแต่ครอบคลุมความหลากหลายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หรืออาจจะเป็นการทำความเข้าใจ

ปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ในพื้นที่ที่ต่างกัน และในระยะเวลาที่ต่างกัน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา เป็นต้น

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Inclusion criteria)

1.3.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่อำเภอ จังหวัด เชียงใหม่ จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ

1. ได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและทำงานมา อย่างน้อย 1 ปี

2. ไม่มีโรคหรืออาการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

3. เป็นตัวแทนของ ภาคส่วนรัฐ เอกชน และประชาชน

4. ยินดีให้ข้อมูล

1.3.2 บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน พชอ. ในพื้นที่อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ

1. ปฏิบัติงานหรือเป็นผู้รับผิดชอบงาน พชอ. อย่างน้อย 1 ปี

2. ไม่มีโรคหรืออาการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

3. ยินดีให้ข้อมูล

1.3.3 คณะอนุกรรมการ พชอ. ในพื้นที่อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ

1. ปฏิบัติงานหรือเป็นคณะอนุกรรมการ พชอ. อย่างน้อย 1 ปี

2. มีประสบการณ์ทำงานหรือทำงานที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพอย่างน้อย

1 ปี

3. ไม่มีโรคหรืออาการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

4. ยินดีให้ข้อมูล

1.3.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่

จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ

1. ปฏิบัติงานหรือเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขที่ทำงาน พชอ. อย่างน้อย 3 ปี

2. ไม่มีโรคหรืออาการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

3. เป็นตัวแทนของ กลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่

อำเภอ

4. ยินดีให้ข้อมูล

1.3.5 ผู้นำชุมชน ในพื้นที่อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือกคือ

1. เป็นผู้นำชุมชนและปฏิบัติงาน พขอ. อย่างน้อย 1 ปี
2. ไม่มีโรคหรืออาการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
3. ยินดีให้ข้อมูล

1.3.6 นายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน

5 คน

เกณฑ์การคัดเลือกคือ

1. เป็นนายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างน้อย 1 ปี
2. ไม่มีโรคหรืออาการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
3. มีประสบการณ์ทำงานหรืองานที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพอย่างน้อย

1 ปี

4. ยินดีให้ข้อมูล

1.3.7 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่/หรือผู้รับผิดชอบงาน พขอ. ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1 คน

เกณฑ์การคัดเลือกคือ

1. ปฏิบัติงานในตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุขในพื้นที่ จังหวัดเชียงใหม่ หรือ ผู้รับผิดชอบงาน พขอ. ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ อย่างน้อย 1 ปี
2. ไม่มีโรคหรืออาการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
3. ยินดีให้ข้อมูล

1.3.8 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอ จังหวัดเชียงใหม่หรือผู้รับผิดชอบงาน พขอ. ในโรงพยาบาลอำเภอ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1 คน

เกณฑ์การคัดเลือกคือ

1. ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอในพื้นที่ หรือ ผู้รับผิดชอบงาน พขอ. ในโรงพยาบาลอำเภอ จังหวัดเชียงใหม่ อย่างน้อย 1 ปี
2. ไม่มีโรคหรืออาการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
3. ยินดีให้ข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกไว้ทำการสนทนาจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว กำหนดเวลาให้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก สำหรับกลุ่ม 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ 2) บุคลากรสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงาน พชอ. ในพื้นที่ จังหวัดเชียงใหม่ 3) คณะอนุกรรมการ พชอ. ในพื้นที่ จังหวัดเชียงใหม่ 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ จังหวัดเชียงใหม่ และ 5) ผู้นำชุมชน ในพื้นที่ จังหวัดเชียงใหม่

ประเด็นการสนทนากลุ่ม ที่ศึกษาเชิงคุณภาพจากการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงปริมาณ ด้านมุมมอง การอธิบายปัจจัย และข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยแยกประเด็นและข้อความถามตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

2.2.1 คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ โดยประเด็นการสนทนากลุ่ม ได้แก่

- 1) ปัญหา และอุปสรรคการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ พชอ. ที่ผ่านมาในอดีต
- 2) มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. เป็นอย่างไร
- 3) ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

2.2.2 บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน พชอ. ในพื้นที่อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ประเด็นการสนทนากลุ่ม ได้แก่

- 1) ปัญหา และอุปสรรคการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน พชอ. ที่ผ่านมา
- 2) มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. เป็นอย่างไร
- 3) การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

2.2.3 คณะอนุกรรมการ พชอ. ในพื้นที่อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ประเด็นการสนทนากลุ่ม ได้แก่

1) การสนับสนุนจากคณะกรรมการ พขอ. ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ คณะอนุกรรมการ พขอ.

2) มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. เป็นอย่างไร

3) ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอควรเป็นอย่างไร

2.2.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอดอยหล่อ จังหวัด เชียงใหม่ โดยประเด็นการสนทนากลุ่ม ได้แก่

1) การสนับสนุนจากคณะกรรมการ พขอ. ต่อการทำงานและการประสาน การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. เป็น อย่างไร

3) การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ ระบบสุขภาพอำเภอควรเป็นอย่างไร

2.2.5 ผู้นำชุมชน ในพื้นที่อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่

1) การสนับสนุนจากคณะกรรมการ พขอ. ต่อการทำงานและการประสาน การทำงานของผู้นำชุมชน

2) มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. เป็น อย่างไร

3) การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ ระบบสุขภาพอำเภอควรเป็นอย่างไร

2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับกลุ่มที่ 6 ถึงกลุ่มที่ 8 ได้แก่

นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่ นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่/หรือผู้รับผิดชอบงาน พขอ. ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอ จังหวัดเชียงใหม่หรือผู้รับผิดชอบงาน พขอ. ในโรงพยาบาล อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่

1. การสนับสนุนการดำเนินงานคณะกรรมการ พขอ.

2. มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. เป็นอย่างไร

3. การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอควรเป็นอย่างไร

2.3 ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือในการศึกษา ประกอบด้วยผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัย ต้องเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ทั้งทางด้านระเบียบวิธีวิจัย และประเด็นข้อคำถามในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ และทักษะในระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อดำเนินการศึกษาวิจัยให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพในทุกด้านที่จะส่งผลให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ

2.4 สมุดจดบันทึกและเครื่องบันทึกเสียง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในส่วนการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) ซึ่งมุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึกของแต่ละกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพราะข้อมูลที่ได้จะเป็นมุมมองส่วนบุคคล และการให้ความคิดเห็นในเชิงคุณภาพของผู้ให้ข้อมูลหลักเอง ทั้งการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก จะดำเนินการพร้อมกับการสังเกตซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในข้อมูลและสกัดประเด็นได้ประจักษ์แจ้งในปัญหายิ่งขึ้น โดยใช้กระบวนการดังนี้

3.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่ว่าการอำเภอ 3 กลุ่มพื้นที่ได้แก่ สายเหนือ สายกลาง และสายใต้ที่ได้คัดเลือกไว้จำนวน 19 อำเภอ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 3 กลุ่มพื้นที่ได้แก่ สายเหนือ สายกลาง และสายใต้ที่ได้คัดเลือกไว้ จำนวน 19 อำเภอ ในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 จัดทำแนวทางการสนทนากลุ่ม และ/หรือ การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามที่ผู้วิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนา เป็นคำถามปลายเปิดที่แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นปัญหา มุมมองต่อปัจจัยและข้อเสนอแนะมุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อศักยภาพของคณะกรรมการ พชอ. ที่เหมาะสมต่อวัฒนธรรมพื้นที่ ตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ได้แบ่งกลุ่มไว้

3.3 การเตรียมตัวและอุปกรณ์ นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเตรียมตัวโดยการทำ ความเข้าใจประเด็นที่ต้องการศึกษาให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมสนทนา และเตรียมอุปกรณ์ เช่น เครื่องบันทึกเสียง สมุดปากกา สำหรับบันทึกการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

3.4 เตรียมสถานที่ เป็นสถานที่ที่สะดวกสบาย ไม่พลุกพล่าน สามารถควบคุม เสียงจากภายนอก และผู้ไม่เกี่ยวข้องได้ มีบรรยากาศเป็นกันเองเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลาย ไม่กังวล และไม่รู้สึกรังเกียจที่จะพูดและแสดงความคิดเห็น รวมถึงจัดที่นั่งเป็นวงกลมหรือวงรีในการ เพื่อให้ผู้ดำเนินการสนทนาสามารถสบตาในระหว่างดำเนินการสนทนา

3.5 ขั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้ร่วมสนทนาмаพบกันเริ่มด้วย การทำความรู้จักกันให้ทุกคนได้ผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควร จากนั้นนักวิจัยเริ่ม ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยเริ่มแจ้งเป้าหมายของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วย นักวิจัยบันทึกกลุ่มพร้อมบันทึกเทปการสนทนา หลังจากนั้นนักวิจัยก็จุดประเด็นการสนทนาของปัญหาและความต้องการเพื่อนำมาสร้างรูปแบบตามแนวทางการสนทนาที่เตรียมไว้ ผู้ดำเนินการจะคอยจับประเด็นต่าง ๆ ที่ปรากฏแล้วพยายามให้ผู้ร่วมวงสนทนาได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการทำแผนที่ ความคิด (Mind mapping) และเทคนิคการใช้คำสำคัญ (Keyword)

3.6 ขั้นดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยต้องขออนุญาตในการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งขออนุญาตให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นระดับผู้บริหารให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น สำหรับประเด็นการสร้างรูปแบบในระดับการผลักดันนโยบาย เพื่อนำมาเชื่อมโยงกับปัญหา มุมมอง และข้อเสนอแนะความต้องการของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในระดับผู้ปฏิบัติ และผู้ให้บริการ

3.7 ขั้นสรุปข้อมูลของรูปแบบหลังการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยถอดเทปการสนทนา และการสัมภาษณ์คำต่อคำ โดยบันทึกลงในกระดาษตลอดการสนทนาเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

การตรวจสอบสามเส้า (Use of triangulation technique) ผู้วิจัยมีการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และอภิปรายผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมาตรวจสอบแบบสามเส้า ดังนี้

4.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) จะเน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้อาจมาจากแหล่งต่าง ๆ นั้นที่มีความเหมือนกันหรือไม่ทั้งในส่วนของตรวจสอบความโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งถ้าทุกแหล่งของข้อมูลพบว่าได้ข้อค้นพบที่ได้มาที่มีความเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่วิจัยได้มามีความถูกต้อง

4.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการวิจัย (Methodological triangulation) ได้แก่ การวิจัยเชิงปริมาณ, การวิจัยเชิงคุณภาพ (ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการถอดเสียงสัมภาษณ์)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั้งการสนทนากลุ่ม และการให้สัมภาษณ์เชิงลึก ด้วย “การวิเคราะห์แก่นสาระ” (Thematic analysis) ซึ่งเป็นวิธีการระบุ วิเคราะห์ และตีความในรูปแบบความหมาย (themes) ภายในข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลอธิบายและสรุปสาเหตุเกี่ยวกับรากเหง้า ที่มามุมมองและข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดจะนำมารวบรวมเพื่อใช้ในการสร้างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยผู้วิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยถอดความจากแถบเสียงบันทึกการอภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์แก่นสาระ โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1) การจัดระเบียบข้อมูล (Preparing and exploring the data for analysis) ผู้วิจัย เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลทั้งกระบวนการ โดยเริ่มต้นที่การถอดข้อความจากแถบเสียงบันทึก การอภิปรายของกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกโดยถอดข้อความคำต่อคำและจัดพิมพ์ข้อมูล ในรูปแบบไฟล์ข้อมูลใน คอมพิวเตอร์ที่กำหนดรหัสผ่าน ผู้วิจัยอ่านข้อมูลอย่างวิเคราะห์ เพื่อหาความหมายในข้อมูลนั้น

2) การกำหนดรหัสข้อมูล (Coding) ผู้วิจัยจำแนกข้อมูล ออกเป็นหน่วยย่อยโดยใช้การกำหนดรหัสของข้อมูล โดยที่แต่ละหน่วยมีความหมายเฉพาะของตนเอง โดยแต่ละหน่วยย่อยของข้อมูลนั้นจะถูกเป็นรหัส รวมถึงการกำหนดรหัสแทนการใช้ชื่อจริง นามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง มีการเปรียบเทียบรหัสข้อมูลจากการที่กำหนดรหัสข้อมูลในชุดเดียวกันเพื่อเป็นการทวนสอบความถูกต้อง

3) การให้ความหมาย ตีความข้อมูล (Themes and categories) ผู้วิจัย เชื่อมโยง เปรียบเทียบมโนทัศน์ และให้ความหมายที่ปรากฏอยู่ในข้อความ โดยยึดใจความที่เข้ากันได้ และที่บ่งบอกถึงเรื่องหรือแก่นสาระ (Theme) เดียวกัน และมีการบูรณาการให้เป็นเรื่องเป็นราวโดยอาศัยความสัมพันธ์ของมโนทัศน์หรือหัวข้อย่อยเป็นแนวทางและมีการตรวจสอบมโนทัศน์เหล่านี้กับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ว่าข้อสรุปหรือความหมายที่ได้นั้นมีความถูกต้องตรงประเด็นและน่าเชื่อถือ

4) การแสดงข้อมูลจัดกลุ่ม (Data display) ผู้วิจัยใช้แผนที่ความคิด (Thematic map) แสดงความเชื่อมโยงข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วแต่ละมโนทัศน์ เข้าด้วยกันเพื่อบอกความหมายของข้อมูลที่ศึกษา

5) การนำเสนอข้อมูล (Representing the data analysis) การนำเสนอ ข้อค้นพบแยกตามหมวดหมู่ของแก่นสาระ และมีการแสดงข้อความสนับสนุนมโนทัศน์ย่อยและหลักโดย

ใช้ข้อมูลจากคำพูดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบตามวัตถุประสงค์

การวิจัยระยะที่ 3 พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

ขั้นตอนที่ 1 ยกร่างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

ผู้วิจัยยกร่างรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ จากผลการศึกษาในระยะที่ 2 และจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการจัดทำร่างรูปแบบ ที่สอดคล้องกับความต้องการของภาคส่วนในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 เสนอร่างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

ผู้วิจัยเสนอร่างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อระดมความคิดเห็นต่อรูปแบบ ในประเด็น 1) ตรงตามความต้องการของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่ม 2) มีความเป็นไปได้ และเหมาะสมในการปฏิบัติ 3) จัดทำข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการเพิ่มเติม

โดยการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) ในกลุ่มที่มีลักษณะต่างกัน (Heterozygous group) โดยมีกลุ่มผู้ร่วมกันอภิปราย ได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ 2) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน พชอ. 3) คณะอนุกรรมการ พชอ. 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5) ผู้นำชุมชน 6) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 7) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่/หรือผู้รับผิดชอบงาน พชอ. ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ 8) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอ/หรือผู้รับผิดชอบงาน พชอ. ในโรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 4 คน 2) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน พชอ. จำนวน 4 คน 3) คณะอนุกรรมการ พชอ. จำนวน 4 คน 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน 5) ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน 6) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน 7) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่/หรือผู้รับผิดชอบงาน พชอ. ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1 คน 8) ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลอำเภอ/หรือผู้รับผิดชอบงาน พชอ. ในโรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 20 คน โดยมีกระบวนการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ ดังนี้

1. การดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายกลุ่ม สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ สร้างบรรยากาศการสนทนาเป็นกันเอง และให้ความเคารพเจ้าของสถานที่ จากนั้นแนะนำตัวผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย โดยใช้เวลาคิด และการตัดสินใจโดยไม่เร่งรัด เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงอธิบายขั้นตอนการอภิปรายกลุ่มการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการอภิปรายกลุ่ม โดยผู้วิจัยเข้าสู่กลุ่มอภิปราย โดยการแนะนำตนเอง และวัตถุประสงค์ แนะนำกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดให้มีปฏิสัมพันธ์เริ่มต้นต่อกัน และดำเนินการอภิปรายกลุ่ม โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้ดำเนินงาน และดำเนินการอภิปรายกลุ่ม วิพากษ์ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นของกลุ่มทั้งหมดจนสกัดข้อมูลมาเป็น รูปแบบการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ที่ตรงตามความต้องการ ความตรงประเด็น ความเหมาะสมในการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ความเป็นไปได้ในการนำไปดำเนินงานจริง

1.2 เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล แสดงความคิด ความเห็นและอภิปรายเกี่ยวกับรูปแบบกระบวนการทำงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยประยุกต์ใช้แผนที่ความคิด (Mind mapping) เทคนิคการใช้คำสำคัญ (Keyword) เพื่อค้นหาความต้องการและข้อเสนอแนะในกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ว่าควรเป็นอย่างไร

1.3 ผู้วิจัยสังเคราะห์และสรุปข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในประเด็น 1) ตรงตามความต้องการของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่ม 2) ความเป็นไปได้ และเหมาะสมในการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น 3) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการเพิ่มเติม จากการอภิปรายกลุ่มของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด แล้วสรุปเป็นข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอีกครั้ง โดยพิจารณาความสอดคล้องและความสัมพันธ์ของข้อเสนอแนะทางการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

2. การสร้างและการตรวจคุณภาพเครื่องมือ

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured interview) เป็นโดยเนื้อหาสอดคล้องกับการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2 นำเสนอเครื่องมือต่อประธานที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ครอบคลุมชัดเจน และนำมาปรับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

2.3 หลังจากนั้นนำมาปรับแนวคำถาม แนวทางการอภิปรายกลุ่มและเตรียมการสนทนากลุ่มที่เหมาะสมก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

2.4 ผู้วิจัยใช้การอภิปรายกลุ่ม เพื่อยืนยันรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีประเด็นการอภิปรายกลุ่มในด้านตรงตามความต้องการ ความตรงประเด็น ความเหมาะสมในการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ความเป็นไปได้ในการนำไปดำเนินงานจริงและปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

3. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ตามแนวทางของ Teddlie & Tashakkori (2009) ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยมีการสนทนาร่วม และจัดบันทึกการอภิปรายกลุ่ม

3.2 การตรวจสอบสามเส้า (Use of triangulation technique) ผู้วิจัยมีการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และอภิปรายผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมาตรวจสอบแบบสามเส้า ดังนี้

3.2.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) จะเน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่าง ๆ นั้นที่มีความเหมือนกันหรือไม่ทั้งในส่วนของตรวจสอบความโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งถ้าทุกแหล่งของข้อมูลพบว่าได้ข้อค้นพบที่ได้มามีความเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่วิจัยได้มามีความถูกต้อง

3.2.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการวิจัย (Methodological triangulation) ได้แก่ การวิจัยเชิงปริมาณ, การวิจัยเชิงคุณภาพ (ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การจัดบันทึกภาคสนาม ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการถอดเสียงสัมภาษณ์)

3.3 การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) โดยการนำข้อมูลในขั้นตอนของการวิเคราะห์และสรุปความไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบการตีความและข้อค้นพบ

3.4 การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่าน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้ยืนยันความถูกต้องของข้อมูลโดยไม่มีการแก้ไข

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) วิเคราะห์โดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ที่ใช้ได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพรวมทั้งการวิจัยแบบผสม ซึ่งวิธีการที่ได้รับความนิยมในปัจจุบันมี 3 วิธี ได้แก่ 1) การวิเคราะห์เนื้อหาแบบดั้งเดิม (Conventional Content Analysis) 2) การวิเคราะห์เนื้อหาแบบมีการกำหนดทิศทางล่วงหน้า (Directed Content Analysis)

3) การวิเคราะห์เนื้อหาโดยการสรุปความของเนื้อหา (Summative Content Analysis) โดยนักวิจัยต้องดำเนินการตามกระบวนการอย่างเฉพาะเจาะจงตามข้อกำหนดของวิธีนั้น ๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาแบบดั้งเดิม (White & Marsh, 2006) มี 4 ขั้นตอนเริ่มจากนักวิจัยต้องอ่านข้อมูลที่จะทำการวิเคราะห์เพื่อให้ได้สาระสำคัญของข้อมูลว่าได้กล่าวหรือให้ความหมายว่าอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลมาย่อให้ความหมายสั้นลงโดยยังคงรักษาความหมายหลักไว้ เรียกว่า การย่อ (Condensation) ขั้นตอนต่อไปให้ชื่อหน่วยความหมายที่ทำการย่อเป็นรหัส (Code) ที่สามารถอธิบายความหมายได้ชัดเจน หลังจากนั้นนำเอารหัสที่มีความสัมพันธ์มารวมกลุ่มเป็นหัวข้อเรื่อง (Category) โดยการกำหนดหัวข้อเรื่องซึ่งมีรหัสที่มีความสัมพันธ์กันในด้านเนื้อหาหรือบริบทมารวมกันเป็นกลุ่มเดียวกันแล้วตั้งชื่อขึ้นใหม่ จากนั้นนำมาจัดเป็นหัวข้อหลัก (Theme) เพื่อรายงานผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

โดยผู้วิจัยนำผลเสนอและสรุปร่างรูปแบบการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ จากขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุงและแก้ไขตามความครอบคลุม ความตรงประเด็นความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการในพื้นที่ ด้วยการจัดสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามจำนวนที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม เพื่อยืนยันรูปแบบเกี่ยวกับความเหมาะสม การนำไปใช้ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของรูปแบบต่อการนำไปปฏิบัติ โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านงานสุขภาพภาคประชาชน และพชอ. จำนวน 3 คน กลุ่มที่ 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 3 คนกลุ่มที่ 3) บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เป็นนักวิชาการด้านสาธารณสุข จำนวน 2 คน และกลุ่มที่ 4) ผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน จำนวน 2 คน รวมทั้งหมดจำนวน 10 คน

1.2 การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

1.3 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1.3.1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ที่ร่วมในการประเมินรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านงานสุขภาพภาคประชาชน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด จำนวน 3 คน กลุ่มที่ 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากกระทรวงมหาดไทย ที่ได้รับรางวัล พขอ. จำนวน 3 คน กลุ่มที่ 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับรางวัล พขอ. จำนวน 2 คน และกลุ่มที่ 4) ผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชนที่เป็นต้นแบบการทำงาน พขอ. จำนวน 2 คน รวมทั้งหมดจำนวน 10 คน

1.3.2 ยินดีร่วมกลุ่มแสดงความคิดเห็นตามความเชี่ยวชาญ

1.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.4.1 ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น

1.4.2 มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่ม ทำการสนทนาจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว กำหนดเวลาให้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง

2.2 ประเด็นการสนทนากลุ่มในการยืนยันร่างรูปแบบ ได้แก่ ความเหมาะสม การนำไปใช้ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของรูปแบบต่อการนำไปปฏิบัติ

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ร่างรูปแบบการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ แนวทางการสนทนากลุ่ม นำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอข้อเสนอแนะและปรับปรุงก่อนการนำไปใช้

3.2 นำร่างรูปแบบการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ไปจัดการสนทนากลุ่ม ตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

3.3 สรุปรูปข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นของการประเมินร่างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ที่เหมาะสม มีประโยชน์ และมีความเป็นไปได้ต่อการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงเป็นรูปแบบที่สมบูรณ์เสนอต่อประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อขอคำแนะนำและความเห็นชอบเพิ่มเติม ก่อนการนำเสนอผลการวิจัยรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 ขั้นเตรียมการ

4.1.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และที่ว่าการอำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานนัดหมายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ล่วงหน้า ตามวันเวลา และสถานที่ที่จะทำการศึกษา

4.1.2 นัดหมายการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) โดยติดต่อประสานงานกับที่ว่าการอำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการ ระยะเวลา และแผนการดำเนินกิจกรรม เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1.3 เตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เช่น เทปบันทึกการสนทนา สมุดจดบันทึก

4.2 ขั้นดำเนินการนำแนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ แนะนำผู้ช่วยนักวิจัยกับผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยการทำความรู้จักกันให้ทุกคนได้ผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควร จากนั้นนักวิจัยเริ่ม ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) โดยเริ่มชี้แจงเป้าหมายของการสนทนาและการสัมภาษณ์ กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนาและสัมภาษณ์ ขอให้ทุกคนพูดให้ข้อเสนอแนะ และประเมินรูปแบบได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วย นักวิจัยบันทึกกลุ่มพร้อมบันทึกเทปการสนทนา หลังจากนั้นนักวิจัยก็จัดประเด็นการสนทนา ตามแนวทางการสนทนา ผู้ดำเนินการจะคอยจับประเด็นต่าง ๆ ที่ปรากฏแล้วพยายามให้ผู้ร่วมวงสนทนาได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการทำแผนที่ ความคิด (Mind mapping) และเทคนิคการใช้คำสำคัญ (Keyword) จากนั้นนำแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสม ประโยชน์ และความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ เน้นการพิจารณาตัดสินคุณค่า หรือการสรุปความเห็นเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับรูปแบบกระบวนการทำงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยนำมาประกอบการยืนยันให้กลุ่มตัวอย่างตอบแล้วนำส่งผู้วิจัยทันที หากยังไม่สะดวกตอบทันทีให้จัดส่งทางจดหมายลงทะเบียนไปรษณีย์หรือทางอีเมลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเพื่อมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อเสนอแนะต่าง ๆ ของผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มาพิจารณา และปรับปรุง แก้ไข เพื่อยกร่างรูปแบบฯ ให้มีความเหมาะสม

4.3 ขั้นสรุปผลการตรวจสอบความเหมาะสม โดยการนำรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอที่ได้รับการยืนยันจากจัดทำกลุ่มสนทนา (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) มาสรุปผลขั้นสุดท้าย เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ที่มีความเหมาะสม มีประโยชน์ และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนตามกระบวนการวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัย ดังนี้

การวิเคราะห์และยืนยันรูปแบบการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ จากผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรเกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content) ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสม ความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ

5.1 ความตรงประเด็น (Validity) หมายถึง ประเด็นดังกล่าวสามารถเป็นรูปแบบเพื่อใช้ในการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ได้จริง

5.2 ความเหมาะสม (Appropriateness) หมายถึง เป็นมาตรการหรือ กิจกรรมที่เหมาะสมต่อการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ และวัฒนธรรมพื้นที่ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานได้ในพื้นที่

5.3 ความเป็นไปได้ในการดำเนินงานจริง (Practicality) หมายถึง กระบวนการนั้นสามารถนำมาปฏิบัติได้จริงเมื่อนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 5 สรूपรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ตามภาพ 8 ดังนี้



ภาพ 8 แสดงสรूपขั้นตอนการศึกษาวิจัยระยะที่ 3

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (Ethical consideration)

การดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงร่างเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร วิธีทบทวน: แบบเร่งรัด (Expedited Review) COA No.123/2020 เลขที่รับรอง IRB No. P2-0318/2564 (ครั้งที่ 1; 11 มีนาคม 2565 - 11 มีนาคม 2566 / ต่ออายุ ; 11 มีนาคม 2565 - 11 มีนาคม 2566) หลังจากได้รับการรับรองแล้วจัดเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยจะไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้จะไม่ผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามและข้อมูลจะเก็บไว้เฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากมีการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี เพื่อนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุหรืออ้างอิงกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล หากไม่ได้รับอนุญาต และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขึ้นกำหนดหัวข้อเรื่องที่จะทำการวิจัย ผู้วิจัยเลือกเรื่องเกี่ยวกับประเด็นสำคัญที่เป็นประโยชน์แก่สังคมโดยส่วนรวม
2. ขึ้นการออกแบบการวิจัย ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลต้องให้ความยินยอมและให้ความร่วมมือในการศึกษา รักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการนำเสนอชื่อ – สกุลจริงของผู้ให้ข้อมูล และสรุปข้อมูลเป็นภาพรวม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่อาจจะมีอันเนื่องมาจากการให้ความร่วมมือในการศึกษา
3. ขึ้นการดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยวางแผนการเก็บข้อมูลโดยไม่รบกวนต่อชีวิตและการงานตามปกติของแหล่งข้อมูลน้อยที่สุด และหลีกเลี่ยงวิธีการที่จะก่อให้เกิดความเครียดหรือ ความวิตกกังวลแก่ผู้ให้ข้อมูล ไม่มีการใส่ชื่อผู้ถูกวิจัยในเครื่องมือเก็บข้อมูล จะใช้รหัสแทน ถ้าหากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลก็สามารถปฏิเสธหรือออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ในกรณีผู้ให้ข้อมูลเกิดความเครียดหรือไม่สบายใจทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลระบายหรือแสดงความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ โดยรับฟังด้วยความตั้งใจและแสดงความเห็นใจ
4. ขึ้นการจดบันทึกและการถอดเทปการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยคำนึงถึงการรักษาความลับเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล โดยไม่ใส่อะไรที่ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวในบทบันทึกหรือบทสัมภาษณ์ในระหว่างการถอดเทป
5. ขึ้นการวิเคราะห์ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่าง “ละเอียดลึกซึ้ง” ด้วยความระมัดระวังในการตีความที่ห่างจากความเป็นจริงเกินไป และให้ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนมีส่วนร่วมในการตีความข้อมูลหลังจากที่ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

6. ขั้นการตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ ผู้วิจัยจะเผยแพร่ข้อมูลเฉพาะความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือเท่านั้น ผลการศึกษาใดที่ยังคลุมเครือหรือยังไม่ได้ตรวจสอบอย่างรอบคอบจะไม่เปิดเผย เพราะอาจก่อให้เกิดผลเสียหายแก่แหล่งข้อมูลได้
7. ขั้นรายงานผล ผู้วิจัยรายงานผลการวิจัยเฉพาะข้อมูลที่เป็นเปิดเผยได้ หากส่วนใดที่เป็นความลับ เป็นเรื่องส่วนตัว หรือเป็นเรื่องที่ทำให้ผู้อ่านรู้ว่าผู้ให้ความร่วมมือในการวิจัยนั้นเป็นใคร ผู้วิจัยจะมีความระมัดระวังในการนำเสนอ และปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อหาความเหมาะสมในการนำเสนอต่อไป



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา “รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ” โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับ (Explanatory Sequential Design) เป็นแบบแผนที่มีลักษณะการดำเนินการวิจัยแบ่งออก 2 ระยะ มีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ และมีวัตถุประสงค์เฉพาะในการวิจัยดังนี้ 1) ศึกษาการดำเนินงานและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ 2) ศึกษามุมมองต่อการดำเนินงาน ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ 3) พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามระยะการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ศึกษาลักษณะการทำงาน ระดับการปฏิบัติของการทำงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยจะทำการเลือกและวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในข้อมูลเชิงปริมาณ จากนั้นจึงนำมาสู่คุณลักษณะและมุมมองต่อรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อกำหนดคำถามวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่สอง

ส่วนที่ 1 ศึกษาการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ศึกษาลักษณะการทำงาน ระดับการปฏิบัติของการทำงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ทำการศึกษาในเขตอำเภอท้องถื่น จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 25 อำเภอ โดยแต่ละอำเภอจะมีคณะกรรมการฯ จำนวน 21 คน ต่อหนึ่ง

อำเภอ รวมจำนวนคณะกรรมการทั้งหมด 525 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 19 อำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 399 คนซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณการค่าเฉลี่ยประชากร และแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบสอบถามในเดือนธันวาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพ หน่วยงานที่ทำงานสังกัด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 399)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.1 เพศหญิง ร้อยละ 44.9 กลุ่มอายุมากที่สุดคือ อายุ 51-60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.4 รองลงมาคือ อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 27.6 น้อยที่สุดคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.5 ปี (อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 82 ปี และอายุเฉลี่ย 47.71 ปี) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 51.4 รองลงมาคือ สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 28.7 และน้อยที่สุดคือ ต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 0.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.9 รองลงมาโสด ร้อยละ 20.1 และน้อยที่สุด หย่า/หม้าย/ร้าง ร้อยละ 9.0 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุด >50,000 บาท ร้อยละ 15 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 24.3 และน้อยที่สุดมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน <10,000 บาท ร้อยละ 13 (รายได้ต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 200,000 บาท และรายได้เฉลี่ย 32,913 บาท) หน่วยงานที่สังกัด (หรือภาคส่วน) ส่วนใหญ่มาจากภาคประชาชน ร้อยละ 21.8 รองลงมาคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ร้อยละ 21.1 น้อยที่สุดคือ หน่วยงานทางการศึกษา ร้อยละ 3.3 ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มากที่สุดอยู่ระหว่าง 1-3 ปี ร้อยละ 73.4 น้อยที่สุดอยู่ระหว่างน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 3.5 รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษาสูงสุด สถานภาพ หน่วยงานที่ท่านสังกัด รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน) ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (n = 399)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	220	55.1
หญิง	179	44.9
อายุ		
20-30 ปี	20	5.0
31-40 ปี	70	17.5
41-50 ปี	120	30.1
51-60 ปี	151	37.9
60 ปีขึ้นไป	38	9.5
(Minimum = 22, Maximum = 82, Mean = 47.71, S.D. = 12.24)		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3	0.8
ประถมศึกษา	11	2.8
มัธยมต้น	17	4.3
มัธยมปลาย/ปวช.	20	5.0
อนุปริญญาตรี/ปวส.	28	7.0
ปริญญาตรี	205	51.4
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	115	28.7
สถานภาพ		
โสด	80	20.1
สมรส	283	70.9
หย่า/หม้าย/ร้าง	36	9.0

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน)		
<10,000	52	13.0
10,001-20,000	97	24.3
20,001-30,000	72	18.0
30,001-40,000	65	16.3
40,001-50,000	53	13.4
>50,000	60	15.0
(Minimum = 600, Maximum = 200,000 , Mean = 32,913.00, S.D. = 22,259.40)		
หน่วยงานที่ท่านสังกัด (หรือภาคส่วน) ..		
1.หน่วยงานภาครัฐ (สาธารณสุข)		
-หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ	50	12.5
-โรงพยาบาล	16	4.0
-โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล	84	21.1
2.หน่วยงานภาครัฐที่ไม่ใช่สาธารณสุข		
-หน่วยงานปกครอง	65	16.3
-องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อบต. เทศบาล	57	14.2
-หน่วยงานทางการศึกษา	13	3.3
3.ภาคเอกชน	27	6.8
4.ภาคประชาชน	87	21.8
ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนา		
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)		
น้อยกว่า 1 ปี	13	3.5
1-3 ปี	293	73.4
4-5 ปี	93	23.1
(Minimum = .30 Maximum = 5 , Mean = 2.37, S.D. = 1.42)		

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านศักยภาพรายบุคคล ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พชอ. ประสิทธิภาพการทำงานด้านบริหาร ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะการจัดการ ความเป็นผู้นำ และทัศนคติต่อการทำงาน พชอ. ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (n = 399)

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเฉลี่ยรวมของ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พชอ. อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 5.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.45) ประสิทธิภาพการทำงานด้านบริหาร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.54 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.91) ภาระงานในหน่วยงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.60 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65) ทักษะการจัดการ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.72 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.63) ความเป็นผู้นำ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68) และทัศนคติต่อการทำงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.99 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83) รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม ภาพรวมปัจจัยด้านศักยภาพรายบุคคลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พชอ. ประสิทธิภาพการทำงานด้านบริหาร ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะการจัดการ ความเป็นผู้นำ และทัศนคติต่อการทำงานของ พชอ. (n = 399)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พชอ.	5.76	1.45	ปานกลาง
ประสิทธิภาพการทำงานด้านบริหาร	3.54	0.91	มาก
ภาระงานในหน่วยงาน	3.60	0.65	มาก
ทักษะการจัดการ	3.72	0.63	มาก
ความเป็นผู้นำ	3.87	0.68	มาก
ทัศนคติต่อการทำงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	2.99	0.83	ปานกลาง

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (n = 399)

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภาพรวมมีค่าคะแนนมาก 9 คะแนน น้อยสุด 2 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ย 5.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.45) โดยพบว่า ข้อที่มีระดับความรู้มากที่สุด คือ “ข้อ 3 สิ่งที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต้องทำตามหน้าที่ คือ การทำงานแบบบูรณาการงานหรือร่วมมือกันเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในอำเภอ” (ร้อยละ 97.5) และข้อที่มีระดับความรู้น้อยมากที่สุด คือ “ข้อ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้ว่าราชการจังหวัด” (ร้อยละ 33.6) รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้ความเข้าใจรายข้อเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (n = 399)

ข้อคำถาม	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)
1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้ว่าราชการจังหวัด	134 (33.6)	265 (66.4)
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีอำนาจและหน้าที่ในการกำหนดเป้าหมายแนวทางดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัด	154 (38.6)	245 (61.4)
3. สิ่งที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต้องทำตามหน้าที่ คือ การทำงานแบบบูรณาการงาน หรือร่วมมือกันเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในอำเภอ	389 (97.5)	10 (2.5)
4. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผน และโครงการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนคือหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	379 (95)	20 (5)
5. หน่วยงานของรัฐ ที่ร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ ส่วนราชการต่าง ๆ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงกำนันผู้ใหญ่บ้าน	376 (94.2)	23 (5.8)
6. ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ คือ นายอำเภอหรือผู้ที่ได้รับแต่งตั้งจากนายอำเภอ ของอำเภอนั้น ๆ	362 (90.7)	37 (9.3)

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อความ	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)
7. ปลัดอำเภอทำหน้าที่เลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตั้งอยู่ในที่ว่าการอำเภอ	183 (45.9)	216 (54.1)
8. ที่ทำหน้าที่ในการเบิกเบี้ยเลี้ยงประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง คือ สาธารณสุขอำเภอ	246 (61.7)	153 (38.3)
9. การดำรงตำแหน่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีวาระ 3 ปี เมื่อครบวาระ หากไม่มีกรรมการใหม่แทน ให้กรรมการเดิมอยู่ในตำแหน่งต่อไป	215 (53.9)	184 (46.1)
10. การพ้นจากตำแหน่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้แก่ ตาย ลาออก หรือนายอำเภอสั่งให้ออก	318 (79.7)	81 (20.3)
(Minimum=2 Maximum= 9, Mean = 5.76, S.D. = 1.45)		

2. ข้อมูลด้านประสบการณ์ทำงานด้านบริหาร ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะการจัดการ ความเป็นผู้นำ และทัศนคติต่อการทำงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (n = 399)

ด้านประสบการณ์ทำงานด้านบริหาร ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะการจัดการ ความเป็นผู้นำ และทัศนคติต่อการทำงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดย พบว่า ด้านประสบการณ์ทำงานด้านบริหาร ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 2. ท่านเคยทำงานเกี่ยวกับการติดตามและประเมินผลงานผู้อื่น ค่าเฉลี่ย 3.57 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.92) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 1. ท่านเคยทำงานเกี่ยวกับการวางแผนงาน และกำหนดเป้าหมายงาน ค่าเฉลี่ย 3.36 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ภาระงานในหน่วยงานท่าน (หรืองานที่ท่านทำอยู่ที่ไม่ใช่ พขอ. ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 1. ท่านมีหน้าที่รับผิดชอบหลายบทบาท หรือตำแหน่งในหน่วยงานหรือในชุมชนที่ท่านอยู่ ค่าเฉลี่ย 3.81 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.92) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุดคือ ข้อ 3. ภาระงานของท่านมีจำนวนมาก จนไม่มีเวลาทำงานเพื่อสังคม ชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.30 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ทักษะการจัดการ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 2. ท่านมักจัดการงานหรือทำงานจนสำเร็จ บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ค่าเฉลี่ย 3.82 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ 1.ท่านสามารถวางแผนงาน และกำหนดเป้าหมายต่าง ๆ อย่างคล่องแคล่ว ค่าเฉลี่ย 3.58 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.80) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

ความเป็นผู้นำ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 2. ท่านมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลที่ทำงานร่วมกับท่าน ค่าเฉลี่ย 4.12 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.66) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ 3.ท่านสามารถพูดโน้มน้าวใจให้คนรอบข้างเห็นตามหรือคล้อยตามท่าน ค่าเฉลี่ย 3.73 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

ทัศนคติต่อการทำงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 2. ท่านคิดว่า เป็นเรื่องยากที่ภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชน มาทำงานร่วมกัน หรือบูรณาการงานอย่างจริงจัง เพื่อแก้ปัญหาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น ขยะ อุบัติเหตุ เป็นต้น ค่าเฉลี่ย 3.25 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.95) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 3. ท่านคิดว่าไม่มีความจำเป็นที่ต้องมีผู้แทนจากภาคส่วนเอกชน และภาคประชาชน เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ค่าเฉลี่ย 2.50 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.20) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย รายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายข้อของด้านประสบการณ์ทำงานด้านบริหาร ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะการจัดการ ความเป็นผู้นำ ทัศนคติต่อการทำงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (n = 399)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ประสบการณ์ทำงานด้านบริหาร			
1.ท่านเคยทำงานเกี่ยวกับการวางแผนงาน และกำหนดเป้าหมายงาน	3.36	0.87	ปานกลาง
2. ท่านเคยทำงานเกี่ยวกับการติดตาม และประเมินผลงานผู้อื่น	3.57	0.92	มาก
3. ท่านเคยทำหน้าที่เป็นหัวหน้างาน หรือ ผู้บริหาร	3.42	1.25	มาก

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
ภาระงานในหน่วยงาน (หรืองานที่ทำอยู่ที่ ไม่ใช่ พชอ.)			
1. ท่านมีหน้าที่รับผิดชอบหลายบทบาท หรือตำแหน่งในหน่วยงานหรือในชุมชน ที่ท่านอยู่	3.81	0.92	มาก
2. ในแต่ละวันท่านต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ ใน การแก้ไขปัญหาในการทำงานในความ รับผิดชอบของท่านอย่างต่อเนื่อง	3.70	0.87	มาก
3. ภาระงานของท่านมีจำนวนมาก จนไม่มี เวลาทำงานเพื่อสังคม ชุมชน	3.30	0.88	ปานกลาง
ทักษะการจัดการ			
1. ท่านสามารถวางแผนงาน และกำหนด เป้าหมายต่าง ๆ อย่างคล่องแคล่ว	3.58	0.80	มาก
2. ท่านมักจัดการงาน หรือทำงานจนสำเร็จ บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	3.82	0.68	มาก
3. ท่านสามารถใช้ความคิด หรือปัญญา (เฉียบแหลม คล่องแคล่ว ว่องไว) แก้ไขงาน ที่รับผิดชอบ	3.76	0.69	มาก
ความเป็นผู้นำ			
1. ท่านมีความสามารถในการเป็นผู้นำ และสามารถทำงานร่วมกับผู้นำคนอื่น ๆ ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ได้อย่างราบรื่น	3.75	0.75	มาก
2. ท่านมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลที่ทำงาน ร่วมกับท่าน	4.12	2.66	มาก
3. ท่านสามารถพูดโน้มน้าวใจให้คนรอบข้าง เห็นตามหรือคล้อยตามท่าน	3.73	0.70	มาก

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายชื่อของด้านประสพการณ์ทำงานด้านบริหาร ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะการจัดการ ความเป็นผู้นำ ทักษะคิดต่อการทำงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (n = 399)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
4.ท่านมักมีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ให้กับองค์กร	3.78	0.65	มาก
5.ในการตัดสินใจ แก้ปัญหาทางาน ท่านจะใช้เหตุผล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องพร้อมด้วยเสมอ	3.90	0.67	มาก
6.ท่านมีความรอบรู้ในงานและหน้าที่รับผิดชอบทั้งภายในองค์กร และนอกองค์กร	3.78	0.74	มาก
7.ท่านกระตือรือร้น สนใจ จดจ่อ ต่อการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายอย่างจริงจัง	3.93	0.69	มาก
8.ท่านยึดมั่นสิ่งที่ถูกต้อง ไม่อ่อนไหวและยอมรับผิดชอบเมื่อมีความผิดพลาด โดยไม่หวั่นเกรงผลกระทบที่จะตามมา	3.95	0.71	มาก
ทัศนคติต่อการทำงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ			
1.ท่านคิดว่า งานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือ งานของหน่วยงานสาธารณสุข	3.22	1.08	ปานกลาง
2.ท่านคิดว่า เป็นเรื่องยากที่ภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชน มาทำงานร่วมกัน หรือบูรณาการงานอย่างจริงจัง เพื่อแก้ปัญหาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น ขยะอุบัติเหตุน เป็นต้น	3.25	0.95	ปานกลาง
3.ท่านคิดว่า ไม่มีความจำเป็น ที่ต้องมีผู้แทนจากภาคส่วนเอกชน และภาคประชาชน เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	2.50	1.20	น้อย

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านการทำงานภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ พขอ. การมอบหมายงานภายในทีม การให้คุณค่าสมาชิก การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ระบบข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร (n = 399)

1. โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ พขอ. การมอบหมายงานภายในทีม การให้คุณค่าสมาชิก การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ระบบข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการทำงานภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ โครงสร้างและบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.66 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68) ด้านการมอบหมายงานภายในทีม ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.57 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71) การให้คุณค่าสมาชิก ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71) การสื่อสาร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.71 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.67) การทำงานเป็นทีม ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.77 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73) ระบบข้อมูลข่าวสาร ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.47 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.67) และด้านความพอเพียงของทรัพยากร ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.13 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75) รายละเอียดดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมของด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้านการมอบหมายงานภายในทีม การให้คุณค่าสมาชิก การสื่อสาร การสื่อสารภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การทำงานเป็นทีม ระบบข้อมูลข่าวสาร และด้านความพอเพียงของทรัพยากร (n = 399)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
โครงสร้างและบทบาทหน้าที่			
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต			
ระดับอำเภอ	3.66	0.68	มาก
ด้านการมอบหมายภายในทีม	3.57	0.71	มาก
การให้คุณค่าสมาชิก	3.80	0.71	มาก
การสื่อสาร	3.71	0.67	มาก
การทำงานเป็นทีม	3.77	0.73	มาก
ระบบข้อมูลข่าวสาร	3.47	0.67	มาก
ด้านความพอเพียงของทรัพยากร	3.13	0.75	ปานกลาง

2. ข้อมูลรายชื่อของการทำงานภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้านการมอบหมายงานภายในทีม การให้คุณค่าสมาชิก การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ระบบข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร โดยพบว่า

โครงสร้างและบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 1.คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในอำเภอของท่านมีความชัดเจนในการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ และมีการมอบหมายหน้าที่แต่ละคนอย่างชัดเจน ค่าเฉลี่ย 3.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 2.ในการแก้ปัญหาของประชาชนในระดับอำเภอ สมาชิกใน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจะได้รับมอบหมาย ให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในงานใดงานหนึ่ง ค่าเฉลี่ย 3.54 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.80) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

ด้านการมอบหมายงานภายในทีม ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 3. ท่านรับทราบถึงบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายภายในทีม ค่าเฉลี่ย 3.62 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 2. ท่านได้รับมอบหมายอำนาจ และการตัดสินใจภายในขอบเขตของตำแหน่ง ค่าเฉลี่ย 3.53 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

การให้คุณค่าสมาชิก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 3.ท่านได้ให้โอกาสสมาชิกคณะกรรมการฯ ท่านอื่นในการแสดงความคิดเห็นในเวทีประชุมทุกครั้ง ค่าเฉลี่ย 3.88 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.74)) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ4. ท่านเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจาก สมาชิกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่ทำงานร่วมกัน ค่าเฉลี่ย 3.73 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69)) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

การสื่อสารภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 3.ท่านคิดว่าช่องทางการสื่อสาร ภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีความสะดวก รวดเร็ว และมีหลากหลายรูปแบบ เช่น ไลน์ อีเมลล์ โทรศัพท์ เฟสบุ๊ก อินสตราแกรม ค่าเฉลี่ย 3.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ2. ภายในสมาชิกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สื่อสารกันทั้งแบบทางการและไม่ทางการ ค่าเฉลี่ย 3.65 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

การทำงานเป็นทีมข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 2. บรรยากาศการทำงานร่วมกันของ คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นกันเอง เป็นมิตร และมีความผูกพัน ค่าเฉลี่ย 3.79 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความ

คิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 1. ท่านทำงานอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งเป็นเป้าหมายร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ค่าเฉลี่ย 3.74 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

ระบบข้อมูลข่าวสาร ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของท่าน มีระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ ภายในระดับอำเภอที่ใช้ในการทำงานได้ดี ค่าเฉลี่ย 3.54 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.74) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 3. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลข่าวสารภายในระดับอำเภอ ค่าเฉลี่ย 3.41 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

ด้านความพอเพียงของทรัพยากร ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 3. ท่านคิดว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอท่านได้รับการสนับสนุน บุคลากร คนทำงาน จากหน่วยงาน หรือชุมชน เพื่อมาปฏิบัติงาน อย่างพอเพียง ค่าเฉลี่ย 3.19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 2. ท่านคิดว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อมาปฏิบัติงาน จากทุกแหล่ง เพื่อมาปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ พอเพียง ค่าเฉลี่ย 3.08 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.80) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตาราง 9

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายข้อของด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้านการมอบหมายงานภายในทีม การให้คุณค่าสมาชิก การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ระบบข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร (n = 399)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ			
1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในอำเภอของท่านมีความชัดเจนในการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ และมีการมอบหมายหน้าที่แต่ละคนอย่างชัดเจน	3.76	0.83	มาก
2. ในการแก้ปัญหาของประชาชนในระดับอำเภอ สมาชิกใน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจะได้รับมอบหมาย ให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในงานใดงานหนึ่ง	3.54	0.80	มาก

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การมอบหมายงานภายในทีม			
1. ท่านได้รับการมอบหมายงาน ตรงตามความเชี่ยวชาญ และความชำนาญของท่าน	3.55	0.78	มาก
2. ท่านได้รับมอบหมายอำนาจ และการตัดสินใจภายในขอบเขตของตำแหน่ง และหน้าที่ที่กำหนด	3.53	0.79	มาก
3. ท่านรับทราบถึงบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ภายในทีม	3.62	0.76	มาก
การให้คุณค่าสมาชิก			
1. ท่านได้รับความช่วยเหลือในการทำงานจากเพื่อนสมาชิกใน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างเต็มใจ	3.74	0.76	มาก
2. ท่านได้ให้คำชื่นชมแก่ สมาชิกคณะกรรมการฯท่านอื่น เมื่อทำงาน หรือแสดงความคิดเห็นดี	3.84	1.65	มาก
3. ท่านได้ให้โอกาส สมาชิกคณะกรรมการฯท่านอื่นในการแสดงความคิดเห็นในเวทีประชุมทุกครั้ง	3.88	0.74	มาก
4. ท่านเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจาก สมาชิกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่ทำงานร่วมกัน	3.73	0.69	มาก
การสื่อสารภายใน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ			
1. ท่านสามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารกับ สมาชิกในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ท่านอื่น ๆ ได้โดยไม่มีอุปสรรค	3.73	0.71	มาก

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
2. ภายในสมาชิกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สื่อสารกันทั้งแบบทางการและไม่ทางการ	3.65	0.76	มาก
3. ท่านคิดว่าช่องทางการสื่อสาร ภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีความสะดวก รวดเร็ว และมีหลากหลายรูปแบบ เช่น ไลน์ อีเมล โทรศัพท์ เฟสบุ๊ก อินสตราแกรม	3.76	0.82	มาก
การทำงานเป็นทีม			
1. ท่านทำงานอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งเป็นเป้าหมายร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	3.74	0.79	มาก
2. บรรยากาศการทำงานร่วมกัน ของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นกันเอง เป็นมิตร และมีความผูกพัน	3.79	0.79	มาก
3. เมื่อเกิดปัญหาหรือมีข้อผิดพลาด สมาชิกในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร่วมกันคิดแก้ไข เพื่อหาแนวทางจัดการปัญหา	3.76	0.79	มาก
ระบบข้อมูลข่าวสาร			
1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของท่าน มีระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ ภายในระดับอำเภอ ที่ใช้ในการทำงานได้ดี	3.54	0.74	มาก

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
2.ท่านสามารถเข้าถึง หรือใช้ ฐานข้อมูลข่าวสาร คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้	3.47	0.73	มาก
3.ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบฐานข้อมูล ข่าวสารภายในระดับอำเภอ	3.41	0.79	มาก
4.ระบบฐานข้อมูลข่าวสารภายในระดับอำเภอ ของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ มีความเชื่อมโยงกัน ทั้งหน่วยงานภายใน และหน่วยงานภายนอก ตลอดจนภาคีเครือข่าย ต่าง ๆ	3.45	0.79	มาก
5.คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ สามารถใช้ระบบฐานข้อมูลข่าวสาร ภายในระดับอำเภอ เพื่อการวางแผน และ ดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ และคืนข้อมูลสู่ ชุมชน	3.47	0.78	มาก
ด้านความพอเพียงของทรัพยากร			
1.ท่านคิดว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอท่าน ได้รับการสนับสนุน งบประมาณ จากทุกแหล่งเพื่อมาปฏิบัติงาน อย่างเพียงพอ	3.14	0.84	ปาน กลาง
2.ท่านคิดว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อมาปฏิบัติงาน จากทุกแหล่งเพื่อมา ปฏิบัติงาน อย่างเพียงพอ	3.08	0.80	ปาน กลาง
3.ท่านคิดว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอท่านได้รับการสนับสนุน บุคลากร คนทำงาน จากหน่วยงาน หรือชุมชน เพื่อมา ปฏิบัติงาน อย่างพอเพียง	3.19	0.81	ปาน กลาง

ตอนที่ 4 ปัจจัยการควบคุมและการสนับสนุนจากภาครัฐ ได้แก่ การควบคุมกำกับจากภาครัฐ และการได้รับการพัฒนาศักยภาพ พขอ.

1. การควบคุมและการสนับสนุนจากภาครัฐ ได้แก่ การควบคุมกำกับจากภาครัฐ และการได้รับการพัฒนาศักยภาพ พขอ. กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการทำงานภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ การควบคุมกำกับจากภาครัฐ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.33 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75) การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.15 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79) รายละเอียดดังตาราง 10

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมของการควบคุมกำกับจากภาครัฐ และ การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (n = 399)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การควบคุมกำกับจากภาครัฐ	3.33	0.75	ปานกลาง
การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	3.15	0.79	ปานกลาง

2. การควบคุมกำกับจากภาครัฐ และการได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยแยกเป็นข้อมูลรายข้อพบว่า

การควบคุมกำกับจากภาครัฐ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คือ ข้อ 3. ท่านคิดว่าการติดตามการทำงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่จากหน่วยงานระดับจังหวัดมีความเหมาะสม เช่น จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ค่าเฉลี่ย 3.39 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.80) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 2. ท่านคิดว่าระยะเวลาที่ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต้องนำเสนอผลการทำงานต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) มีความเหมาะสม ค่าเฉลี่ย 3.34 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คือ ข้อ 4. ท่านได้ข้อมูลเพื่อเรียนรู้ เกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จากสื่อออนไลน์ เช่น ยูทิวบ์ ไลน์ อีเมลล์ เฟสบุ๊ก อินสตราแกรม ค่าเฉลี่ย 3.18 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และข้อที่มี

ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 2. ท่านได้รับสนับสนุน ในการสัมมนาและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง ค่าเฉลี่ย 3.13 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตาราง 11

ตาราง 11 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายข้อของด้านการควบคุมกำกับจากภาครัฐ และการได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (n = 399)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การควบคุมกำกับจากภาครัฐ			
1.ท่านคิดว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) ให้นโยบายการทำงานแก่ พชอ. ในแต่ละปี มีความเหมาะสม	3.35	0.78	ปานกลาง
2.ท่านคิดว่าระยะเวลาที่ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต้องนำเสนอผลการทำงานต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) มีความเหมาะสม	3.34	0.76	ปานกลาง
3.ท่านคิดว่าการติดตามการทำงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ จากหน่วยงานระดับจังหวัดมีความเหมาะสม เช่น จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	3.39	0.80	ปานกลาง
การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ			
1.ท่านได้รับสนับสนุน ในการฝึกอบรมเกี่ยวกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง	3.15	0.91	ปานกลาง

ตาราง 11 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
2.ท่านได้รับสนับสนุน ในการสัมมนาและร่วม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง	3.13	0.87	ปานกลาง
3.ท่านได้ข้อมูลเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ จากหนังสือ เอกสาร แผ่นพับ โปสเตอร์	3.15	0.86	ปานกลาง
4.ท่านได้ข้อมูลเพื่อเรียนรู้ เกี่ยวกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ จากสื่อออนไลน์ เช่น กูเกิล ไลน์ อีเมลล์ เฟสบุ๊ก อินสตราแกรม	3.18	0.84	ปานกลาง

ตอนที่ 5 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการทำงานภายใน
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาพรวมอยู่ในระดับปาน
กลาง ค่าเฉลี่ย 3.37 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83) รายละเอียดดังตาราง 12

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมของการมีส่วนร่วมของชุมชน (n =
399)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การมีส่วนร่วมของชุมชน	3.37	0.83	ปานกลาง

2. การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยแยกเป็นข้อมูลรายข้อของการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 1. ท่านคิดว่าประชาชนหรือกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน มีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ค่าเฉลี่ย 3.51 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 2. ท่านคิดว่าประชาชนหรือกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน มีส่วนร่วมตัดสินใจ ในการดำเนินงาน ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น อภิปรายปัญหา และความต้องการ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) มีความเหมาะสมค่าเฉลี่ย 3.27 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตาราง 13

ตาราง 13 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายข้อของการมีส่วนร่วมของชุมชน (n = 399)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การมีส่วนร่วมของชุมชน			
1. ท่านคิดว่าประชาชนหรือกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน มีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	3.51	0.81	มาก
2. ท่านคิดว่าประชาชนหรือกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน มีส่วนร่วมตัดสินใจ ในการดำเนินงาน ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ เช่น อภิปรายปัญหา และความต้องการ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) มีความเหมาะสม	3.27	0.87	ปานกลาง

ตาราง 13 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
3. ท่านคิดว่าประชาชนหรือกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ได้รับผลประโยชน์ จากการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	3.33	0.83	ปานกลาง
4. ท่านคิดว่าประชาชนหรือกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน มีส่วนร่วม ประเมินผล ใน การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น การประชุมกลุ่มย่อย การพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การประเมิน โครงการ การประชุมทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา	3.38	0.83	ปานกลาง

ตอนที่ 6 การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

1. การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.35 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.67) โดยพบว่า เมื่อแยกรายด้าน พบว่า ด้านการร่วมกำหนดแผนงาน และวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายการดำเนินงานในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.52 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69) อยู่ในระดับมาก และพบว่า การประเมินผลพัฒนางานยั่งยืน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ค่าเฉลี่ย 3.17 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70) อยู่ในระดับ ปานกลาง รายละเอียดดังตาราง 14

ตาราง 14 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในภาพรวมและแยกรายด้านของ การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพ (n = 399)

ด้านการดำเนินงาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	3.34	0.65	ปานกลาง
การร่วมกำหนดแผนงาน และวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายการดำเนินงาน	3.52	0.69	มาก
การบูรณาการการดำเนินงาน และการให้คำปรึกษาเสนอแนะ	3.31	0.53	ปานกลาง
การประสานงาน	3.45	0.72	มาก
การกำกับติดตาม	3.33	0.75	ปานกลาง
การประเมินผลพัฒนางานยั่งยืน	3.17	0.70	ปานกลาง
รวม	3.35	0.67	ปานกลาง

2. การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ เมื่อพิจารณาข้อมูลรายข้อพบได้ดังต่อไปนี้

เมื่อพิจารณารายข้อตามด้านการดำเนินการ พบว่า

การสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 4.ท่านให้เกียรติ และเคารพความสามารถในการทำงานของสมาชิกแต่ละคน ในการทำงาน ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ค่าเฉลี่ย 3.61 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ3. ท่านได้ใช้ความสามารถของตนเองผสมผสานกับความสามารถของสมาชิกท่านอื่นในการทำงานเพื่อสุขภาพและประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่ ค่าเฉลี่ย 3.17 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.97) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

การร่วมกำหนดแผนงาน และวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายการดำเนินงาน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 3.ท่านมีส่วนร่วมตัดสินใจกำหนดประเด็นสำคัญ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ ค่าเฉลี่ย 3.56 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ1.ท่านมีส่วนร่วมในการ

วิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดปัญหาสุขภาพของประชาชนในอำเภอ ค่าเฉลี่ย 3.49 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.80) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

การบูรณาการการดำเนินงาน และการให้คำปรึกษาเสนอแนะ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 1.ท่านมีส่วนร่วมในการสนับสนุน และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ โดยยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ ค่าเฉลี่ย 3.59 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 3.ท่านได้นำแผน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมาบูรณาการปฏิบัติงานไปพร้อมกับแผนงานของหน่วยงาน แต่ละคนอย่างเป็นหนึ่งเดียว ค่าเฉลี่ย 3.05 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

การประสานงาน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 2. ท่านได้ประสานงานกับสมาชิกในหน่วยงานท่าน และในภาคส่วนท่านให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องตามแผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ค่าเฉลี่ย 3.47 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 3.ท่านได้ร่วมประสานขอข้อมูล และเอกสารที่เกี่ยวข้องในการทำงาน จากหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำมาวางแผนประเมินผล ค่าเฉลี่ย 3.43 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

การกำกับติดตาม ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 1.ท่านได้ดำเนินการติดตาม ผลการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการ/หน่วยงานตามแผน/โครงการของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น ในที่ประชุม รายงานผล และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป ค่าเฉลี่ย 3.37 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 2. ท่านได้ดำเนินการกำกับติดตามการดำเนินงาน ในระดับอำเภอให้เป็นไปตามตามแผน/โครงการของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น สรุปผลการดำเนินงานตามไตรมาสรายงานประจำปี ค่าเฉลี่ย 3.28 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ประเมินผลพัฒนางานยั่งยืน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 2. ท่านมีส่วนร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน มาอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ย 3.32 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.80) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 1.ท่านได้ร่วมประเมินผลการดำเนินการ เมื่อสิ้นสุดแผนงานและโครงการ ค่าเฉลี่ย 3.03 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 15 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อของการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (n = 399)

การดำเนินงาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ			
1.เมื่อท่านได้เข้ามาเป็นสมาชิกของ พขอ.ท่านได้ทำความรู้จักและรับรู้ความสามารถ สมาชิกท่านอื่น ๆ ทำให้เกิดความไว้วางใจในการทำงานร่วมกัน	3.56	0.76	มาก
2. ท่านได้มีส่วนร่วม ในการกำหนดวิธีการทำงานร่วมกัน ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจึงรู้สึกสบายใจ และไว้วางใจในการปฏิบัติงานร่วมกัน	3.58	0.73	มาก
3.ท่านได้ใช้ความสามารถของตนเองผสมผสานกับความสามารถของสมาชิกท่านอื่นในการทำงานเพื่อสุขภาพและประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่	3.17	0.97	ปานกลาง
4.ท่านให้เกียรติ และเคารพความสามารถในการทำงานของสมาชิกแต่ละคน ในการทำงานในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	3.61	0.84	มาก
5.ท่านปฏิบัติตน และให้ความสำคัญกับคุณค่าหรือค่านิยมของสมาชิกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น ภูมิปัญญา ศิลธรรม คุณธรรม ประเพณี วัฒนธรรม กฎหมาย ความเชื่อ ศาสนา	3.34	1.06	ปานกลาง

ตาราง 15 (ต่อ)

การดำเนินงาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การร่วมกำหนดแผนงาน และวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายการดำเนินงาน			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดปัญหาสุขภาพของประชาชนในอำเภอ	3.49	0.80	มาก
2. ท่านมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมาย และแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่อย่างเหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงในอำเภอ	3.55	0.78	มาก
3. ท่านมีส่วนร่วมตัดสินใจกำหนดประเด็นสำคัญเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ	3.56	0.79	มาก
4. ท่านได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาที่พบระหว่างการดำเนินโครงการเพื่อให้งานบรรลุผลตามแผน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่กำหนดไว้	3.49	0.78	มาก
การบูรณาการการดำเนินงาน และการให้คำปรึกษาเสนอแนะ			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการสนับสนุน และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่าง ภาครัฐ เอกชน และประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ โดยยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ	3.59	0.81	มาก
2. ท่านได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานตามแผนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแก่หน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และ ประชาชน ผู้ประกอบการในพื้นที่	3.58	0.74	มาก

ตาราง 15 (ต่อ)

การดำเนินงาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
3.ท่านได้นำแผน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มาบูรณาการ ปฏิบัติงาน ไปพร้อมกับแผนงานของหน่วยงาน แต่ละคนอย่างเป็นหนึ่งเดียว	3.05	0.50	ปานกลาง
4.ท่านได้ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการดำเนินงานตามแผน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนในอำเภอ	3.14	0.77	ปานกลาง
5.ท่านได้นำ งบประมาณ บุคลากร วัสดุในหน่วยงานท่าน มาใช้ดำเนินการร่วม ไปกับแผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานท่าน	3.18	0.84	ปานกลาง
การประสานงาน			
1.ท่านมีส่วนร่วมในการประสานการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	3.45	0.76	มาก
2.ท่านได้ประสานงานกับสมาชิกในหน่วยงานท่าน และในภาคส่วนท่านให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องตามแผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	3.47	0.77	มาก
3.ท่านได้ร่วมประสานขอข้อมูล และเอกสารที่เกี่ยวข้องในการทำงาน จากหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำมาวางแผนประเมินผล	3.43	0.78	มาก

ตาราง 15 (ต่อ)

การดำเนินงาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การกำกับติดตาม			
1.ท่านได้ดำเนินการติดตาม ผลการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการ/หน่วยงานตามแผน/โครงการของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น ในที่ประชุม รายงานผล และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป	3.37	0.78	ปานกลาง
2.ท่านได้ดำเนินการกำกับการทำงาน ในระดับอำเภอให้เป็นไปตามตามแผน/โครงการของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น สรุปผลการดำเนินงานตามไตรมาส รายงานประจำปี	3.28	0.78	ปานกลาง
ประเมินผลพัฒนางานยั่งยืน			
1.ท่านได้ร่วมประเมินผลการดำเนินการ เมื่อสิ้นสุดแผนงานและโครงการ	3.03	0.77	ปานกลาง
2.ท่านมีส่วนร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน มาอย่างต่อเนื่อง	3.32	0.80	ปานกลาง

ตอนที่ 7. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ วิเคราะห์การทำงานจากข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการฯ ข้อมูลศักยภาพรายบุคคลของคณะกรรมการฯ การทำงานภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ข้อมูลการควบคุมและการสนับสนุนจากภาครัฐและชุมชน กับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1. สมการในการวิเคราะห์

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

เมื่อ Y = การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของเพศหญิง

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอายุ

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพสมรส

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพหย่า/หม้าย/ร้าง

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระดับการศึกษาปริญญาตรี

b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี

b_7 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

b_8 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของหน่วยงานภาครัฐที่ไม่ใช่สาธารณสุข

b_9 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของหน่วยงานจากภาคเอกชน

b_{10} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของหน่วยงานจากภาคประชาชน

b_{11} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาท

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

b_{12} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของประสบการณ์ทำงานด้านบริหาร

b_{13} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของภาระงานในหน่วยงานท่าน

b_{14} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของทักษะการจัดการ

b_{15} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความเป็นผู้นำ

b_{16} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของทัศนคติต่อการทำงานคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

b_{17} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของโครงสร้างและบทบาทหน้าที่

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

b_{18} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการมอบหมายงานภายในทีม

b_{19} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการให้คุณค่าสมาชิก

b_{20} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการสื่อสารภายใน คณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

b_{21} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการทำงานเป็นทีม

b_{22} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระบบข้อมูลข่าวสาร

b_{23} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของด้านความพอเพียงของทรัพยากร

b_{24} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการควบคุมกำกับจากภาครัฐ

b_{25} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการได้รับการพัฒนาศักยภาพ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

b_{26} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการมีส่วนร่วมของชุมชน

x_1 = เพศหญิง

x_2 = อายุ

x_3 = สถานภาพสมรส

x_4 = สถานภาพหย่า/หม้าย/ร้าง

x_5 = ระดับการศึกษาปริญญาตรี

x_6 = ระดับการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี

x_7 = รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

x_8 = หน่วยงานภาครัฐที่ไม่ใช่สาธารณสุข

x_9 = จากภาคเอกชน

x_{10} = จากภาคประชาชน

x_{11} = ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ

อำเภอ (พชอ.)

x_{12} = ประสบการณ์ทำงานด้านบริหาร

x_{13} = ภาระงานในหน่วยงานท่าน

x_{14} = ทักษะการจัดการ

x_{15} = ความเป็นผู้นำ

x_{16} = ทักษะคิดต่อการทำงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

x_{17} = โครงสร้างและบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

x_{18} = การมอบหมายงานภายในทีม

x_{19} = การให้คุณค่าสมาชิก

x_{20} = การสื่อสารภายใน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

- X_{21} = การทำงานเป็นทีม
 X_{22} = ระบบข้อมูลข่าวสาร
 X_{23} = ด้านความพอเพียงของทรัพยากร
 X_{24} = การควบคุมกำกับจากภาครัฐ
 X_{25} = การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
 X_{26} = การมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร ดังตาราง

ตาราง 16 แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
เพศ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) เพศ (ชาย= อ้างอิง หญิง=1)
อายุ	อัตราส่วน
สถานภาพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) สถานภาพโสด (อ้างอิง) สถานภาพสมรส (สมรส=1, อื่น ๆ =0) สถานภาพหย่า/หม้าย/ร้าง (หย่า/หม้าย/ร้าง=1, อื่น ๆ =0)
ระดับการศึกษา	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำกว่าปริญญาตรี (อ้างอิง) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ปริญญาตรี=1, อื่น ๆ =0) ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี (สูงกว่าปริญญาตรี =1, อื่น ๆ =0)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	อัตราส่วน
หน่วยงานที่ท่านสังกัด (หรือภาคส่วน)	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) หน่วยงานภาครัฐ (สาธารณสุข) (อ้างอิง) หน่วยงานภาครัฐที่ไม่ใช่สาธารณสุข=1, อื่น ๆ =0 จากภาคเอกชน =1, อื่น ๆ =0 จากภาคประชาชน =1, อื่น ๆ =0

ตาราง 16 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานใน บทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	อัตราส่วน
ประสบการณ์ทำงานด้านบริหาร	ค่าเฉลี่ย
ภาระงานในหน่วยงานท่าน	ค่าเฉลี่ย
ทักษะการจัดการ	ค่าเฉลี่ย
ความเป็นผู้นำ	ค่าเฉลี่ย
ทัศนคติต่อการทำงานคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ค่าเฉลี่ย
โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ	ค่าเฉลี่ย
การมอบหมายงานภายในทีม	ค่าเฉลี่ย
การให้คุณค่าสมาชิก	ค่าเฉลี่ย
การสื่อสารภายใน คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ค่าเฉลี่ย
การทำงานเป็นทีม	ค่าเฉลี่ย
ระบบข้อมูลข่าวสาร	ค่าเฉลี่ย
ด้านความพอเพียงของทรัพยากร	ค่าเฉลี่ย
การควบคุมกำกับจากภาครัฐ	ค่าเฉลี่ย
การได้รับการพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ	ค่าเฉลี่ย
การมีส่วนร่วมของชุมชน	ค่าเฉลี่ย

3. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 26 ตัวแปรพบว่า มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระอยู่ระหว่าง -0.782 ถึง 0.769 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ โดยไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป ไม่เกิน 0.90 (ปัทมา สุพรรณกุล, 2561)

4. ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558) พบว่า

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ ต้องเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ (Quantitative variable) หรือ ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variable) หรือมีระดับการวัดเป็น Interval หรือ Ratio ในกรณีที่ตัวแปรอิสระบางตัวมีระดับการวัดเป็น Nominal หรือ Ordinal Scale จะต้องมีการแปลงข้อมูลให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) คือ มีค่า 0 กับ 1 ก่อนจึงจะสามารถนำไปวิเคราะห์ ทั้งนี้ตัวแปรหุ่นไม่ควรจะมีหลายตัว เพราะจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนมากขึ้น

2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Dubin-Watson เท่ากับ 1.944 (เกณฑ์คือ 1.50 - 2.50)

3. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ Mean = 0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.990 (เกณฑ์คือ S.D. เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการระดับจากกราฟ Normal probability plot

4. ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homo-scedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่

5. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multi-collinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าตั้งแต่ -0.782 ถึง 0.769 (เกณฑ์คือ น้อยกว่า 0.90) ร่วมกับการพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าตั้งแต่ 1.043 ถึง 2.905 (เกณฑ์คือ ทุกค่าต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าตั้งแต่ 0.344 ถึง 0.959 (เกณฑ์คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ พบว่า

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน และสร้างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

พบว่า มีตัวแปรที่ร่วมพยากรณ์ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยเรียงลำดับตามค่า สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระแต่ละตัวที่จะนำมาสร้างสมการตามความสามารถพยากรณ์ ของการดำเนินงาน และสร้างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จากตัวแปรที่ถูกคัดเลือกจากน้อยไปหามาก ทั้ง 8 ตัวแปรได้แก่

1. การสื่อสารภายใน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสามารถอธิบายความ แปรปรวนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.2 ($R^2 = 0.462$) โดยเมื่อคะแนนการสื่อสารภายใน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน การดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ จะ เพิ่มขึ้น 0.197คะแนน ($b = 0.197$)

2. การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 54.7 ($R^2 = 0.547$) โดยเมื่อคะแนนการ ดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพ อำเภอ เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน การดำเนินงาน และสร้างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจะเพิ่มขึ้น 0.108 คะแนน ($b = 0.108$)

3. การมอบหมายงานภายในทีม สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 58.4 ($R^2 = 0.584$) โดยเมื่อคะแนนการมอบหมายงานภายในทีม เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบ สุขภาพอำเภอ จะเพิ่มขึ้น 0.135 คะแนน ($b = 0.135$)

4. การมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 61.2 ($R^2 = 0.612$) โดยเมื่อคะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชน เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน การดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอจะเพิ่มขึ้น 0.188 คะแนน ($b = 0.188$)

5. การทำงานเป็นทีม สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62.7 ($R^2 = 0.627$) โดยเมื่อคะแนนการทำงานเป็นทีม เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน การดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ จะเพิ่มขึ้น 0.149 คะแนน ($b = 0.149$)

6. ประสิทธิภาพการทำงานด้านบริหาร โดยมีผลทางบวกการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63.9 (R Square = 0.639) โดยเมื่อประสิทธิภาพการทำงานด้านบริหารเพิ่มมากขึ้นการดำเนินงาน และสร้างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จะเพิ่มขึ้น 0.072 คะแนน ($b = 0.072$)

7. สถานภาพหย่า/หม้าย/ร้าง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพหย่า/หม้าย/ร้าง มีผลต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอลดลงเมื่อเทียบกับสถานภาพโสด (อ้างอิง) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 64.7 (R Square = 0.647) โดยเมื่อคะแนนสถานภาพ หย่า/หม้าย/ร้าง เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอจะลดลง 0.179 คะแนน ($b = -0.179$)

8. ระยะเวลาที่เข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65.4 (R Square = 0.654) โดยเมื่อคะแนนระยะเวลาที่เข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เปลี่ยนแปลง/เพิ่มขึ้นไป 1 คะแนน ส่งผลให้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอจะเพิ่มขึ้น 0.101 คะแนน ($b = 0.101$)

ซึ่งทั้งหมด 8 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ได้ร้อยละ 65.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีผลต่อการดำเนินงาน และสร้างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอรายละเอียดดังตาราง 17

ตาราง 17 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (n=399)

ตัวแปรพยากรณ์	R Square	R Square Change	b	Beta	s.e. of b	t	p-value
การสื่อสารภายใน คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	0.462	0.462	0.197	0.227	0.043	4.597	<0.001
การได้รับการพัฒนา ศักยภาพคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ	0.547	0.085	0.108	0.147	0.029	3.668	<0.001
การมอบหมายงานภายใน ทีม	0.584	0.037	0.135	0.163	0.034	4.006	<0.001
การมีส่วนร่วมของชุมชน	0.612	0.028	0.188	0.242	0.030	6.171	<0.001
การทำงานเป็นทีม	0.627	0.016	0.149	0.185	0.041	3.645	<0.001
ประสบการณ์ในการทำงาน ด้านบริหาร	0.639	0.012	0.072	0.111	0.022	3.242	0.001
หย่า/หม้าย/ร้าง (กลุ่ม อ้างอิง = สมรส)	0.647	0.008	0.179	0.087	0.063	2.864	0.004
ระยะเวลาเข้าร่วม ดำเนินงานในบทบาท คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	0.654	0.007	0.101	0.083	0.037	2.705	0.007

Constant (a) = 0.454, R square= 0.654, Adjust R Square= 0.646, F= 91.951, p<0.001

5. สมการในการพยากรณ์ตัวแปรตาม

จากการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการอธิบายการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้

สมการทำนาย

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5 + b_6x_6 + b_7x_7 + b_8x_8$$

เมื่อ

Y = การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการสื่อสารภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการมอบหมายงานภายในทีม

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการมีส่วนร่วมของชุมชน

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการทำงานเป็นทีม

b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของประสบการณ์ในการทำงานด้านบริหาร

b_7 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพ หย่า/หม้าย/ร้าง

b_8 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

x_1 = การสื่อสารภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

x_2 = การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

x_3 = การมอบหมายงานภายในทีม

x_4 = การมีส่วนร่วมของชุมชน

x_5 = การทำงานเป็นทีม

x_6 = ประสบการณ์ในการทำงานด้านบริหาร

x_7 = สถานภาพ หย่า/หม้าย/ร้าง

x_8 = ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

(พชอ.)

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ = $0.454 + 0.197$ (การสื่อสารภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) + 0.108 (การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) + 0.135 (การมอบหมายงานภายในทีม) + 0.188 (การมีส่วนร่วมของชุมชน) + 0.149 (การทำงานเป็นทีม) + 0.072 (ประสบการณ์ในการทำงานด้านบริหาร) - 0.179 (สถานภาพ หย่า/หม้าย/ร้าง) + 0.101 (ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.))

การวิจัยระยะที่ 2 มุมมองต่อการดำเนินงานและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสร้างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ การวิจัยระยะนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษา มุมมองต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ วิเคราะห์ข้อมูลมุมมองต่อการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามระเบียบวิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับ (Explanatory Sequential Design) ซึ่งอธิบายถึงการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพในสองขั้นตอนติดต่อกัน ต้องใช้กระบวนการวิจัยที่เชื่อมโยงข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยในระยะแรกจะทำการเลือกและวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในข้อมูลเชิงปริมาณ จากนั้นจึงนำตัวแปรส่งผลต่อการดำเนินงานของ พขอ. ไปสู่การศึกษามุมมองต่อปัจจัยเพื่ออธิบายที่มาของปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของ พขอ. รวมทั้งข้อเสนอแนะของการดำเนินการ พขอ. ที่มีประสิทธิภาพ และนำผลมาเชื่อมโยงข้อมูล (Connecting data) อย่างเป็นเหตุเป็นผล โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสองวิธีนี้จะมีประเด็นการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ในประเด็นของมุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของพขอ. ที่มีประสิทธิภาพ และข้อเสนอแนะที่ช่วยสนับสนุนทำให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอที่มีประสิทธิภาพ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ตามลำดับ ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานและข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ผลการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน ในฐานะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัญหากระบวนการทำงานภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1.1 ปัญหาการประชุมคณะกรรมการที่ไม่มีความต่อเนื่อง เกิดจากภาระงานประจำมีปริมาณมากทำให้มีเวลาน้อย ไม่เต็มที่ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม ภาคประชาชนติดภาระกิจส่วนตัว ขณะเดียวกันระเบียบกำหนดให้ประชุม 3-4 ครั้งต่อปีทำให้การประชุมคณะกรรมการแต่ละปีมีน้อยมาก มักเป็นกิจกรรมในการวางแผนงานช่วงต้นปี และอีกทั้งไม่เคยประชุมครบพร้อมกันทั้ง 21 คน แต่คณะกรรมการได้ส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุมซึ่งขาดประสบการณ์ทำงานในด้านบริหาร ปรากฏการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการทำงานของคณะกรรมการฯ ในเรื่องอำนาจการตัดสินใจแก้ไขปัญหา เพราะไม่สามารถร่วมตัดสินใจแทนหน่วยงาน องค์กรได้

1.2 ปัญหาการสื่อสาร ทำให้คณะกรรมการไม่ทราบข้อมูลอย่างทั่วถึง และปัญหาการสื่อสารที่เข้าใจไม่ตรงกันทำให้เกิดปัญหาในการทำงาน

1.3 ปัญหาขาดการประสานงานกันระหว่างหน่วยงาน ต่างคนต่างทำงานในหน้าที่ของตนเองที่รับผิดชอบส่งผลไปถึงระดับผู้ปฏิบัติงานขาดความร่วมมือไม่ราบรื่น

1.4 ปัญหาขาดการบูรณาการในภารกิจ/ภาระงานทั้งภาครัฐ เอกชนกับหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานไม่มีความเชื่อมโยง

1.5 ปัญหาข้อมูลไม่ครบถ้วน มีเฉพาะข้อมูลในหน่วยงานของตนเอง ส่วนข้อมูลประกอบด้านอื่นมีน้อย และขาดข้อมูลในกลุ่มเป้าหมาย ไม่เน้นความสำคัญของข้อมูล ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอข้อมูลหรือสรุปข้อมูลได้ก่อให้เกิดอุปสรรคในการวางแผนหรือไม่มีแผนดำเนินงานต่อกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน

1.6 ปัญหาการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานประจำปี/ไตรมาสที่ไม่ชัดเจนและต่อเนื่อง ซึ่งทำให้การดำเนินงานของคณะกรรมการไม่ต่อเนื่อง มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน

3. ปัญหาไม่มีงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานของคณะกรรมการ

ไม่มีงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานของคณะกรรมการที่ต่อเนื่องและเป็นการเฉพาะ ทั้งงบประมาณการจัดประชุมอนุกรรมการฯ และงบประมาณพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตประชาชน ที่ผ่านมามีคณะกรรมการฯ ต้องจัดการและหางบประมาณในการ แก้ไขปัญหาสุขภาพอำเภอ ทั้งจากส่วนราชการและเอกชน อย่างไรก็ตามหากใช้งบประมาณส่วนราชการต่าง ๆ ก็มีอุปสรรค

ข้อจำกัดและระเบียบในการตั้งงบประมาณเบิกจ่ายตลอดจนงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับบทบาท พขอ.

4. ปัญหาของคณะกรรมการฯ และเลขา พขอ.

4.1 ปัญหาทัศนคติของคณะกรรมการฯ ที่ให้ความสำคัญน้อยและมุงมองประเด็นยังติด ภาพงานสาธารณสุข จึงส่งผลให้การตั้งประเด็นปัญหามาจากปัญหาสุขภาพของประชาชนมากกว่า ปัญหาด้านอื่น ๆ และมีผลกระทบต่อความร่วมมือในการทำงานในกลุ่มคณะกรรมการที่มาจากภาค ส่วนอื่นที่ไม่ใช่ด้านสาธารณสุข

4.2 ปัญหาคณะกรรมการฯ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น เนื่องจากไม่เข้าใจงานสาธารณสุข

4.3 ปัญหาเลขา พขอ. พบว่าขาดมีทักษะการพูดสื่อสารกับทีมพขอ.ที่ดี ขาดทักษะ การวิเคราะห์และเสนอปัญหา สรุปประเด็นให้คณะกรรมการ พขอ.เข้าใจรับรู้ถึงปัญหาในทุกมิติ ตลอดจนทักษะความสามารถด้านการประสานงาน และทักษะการเชื่อมโยงงานให้แก่หน่วยงานเข้า มามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พขอ.

5. ปัญหาความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมของชุมชน

ปัญหาชุมชนบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือ นโยบายยังไม่เข้าถึงชุมชนตลอดจนชุมชนยังไม่ เข้าใจนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตกับการแก้ไขปัญหาจนเกิดอุปสรรคในการนำประเด็นปัญหาพขอ.ที่ ไม่ชัดเจนไปปฏิบัติในระดับตำบล และหมู่บ้าน

6. ปัญหาการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ

6.1 ปัญหาการแต่งตั้งคณะกรรมการฯที่ไม่ครอบคลุมตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2561 ขณะเดียวกันการแต่งตั้งคณะทำงาน หรือทีมทำงาน ไม่ชัดเจน ไม่มาจากหลายภาค ภาค ส่วน ส่งผลให้ไม่มีความพร้อมในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน และแก้ไขเฉพาะด้านสาธารณสุข

6.2 ปัญหาการโยกย้ายของข้าราชการ/บุคลากรบ่อยทำให้การทำงานไม่มีความต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อการดำเนินงานร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การคัดเลือกบุคคลเข้ามาปฏิบัติงานใน พขอ.

1.1 ทีม พขอ. ควรมีผู้ร่วมทำงานที่มาจากหลายภาคส่วน และควรให้กลุ่มประชาชนที่ สำคัญเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาร่วมเป็นอนุกรรมการ

1.2 เลขาพขอ. ควรมาจากบุคคลที่ทำงานในที่ว่าการอำเภอ เพื่อการขับเคลื่อนและให้ ความร่วมมือเพราะประเด็นพขอ. มีหลายมิติไม่ใช่แค่สาธารณสุข เช่น ปลัดอำเภอ เป็นต้น

2. กระบวนการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2.1 ควรมีการวางแผน การติดตามงาน และมีการประเมินผลงานที่ชัดเจน และมีการ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2.2 ควรมีการบูรณาการแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน การทำงานร่วมกัน และแต่ละหน่วยงานนำตัวชี้วัดมาบูรณาการการทำงานร่วมกัน

2.3 ควรมีการประสานงาน เพื่อบูรณาการงาน

2.4 การเลือกประเด็นปัญหาเพื่อนำมาแก้ไข ไม่ควรมากเกินไปหรือสองประเด็น ควรดำเนินการแก้ปัญหาแต่ละประเด็นให้สำเร็จ ก่อนจะเปลี่ยนประเด็น และสามารถแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม สำเร็จได้ ตลอดจนความต่อเนื่องในการแก้ปัญหาควรอย่างน้อย 3 ปี

2.5 ควรประชุมทุกเดือน ให้ตัวแทนหมู่บ้านเข้าร่วม เพราะเป็นฝ่ายปฏิบัติงานในพื้นที่

2.6 ควรมีการสรุปงาน เผยแพร่ แจ้งประชุมทุกเดือน

2.7 ควรมีการประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนรับรู้กิจกรรม โครงการที่ดำเนินการเพื่อความร่วมมือ

3. การจัดการที่เอื้อต่อการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

3.1 ควรมีงบประมาณในการประชุมและชุดคณะกรรมการทั้ง พชอ. และอนุกรรมการฯ แต่ละประเด็นปัญหาและควรจัดหางบประมาณเพิ่มเติมหรือกระจายงบประมาณลงท้องถิ่น

3.2 เลขาพชอ. ควรมีทักษะการพูดสื่อสารกับทีม พชอ. มีความสามารถสรุปเสนอปัญหาต่อพชอ. และควรมีความสามารถด้านการประสานงาน การเชื่อมโยงงานแต่ละหน่วยงาน

3.3 ควรพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ บทบาทหน้าที่พชอ. อย่างชัดเจน และควรสร้างความตระหนักความสำคัญในการขับเคลื่อนงาน พชอ. ทุกภาคส่วน

3.4 ควรรวมศูนย์ข้อมูล ส่งต่อข้อมูลกัน และใช้ฐานข้อมูลเดียวกันโดยยึดประชาชนเป็นหลัก ตลอดจนนำข้อมูลมาวิเคราะห์วางแผน และควรแต่งตั้งอนุกรรมการระบบข้อมูล

ผลการวิเคราะห์มุมมองและข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาระดับอำเภอ

ปัจจัยที่จะนำเข้าในการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก คือ ตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (การวิจัยเชิงปริมาณ) ได้แก่ การสื่อสารภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การมอบหมายงานภายในทีม การมีส่วนร่วมของชุมชน การทำงานเป็นทีม ประสิทธิภาพในการทำงานด้านบริหาร สถานภาพ (หย่า/หม้าย/ร้าง) ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รวมจำนวน 8 ปัจจัย / ตัวแปร รายละเอียดดังตาราง 18

ตาราง 18 แสดงสรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (เรียงตามค่าสัมประสิทธิ์ที่ใช้ในการทำนายจากน้อยไปมาก)

ปัจจัย/ตัวแปร	ผลการวิจัย
ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (การวิจัยเชิงปริมาณ)	
1. การสื่อสารภายใน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	การสื่อสารภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
2. การได้รับการพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
3. การมอบหมายงานภายในทีม	การมอบหมายงานภายในทีมมีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
4. การมีส่วนร่วมของชุมชน	การมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ
5. การทำงานเป็นทีม	การทำงานเป็นทีมมีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
6. ประสพการณ์ในการทำงาน ด้านบริหาร	ประสพการณ์ในการทำงานด้านบริหารมีผลทางบวกต่อการ ดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ
7. สถานภาพ (หย่า/หม้าย/ร้าง)	สถานภาพ (หย่า/หม้าย/ร้าง) มีผลต่อการดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ น้อยกว่าสถานภาพ โสด (อ้างอิง) สมรส
8. ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงาน ในบทบาทคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีผลทางบวกต่อการดำเนินงาน ที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ

ใช้กระบวนการในการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำไปสู่การแสดงความเห็นด้าน มุมมองต่อการดำเนินงาน และอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน เพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงาน ที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เมื่อนำข้อมูลการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) พบดังนี้

มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ

สามารถสรุป 2 ได้ประเด็นหลัก คือ อธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการดำเนินงานของ คณะกรรมการฯ ตามปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาระดับอำเภอ จึงขอ นำเสนอตามปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ ดังต่อไปนี้

1. การสื่อสารภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า การสื่อสารภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอมีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ นำตัวแปรนี้ไปการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ว่า คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีที่มาจากหลายภาคส่วน วิธีการสื่อสารจากที่ทำงานแตกต่างกัน เมื่อมี วิธีการสื่อสารภายในที่ใช้ร่วมกันก็จะทำให้การทำงานร่วมกันเป็นไปในแนวทางหรือทิศทางเดียวกัน ไม่ ต่างคนต่างทำงาน หรือต่างคนต่างคิด ทำให้เข้าใจกันได้ดีขึ้น หากขาดการกำหนดการสื่อสารอย่าง ชัดเจน และต่อเนื่องโดยเฉพาะการสื่อสารภายในคณะกรรมการ พชอ.ที่มีประสิทธิภาพย่อมส่งผลตรง ต่อการดำเนินงาน

ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ ข้อเสนอแนะต่อวิธีการสื่อสารภายใน ที่จะทำให้การดำเนินงาน มีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) การสื่อสารจากคณะกรรมการ พชอ. สู่ระดับพชต. หรือ พชม.หมู่บ้าน โดยการประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย หรือสื่อสารผ่านเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานนั้น ๆ โดยตรง 2) การสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการ ผ่านการพูดคุย แบ่งปันข้อมูล เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันใน บางเรื่อง 3) การสื่อสารผ่านการนำเสนอผลงาน หรือจากผลงานที่ทำสำเร็จแล้วโดยวิธีการเสวนา นำเสนอผลงาน 4) วิธีการสื่อสารภายในต้องตกลงผ่านมติคณะกรรมการ พชอ. 5) ทำเป็นหนังสือ ราชการไปถึงคณะกรรมการ ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...การสื่อสาร มีความสำคัญ ถ้าไม่สื่อสารกันก็จะต่างคนต่างทำงาน...

(LM01, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

...การสื่อสารโดยตรง จะสามารถทำงานได้เลย ที่ผ่านมาสาธารณสุข จะมาแจ้งเรื่อง แล้วมอบหมาย ให้ทำเราก็สามารถดำเนินงานได้ตามที่มอบ...

(FGD DH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11พฤศจิกายน 2566)

...ปกติ ผมจะสื่อสารการรับมอบงานโดยตรงจากเลขา พขอ. ซึ่งก็คือ ท่านสสอ.ผมว่า ดี เพราะชัดเจนและง่ายในการสื่อสาร คือจากคน ๆ เดียวไปเลยเป็นผู้สื่อสาร...

(FGD, LC03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11พฤศจิกายน 2566)

...การประชุมที่ต่อเนื่องเป็นวิธีการที่ดีที่สุด คือทุกคนเข้ามาประชุมซึ่งจะสามารถ

สื่อสาร ในเรื่องของบทบาท หน้าที่ แนวคิด กิจกรรม พขอ. อย่างน้อยควรมี สอง หรือสามเดือนต่อครั้งเพื่อรายงานผลการดำเนินงาน...

(LM03, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

...การสื่อสารหรือพูดคุยกันภายในคณะกรรมการควรมีช่องทางสื่อสารกันทางใดทาง หนึ่งที่เป็นหลัก มันอยู่ที่มิติที่ประชุมว่าจะใช้แบบไหน...

(FGD, PH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11พฤศจิกายน 2566)

...การทำให้ประชาชนเข้าใจการทำงาน พขอ. ในระดับหมู่บ้าน (พขต.) ชุมชน (พชม.) ต้องประชาสัมพันธ์ผ่านเครื่องเสียงตามสายแต่ละหมู่ทุกครั้งที่มีกิจกรรม...

(FGD, LC02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11พฤศจิกายน 2566)

...การพบกัน ค่อยกันบ่อย ๆ นอกกรอบที่ไม่ใช่การประชุม มันคุยกันง่าย เข้าใจกัน ถาม สารทุกข์สุกดิบกัน...

(LM03, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

...การได้ไปแข่งขันหรือชนะประกวดผมว่าดี บางทีไปดูพื้นที่ที่ชนะแล้วเอามาพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันมาปรับใช้ในพื้นที่ของเรา...

(PP01, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

...บางที่หากคนมาประชุมยากหรือบ่มาประชุมเลย ก็ต้องให้อำเภอก่อนส่งสื่อสั่งการ แต่งตั้งมันก็ง่ายเวลาทำงาน.....

(FGD, LC08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11พฤศจิกายน 2566)

2. การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการ พขอ. นำตัวแปรนี้ไปการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ว่า คณะกรรมการ พขอ. ที่ได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานจะส่งผลให้คณะกรรมการ พขอ. มีศักยภาพเพิ่มขึ้นสามารถให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหาให้แก่ทีมดำเนินงานระดับพื้นที่ได้ หากคณะกรรมการ พขอ. ไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างชัดเจนโดยเฉพาะศักยภาพของคณะกรรมการ พขอ. อย่างมีประสิทธิภาพย่อมส่งผลต่อการดำเนินงาน

ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาศักยภาพที่จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) พัฒนาศักยภาพตามส่วนขาดที่พบ ให้ทีมที่รับผิดชอบ (อนุกรรมการ พขอ.) แก้ไขปัญหา แต่ละประเด็นปัญหา 2) เรียนรู้ในพื้นที่ ที่ทำสำเร็จแล้วและนำมาพัฒนาต่อยอดในพื้นที่ของเรา ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...ถ้าจะหือการทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย คณะกรรมการ พขอ. ต้องไปเรียนรู้งาน พขอ. ในพื้นที่อื่นที่ทำสำเร็จแล้ว...

(LM03, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

...ต้องให้เจ้าหน้าที่หรือตัวแทนคณะกรรมการลงไปดูหน้างานให้คำปรึกษา ชี้แนะ กรณีเกิดปัญหาขึ้นคนทำงานไม่รู้จะปรึกษาใคร...

(FGD, HV02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11 พฤศจิกายน 2566)

...เวลาทำงานในพื้นที่ต้องช่วยกันทำงาน ถ้าไม่รู้ต้องถาม มันต้องมีคนตอบ ช่วยกัน...

(LM02, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

...การพัฒนาคณะกรรมการ พขอ. น่าจะมีการฝึกหรืออบรมเฉพาะประเด็นปัญหาเป็นด้าน ๆ ไปบางคนก็บ่เข้าใจว่าจะทำอะไรได้บ้าง...

(FGD, LC02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11 พฤศจิกายน 2566)

3. การมอบหมายงานภายในทีม

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า การมอบหมายงานภายในทีมมีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำตัวแปรนี้ไปการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ว่า การมอบหมายงานทำให้เกิดความชัดเจน ทราบถึง

ขอบเขตความรับผิดชอบการดำเนินงาน และดำเนินการอย่างเต็มความสามารถไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้งในการดำเนินงานหากขาดการมอบหมายงานอย่างชัดเจนโดยเฉพาะการมอบหมายงานภายในทีมขอ.ย่อมส่งผลต่อการทำงานและความสัมพันธ์ภายในทีมงาน

ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ ข้อเสนอแนะต่อ การมอบหมายงานในทีม ที่จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) ให้ใช้มติของที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการมอบหมายงานจะทำให้เกิดความชัดเจน 2) ควรมีคำสั่งแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษรในการมอบหมายให้หน่วยงาน องค์กร บุคคล 3) การมอบหมายงานต้องดูตามความถนัด เชี่ยวชาญ และความสมัครใจ ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...ทีมงานสำคัญเพราะว่าไม่สามารถที่คนใดคนหนึ่งจะทำงาน งานเดียวได้ประสบผลสำเร็จเท่ากับหลาย ๆ คนช่วยกันทำงาน...

(LM04, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

...การสร้างทีมและพัฒนาความสามารถของทีมเป็นสิ่งสำคัญ...

(PP01, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

...ถ้าไม่มอบหมายงานจะไม่มี ความชัดเจน ไม่มีคนทำงาน โดยเฉพาะหากลงลึกไปถึงชุมชนจะไม่มี การขยับเลย...

(HP01, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

...การมอบหมายงานจะทำให้คนทำงานไม่ขัดแย้งกัน ใครมีหน้าที่อะไรก็ทำอย่างเต็มใจ เติมความสามารถของตนเอง...

(FGD, LC07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11 พฤศจิกายน 2566)

...แม้มอบหมายงานแล้ว ทีมขอ.ใหญ่ต้องส่งพี่เลี้ยงหรือหัวหน้ามาให้คำแนะนำเป็นระยะ เพราะงานบางงานต้องอาศัยการตัดสินใจจากผู้มีอำนาจ แต่ถ้าได้รับมอบหมายให้มีอำนาจในการตัดสินใจไปเลย งานก็ยิ่งจะง่าย...

(FGD, HV06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11 พฤศจิกายน 2566)

...การมอบหมายงานภายในทีม บางครั้งต้องออกคำสั่งแต่งตั้งโดยนายอำเภอ เพราะบางทีมมีคำสั่งก็ไม่มีใครทำงาน..

(FGD, PH09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11 พฤศจิกายน 2566)

...เวลามีประชุมพขอ. ก็ใช้มิติที่ประชุมมอบหมายให้พื้นที่ทำงาน โดยนายอำเภอจะมอบหมายให้นายกแต่ละเทศบาลที่มีความพร้อมหรืออาสาไปดำเนินการตามมติที่ประชุมแต่ละครั้ง...

(LM02, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

...การแบ่งงานหรือมอบหมายงานภายในทีมบางครั้งต้องดูว่าเขานัดในงานนั้น หรือเคยทำงานนั้นมาก่อนหรือไม่ บ่งจำเป็นต้องมีตำแหน่งก็ทำงานได้ ถ้าสมัครใจที่จะทำงานนั้น...

(FGD, SHC08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11 พฤศจิกายน 2566)

4. การมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำตัวแปรนี้ไปการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ว่า ประชาชนและชุมชนต้องรู้ปัญหาของตนเอง เมื่อเข้ามามีส่วนร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สามารถบอกความต้องการและปัญหาของตนเองได้ การดำเนินงาน พขอ. จะสามารถแก้ไขปัญหาคคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในชุมชนได้ตรงประเด็น โดยไม่ใช่ความคิดมาจากภาครัฐการฝ่ายเดียว และพบว่า สมาชิกของชุมชนไม่ได้ถูกแต่งตั้งเข้าเป็นคณะกรรมการจึงไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วม

ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ ข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ โดยใช้วิธีการ ได้แก่ 1) ใช้วิธีการประชาสัมพันธ์และการทำประชาคม 2) ให้ภาครัฐดำเนินการเป็นตัวอย่าง (พี่เลี้ยง) ในการแก้ปัญหา เช่น ปัญหาด้านสุขภาพ หลังจากนั้นให้ชุมชนดำเนินการต่อเอง ตลอดจนการสร้างกลไกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต กับ พขอ. เช่น พขต. โดยกลุ่มผู้นำที่น่าเชื่อถือ 3) ชุมชนต้องเข้าใจปัญหาของชุมชนด้วยตนเองและสามารถบอกปัญหาความต้องการของตัวเองได้ 4) การดำเนินงาน พขอ. ในระดับหมู่บ้านควรดำเนินงานผ่านพชม. ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...การรับรู้ถึงปัญหาของชุมชน รับรู้ถึงปัญหาของตนเอง มันเป็นการระเบิดจากภายในไม่ใช่ความคิดราชการ...

(PP01, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

...ชุมชนสามารถบอกความต้องการและปัญหาของตนเอง ด้วยตนเอง...

(LM05, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

...หาผู้นำชุมชนที่น่าเชื่อถือ ไว้วางใจ เป็นผู้นำในการเข้าร่วม เพื่อชักจูง หรือให้ออสม.
เป็นผู้นำในการแจ้งข่าว...

(FGD, PH08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11พฤศจิกายน 2566)

...การจัดการผู้ร่วมกิจกรรมในชุมชน ควรจัดตั้งเป็นคณะกรรมการพชม. (หมู่บ้าน)
เพื่อให้เป็นแกนนำโดยคณะกรรมการกลุ่มนี้ต้องได้รับความไว้วางใจจากชุมชนในการเป็น
แกนนำชุมชนตนเอง...

(FGD, LC03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11พฤศจิกายน 2566)

...ชุมชนต้องสานต่อหรือทำเองโดยเริ่มแรกภาครัฐต้องเข้าไปดำเนินการเองก่อน
(ที่เลี้ยง) จนชุมชนสามารถดำเนินการเองได้...

(FGD, SHC09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11พฤศจิกายน 2566)

...การให้ประชาชนหรือชุมชนเข้ามาทำกิจกรรมร่วมกัน ต้องผ่านเวทีการทำ
ประชาคมและประชาสัมพันธ์กิจกรรมในชุมชนบ่อย ๆ เสียงตามสายหรือประชุม
ประจำเดือนหมู่บ้าน...

(LM02, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

5. การทำงานเป็นทีม

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า การทำงานเป็นทีมมีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มี
ประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำตัวแปรนี้ไปการสนทนากลุ่ม และ
สัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ว่า การทำงาน พชอ. ไม่สามารถทำงานคนเดียวได้ การทำงานเป็นทีมทำให้
เกิดการพูดคุย มีความเข้าใจในงานที่ตรงกัน เนื่องจาก พชอ.มาจากหลายภาคส่วน ดังนั้น การกำหนด
เป้าหมายการทำงานของทีมที่ชัดเจน จะทำให้การดำเนินงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์หากขาดการ
ทำงานอย่างชัดเจนโดยเฉพาะการทำงานเป็นทีมย่อมส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน พชอ.

ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการทำงานเป็นทีมเพื่อที่จะทำให้การดำเนินงาน
มีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) การคัดเลือกคณะกรรมการให้เลือกคนมีความเต็มใจ อาสาสมัครร่วมทีม 2)
สร้างความสัมพันธ์ส่วนตัวเพื่อให้สามารถทำงานเป็นทีมได้ดี 3) ควรออกระเบียบหรือคำสั่งบทบาทใน
ทำงานร่วมกัน ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...ต้องตั้งใจมาทำงานเป็นทีมคณะกรรมการ พขอ.จริง ๆ ..

(LM01, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

...การทำงานบางครั้งก็ต้องใช้ความสนิทสนมส่วนตัวเข้าไปพูดจาอาจจะมึนออกเรื่องไปบ้างเพื่อให้งานมันเดิน...

(FGD, SHC04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11 พฤศจิกายน 2566)

...การทำงานที่ใช้คนหมู่มาก มาทำงานร่วมกันถ้าจะให้ดีก็ออกระเบียบ คำสั่งระบุมาย่อยต้องทำอะไรบ้าง...

(LM03, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

...ความคุ้นเคยกันระหว่างเจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงานจนถึงองค์กรชุมชนตลอดจนประชาชนถ้าเข้าใจกันก็ทำให้การทำงานง่าย สะดวกขึ้น...

(FGD, SHC03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11 พฤศจิกายน 2566)

... การทำงานบางครั้งถ้าจะท้อก็เอรติกัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้หลักผู้ใหญ่ก็ควรออกหนังสือเชิญให้เข้ามาทำงานร่วมกัน...

(FGD, SHC01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11 พฤศจิกายน 2566)

6. ประสบการณ์ในการทำงานด้านบริหาร

จากการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า ประสบการณ์ในการทำงานด้านบริหารมีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำตัวแปรนี้ไปการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ว่า ผู้ที่มีประสบการณ์จะรู้แนวทางในการบริหารจัดการการดำเนินงานมาก่อน มีมุมมองที่กว้าง มีความน่าเชื่อถือ มีทักษะในการถ่ายทอดและการทำงานร่วมกับผู้อื่น ส่งผลต่อการกระตุ้นสร้างร่วมมือ หากขาดประสบการณ์ทำงานโดยเฉพาะประสบการณ์ในการทำงานด้านบริหารย่อมส่งผลต่อการตัดสินใจและหาแนวทางแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน พขอ. ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...คนที่มีประสบการณ์ทำงานบริหาร ทำให้รู้แนวทางการทำงานมาก่อน รู้บริบทพื้นที่ รู้จักคน มีทักษะการพูดทำให้คนมีความอ่อนน้อมตาม...

(LM02, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

...ผู้ปฏิบัติและผู้บริหารจะมีมุมมองต่างกัน ผู้บริหารมีมุมมองกว้างกว่า ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ
การเห็นความสำคัญของแต่ละด้านด้านไหนมีความสำคัญน้อยก็จะส่งต่อผู้ปฏิบัติหรือผู้แทน

...

(PP01, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

...คนที่เคยเป็นผู้บริหารจะมีอิทธิพลต่อประชาชน ชุมชน มีความน่าเชื่อถือทำให้เกิด
ความ ร่วมมือได้ เพราะมีความสามารถในการถ่ายทอดข้อมูล...

(LM04, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

7. สถานภาพ หย่า/หม้าย/ร้าง

จากการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า สถานภาพหย่า/หม้าย/ร้าง มีผลต่อการดำเนินงานที่มี
ประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่ำกว่าสถานภาพโสด นำตัวแปรนี้
ไปการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ว่า สถานะภาพหย่า หม้าย ร้าง มักมีปัญหาครอบครัว
ทำให้ใช้เวลากับการแก้ไขปัญหาครอบครัวมากกว่าการทำงานเพื่อส่วนรวม ในกลุ่มผู้นำที่มี สถานภาพ
หย่า/หม้าย/ร้าง จึงมีผลต่อการดำเนินงาน พขอ.ต่ำกว่ากลุ่มโสด

ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดการสถานะภาพหย่า หม้าย ร้าง ซึ่งเป็น
เหตุส่วนตัว เพื่อที่จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ คือ พขอ. ควรจัดการเรื่องเวลาส่วนตัวอย่า
ให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...สำหรับบางคนอาจจะมีปัญหาเพราะทำงานคนเดียวถ้ามีลูกติดอาจต้องเลี้ยงลูก
ทำงาน พขอ. ได้ไม่เต็มที่...

(FGD, SHC05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11พฤศจิกายน 2566)

...พขอ.บางคนที่มีสถานะภาพ หย่า หม้ายร้าง แล้วไม่ยอมปรับตัวในการทำงานอาจมี
ปัญหาต่อการจัดการด้านอารมณ์ในการทำงานได้ซึ่งจะต้องจัดการตนเองก่อนถึงกลับมา
ทำงาน...

(FGD, DH09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11พฤศจิกายน 2566)

...สถานะภาพ หย่า หม้ายร้าง ผนวว่ามีผลต่อการทำงาน พขอ. เพราะว่าคนที่มาเป็น
ผู้นำถ้าไม่สามารถแยกเรื่องส่วนตัวกับเรื่องงานได้ก็จะทำงาน พขอ.ได้ไม่ดีเท่าได้...

(PP01, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

8. ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

จากการศึกษาเชิงปริมาณพบว่าระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำตัวแปรนี้ไปการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกสรุปได้ว่าระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานมีผลต่อการทำงานทำให้รู้ระบบงานและแนวทางการทำงานมากกว่าคนที่เข้ามาทำงานใหม่

ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) คณะกรรมการ พชอ.ต้องทำงานร่วมกันอย่างน้อย 2 ปี 2) การแต่งตั้งคณะกรรมการควรมีสัดส่วนของคณะกรรมการเดิมด้วยเพื่อเป็นพี่เลี้ยง ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...มีผลกับความต่อเนื่องของการทำงานคนที่ทำงานมานานจะรู้ระบบแนวทาง คนที่เข้ามาทำงานใหม่ ๆ จะเรียนรู้ช้ากว่า ดังนั้นควรเป็นคณะกรรมการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี...

(FGD, PH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11 พฤศจิกายน 2566)

...สัดส่วนของพชอ.ต้องมีคนที่ทำงานเดิมเพราะจะเป็นพี่เลี้ยงสอนงานน้องใหม่...

(FGD, PH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 11 พฤศจิกายน 2566)

...ในความคิดผม มีผลแน่นอนครับคนที่เข้ามาทำงานในพชอ.ก่อนจะทราบแนวคิดของการทำงาน พชอ.มากกว่า รู้แนวทาง ฐานคิด กระบวนการคิดต้องดีกว่าคนที่เข้ามาทำงานใหม่...

(PP01, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566)

ตาราง 19 แสดงสรุปประเด็น สาเหตุปัจจัยและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

ปัจจัย (ตัวแปร) ที่มี ผลต่อการดำเนินงาน	อธิบายตัวแปร/รากเหง้าปัญหา	ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน
พขอ.		
1. การสื่อสารภายใน คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พขอ.)	คณะกรรมการชมี่ที่มาจากหลาย ภาคส่วน วิธีการสื่อสารจากที่ ทำงานแตกต่างกัน การสื่อสาร ขาดความชัดเจน ส่งผลโดยตรง ต่อการดำเนินงาน	1) การสื่อสารจากคณะกรรมการ พขอ. สู่ระดับพชต. หรือ พชม.หมู่บ้าน ผ่านเสียงตามสาย หรือผ่านเจ้าหน้าที่ 2) การสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการ 3) การสื่อสารผ่านการนำเสนอผลงาน หรือจากผลงานที่ทำสำเร็จแล้วโดย วิธีการเสวนานำเสนอผลงาน 4) วิธีการสื่อสารภายในต้องตกลงผ่าน มติคณะกรรมการ พขอ. 5) ทำเป็นหนังสือราชการไปถึง คณะกรรมการ
2. การได้รับการพัฒนา ศักยภาพคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พขอ.)	คณะกรรมการ พขอ. ที่ได้รับการ พัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการ ปฏิบัติงานสามารถให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะตลอดจนแนว ทางแก้ไขปัญหาให้แก่ทีม ดำเนินงานระดับพื้นที่ได้	1) พัฒนาศักยภาพตามส่วนขาดที่พบ ให้ทีมที่รับผิดชอบ (อนุกรรมการ พขอ.) แก้ไขปัญหา แต่ละประเด็น ปัญหา 2) เรียนรู้ในพื้นที่ ที่ทำสำเร็จแล้วและ นำมาพัฒนาต่อยอดในพื้นที่ของเรา
3. การมอบหมายงาน ภายในทีม	การมอบหมายงานทำให้เกิด ความชัดเจน ดำเนินการอย่าง เต็มความสามารถไม่ก่อให้เกิด ความขัดแย้งในการดำเนินงาน และความสัมพันธ์ภายในทีมงาน	1) ให้ใช้มติของที่ประชุม พขอ. ในการ มอบหมายงานจะทำให้เกิดความ ชัดเจน 2) ควรมีคำสั่งแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์ อักษรในการมอบหมายให้หน่วยงาน องค์กร บุคคล

ตาราง 19 (ต่อ)

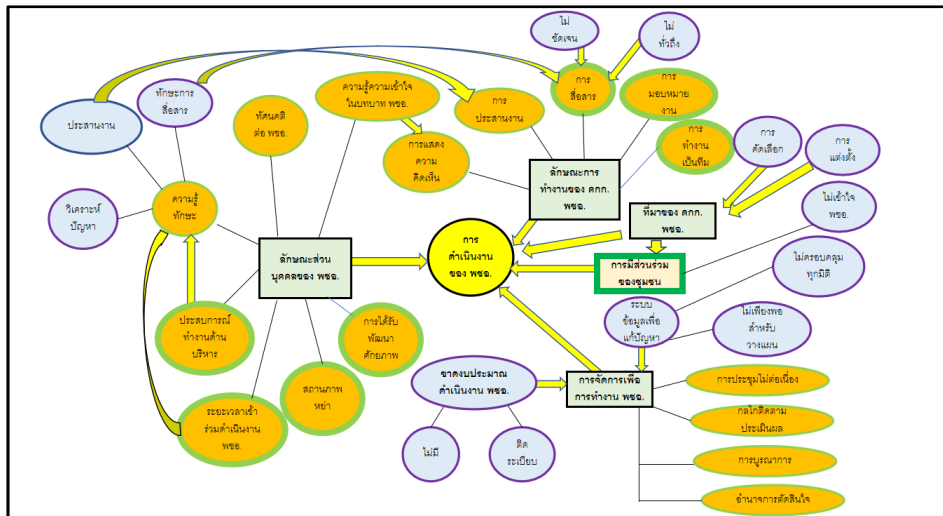
ปัจจัย (ตัวแปร) ที่มีผลต่อการดำเนินงาน	อธิบายตัวแปร/รากเหง้าปัญหา	ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน
พขอ.		3) การมอบหมายงานต้องดูตามความถนัด เชี่ยวชาญ และความสนใจ
4. การมีส่วนร่วมของชุมชน	ประชาชนและชุมชนต้องรู้ปัญหาของตนเอง สามารถบอกความต้องการและปัญหาของตนเองได้ ส่งผลการแก้ไขปัญหาคคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในชุมชน และ สมาชิกของชุมชนไม่ได้ถูกแต่งตั้งเข้าเป็นคณะกรรมการจึงไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วม	1) ใช้วิธีการประชาสัมพันธ์และการทำประชาคม 2) ให้ภาครัฐดำเนินการเป็นตัวอย่าง (พี่เลี้ยง) ในการแก้ปัญหา 3) ชุมชนต้องเข้าใจปัญหาของชุมชน ด้วยตนเองและสามารถบอกปัญหาความต้องการของตัวเองได้ 4) การดำเนินงาน พขอ. ในระดับหมู่บ้านควรดำเนินงานผ่านพชม.
5. การทำงานเป็นทีม	การทำงาน พขอ. ไม่สามารถทำงานคนเดียวได้ การทำงานเป็นทีม ทำให้เกิดการพูดคุย มีความเข้าใจในงานที่ตรงกัน เนื่องจาก พขอ.มาจากหลายภาคส่วน ดังนั้น การกำหนดเป้าหมายการทำงานของทีมที่ชัดเจน จะทำให้การดำเนินงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์	1) การคัดเลือกคณะกรรมการให้เลือกคนมีความเต็มใจ อาสาสมัครร่วมทีม 2) สร้างความสัมพันธ์ส่วนตัวเพื่อให้สามารถทำงานเป็นทีมได้ดี 3) ควรออกระเบียบหรือคำสั่งบทบาทในการทำงานร่วมกัน
6. ประสบการณ์ในการทำงานด้านบริหาร	ผู้ที่มีประสบการณ์จะรู้แนวทางในการบริหารจัดการ การดำเนินงานมาก่อน มีมุมมองที่กว้าง มีความน่าเชื่อถือ มีทักษะในการถ่ายทอด และการทำงานร่วมกับผู้อื่น ส่งผลการ	ไม่มี

ตาราง 19 (ต่อ)

ปัจจัย (ตัวแปร) ที่มีผลต่อการดำเนินงาน	อธิบายตัวแปร/รากเหง้าปัญหา	ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน
พขอ.	กระตุ้นสร้างร่วมมือ และส่งผลต่อการตัดสินใจและหาแนวทางแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน พขอ.	
7. สถานภาพ (หย่า/หม้าย/ร้าง)	สถานะภาพหย่า หม้าย ร้าง มักมี ปัญหาครอบครัวทำให้ใช้เวลากับ การแก้ไขปัญหาครอบครัว มากกว่าการทำงานเพื่อส่วนรวม ในกลุ่มผู้นำที่มี สถานภาพหย่า/หม้าย/ร้าง จึงมีผลต่อการดำเนินงาน พขอ.ต่ำกว่ากลุ่มโสด	พขอ. ควรจัดการเรื่องเวลาส่วนตัวอย่า ให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน
8. ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาท คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)	ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานมี ผลต่อการทำงานทำให้รู้ ระบบงานและแนวทางการทำงานมากกว่าคนที่เข้ามาทำงานใหม่	1) คณะกรรมการ พขอ.ต้องทำงาน ร่วมกันอย่างน้อย 2 ปี 2) การแต่งตั้งคณะกรรมการควรมี สัดส่วนของคณะกรรมการเดิมด้วยเพื่อ เป็นพี่เลี้ยง

ผลการสังเคราะห์ประเด็น (Theme) สาเหตุปัจจัยของการดำเนินงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการร่างรูปแบบการดำเนินงานของ พขอ.

ผู้วิจัยได้การสังเคราะห์ประเด็น (Theme) จากข้อมูลปัญหาการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะ และมุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และได้สรุปสาเหตุปัจจัยและข้อเสนอแนะต่อการสร้างรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการร่างรูปแบบการดำเนินงานของ พขอ. ได้ ประเด็นดังต่อไปนี้



ภาพ 9 แสดงสาเหตุปัจจัยการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ตาราง 20 แสดงการสรุปข้อเสนอประเด็น ที่ควรนำไปพิจารณาร่างรูปแบบการดำเนินงานของ พชอ.

ประเด็นสาเหตุปัจจัยหลัก (Theme)	ประเด็นสาเหตุปัจจัยรอง (Sub -theme)
ที่มาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	การคัดเลือกบุคคลเข้ามาทำงานใน พชอ.ไม่มีความหลากหลายภาคส่วน การแต่งตั้งคณะกรรมการฯไม่เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี
ลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ประสบการณ์ในการทำงานด้านบริหาร สถานภาพ หย่า/หม้าย/ร้าง ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงาน พชอ. ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ พชอ.และการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของคณะกรรมการฯ ทักษะด้านสื่อสารจูงใจการดำเนินงาน ภายในพชอ.ของคณะกรรมการฯ ทัศนคติต่อการดำเนินงาน พชอ.ของคณะกรรมการฯ ทักษะด้านการสื่อสาร การประสานงาน การวิเคราะห์ปัญหา และการนำเสนอปัญหา ภายในทีมและนอกทีมพชอ.ของเลขานุการคณะกรรมการฯ

ตาราง 20 (ต่อ)

ประเด็นสาเหตุปัจจัยหลัก (Theme)	ประเด็นสาเหตุปัจจัยรอง (Sub -theme)
	มุมมองต่อปัญหาสุขภาพที่ไม่รอบด้าน ทุกมิติของปัญหา ของเลขานุการคณะกรรมการฯ ส่งผลต่อการประสานงาน
ลักษณะการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	การประสานงานระหว่างหน่วยงาน การทำงานเป็นทีม
	การสื่อสารภายใน พชอ. ไม่ทั่วถึงและไม่เข้าใจ การมอบหมายงานภายในทีม (ไม่ชัดเจน) การร่วมแสดงความคิดเห็นของคณะกรรมการฯ ภายในคณะกรรมการ (ไม่กล้า ไม่เข้าใจ)
การบริหารจัดการเพื่อการดำเนินการ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	การบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชนอย่างแท้จริง กลไกกระบวนการติดตามประเมินผลงาน การประชุมไม่ต่อเนื่อง งบประมาณในการดำเนินงานของพชอ.ที่ไม่ต่อเนื่อง การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำนาจในการตัดสินใจของตัวแทนเข้าร่วมประชุม (ไม่สามารถตัดสินใจแทนเชิงการจัดการได้) ระบบข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหา (ไม่พอเพียง ไม่หลากหลายมิติ)
การมีส่วนร่วมของชุมชน	คนในชุมชนไม่เข้าใจนโยบาย โครงการ พชอ. จึงมีส่วนร่วมน้อย สมาชิกของชุมชนไม่ได้ถูกแต่งตั้งเข้าเป็นคณะกรรมการฯ จึงไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วม

สรุปข้อเสนอประเด็น ที่ควรนำไปพิจารณาร่างรูปแบบการดำเนินงานของ พขอ.

นักวิจัยได้ สรุปข้อเสนอประเด็นที่ควรนำไปพิจารณาร่างรูปแบบการดำเนินงานของ พขอ. ดังนี้

1. ควรพัฒนาศักยภาพสมาชิกคณะกรรมการ พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ. ด้านความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ พขอ.
2. ควรมีข้อตกลงการทำงานร่วมกันก่อนเริ่มดำเนินการ เช่น การประชุมคณะกรรมการ พขอ. การสื่อสาร
3. ควรให้ความสำคัญการคัดเลือกคณะกรรมการฯและพิจารณาคูณลักษณะผู้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ พขอ.และคณะอนุกรรมการ พขอ.
4. ควรปรับปรุงรูปแบบการดำเนินการร่วมกันของคณะกรรมการ พขอ. เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงานร่วมกัน เช่น การสื่อสาร การประสานงาน การทำงานเป็นทีม
5. ควรปรับปรุงกระบวนการทำงานคณะกรรมการ พขอ. คณะอนุกรรมการ พขอ. และ พชต.ให้เชื่อมโยงกัน
6. ควรปรับปรุงการมีส่วนร่วมในการทำงานกับระดับตำบล หรือเครือข่ายชุมชน
7. ควรปรับการบริหารจัดการโดยเฉพาะด้านข้อมูล และงบประมาณ

การวิจัยระยะที่ 3 พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

ขั้นตอนที่ 1 ยกร่างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยนักวิจัย

ผู้วิจัยยกร่างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอซึ่งได้จากเชื่อมโยงกับผลการวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ทำให้ทราบถึงระดับการดำเนินงานและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. หลังจากนั้นนำมาสู่ผลการวิจัยระยะที่ 2 มุมมองต่อการดำเนินงาน และอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบถึงประเด็นสาเหตุปัจจัยและข้อเสนอแนะต่อการสร้างรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. ที่สอดคล้องกับความต้องการของภาคีเครือข่ายและภาคส่วนต่าง ๆ ในระดับพื้นที่ ตามมุมมองต่อการดำเนินงาน ตามประเด็นสาเหตุและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการ พขอ. ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

ขั้นตอนการร่างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการ พขอ. ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

1. ผู้วิจัยนำปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน พขอ. มาพิจารณาความเชื่อมโยงโดยการนำสัมประสิทธิ์ตัวแปรที่ใช้ในการทำนายทั้ง 8 ปัจจัย/ตัวแปรมาเรียงตามค่าสัมประสิทธิ์ที่ใช้ในการทำนายตัวแปรที่ถูกคัดเลือกจากน้อยไปหามาก ทั้ง 8 ปัจจัย/ตัวแปร (ระยะที่ 1) ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้ามาเชื่อมโยงกับข้อสรุป ในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ตลอดจนข้อเสนอแนะ (ระยะที่ 2) จากนั้นได้ดำเนินการสังเคราะห์ประเด็นข้อเสนอแนะต่อการสร้างรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการร่างรูปแบบการดำเนินงานของ พขอ. ที่ตรงกับความต้องการ เหมาะสม ตรงประเด็น ครอบคลุม และเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

2. นำข้อสรุปประเด็น และข้อเสนอแนะ ในระยะที่ 2 มาเพื่อพิจารณาเสนอการยกร่างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการ พขอ. ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยกรอบการยกร่างอยู่ภายใต้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ 1) ระเบียบการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 2) แนวคิดการนำร่วม 3) แนวคิดการบูรณาการ 4) แนวคิดการมีส่วนร่วมซึ่งสะท้อนถึงการแก้ไขปัญหาการดำเนินการของคณะกรรมการฯตามผลการวิจัยระยะที่ 1 และระยะที่ 2

3. ออกแบบกิจกรรมอ้างอิงตามประเด็นข้อเสนอแนะ ที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ตามบริบทการทำงานในพื้นที่ และพิจารณาความเชื่อมโยงของข้อมูลทั้งกิจกรรมจากระยะที่ 1 และระยะที่ 2

4. ผู้วิจัยสรุป (ร่าง) รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการ พขอ. ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ตามรายละเอียดองค์ประกอบรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยร่างขึ้น ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การกำหนดคุณลักษณะของพขอ.และคุณลักษณะคณะอนุกรรมการ พขอ. 2) การพัฒนาศักยภาพ พขอ. 3) การยกระดับศักยภาพเลขา พขอ. 4) การกำหนดข้อตกลงการทำงานร่วมกัน 5) การกำหนดการทำงานในรูปแบบที่มงาน 6) กระบวนการดำเนินการของ พขอ. 7) การนำนโยบายและแผนของ พขอ. สู่การปฏิบัติ

โดยมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในรูปแบบการดำเนินการ ของ พขอ. คือ 1) คณะกรรมการ พขอ. 2) บุคลากรสาธารณสุข 3) คณะอนุกรรมการ พขอ. 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5) ผู้นำชุมชน 6) นายกองคกรปกครองส่วนท้องถิ่น 7) นายแพทย์สาธารณสุข/หรือผู้รับผิดชอบงาน พขอ 8) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้รับผิดชอบงาน พขอ. ดังรายละเอียดต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดคุณลักษณะของคณะกรรมการ พขอ. และคุณลักษณะ คณะอนุกรรมการ พขอ.

คณะกรรมการ พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ. เป็นกลไกที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนและผลักดันนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ลงสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ รวมถึงการกำหนดแผนงาน เป้าหมาย กิจกรรมให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาตามบริบท ข้อเท็จจริง ตลอดจนการบริหารจัดการทรัพยากร ให้เกิดการบูรณาการ ประสานความร่วมมือ กำกับติดตามให้ข้อเสนอแนะการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

วัตถุประสงค์

เพื่อคัดเลือกและคัดกรองบุคลากรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนที่มีคุณลักษณะเหมาะสมมาปฏิบัติหน้าที่บริหารจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาอื่นใดที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่รวมถึงแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

คุณลักษณะของคณะกรรมการ พขอ. ควรมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีความสมัครใจ จิตอาสา และเสียสละ เข้ามาดำเนินการเพื่อประโยชน์ส่วนร่วมของประชาชนภายในอำเภอตนเอง
2. เป็นผู้ที่กำลังแสดงความคิดเห็นโดยคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก
3. เป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนหรือกลุ่มองค์กรที่เข้าร่วม
4. เป็นผู้ที่มีความเข้าใจในบทบาทการทำงานของ พขอ. และทักษะการบริหารจัดการ
5. เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมทำงานในนามคณะกรรมการ พขอ.

คุณลักษณะของคณะอนุกรรมการ พขอ. ควรมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีมาจากตัวแทนหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนหรือองค์กรอื่น ๆ ที่ตรงกับปัจจัยที่ก่อเกิดปัญหา ตามประเด็นปัญหาที่ พขอ. ระบุเป็นเป้าหมายการทำงาน
2. เป็นผู้ที่มีความสมัครใจ จิตอาสา และเสียสละ เข้ามาดำเนินการเพื่อประโยชน์ส่วนร่วมของประชาชนภายในอำเภอตนเอง
3. เป็นผู้ที่กำลังแสดงความคิดเห็นโดยคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก
4. เป็นผู้ที่มีความเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ของคณะอนุกรรมการ พขอ.
5. เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมทำงานในนามคณะอนุกรรมการ พขอ.

องค์ประกอบที่ 2 พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ.

เป็นกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะ องค์ความรู้ ทักษะ ทศนคติในการทำงานตามบทบาทหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นซึ่งสามารถช่วยเพิ่มศักยภาพของคณะกรรมการ พขอ.และ

คณะกรรมการ พชอ. ในด้านการทำงาน ด้านการแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการรับรู้ถึงปัญหา หรือร่วมเป็นเจ้าของปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหามาเพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้คณะกรรมการ พชอ. และคณะกรรมการ พชอ. เข้าใจบทบาท หน้าที่ของ พชอ. สามารถดำเนินงาน พชอ. ให้เกิดประสิทธิภาพมีความต่อเนื่องซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน
2. เพื่อให้คณะกรรมการ พชอ. และคณะกรรมการ พชอ. สามารถร่วมวางแผน กำหนดแผนงาน และมอบหมายงานได้ตรงตามประเด็นปัญหา พชอ.
3. เพื่อให้คณะกรรมการ พชอ. และคณะกรรมการ พชอ. สามารถสื่อสาร และจูงใจให้เกิดการบูรณาการ เชื่อมโยงทีมงานตลอดจนประสานงาน สร้างการมีส่วนร่วม
4. เพื่อสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการดำเนินงาน พชอ.

วิธีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พชอ. และคณะกรรมการ พชอ.

สามารถเลือกใช้วิธีการตามความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ดังนี้

1. การเรียนรู้ในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จ
2. การร่วมแลกเปลี่ยนผลงานระดับอำเภอ
3. การอบรมเชิงปฏิบัติการ เช่น “การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พชอ. และคณะกรรมการ พชอ. ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน” เพื่อให้คณะกรรมการฯ สามารถเข้าใจบทบาท และหน้าที่ของ พชอ. ตลอดจนกระบวนการทำงานเชิงบริหารจัดการ รวมทั้ง ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาปัญหาคุณภาพชีวิต นำไปสู่การร่วมกันกำหนดนโยบาย / แผนงาน / โครงการ ตามประเด็นปัญหาเป้าหมาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สังคมสิ่งแวดล้อม โดยสอดคล้องกับบทบาทแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เนื้อหาหลักสูตรอบรม คณะกรรมการ พชอ. และคณะกรรมการ พชอ. ประกอบด้วย

- 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชน และทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาปัญหาสุขภาพ
2. ความเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการ พชอ. และคณะกรรมการ พชอ. ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ
3. กระบวนการวางแผนและทักษะการบริหารจัดการปัญหาสุขภาพ
4. ทักษะการสื่อสารและการจูงใจให้เกิดการบูรณาการ

กลุ่มเป้าหมาย คณะกรรมการ พชอ. และคณะกรรมการ พชอ. ที่ผ่านการคัดเลือกจากกลุ่มผู้แทนภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน

จำนวนชั่วโมง 8 ชั่วโมง

วิธีการสอน/กิจกรรม บรรยาย/กิจกรรมกลุ่ม/ งานกลุ่ม/ฝึกวิเคราะห์กรณีศึกษา

การประเมินผล ความรู้ความเข้าใจในเนื้อหา เพิ่มขึ้นกว่าก่อนอบรม โดยใช้แบบสอบถาม และประเมินผลจากการทำกิจกรรมกลุ่ม

องค์ประกอบที่ 3 ยกระดับศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พชอ.

การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตำแหน่งที่มีความสำคัญเปรียบเสมือนโซ่คล้องกลางให้การดำเนินงานราบรื่นคือ ตำแหน่งเลขานุการคณะกรรมการ พชอ. ซึ่งมีบทบาทและหน้าที่ในการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ ประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ผู้มีส่วนได้เสียกับการดำเนินงานของพชอ. ตลอดจนติดตามการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการ ให้เป็นไปตามทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ของอำเภอ รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูล ให้คำปรึกษา เสนอแนะ อำนวยความสะดวกในการดำเนินงานของ พชอ. จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างสมรรถนะเพื่อเพิ่มขีดความสามารถ และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่เลขานุการคณะกรรมการ พชอ. เช่น แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านประสานงาน ทักษะด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ทักษะผู้นำ ภาพลักษณ์ที่เหมาะสม และการสร้างทีมงานในบทบาทหน้าที่ของเลขานุการคณะกรรมการ พชอ.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เลขานุการคณะกรรมการ พชอ. เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และทักษะด้านการสื่อสาร ด้านการประสาน สามารถจูงใจให้ผู้อื่นคล้อยตามได้
2. เพื่อให้เลขานุการคณะกรรมการ พชอ. มีทักษะความสามารถในวิเคราะห์ข้อมูล แปลผลสรุปข้อมูล และนำเสนอข้อมูลที่ครอบคลุมทุกมิติปัญหา
3. เพื่อพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำ ภาพลักษณ์ที่เหมาะสม และสามารถให้คำปรึกษาแนวทางการดำเนินงาน พชอ. ให้กับคณะอนุกรรมการพชอ./พชต. ได้
4. สร้างทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม

วิธีการยกระดับศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พชอ.

กระบวนการยกระดับเพิ่มศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พชอ. สามารถดำเนินการทั้งแบบทางการ และแบบไม่เป็นทางการ เพื่อส่งเสริมให้เลขานุการคณะกรรมการ พชอ. มีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะในการปฏิบัติงาน สร้างความเชี่ยวชาญเพื่อนำมาใช้ปรับปรุงประสิทธิภาพของการทำงาน โดยวิธีการฝึกอบรม สัมมนา ศึกษาดูงาน เป็นต้น

เนื้อหาหลักสูตรอบรม ยกระดับศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พชอ.ประกอบด้วย

1. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม
2. ความเข้าใจในบทบาท หน้าที่ของคณะกรรมการ พชอ. และคณะอนุกรรมการ พชอ. ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ และกระบวนการดำเนินการของ พชอ.
3. ทักษะการสื่อสารและการพุดจูงใจให้เกิดการบูรณางาน และทักษะการบริหารจัดการปัญหาสุขภาพ
4. ความรู้ ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูล แผลผล สรุปข้อมูล และนำเสนอข้อมูลตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ
5. ความรู้ ทักษะเรื่องการประสานงาน ทักษะความเป็นผู้นำ ภาพลักษณ์ที่เหมาะสม และการให้คำปรึกษา

กลุ่มเป้าหมาย เลขานุการคณะกรรมการ พชอ. และทีมงานเลขานุการคณะกรรมการ พชอ.

จำนวนชั่วโมง 12 ชั่วโมง

วิธีการสอน/กิจกรรม บรรยาย/กิจกรรมกลุ่ม/ งานกลุ่ม/ฝึกวิเคราะห์กรณีศึกษา

การประเมินผล ความรู้ความเข้าใจในเนื้อหา เพิ่มขึ้นกว่าก่อนอบรม โดยใช้แบบสอบถาม และประเมินผลจากการทำกิจกรรมกลุ่ม

องค์ประกอบที่ 4 การกำหนดข้อตกลงการทำงานร่วมกัน

กระบวนการสร้างความเข้าใจก่อนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน แบบฉันทามติที่ให้ความเห็นชอบร่วมกัน โดยให้คณะกรรมการ พชอ. ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ในมุมมองของตนเอง เน้นความยินยอมและเห็นชอบจากคณะกรรมการ พชอ. ทุกคนในการกำหนดรูปแบบข้อตกลงการดำเนินการร่วมกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่สำเร็จ ลุล่วงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
2. เพื่อสร้างข้อตกลงร่วมกันก่อนการดำเนินงานระหว่างผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนภาคประชาชน และป้องกันข้อขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นระหว่างการทำงาน
3. เพื่อสร้างความเชื่อถือ ความมั่นใจ ความสามัคคีของคณะกรรมการ พชอ. ในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา / พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

ขั้นตอนการกำหนดข้อตกลงการทำงานร่วมกัน

1. ประชุมชี้แจงผู้แทนคณะกรรมการ พชอ.ทุกคน เพื่อกำหนดเป้าหมาย แผนงานการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน

2. ผู้แทนคณะกรรมการ พขอ.ทุกคนแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ข้อตกลงก่อนการทำงานร่วมกันโดยเปิดเผย
3. ผู้แทนคณะกรรมการ พขอ.ทุกคนลงมติในข้อตกลงร่วมกันแบบฉันทามติ เห็นชอบร่วมกัน
4. ประธานคณะกรรมการ พขอ. ลงนามในข้อตกลงการทำงานร่วมกัน ซึ่งข้อตกลงดังกล่าวต้องกำหนดรายละเอียดข้อตกลงตามที่ผู้แทนคณะกรรมการ พขอ. ทุกคนได้ให้ความเห็นชอบ ได้แก่
 - 4.1 กำหนดข้อตกลงในการสื่อสารระหว่างร่วมกัน เช่น วิธีการสื่อสาร ผู้เป็นศูนย์กลางสื่อสาร เป็นต้น
 - 4.2 กำหนดข้อตกลงในการประชุมร่วมกัน เช่น ความถี่การประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นคณะกรรมการไม่ใช่ผู้แทน เป็นต้น
 - 4.3 กำหนดข้อตกลงในการนิเทศติดตามโครงการร่วมกัน เช่น วิธีการติดตาม ผู้ติดตามความถี่ เป็นต้น
 - 4.4 กำหนดข้อตกลงในการใช้ฐานข้อมูลปัญหาาร่วมกัน เช่น การกำหนดให้ข้อมูลมาจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา

องค์ประกอบที่ 5 การกำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกัน

เพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. คณะอนุกรรมการ พขอ. ตลอดจนพชต. สามารถทำงานแบบไร้รอยต่อและมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกันแบบทีมงาน โดยมีการระบุบทบาท หน้าที่ของแต่ละภาคส่วนตามแผนงาน ความรับผิดชอบทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ใช้ฐานข้อมูลของปัญหานั้น ๆ เป็นตัวกำหนดทีมงานแต่ละทีมในการแก้ไขประเด็นปัญหาที่รับผิดชอบ

การกำหนดการทำงานในรูปแบบทีมงาน ประกอบด้วย

1. การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีแผนปฏิบัติงานตามฐานข้อมูลประเด็นปัญหา จากปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ชัดเจน และคณะกรรมการมีความเข้าใจในเป้าหมาย สามารถสื่อสารให้คำปรึกษาผู้ปฏิบัติได้
2. การมอบหมายงาน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละทีมอย่างชัดเจน ไม่ทับซ้อนกัน ใช้มิติที่ประชุมแบบฉันทามติในการมอบหมายงาน ความรับผิดชอบของคณะกรรมการ พขอ. คณะอนุกรรมการ พขอ. และพชต. แต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษรโดยนายอำเภอในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา พขอ. ประเด็นปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ
3. การจัดระบบการทำงานแบบทีมงาน เชื่อมโยงเป็นระดับตั้งแต่ระดับอำเภอ คือ คณะกรรมการ พขอ. คณะอนุกรรมการ พขอ. เลขาธิการ พขอ. จนถึง พชต. / พชม. ดังต่อไปนี้

3.1 กำหนดบทบาทหน้าที่การดำเนินงาน

3.1.1 บทบาทและหน้าที่ประธานคณะกรรมการ พขอ.

- 1) เป็นผู้นำในที่ประชุมแก้ไขปัญหา พขอ. ในระดับพื้นที่
- 2) ตัดสินใจในประเด็นปัญหาภายใต้ข้อคิดเห็นของคณะกรรมการ พขอ. และข้อมูลปัญหาสุขภาพ
- 3) กำหนดนโยบาย กำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

3.1.2 บทบาทและหน้าที่คณะกรรมการ พขอ.

- 1) เชื่อมโยงการทำงานภายในทีมพขอ. ผ่านกลไกเลขา พขอ. โดยการประชุมงานและการสื่อสารแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มไลน์ เป็นต้น
- 2) ประเมินผลการทำงานทีม พขอ. ผ่านคณะกรรมการ พขอ.จนถึงระดับ พชต.
- 3) จัดหาแหล่งงบประมาณจากทุนภายในและภายนอกอำเภอมาร่วมกัน บูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ) ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน
- 4) ติดตามการดำเนินงานแก้ไขปัญหา พขอ. ในระดับอำเภอจนถึง พชต. และพชม.

3.1.3 บทบาทและหน้าที่คณะอนุกรรมการ พขอ.

- 1) วางแผน โครงการ กิจกรรมแก้ไขปัญหาตามประเด็นปัญหา พขอ. ที่กำหนดโดยใช้เหตุปัจจัยกำหนดสุขภาพ
- 2) สร้างทีมงาน และแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบตามความรู้ ความเชี่ยวชาญ ความสามารถ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล
- 3) จัดหาแหล่งงบประมาณจากทุนภายในและภายนอกอำเภอมาร่วมกัน บูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ) ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

3.1.4 บทบาทและหน้าที่กรรมการและเลขานุการ พขอ.

- 1) ถ่ายทอดนโยบายจาก ประธานคณะกรรมการ พขอ. ถึง คณะอนุกรรมการ พขอ. พชต. / พชม. ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตตามที่กำหนด ประเด็นปัญหาระดับพื้นที่
- 2) เชื่อมประสานให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคีหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ให้สามารถบูรณาการ ทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่เกี่ยวข้องกับเหตุ ของปัญหาและปัจจัยกำหนดสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม
- 3) เสนอแนะ แนวทางแก้ไขปัญหาตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ สังคมและ สิ่งแวดล้อมให้กับคณะกรรมการ พขอ./คณะอนุกรรมการ พขอ./พชต./พชม.

4) ร่วมเป็นคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต เพื่อติดตามการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของ พชอ. / พชต. / พชม. แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

5) สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายของ พชอ. ให้เป็นไปตามเป้าหมาย แผนงาน กิจกรรม โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

6) ร่วมกับคณะกรรมการ พชอ. / อนุกรรมการ พชอ. วางแผน โครงการ กิจกรรมแก้ไขปัญหาตามประเด็นปัญหาพชอ.ที่กำหนดโดยใช้เหตุปัจจัยกำหนดสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม

7) นำเสนอผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้กับประธานคณะกรรมการ พชอ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยใช้ฐานข้อมูลนำมาวางแผน วิเคราะห์ ข้อมูลที่เชื่อมโยงกับข้อมูลภาคส่วนอื่น และเสนอปัญหา สรุปประเด็น ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ อุปสรรค โอกาสในการพัฒนา รวมถึงจุดแข็ง จุดอ่อน เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงาน โครงการ กิจกรรม

3.2. กำหนดวิธีการการประชาสัมพันธ์เผยแพร่โครงการ แผนงาน กิจกรรมที่ดำเนินงานแก้ไขปัญหา พชอ.ให้ประชาชนรับทราบโดยวิธีการทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ เช่น ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย การประชุมประจำเดือน การนำเสนอผลงานผ่านสื่อมวลชนมีเดีย หรือตามบริบทของแต่ละพื้นที่

3.3. กำหนดวิธีการประสานงานคณะกรรมการ พชอ. และคณะอนุกรรมการ พชอ. / พชต. / พชม.

3.4. กำหนดการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เป็นกระบวนการตรวจสอบควบคุม กำกับ การดำเนินงานทำให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค จุดแข็ง จุดอ่อน ของแผน / กิจกรรม / โครงการที่ดำเนินการว่าบรรลุวัตถุประสงค์ตามตามเป้าหมาย รวมทั้งเป็นการประเมินประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของโครงการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามความก้าวหน้าระหว่างการวางแผน / กิจกรรม / โครงการ ตามระยะเวลา และเป้าหมาย

2. เพื่อให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค จุดแข็ง จุดอ่อน และหาทางแก้ไข ให้เป็นไปตามเป้าหมาย

3. เพื่อให้คณะกรรมการ พชอ. และผู้เกี่ยวข้องสามารถติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

วิธีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

1. กำหนดประเด็นหัวข้อที่จะดำเนินการประเมิน
2. กำหนดตัวชี้วัดและมาตรฐานหลักเกณฑ์ตลอดจนวิธีการประเมิน
3. สร้างแบบประเมินและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน
4. สรุปผลรายงานการประเมินแผน/กิจกรรม/โครงการ

องค์ประกอบที่ 6 กระบวนการดำเนินการของพขอ.

1. กำหนดนโยบาย ประเด็นปัญหาผ่านเวทีประชุมร่วมคณะกรรมการ พขอ. ทั้ง 21 คน โดยกรรมการ พขอ. และเลขานุการ พขอ. นำเสนอข้อมูลปัญหาที่มาจากฐานข้อมูล ข้อเท็จจริงตามสาเหตุแห่งปัญหา และปัจจัยกำหนดสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม เพื่อนำมาปัญหาทั้งหมดในพื้นที่มาทำเป็นประเด็นปัญหาเพื่อหาทางแก้ไข ดังนี้

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อมเพื่อให้ได้ประเด็นปัญหาที่เป็นองค์ประกอบที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบ

1.2 วิเคราะห์ปัจจัยเหตุปัญหาเพื่อหาสาเหตุของปัญหาให้ชัดเจน

1.3 สรุปสาเหตุของปัญหา โดยคณะกรรมการ พขอ. ร่วมแสดงความคิดเห็นและมุมมองต่อปัญหาในแต่ละประเด็นปัญหา สรุปประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข

2. ตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ และประกาศเป็นนโยบายของ พขอ. ให้ระดับอำเภอตำบลนำไปปฏิบัติแก้ไขปัญหาต่อไป

3. คณะกรรมการ พขอ. ร่วมเสนอ “ภาคส่วนใด กลุ่มใดที่เกี่ยวข้อง” และมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาแต่ละสาเหตุ เช่น อุบัติเหตุ ผู้พิการด้อยโอกาส อาหารปลอดภัย การส่งเสริมการออกกำลังกายทุกช่วงวัย เป็นต้น

4. กำหนด อนุกรรมการ พขอ. ในการแก้ไขปัญหารายประเด็น ตามเหตุปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาจากกลุ่มที่เกี่ยวข้อง

5. ร่วมเสนอแนวทาง กลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา เพื่อแจ้งอนุกรรมการ พขอ. ที่ได้รับมอบหมาย ต่อไป

6. แต่งตั้งอนุกรรมการ พขอ. และมอบหมายงาน หน้าที่ ความรับผิดชอบ เป็นลายลักษณ์อักษร โดยพิจารณาความเชี่ยวชาญ หรือหน่วยงาน ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโดยตรง

7. สนับสนุน กำกับ ติดตาม และประเมินผล ให้เป็นไปตามนโยบาย เป้าหมายที่กำหนด

องค์ประกอบที่ 7 การนำนโยบายและแผนของ พขอ.สู่การปฏิบัติ พชต.

โดยคณะอนุกรรมการ พขอ. ที่รับผิดชอบในแต่ละประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตดำเนินการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ พชต. ดังนี้

1. คณะอนุกรรมการ พชอ. ร่วมกันวางแผนกิจกรรมแก้ไขปัญห โดยประสานฐานข้อมูล และแหล่งข้อมูลมาดำเนินการแก้ไขปัญหาคคุณภาพชีวิต พิจารณาหาข้อมูลตามเหตุปัจจัยกำหนด สุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยผู้รับผิดชอบแผน/หน่วยงานผู้รับผิดชอบแผนงานจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ หรือเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหามาจากภาคส่วนรัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนหรือชุมชน
2. คณะวางแผน ให้กำหนดแหล่งงบประมาณหรือค้นหาแหล่งงบประมาณที่มาสสนับสนุนในแต่ละประเด็นปัญหา รวมทั้งกำหนดระยะเวลา วิธีการ กำกับ ติดตาม ประเมินผลอย่างชัดเจน
3. อนุกรรมการฯและเลขานุการ พชอ. ประสาน พชต. ในการนำแผนงานไปแก้ไขปัญหในพื้นที่
4. พชต. ดำเนินงานแก้ไขปัญหในพื้นที่และรายงานผลต่อคณะอนุกรรมการ พชอ. ตามระยะเวลา และวิธีการ ตามกำหนดไว้
5. คณะอนุกรรมการ พชอ. ติดตาม กำกับ ประเมินผลการดำเนินงานของ พชต. ตามกิจกรรมและตัวชี้วัดแต่ละประเด็นปัญหา
6. พชต. รายงานผลการปฏิบัติงานผ่านคณะอนุกรรมการ พชอ. กลับมายัง พชอ. เพื่อรับทราบและให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญห

ขั้นตอนที่ 2 นำเสนอร่างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

1. ผู้วิจัยนำเสนอร่างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอต่อกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้ง 5 กลุ่มได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ 2) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน พชอ. ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ 3) คณะอนุกรรมการ พชอ. ในพื้นที่ จังหวัดเชียงใหม่ 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ และ 5) ผู้นำชุมชน ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ 6) นายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเชียงใหม่ 7) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่/หรือผู้รับผิดชอบงาน พชอ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ 8) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้รับผิดชอบงาน พชอ. จังหวัดเชียงใหม่ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 40 นาที โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) เมื่อวันที่ 3 มกราคม 2567 ณ ห้องประชุมชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดอยหล่อ ตำบลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อร่วมกันแสดงความคิดเห็นความเป็นไปได้ ความเหมาะสมในทางปฏิบัติ ตรงกับความต้องการของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนคำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อสรุปนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอจากผู้วิจัยในขั้นตอนต่อไป

ผลการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อร่างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ และความคิดเห็นของนักวิจัยต่อการปรับรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ดังตาราง 21

ตาราง 21 แสดงการสรุปความคิดเห็นของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อร่างรูปแบบและ ความคิดเห็นของนักวิจัยต่อการพัฒนาร่างรูปแบบฯ

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น		ความคิดเห็นของนักวิจัยในการ เพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง ร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
<p>องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดคุณลักษณะของคณะกรรมการ พขอ.</p> <p>และคุณลักษณะของคณะกรรมการ พขอ.</p> <p>คุณลักษณะของคณะกรรมการ พขอ. ควรมีลักษณะ ดังนี้</p> <p>1) เป็นผู้ที่มีความสนใจ จิตอาสา และเสียสละ เข้ามาดำเนินการเพื่อประโยชน์ส่วนรวมของประชาชนในอำเภอตนเอง</p> <p>2) เป็นผู้ที่กล้าแสดงความคิดเห็นโดยคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก</p> <p>3) เป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือกลุ่มองค์กรที่เข้าร่วม</p> <p>4) เป็นผู้ที่มีความเข้าใจในบทบาทการทำงานของ พขอ. และทักษะการบริหารจัดการ</p> <p>5) เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมทำงานในนามคณะกรรมการ พขอ.</p>	<p>มีข้อเสนอเพิ่มเติม</p> <p>1. วิธีการคัดเลือกและแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ. ให้ยึดตามโครงสร้างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ตามสัดส่วน 6:6:7 (ภาครัฐ:ภาคเอกชน:ภาคประชาชน) เพราะที่ผ่านมามีส่วนใหญ่ภาครัฐเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการมากกว่าและไม่เป็นไปตามสัดส่วนที่กำหนด</p>	<p>ความคิดเห็นของนักวิจัยในการ เพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง ร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม</p> <p>ประเด็นที่พิจารณา “เพิ่มเติม”</p> <p>ข้อหัวข้อ องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดคุณลักษณะและวิธีการคัดเลือกคณะกรรมการ พขอ. และคุณลักษณะของคณะกรรมการ พขอ. เพิ่มหัวข้อ</p> <p>“วิธีการคัดเลือกและแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ.”</p> <p>ประกอบด้วย</p>	

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง
<p>องค์ประกอบรูปแบบ</p> <p>เห็นด้วย</p> <p>ไม่เห็นด้วย</p>	<p>มีข้อเสนอเพิ่มเติม</p> <p>1. ต้องเป็นบุคคลหรือหน่วยงาน/ภาครัฐ/ภาคเอกชน/ชุมชน/ที่เกี่ยวข้อและเข้าใจบริบทปัญหานั้นจริง ๆ ในระดับพื้นที่ เช่น</p>	<p>ร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม</p> <p>1. นายอำเภอคัดเลือก และแต่งตั้งโดยยึดถือระเบียบคณะกรรมการ พชอ. ให้เป็นไปอย่างชัดเจนตามสัดส่วนหน่วยงานของรัฐ 6 คน ภาคเอกชน 6 คน และภาคประชาชน 7 คน</p> <p>2. ดำเนินการคัดเลือกบุคคลให้ เป็นไปตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ และสัดส่วนของคณะกรรมการมาจาก 3 ภาคส่วน ตามกฎหมายกำหนด</p>
<p>คุณลักษณะของคณะกรรมการ พชอ. ควรมีลักษณะดังนี้</p> <p>1) เป็นผู้ที่มีมาจากตัวแทนหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนหรือองค์กรอื่น ๆ ที่ตรงกับปัจจัยที่ก่อเกิดปัญหาตามประเด็นปัญหาที่พชอ. ระบุเป็นเป้าหมายการทำงาน</p>	<p>✓</p>	<p>ประเด็นที่พิจารณา “เพิ่มเติม”</p> <p>คุณลักษณะของคณะกรรมการ พชอ.</p> <p>1. เป็นผู้ทำงานหรือมีประสบการณ์ในการทำงาน</p>

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง
องค์ประกอบรูปแบบ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
<p>2) เป็นผู้ที่มีความสมัครใจ จิตอาสา และเสียสละ เข้ามาดำเนินการเพื่อประโยชน์ส่วนร่วมของประชาชนภายในอำเภอตนเอง</p> <p>3) เป็นผู้ที่กล้าแสดงความคิดเห็นโดยคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก</p> <p>4) เป็นผู้ที่มีความเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการ พขอ.</p> <p>5) เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมทำงานในนามคณะกรรมการ พขอ</p>	<p>ปัญหาสาเหตุ ปัญหาอุบัติเหตุ ปัญหาสิ่งแวดล้อม เป็นต้น</p>	<p>เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาอื่น ๆ เช่น อนุกรรมการด้านยาเสพติดควรเป็นบุคคลหรือหน่วยงาน/ องค์กร/ ชุมชน ที่ทำงานเกี่ยวกับยาเสพติด เป็นข้อที่ 6</p>
<p>องค์ประกอบที่ 2 พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. และคณะกรรมการ พขอ. วัตถุประสงค์</p> <p>1) เพื่อให้คณะกรรมการ พขอ. และคณะกรรมการ พขอ. เข้าใจบทบาท หน้าที่ของ พขอ. สามารถดำเนินงาน พขอ. ให้เกิดประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่องซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน</p>	<p>✓</p>	<p>คงเดิม</p>

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการ
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
		เพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง
		ร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม
<p>2) เพื่อให้คณะกรรมการ พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ. สามารถร่วมวางแผน กำหนดแผนงาน และมอบหมายงานได้ตรงตามประเด็นปัญหา พขอ.</p> <p>3) เพื่อให้คณะกรรมการ พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ. สามารถสื่อสาร และสนใจให้เกิดการบูรณาการ เชื่อมโยงทีมงานตลอดจนประสานงาน สร้างการมีส่วนร่วม</p> <p>4) เพื่อสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการดำเนินงาน พขอ.</p>	✓	
<p>วิธีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ.และคณะอนุกรรมการ พขอ. สามารถเลือกใช้วิธีการตามความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเรียนรู้ในพื้นที่ที่สำเร็จ 2. การร่วมแลกเปลี่ยนผลงานระดับอำเภอ 3.อบรมเชิงปฏิบัติการ เช่น “การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ. ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน” เพื่อให้คณะกรรมการ สามารถเข้าใจบทบาท และหน้าที่ของ พขอ. ตลอดจนกระบวนการทำงานเชิงบริหารจัดการ 		คงเดิม

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุงร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม
<p>รวมทั้งทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาปัญหาคุณภาพชีวิต นำไปสู่การร่วมกันกำหนดนโยบาย / แผนงาน / โครงการ ตามประเด็นปัญหาเป้าหมาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม โดยสอดคล้องกับบทบาทของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>✓</p>	<p>-</p>	<p>คงเดิม</p>
<p>เนื้อหาหลักสูตรอบรม คณะกรรมการ พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ. ประกอบด้วย</p>			
<p>1) แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม</p>			
<p>2) ความเข้าใจในบทบาท หน้าที่ของคณะกรรมการ พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ. ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพ</p>			
<p>3) กระบวนการวางแผนและการบริหารจัดการปัญหาสุขภาพ</p>			
<p>4) ทักษะการสื่อสารและการปฏิบัติงาน</p>			

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง ร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม
<p>องค์ประกอบที่ 3 ยกระดับศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พขอ.</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้เลขานุการคณะกรรมการ พขอ. เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และทักษะด้านการสื่อสาร ด้านการประสาน สามารถ จูงใจให้ผู้เกี่ยวข้องยอมรับได้ 2. เพื่อให้เลขานุการคณะกรรมการ พขอ. มีทักษะความสามารถในวิเคราะห์ข้อมูล แปลผล สรุปข้อมูล และนำเสนอข้อมูลที่ครอบคลุมทุกมิติปัญหา 3. เพื่อพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำ ภาพลักษณ์ที่เหมาะสม และสามารถให้คำปรึกษาแนวทางการดำเนินงาน พขอ. ให้กับคณะอนุกรมพขอ. / พชต. ได้ 4. สร้างทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม 	<p>ไม่เห็นด้วย</p> <p>✓ มีข้อเสนอเพิ่มเติม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เลขพขอ. ต้องมีทักษะการสร้างเครือข่ายภายในชุมชน 	<p>ประเด็นที่พิจารณา “เพิ่มเติม”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เนื้อหาในหลักสูตรอีก 1 ประเด็นในด้าน ทักษะด้านการสร้างเครือข่ายในชุมชน

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง ร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม คงเดิม
วิธีการยกระดับศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. กระบวนการยกระดับศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. สามารถดำเนินการทั้งแบบไม่เป็นการเพื่อส่งเสริมให้เลขานุการคณะกรรมการ พขอ. มีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะในการปฏิบัติงาน สร้างความเชี่ยวชาญเพื่อนำมาใช้ปรับปรุงประสิทธิภาพของการทำงาน โดยวิธีการฝึกอบรม สัมมนา ศึกษาดูงาน เป็นต้น เนื้อหาหลักสูตรอบรม ยกระดับศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พขอ. ประกอบด้วย 1) แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม 2) ความเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการ พขอ. และคณะกรรมการ พขอ. ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ 3) กระบวนการและทักษะการบริหารจัดการปัญหาสุขภาพ 4) ทักษะการสื่อสารและการพูดจูงใจให้เกิดการบูรณงาน	✓ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย	คงเดิม

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น ไม่เห็นด้วย	ความคิดเห็น ไม่เห็นด้วย	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการ เพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง ร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม
<p>5) ความรู้ ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูล แพลตฟอร์มข้อมูล และนำเสนอข้อมูลตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ</p> <p>6) ความรู้ ทักษะเรื่องการประสานงาน ทักษะความเป็นผู้นำ ภาวะผู้นำที่เหมาะสม และการให้คำปรึกษา</p>	<p>✓</p>	<p>มีข้อเสนอเพิ่มเติม “เพิ่มในข้อตกลง” กรณีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน พขอ. มีการโยกย้ายทำให้การดำเนินงาน พขอ. สะดุด ไม่ราบรื่นควรมีข้อตกลงร่วมกันว่า เมื่อมีการโยกย้ายงาน/ตำแหน่งต้องมีคำสั่งต่อแผนงาน/โครงการให้แก่ผู้ที่จะมารับผิดชอบโครงการต่อจากตนเอง</p>	<p>ประเด็นที่พิจารณา “เพิ่มเติม” เพิ่มใน “ข้อตกลง” เพิ่มเป็น ข้อที่ 5 คือ</p> <p>1. กรณีที่มีการโยกย้ายงาน/ตำแหน่งงานไปพื้นที่อื่น ต้องมีการส่งต่อแผนงาน/โครงการ ในบทบาท พขอ. ให้แก่ผู้ที่จะมารับผิดชอบงาน โครงการต่อจากตนเอง</p>
<p>องค์ประกอบที่ 4 การกำหนดข้อตกลงการทำงานร่วมกัน</p> <p>กระบวนการสร้างความเข้าใจก่อนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน แบบฉันทามติที่ให้ความเห็นชอบร่วมกัน โดยให้คณะกรรมการ พขอ. ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ในมุมมองของตนเอง เน้นความยินยอม และเห็นชอบจากคณะกรรมการ พขอ. ทุกคนในการกำหนดรูปแบบข้อตกลงการดำเนินงานร่วมกัน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่สำเร็จ สู่อย่างเป้าหมายที่กำหนดไว้</p>			

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ปรับปรุง
<p>2. เพื่อสร้างข้อตกลงร่วมกันก่อนการดำเนินงานระหว่างผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนภาคประชาชน และป้องกันข้อขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นระหว่างการทำงาน</p> <p>3. เพื่อสร้างความเชื่อถือ ความมั่นใจ ความสามัคคีของคณะกรรมการ พขอ. ในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา / พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่</p> <p>ขั้นตอนการการกำหนดข้อตกลงการทำงานร่วมกัน</p> <p>1. ประชุมชี้แจงผู้แทนคณะกรรมการ พขอ. ทุกคน เพื่อกำหนดเป้าหมาย แผนงานการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน</p> <p>2. ผู้แทนคณะกรรมการ พขอ.ทุกคนแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ข้อตกลงก่อนการทำงานร่วมกันโดยเปิดเผย</p> <p>3. ผู้แทนคณะกรรมการ พขอ. ทุกคนลงมติในข้อตกลงร่วมกันแบบฉันทามติ เห็นชอบร่วมกัน</p> <p>4. ประธานคณะกรรมการ พขอ. ลงนามในข้อตกลงการทำงานร่วมกัน ซึ่งข้อตกลงดังกล่าวต้องกำหนดรายละเอียดข้อตกลงตามผู้แทนคณะกรรมการ พขอ. ทุกคนได้ให้ความเห็นชอบ ได้แก่</p>			

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง ร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม
<p>4.1. กำหนดข้อตกลงในการสื่อสารระหว่างร่วมกัน เช่น วิธีการสื่อสาร ผู้เป็นศูนย์กลางสื่อสาร เป็นต้น 4.2. กำหนดข้อตกลงในการประชุมร่วมกัน เช่น ความถี่การประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นคณะกรรมการ ไม่ใช่ผู้แทน เป็นต้น</p> <p>4.3. กำหนดข้อตกลงในการนิเทศติดตามโครงการร่วมกัน เช่น วิธีการติดตาม ผู้ติดตาม ความถี่ เป็นต้น</p> <p>4.4. กำหนดข้อตกลงในการใช้ฐานข้อมูลปัญหาร่วมกัน เช่น การกำหนดให้ข้อมูลมาจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา</p> <p>องค์ประกอบที่ 5 การกำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกัน</p> <p>เพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. คณะอนุกรรมการ พขอ. ตลอดจน พชต. สามารถทำงานแบบไร้รอยต่อ และมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกันแบบทีมงาน โดยมีการระบุบทบาท หน้าที่ของแต่ละภาคส่วนตามแผนงาน ความรับผิดชอบทั้งภาคีรัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ใช้ฐานข้อมูลของปัญหานั้น ๆ เป็นตัวกำหนดทีมงานแต่ละทีมในการแก้ไขปัญหาที่รับผิดชอบ</p>	<p>✓</p> <p>เห็นด้วย เพราะการทำงานต้องกำหนดให้ส่วนร่วมอย่างชัดเจน</p> <p>มีข้อเสนอเพิ่มเติม</p> <p>1) ควรมีผู้ติดตามการทำงานของทีมแก้ปัญหา เพื่อให้ไปในทิศทางเดียวกัน</p> <p>2) ควรกำหนดบทบาทเลขานุการ พขอ. ควรเน้นเรื่องการประสานงาน การเชื่อมโยงกิจกรรม ให้ชัดเจน เพราะการประสานเชื่อมโยงมีความสำคัญมากกับการทำงาน</p>	<p>ไม่เห็นด้วย</p>	<p>ประเด็นที่พิจารณา “เพิ่มเติม”</p> <p>1) ในการกำหนดการทำงานในรูปแบบทีมงาน “ข้อ 3.4. โดยเพิ่มรายละเอียดการติดตาม ประเมินผลให้ชัดเจนขึ้น โดยเพิ่มวัตถุประสงค์ และ วิธีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน</p>

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง ร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม
<p>การกำหนดการทำงานในรูปแบบทีมงาน ประกอบด้วย</p> <p>1. ทำงานโดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีแผนปฏิบัติงานตามฐานข้อมูลประเด็นปัญหาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ชัดเจน และคณะกรรมการมีความเข้าใจในเป้าหมาย สามารถสื่อสารให้คำปรึกษาผู้ปฏิบัติได้</p> <p>2. การมอบหมายงานกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของแต่ละทีมอย่างชัดเจน ไม่ทับซ้อน ใช้มิติที่ประชุมแบบฉันทมติในการมอบหมายงานความรับผิดชอบของคณะกรรมการ พขอ. คณะอนุกรรมการ พขอ. และพชต. แต่งตั้งเป็นสายลักษณะอิสระโดยนายอำเภอ ในการดำเนินการแก้ไขปัญหา พขอ.และประเด็นปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ</p> <p>3. การจัดระบบการทำงานแบบทีมงานเชื่อมโยงเป็นระดับตั้งแต่ระดับอำเภอ คือ คณะกรรมการ พขอ. คณะอนุกรรมการ พขอ. เลขาธิการ พขอ. จนถึง ระดับ พชต. / พชม. ดังต่อไปนี้</p>	<p>เห็นด้วย</p> <p>ของ พขอ. ที่มีคนมาจากหลายภาคส่วนมาทำงานร่วมกัน</p>	<p>ไม่เห็นด้วย</p>	<p>2) แยกการประสานงานของเลขาพขอ.ออกมาเขียนรายละเอียดเป็นอีก 1 องค์ประกอบในเรื่อง “การเชื่อมโยงประสานงานการดำเนินการของ พขอ.” เพิ่มเติมเป็นองค์ประกอบที่ 8</p>

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง
<p>องค์ประกอบที่ 5 การกำหนดการทำงานในรูปแบบทีมงาน (ต่อ)</p> <p>3.1 กำหนดบทบาทหน้าที่การดำเนินงาน</p> <p>3.1.1 บทบาทและหน้าที่ประธานคณะกรรมการ พขอ.</p> <p>1) เป็นผู้ผู้นำในที่ประชุมแก้ไขปัญหา พขอ. ในระดับพื้นที่</p> <p>2) ตัดสินใจในประเด็นปัญหาภายใต้ข้อคิดเห็นของคณะกรรมการ พขอ. และข้อมูลปัญหาสุขภาพ</p> <p>3) กำหนดนโยบาย กำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>3.1.2 บทบาทและหน้าที่คณะกรรมการ พขอ.</p> <p>1) เชื่อมโยงการทำงานภายในทีมพขอ. ผ่านกลไกเลขา พขอ. โดยการประชุมสถานะและการสื่อสารแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มไลน์ เป็นต้น</p> <p>2) ประเมินผลการทำงานทีม พขอ. ผ่านคณะกรรมการ พขอ. จนถึงระดับพขอ.</p>	<p>✓</p>	<p>ร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม</p>

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุงร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม
3) จัดหาแหล่งงบประมาณจากทุนภายในและภายนอกอำเภอมา ร่วมกันบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ) ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน	✓	เห็นด้วย	
4) ติดตามการดำเนินงานแก้ไขปัญหา พชอ. ในระดับอำเภอจนถึง พชต. และพชม.			
3.1.3 บทบาทและหน้าที่คณะกรรมการ พชอ.			
1) วางแผน โครงการ แก้ไขปัญหาตามประเด็นปัญหา พชอ. ที่กำหนดโดยใช้เหตุปัจจัยกำหนดสุขภาพ			
2) สร้างทีมงาน และแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบตามความรู้ ความ เชี่ยวชาญ ความสามารถ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล			
3) จัดหาแหล่งงบประมาณจากทุนภายในและภายนอกอำเภอมา ร่วมกันบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ) ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน			

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
3.1.4 บทบาทและหน้าที่กรรมการและเลขานุการ พชอ.	✓	ร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม
1) ถ่ายทอดนโยบายจากประธานคณะกรรมการ พชอ. ถึง คณะอนุกรรมการ พชอ. พชต. / พชม. ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตตามที่กำหนดประเด็นปัญหาระดับพื้นที่		
2) เชื่อมประสานให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคีหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ให้สามารถบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่เกี่ยวข้องกับเหตุของปัญหาและปัจจัยกำหนดสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม		
3) เสนอแนะ แนวทางแก้ไขปัญหามาปัจจัยกำหนดสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อมให้กับคณะกรรมการ พชอ./คณะอนุกรรมการ พชอ./ พชต./พชม.		
4) ร่วมเป็นคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต เพื่อติดตามการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของ พชอ. / พชต. / พชม. แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ		

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการ เพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง ร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม
<p>5) สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายของ พชอ. ให้เป็นไปตามเป้าหมาย แผนงาน กิจกรรม โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง</p> <p>6) ร่วมกับคณะกรรมการ พชอ. / อนุกรรมการ พชอ. วางแผนโครงการ กิจกรรม แก้ไขปัญหาประเด็นปัญหาพชอ. ที่กำหนดโดยใช้เหตุปัจจัยกำหนดสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม</p> <p>7) นำเสนอผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้กับประธานคณะกรรมการ พชอ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยใช้ฐานข้อมูลนำมาจากแผน วิเคราะห์ข้อมูลที่เชื่อมโยงกับข้อมูลภาคส่วนอื่น และเสนอปัญหา สรุปประเด็น ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ อุปสรรค โอกาสในการพัฒนา รวมถึงจุดแข็ง จุดอ่อน เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงาน โครงการ กิจกรรม</p>		

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
<p>3.2. กำหนดวิธีการการประชาสัมพันธ์เผยแพร่โครงการ แผนงาน กิจกรรมที่ดำเนินงานแก้ไขปัญหา พชอ.ให้ประชาชนรับทราบโดยวิธีการทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ เช่น ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย การประชุมประจำเดือน การนำเสนอผลงานผ่านสื่อที่มีมิติเดียว หรือตามบริบทของแต่ละพื้นที่</p> <p>3.3. กำหนดวิธีการประสานงานคณะกรรมการ พชอ. และ คณะอนุกรรมการ พชอ. / พชต. / พชม.</p> <p>3.4. กำหนดการติดตามและประเมินผลการทำงาน เป็น กระบวนการตรวจสอบ ควบคุม กำกับ การดำเนินงานทำให้ทราบถึง ปัญหา อุปสรรค จุดแข็ง จุดอ่อน ของแผน / กิจกรรม / โครงการที่ ดำเนินการว่าบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมาย รวมทั้งเป็นการ ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโครงการ</p>		<p>ร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม</p>

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ปรับปรุง
องค์ประกอบรูปแบบ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
<p>องค์ประกอบที่ 6 กระบวนการดำเนินการของพขอ.</p> <p>1. กำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผ่านเวทีประชุม คณะกรรมการ พขอ. ทั้ง 21 คน โดยคณะกรรมการ พขอ. ตัดสินใจร่วมกัน โดยดำเนินการอย่างเป็นระบบ ดังนี้</p> <p>1.1 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพชีวิต ปัญหาสุขภาพที่มาจากรฐานข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ในอำเภอ รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่ เป็นสาเหตุแห่งปัญหา โดยเลขานุการ พขอ. เป็นผู้ประสานงานข้อมูล</p> <p>1.2 เลขานุการ พขอ. นำเสนอข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและปัญหาสุขภาพ</p> <p>1.3 คณะกรรมการ พขอ. ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุปัญหาตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม เพื่อหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงให้ชัดเจน ที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งทางบวกและทางลบ และร่วม แสดงความคิดเห็นและแสดงมุมมองต่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าว</p> <p>1.4 คณะกรรมการ พขอ. ร่วมกันตัดสินใจ กำหนดประเด็นปัญหาที่ ต้องการแก้ไขและพัฒนาในระดับอำเภอ</p>	<p>✓</p> <p>เพิ่มเติม</p> <p>การตัดสินใจในการคัดเลือกประเด็นปัญหา ควรกำหนดเกณฑ์คัดเลือก เช่น เป็นปัญหา ระดับอำเภอ เห็นพ้องกัน ไม่ใช่แค่ใจเพียง หน่วยงานเดียว</p> <p>ปรับปรุง</p> <p>1) ควรมีแผนยุทธศาสตร์ หรือแผนแม่บท เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน</p> <p>2) เลขา คือ สสอ. ควรปรับปรุง เพราะจะเป็น เฉพาะงานสาธารณสุข และคนไม่มีความร่วมมือ</p> <p>3) ไม่มีเจ้าภาพหลักในการแก้ไขปัญหาแต่ละเรื่อง จึงเกิดปัญหาในการปฏิบัติและติดตามผลงาน</p>	<p>พิจารณา เพิ่มเติม ปรับแก้ไข</p> <p>1) กำหนดเกณฑ์คัดเลือก ประเด็นปัญหา</p> <p>2) เพิ่มแผนยุทธศาสตร์ของ พขอ.</p> <p>3) เพิ่มทีมเลขา หรือ เลขาสหท ในด้านกระทรวงมหาดไทยตาม ประธาน พขอ. (บรรจุลงในองค์ประกอบใหม่)</p> <p>4) กำหนดเกณฑ์การแต่งตั้ง อนุกรรมการให้ชัดเจน โดย กำหนดบทบาทของอนุ กรรมการฯ แต่ละด้านเป็น เจ้าภาพหลัก โดยอนุกรรมการ อยู่อย่างน้อย 1 คน มาจาก คกก.พขอ.</p>

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง
องค์ประกอบรูปแบบ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
<p>1.5 สรุปประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนา และมาตรการ กลยุทธ์ที่ใช้ แก้ไขปัญหา 2. คณะกรรมการ พขอ. ร่วมเสนอ “ภาคส่วน กลุ่มที่เกี่ยวข้อง” และมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาแต่ละสาเหตุ เช่น อุบัติเหตุ ผู้พิการต่อโอกาส อาหารปลอดภัย การส่งเสริมการออกกำลังกายทุกช่วงวัย เป็นต้น</p> <p>3. กำหนด อนุกรรมการ พขอ. ในการแก้ไขปัญหารายประเด็น ตาม เหตุปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาจากกลุ่มที่เกี่ยวข้อง</p> <p>4. ร่วมเสนอแนวทาง กลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา เพื่อแจ้ง อนุกรรมการ พขอ. ที่ได้รับมอบหมาย ต่อไป</p> <p>5. แต่งตั้งอนุกรรมการ พขอ. และมอบหมายงาน หน้าที่ ความรับผิดชอบ เป็นลายลักษณ์อักษร โดยพิจารณาความเชี่ยวชาญ หรือ หน่วยงาน ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโดยตรง</p> <p>6. ตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ และประกาศเป็นนโยบายของ พขอ.ให้ระดับอำเภอดำเนินการไปปฏิบัติแก้ไขปัญหาดังกล่าว</p>		

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการ เพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง ร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม
<p>7. สนับสนุน กำกับ ติดตาม และประเมินผล ให้เป็นไปตามนโยบาย เป้าหมายที่กำหนด</p>	<p>✓ เพิ่มเติม</p>	<p>เพิ่ม ไปอีก 1 ข้อ เรื่องการหา แนวร่วมในการแก้ไขปัญหา</p>
<p>องค์ประกอบที่ 7 การนำนโยบายและแผนของ พชอ.สู่การปฏิบัติ พชต. โดยคณะอนุกรรมการ พชอ. ที่รับผิดชอบในแต่ละประเด็นปัญหา คุณภาพชีวิตดำเนินการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ พชต. ดังนี้</p>	<p>✓ เพิ่มเติม</p>	<p>ควรเพิ่มการดำเนินการให้ชุมชน และ หน่วยงานต่าง ๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการ ดำเนินการ</p>
<p>1. คณะอนุกรรมการ พชอ. ร่วมกันวางแผนกิจกรรมแก้ไขปัญหา โดย ประสานฐานข้อมูลและแหล่งข้อมูลดำเนินการแก้ไขปัญหาคคุณภาพ ชีวิต พิจารณาหาข้อมูลตามเหตุปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดย ผู้รับผิดชอบแผน/หน่วยงานผู้รับผิดชอบแผนงานจะต้องเป็นผู้ที่มีความ ความรู้ ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ หรือเกี่ยวข้องกับประเด็น ปัญหาจากภาคภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนหรือชุมชน</p>		
<p>2. ขณะวางแผน ให้กำหนดแหล่งงบประมาณหรือค้นหาแหล่ง งบประมาณที่มาสนับสนุนในแต่ละประเด็นปัญหา รวมทั้งกำหนด ระยะเวลา วิธีการ กำกับ ติดตาม ประเมินผลอย่างชัดเจน</p>		

ตาราง 21 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ปรับปรุงร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม
3. อนุกรรมการและเลขานุการ พชอ. ประสาน พชต. ในการนำแผนงานไปแก้ไขปัญหาในพื้นที่	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
4. พชต. ดำเนินงานแก้ไขปัญหาในพื้นที่และรายงานผลต่อคณะอนุกรรมการ พชอ. ตามระยะเวลา และวิธีการ ตามกำหนดไว้			
5. คณะอนุกรรมการ พชอ. ติดตาม กำกับ ประเมินผลการดำเนินงานของ พชต. ตามกิจกรรมและตัวชี้วัดแต่ละประเด็นปัญหา			
6. พชต. รายงานผลการปฏิบัติงานผ่านคณะอนุกรรมการ พชอ. กลับมายัง พชอ. เพื่อรับทราบและให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา			

ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

ผู้วิจัยสรุปรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ จากขั้นตอนที่ 2 นำมาปรับปรุงและแก้ไข ตามความครอบคลุม ความตรงประเด็น ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง องค์ประกอบที่ 1 – 7 ดังตาราง 22

ตาราง 22 แสดงประเด็นเพิ่มเติม ปรับปรุง/ ตัดออก ที่ผู้วิจัยนำไป พัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

ประเด็นที่ “เพิ่มเติม” “ปรับปรุง”	ประเด็นที่ “ตัดออก”
<p>องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดคุณลักษณะของคณะกรรมการ พขอ. และคุณลักษณะของคณะอนุกรรมการ พขอ. คุณลักษณะของคณะอนุกรรมการ พขอ. “เพิ่ม อีก 1 ข้อ รวมเป็น 6 ข้อ”</p> <p>1. เป็นผู้ที่ทำงานหรือมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหานั้น ๆ เช่น อนุกรรมการด้านยาเสพติดควรเป็นบุคคลหรือหน่วยงาน/ องค์กร/ ชุมชน ที่ทำงานเกี่ยวกับยาเสพติด</p> <p>“เพิ่มเติม”</p> <p>วิธีการคัดเลือกและแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ.</p> <p>1. นายอำเภอคัดเลือก และแต่งตั้งโดยยึดถือระเบียบคณะกรรมการ พขอ. ให้เป็นไปอย่างชัดเจนตามสัดส่วนหน่วยงานของรัฐ 6 คน ภาคเอกชน 6 คน และภาคประชาชน 7คน</p> <p>2. คัดเลือกบุคคลให้เป็นไปตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ และสัดส่วนของคณะกรรมการมาจาก 3 ภาคส่วนตามกฎหมายกำหนด</p>	ไม่มี

ประเด็นที่ “เพิ่มเติม” “ปรับปรุง”	ประเด็นที่ “ตัดออก”
องค์ประกอบที่ 2 พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. และ คณะอนุกรรมการ พขอ.	ไม่มี
องค์ประกอบที่ 3 ยกระดับศักยภาพเลขานุการ คณะกรรมการ พขอ. “เพิ่ม” เนื้อหาในหลักสูตรอีก 1 ประเด็น คือ ทักษะการสร้าง เครือข่ายในชุมชน	ไม่มี
องค์ประกอบที่ 4 การกำหนดข้อตกลงการทำงานร่วมกัน “เพิ่ม” เพิ่มในข้อตกลง โดยเพิ่มเป็น ข้อที่ 5 คือ กำหนดข้อตกลง กรณีที่มีการโยกย้ายงาน/ตำแหน่งงานไป พื้นที่อื่น ต้องมีการส่งต่อแผนงาน/โครงการ ในบทบาท พขอ. ให้แก่ผู้ที่จะมีมารับผิดชอบงาน โครงการต่อจากตนเอง	ไม่มี
องค์ประกอบที่ 5 การกำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกัน “เพิ่ม” 1) เพิ่มรายละเอียดการติดตามประเมินผลให้ชัดเจนขึ้น โดย เพิ่มวัตถุประสงค์ และ วิธีการติดตามและประเมินผลการ ดำเนินงาน 2) แยกการประสานงานของเลขาพขอ.ออกมาเขียน รายละเอียดเป็นอีก 1 องค์ประกอบในเรื่อง “การเชื่อมโยง ประสานงานระบบการดำเนินการของ พขอ.” เพิ่มเติมเป็น องค์ประกอบที่ 8	ไม่มี
องค์ประกอบที่ 6 กระบวนการดำเนินการของพขอ. “เพิ่ม” 1) กำหนดเกณฑ์คัดเลือกประเด็นปัญหา 2) เพิ่มแผนยุทธศาสตร์ของ พขอ. 3) เพิ่มทีมเลขา หรือ เลขาสอบทในด้านกระทรวงมหาดไทย ตามประธาน พขอ. (แยกไปอยู่ในองค์ประกอบใหม่) 4) กำหนดเกณฑ์การแต่งตั้งอนุกรรมการฯ ให้ชัดเจน โดย กำหนดบทบาทของอนุกรรมการฯ แต่ละด้านเป็นเจ้าภาพ หลัก โดยอนุกรรมการอย่างน้อย 1 คน มาจาก	ไม่มี

ประเด็นที่ “เพิ่มเติม” “ปรับปรุง”	ประเด็นที่ “ตัดออก”
คณะกรรมการ พชอ.	
องค์ประกอบที่ 7 การนำนโยบายและแผนของ พชอ.สู่การปฏิบัติ พชต. “เพิ่ม” เพิ่ม 1 ข้อ เรื่องการหาแนวร่วมในการแก้ไขปัญหา	ไม่มี

ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุง/เพิ่มเติมเนื้อหาให้เป็นไปตามข้อเสนอแนะในแต่ละองค์ประกอบ โดยมีรายละเอียดขององค์ประกอบรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ฉบับปรับปรุง ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 “เพิ่ม” คุณลักษณะของคณะอนุกรรมการ พชอ. 1 ข้อ และเพิ่มวิธีการคัดเลือกและแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ.

องค์ประกอบที่ 2 คงเดิม

องค์ประกอบที่ 3 “เพิ่ม” ทักษะการสร้างเครือข่ายในชุมชน ในเนื้อหาในหลักสูตร

องค์ประกอบที่ 4 เพิ่ม การกำหนดข้อตกลงการทำงานร่วมกัน 1 ข้อ

องค์ประกอบที่ 5 “เพิ่ม” รายละเอียด การกำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกัน ด้านการติดตามประเมินผล

องค์ประกอบที่ 6 “เพิ่ม” 1) กำหนดเกณฑ์คัดเลือกประเด็นปัญหา 2) เพิ่มแผนยุทธศาสตร์ของ พชอ. 3) เพิ่มทีมเลขา หรือ เลขาสหทบในด้านกระทรวงมหาดไทยตามประธาน พชอ. (แยกไปอยู่ในองค์ประกอบใหม่) 4) กำหนดเกณฑ์การแต่งตั้งอนุกรรมการฯ ให้ชัดเจน

องค์ประกอบที่ 7 “เพิ่ม” 1 ข้อ เรื่องการหาแนวร่วมในการแก้ไขปัญหา

และได้เพิ่มเติม องค์ประกอบ 8

เพิ่มเติม องค์ประกอบที่ 8 การประสานงานและเชื่อมโยงระบบการทำงานของ พชอ.

การทำงานที่เชื่อมโยงประสานความร่วมมือกัน สร้างเอกภาพในการปฏิบัติหน้าที่ ตั้งแต่ระดับนโยบายของคณะกรรมการ พชอ. คณะอนุกรรมการ พชอ. ที่รับผิดชอบประเด็นแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต ตามปัจจัยกำหนดสุขภาพลุ่มภูภาคปฏิบัติซึ่งมี พชม. และพชต. เป็นผู้ขับเคลื่อนแผนงานโครงการ กิจกรรม ในระดับพื้นที่จะเห็นได้ว่ากระบวนการดังกล่าวข้างต้นต้องมีผู้ที่ทำหน้าที่ประสานการทำงานให้กับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ทั้งเป็นทางการ และไม่เป็นการ รวมถึงการประสานงานในการช่วย กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานร่วมกับฝ่ายคณะกรรมการ พชอ. ตลอดจนปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ ผู้ที่ทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยงทั้งในระดับคณะกรรมการ พชอ. และ

คณะกรรมการ พชอ. รวมถึง พชต./พชม. คือ ตำแหน่งกรรมการและเลขานุการ พชอ. ซึ่งมีบทบาทและหน้าที่หลักในการเชื่อมโยงหน่วยงานตลอดจนภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อร่วมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาพชอ. ในระดับพื้นที่

บทบาทหน้าที่ในการประสานเชื่อมโยง มีดังนี้

1. ประสานงาน ขอข้อมูลเพื่อนำมาวางแผน และการติดตามประเมินผล จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. เชื่อมการทำงาน เพื่อให้การดำเนินงานของ พชอ. สำเร็จลุล่วงไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยเชื่อมตั้งแต่ ระดับอำเภอคือ พชอ. และอนุกรรมการจนถึงระดับตำบล
3. เป็นจุดศูนย์รวมของแผน โครงการ การประสานงาน การช่วยเหลือให้คำแนะนำ และข้อมูลข่าวสาร ของดำเนินการทั้งหมด
4. ประสานงาน สร้างสัมพันธภาพ และอำนวยความสะดวกให้หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน/ชุมชน ในการดำเนินแผนงาน โครงการ กิจกรรมต่าง ๆ ของ พชอ. ในระดับพื้นที่
5. ดำเนินการประสานงาน กำกับ ติดตาม แผนงานในระดับพื้นที่ และรายงานผลการปฏิบัติงานให้กับคณะกรรมการ พชอ. ตามระยะเวลาที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

เป็นการประเมินรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (ฉบับปรับปรุง) โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการในพื้นที่ ด้วยการจัดสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามจำนวนที่เหมาะสม เพื่อประเมินรูปแบบเกี่ยวกับความเหมาะสม การนำไปใช้ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของรูปแบบต่อการนำไปปฏิบัติ

1. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ที่ร่วมในการประเมินรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพภาคประชาชน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากกระทรวงมหาดไทย ที่ได้รับรางวัล พชอ. ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับรางวัล พชอ. และ ผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชนที่เป็นต้นแบบการทำงาน พชอ. รวมทั้งหมดจำนวน 10 คน

ด้วยการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ ใช้เวลาในการดำเนินการ 1 ชั่วโมง 30 นาที

2. ดำเนินการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ด้วยการนำเสนอวัตถุประสงค์ และผลการวิจัยที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา จากนั้นนำเสนอรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (ฉบับปรับปรุง) ให้ผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ข้อเสนอแนะ และประเมินรูปแบบทุกท่าน ตามประเด็นความเหมาะสม ประโยชน์ และความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ ผู้วิจัยบันทึกเทปการสนทนา จุดประเด็นการสนทนา ตามแนวทางการ ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็น

ผลการประเมินรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

การประเมินรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 อายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 70 (อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 65 ปี และอายุเฉลี่ย 47.50 ปี) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60 ตำแหน่งในการปฏิบัติงานเป็นผู้บริหาร ร้อยละ 70 สถานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในภาคประชาชน ร้อยละ 40

ตาราง 23 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	7	70.0
	หญิง	3	30.0
อายุ	30-39 ปี	2	20.0
	40-59 ปี	7	70.0
	60 ปีขึ้นไป	1	10.0
	(Minimum = 30, Maximum = 65, Mean = 47.50, S.D. = 9.33)		

ตาราง 23 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1	10.0
ปริญญาตรี	6	60.0
ปริญญาโท	3	30.0
ตำแหน่งปฏิบัติงาน		
ผู้ปฏิบัติ	4	40.0
ผู้บริหาร	6	60.0
สถานที่ปฏิบัติงาน		
หน่วยงานภาครัฐ (สาธารณสุข)	3	30.0
หน่วยงานภาครัฐที่ไม่ใช่สาธารณสุข	3	30.0
ภาคประชาชน	4	40.0

2. ผลการประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า

2.1 ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านเห็นด้วยกับ รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ในประเด็นความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

2.2 ผู้เชี่ยวชาญ ได้ให้ข้อเสนอแนะ ในประเด็นที่ควรพิจารณาปรับปรุง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

2.2.1 การดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต้องทำให้เกิดความยั่งยืนตอบสนองต่อความต้องการและสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ โดยการสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด คณะกรรมการหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ ต้องร่วมกันวางแผนและเขียนโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาพื้นที่ / ชุมชนด้วยตนเอง โดยการเสนอแผนงาน วิธีการดำเนินงาน เพื่อขอรับการสนับสนุนแหล่งเงินทุน ทรัพยากร หรืองบประมาณทั้งจากหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน เช่น กองทุนสปสข. หน่วยงานอปท. กองทุนในชุมชน และภาควิชาการ

2.2.2 การปรับระบบการทำงานและโครงสร้างเพื่อให้การทำงานบรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ควรมีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน และเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีบทบาทในการประสานความร่วมมือทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชนในการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลปัญหาเชิงพื้นที่หรือปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งในระดับตำบล และอำเภอ

จากผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้นำไปปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ดังนี้

เพิ่ม องค์ประกอบที่ 7 ให้พื้นที่ระดับตำบล หรือ พชต.เสนอโครงการแก้ไขปัญหา (ตามประเด็นปัญหาที่ พชอ.กำหนด) เสนอขึ้นมาที่อนุกรรมการฯ เพื่อนำมาบูรณาการกับข้อเสนอของพชอ. ทั้งนี้ นำไปสู่การร่วมแก้ปัญหาในภาพรวมของอำเภอต่อไป

ปรับ องค์ประกอบที่ 8 ให้ชัดเจนขึ้น โดยเขียนเป็นทีมประสานงาน และบทบาทการประสานงานเชื่อมโยงงานให้ชัดเจนขึ้น

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดคุณลักษณะและคัดเลือกคณะกรรมการ พชอ. และ คณะอนุกรรมการ พชอ.

คณะกรรมการ พชอ. และคณะอนุกรรมการ พชอ. เป็นกลไกที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนและผลักดันนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ลงสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ รวมถึงการกำหนดแผนงาน เป้าหมาย กิจกรรมให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาตามบริบท ข้อเท็จจริง ตลอดจนการบริหารจัดการทรัพยากร ให้เกิดการบูรณาการ ประสานความร่วมมือ กำกับติดตามให้ข้อเสนอแนะการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

วัตถุประสงค์

เพื่อคัดเลือกและคัดกรองบุคลากรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนที่มีคุณลักษณะเหมาะสมมาปฏิบัติหน้าที่บริหารจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาอื่นใดที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่รวมถึงแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

คุณลักษณะของคณะกรรมการ พชอ. ควรมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีความสมัครใจ จิตอาสา และเสียสละ เข้ามาดำเนินการเพื่อประโยชน์ส่วนร่วมของประชาชนภายในอำเภอตนเอง
2. เป็นผู้ที่กล้าแสดงความคิดเห็นโดยคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก
3. เป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนหรือกลุ่มองค์กรที่เข้าร่วม
4. เป็นผู้ที่มีความเข้าใจในบทบาทการทำงานของ พชอ. และทักษะการบริหารจัดการ
5. เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมทำงานในนามคณะกรรมการ พชอ.

วิธีการคัดเลือกและแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ.

1. นายอำเภอคัดเลือก และแต่งตั้งโดยยึดถือระเบียบคณะกรรมการ พขอ. ให้เป็นไปอย่างชัดเจนตามสัดส่วน หน่วยงานของรัฐ 6 คน ภาคเอกชน 6 คน และภาคประชาชน 7 คน
2. ดำเนินการคัดเลือกบุคคลให้เป็นไปตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ และสัดส่วนของคณะกรรมการมาจาก 3 ภาคส่วนตามกฎหมายกำหนด

คุณลักษณะของคณะกรรมการ พขอ. ควรมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีมาจากตัวแทนหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนหรือองค์กรอื่น ๆ ที่ตรงกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหา ตามประเด็นปัญหาที่ พขอ. ระบุเป็นเป้าหมายการทำงาน
2. เป็นผู้ที่ทำงานหรือมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหานั้น ๆ เช่น อนุกรรมการด้านยาเสพติดควรเป็นบุคคลหรือหน่วยงาน/ องค์กร/ ชุมชน ที่ทำงานเกี่ยวกับยาเสพติด
3. เป็นผู้ที่มีความสมัครใจ จิตอาสา และเสียสละ เข้ามาดำเนินการเพื่อประโยชน์ส่วนร่วมของประชาชนภายในอำเภอตนเอง
4. เป็นผู้กล้าแสดงความคิดเห็นโดยคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก
5. เป็นผู้ที่มีความเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการ พขอ.
6. เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมทำงานในนามคณะกรรมการ พขอ.

องค์ประกอบที่ 2 พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. และคณะกรรมการ พขอ.

เป็นกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะ องค์ความรู้ ทักษะ ทศนคติในการทำงานตามบทบาทหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นซึ่งสามารถช่วยเพิ่มศักยภาพของคณะกรรมการ พขอ. และคณะกรรมการ พขอ. ในด้านการทำงาน ด้านการแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการรับรู้ถึงปัญหาหรือร่วมเป็นเจ้าของปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้คณะกรรมการ พขอ. และคณะกรรมการ พขอ. เข้าใจบทบาท หน้าที่ของ พขอ. สามารถดำเนินงาน พขอ. ให้เกิดประสิทธิภาพมีความต่อเนื่องซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน
2. เพื่อให้คณะกรรมการ พขอ. และคณะกรรมการ พขอ. สามารถร่วมวางแผน กำหนดแผนงาน และมอบหมายงานได้ตรงตามประเด็นปัญหา พขอ.
3. เพื่อให้คณะกรรมการ พขอ. และคณะกรรมการ พขอ. สามารถสื่อสาร และจูงใจให้เกิดการบูรณาการ เชื่อมโยงทีมงาน ตลอดจนประสานงาน สร้างการมีส่วนร่วม
4. เพื่อสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการดำเนินงาน พขอ.

วิธีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พชอ. และคณะอนุกรรมการ พชอ.

สามารถเลือกใช้วิธีการตามความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ดังนี้

1. การเรียนรู้ในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จ
2. การร่วมแลกเปลี่ยนผลงานระดับอำเภอ
3. การอบรมเชิงปฏิบัติการ เช่น “ การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พชอ. และ

คณะอนุกรรมการ พชอ. ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน” เพื่อให้คณะกรรมการฯ สามารถเข้าใจบทบาท และหน้าที่ของ พชอ. ตลอดจนกระบวนการทำงานเชิงบริหารจัดการ รวมทั้งทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาปัญหาคุณภาพชีวิต นำไปสู่การร่วมกันกำหนดนโยบาย / แผนงาน / โครงการ ตามประเด็นปัญหาเป้าหมาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สังคมสิ่งแวดล้อม โดยสอดคล้องกับบทบาทแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เนื้อหาหลักสูตรอบรม คณะกรรมการ พชอ. และคณะอนุกรรมการ พชอ. ประกอบด้วย

1. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชน และทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ
2. ความเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการ พชอ. และคณะอนุกรรมการ พชอ. ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ
3. กระบวนการวางแผนและทักษะการบริหารจัดการปัญหาสุขภาพ
4. ทักษะการสื่อสารและการพุดจูงใจให้เกิดการบูรณาการ

กลุ่มเป้าหมาย คณะกรรมการ พชอ. และคณะอนุกรรมการ พชอ. ที่ผ่านการคัดเลือกจากกลุ่มผู้แทนภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน

จำนวนชั่วโมง 8 ชั่วโมง

วิธีการสอน/กิจกรรม บรรยาย/กิจกรรมกลุ่ม/ งานกลุ่ม/ฝึกวิเคราะห์กรณีศึกษา

การประเมินผล ความรู้ความเข้าใจในเนื้อหา เพิ่มขึ้นกว่าก่อนอบรม โดยใช้แบบสอบถาม และประเมินผลจากการทำกิจกรรมกลุ่ม

องค์ประกอบที่ 3 ยกระดับศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พชอ.

การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตำแหน่งที่มีความสำคัญเปรียบเสมือนโหนดกลางให้การดำเนินงานราบรื่นคือ ตำแหน่งเลขานุการคณะกรรมการ พชอ. ซึ่งมีบทบาทและหน้าที่ในการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ ประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ผู้มีส่วนได้เสียกับการดำเนินงานของพชอ. ตลอดจนติดตามการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการ ให้เป็นไปตามทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ของอำเภอ รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูล ให้คำปรึกษา เสนอแนะ อำนวยความสะดวกในการดำเนินงานของ พชอ. จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้าง

สมรรถนะเพื่อเพิ่มขีดความสามารถ และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่เลขานุการคณะกรรมการ พขอ. เช่น แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านประสานงาน ทักษะด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ทักษะผู้นำ ภาวะผู้นำที่เหมาะสม และการสร้างทีมงานในบทบาทหน้าที่ของ เลขานุการคณะกรรมการ พขอ.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เลขานุการคณะกรรมการ พขอ. เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และ ทักษะด้านการสื่อสาร ด้านการประสาน สามารถจูงใจให้ผู้อื่นคล้อยตามได้
2. เพื่อให้เลขานุการคณะกรรมการ พขอ. มีทักษะความสามารถวิเคราะห์ข้อมูล แปลผล สรุปข้อมูล และนำเสนอข้อมูลที่ครอบคลุมทุกมิติปัญหา
3. เพื่อพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำ ภาวะผู้นำที่เหมาะสม และสามารถให้คำปรึกษาแนวทางการดำเนินงาน พขอ. ให้กับคณะอนุกรรมการพขอ./พชต. ได้
4. สร้างทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม

วิธีการยกระดับศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พขอ.

กระบวนการยกระดับเพิ่มศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พขอ. สามารถดำเนินการทั้งแบบทางการ และแบบไม่เป็นทางการ เพื่อส่งเสริมให้เลขานุการคณะกรรมการ พขอ. มีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะในการปฏิบัติงาน สร้างความเชี่ยวชาญเพื่อนำมาใช้ปรับปรุงประสิทธิภาพของการทำงาน โดยวิธีการฝึกอบรม สัมมนา ศึกษาดูงาน เป็นต้น

เนื้อหาหลักสูตรอบรม ยกระดับศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พขอ. ประกอบด้วย

1. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม
2. ความเข้าใจในบทบาท หน้าที่ของคณะกรรมการ พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ. ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ
3. กระบวนการและทักษะการบริหารจัดการปัญหาสุขภาพ
4. ทักษะการสื่อสารและการพุดจูงใจให้เกิดการบูรณาการ ทักษะด้านการสร้างเครือข่ายในชุมชน
5. ความรู้ ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูล แปลผล สรุปข้อมูล และนำเสนอข้อมูลตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ
6. ความรู้ ทักษะเรื่องการประสานงาน ทักษะความเป็นผู้นำ ภาวะผู้นำที่เหมาะสม และการให้คำปรึกษา

กลุ่มเป้าหมาย เลขาธิการคณะกรรมการ พขอ. และทีมงานเลขานุการคณะกรรมการ พขอ.

จำนวนชั่วโมง 12 ชั่วโมง

วิธีการสอน/กิจกรรม บรรยาย/กิจกรรมกลุ่ม/ งานกลุ่ม/ฝึกวิเคราะห์กรณีศึกษา

การประเมินผล ความรู้ความเข้าใจในเนื้อหา เพิ่มขึ้นกว่าก่อนอบรม โดยใช้แบบสอบถาม และประเมินผลจากการทำกิจกรรมกลุ่ม

องค์ประกอบที่ 4 การกำหนดข้อตกลงการทำงานร่วมกัน

กระบวนการสร้างความเข้าใจก่อนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน แบบฉันทามติที่ให้ความเห็นชอบร่วมกัน โดยให้คณะกรรมการ พขอ. ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ในมุมมองของตนเอง เน้นความยินยอมและเห็นชอบจากคณะกรรมการ พขอ. ทุกคนในการกำหนดรูปแบบข้อตกลงการดำเนินการร่วมกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่สำเร็จ ลุล่วงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
2. เพื่อสร้างข้อตกลงร่วมกันก่อนการดำเนินงานระหว่างผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนภาคประชาชน และป้องกันข้อขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นระหว่างการทำงาน
3. เพื่อสร้างความเชื่อถือ ความมั่นใจ ความสามัคคีของคณะกรรมการ พขอ. ในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา / พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

ขั้นตอนการกำหนดข้อตกลงการทำงานร่วมกัน

1. ประชุมชี้แจงผู้แทนคณะกรรมการ พขอ.ทุกคน เพื่อกำหนดเป้าหมาย แผนงานการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน
2. ผู้แทนคณะกรรมการ พขอ.ทุกคนแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ข้อตกลงก่อนการทำงานร่วมกันโดยเปิดเผย
3. ผู้แทนคณะกรรมการ พขอ.ทุกคนลงมติในข้อตกลงร่วมกันแบบฉันทามติ เห็นชอบร่วมกัน
4. ประธานคณะกรรมการ พขอ. ลงนามในข้อตกลงการทำงานร่วมกัน ซึ่งข้อตกลงดังกล่าวต้องกำหนดรายละเอียดข้อตกลงตามที่ผู้แทนคณะกรรมการ พขอ. ทุกคนได้ให้ความเห็นชอบ ได้แก่
 - 4.1 กำหนดข้อตกลงในการสื่อสารระหว่างร่วมกัน เช่น วิธีการสื่อสาร ผู้เป็นศูนย์กลางสื่อสาร เป็นต้น
 - 4.2 กำหนดข้อตกลงในการประชุมร่วมกัน เช่น ความถี่การประชุม ผู้เข้าร่วมประชุม เป็นคณะกรรมการไม่ใช่ผู้แทน เป็นต้น

4.3 กำหนดข้อตกลงในการนิเทศติดตามโครงการร่วมกัน เช่น วิธีการติดตาม ผู้ติดตาม ความถี่ เป็นต้น

4.4 กำหนดข้อตกลงในการใช้ฐานข้อมูลปัญหาาร่วมกัน เช่น การกำหนดให้ข้อมูลมาจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา

4.5 กำหนดข้อตกลง กรณีที่มีการโยกย้ายงาน/ตำแหน่งงานไปพื้นที่อื่น ต้องมีการส่งต่อแผนงาน/โครงการ ในบทบาท พชอ. ให้แก่ผู้ที่จะมารับผิดชอบงาน โครงการต่อจากตนเอง

องค์ประกอบที่ 5 การกำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกัน

เพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. คณะอนุกรรมการ พชอ. ตลอดจนพชต. สามารถทำงานแบบไร้รอยต่อและมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกันแบบทีมงาน โดยมีการระบุมบทบาท หน้าที่ของแต่ละภาคส่วนตามแผนงาน ความรับผิดชอบทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ใช้ฐานข้อมูลของปัญหานั้น ๆ เป็นตัวกำหนดที่ทีมงานแต่ละทีมในการแก้ไขประเด็นปัญหาที่รับผิดชอบ

การกำหนดการทำงานในรูปแบบทีมงาน ประกอบด้วย

1. การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีแผนปฏิบัติงานตามฐานข้อมูลประเด็นปัญหา จากปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ชัดเจน และคณะกรรมการมีความเข้าใจในเป้าหมาย สามารถสื่อสาร ให้คำปรึกษาผู้ปฏิบัติได้

2. การมอบหมายงาน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละทีมอย่างชัดเจน ไม่ทับซ้อนกัน ใช้มิติที่ประชุมแบบฉันทามติในการมอบหมายงาน ความรับผิดชอบของคณะกรรมการ พชอ. คณะอนุกรรมการ พชอ. และพชต. แต่งตั้งเป็นสายลักษณะอักษรโดยนายอำเภอ ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา พชอ. ประเด็นปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ

3. การจัดระบบการทำงานแบบทีมงาน เชื่อมโยงเป็นระดับตั้งแต่ระดับอำเภอ คือ คณะกรรมการ พชอ. คณะอนุกรรมการ พชอ. เลขาธิการ พชอ. จนถึง พชต. / พชม. ดังต่อไปนี้

3.1 กำหนดบทบาทหน้าที่การดำเนินงาน

3.1.1 บทบาทและหน้าที่ประธานคณะกรรมการ พชอ.

- 1) เป็นผู้นำในที่ประชุมแก้ไขปัญหา พชอ. ในระดับพื้นที่
- 2) ตัดสินใจในประเด็นปัญหาภายใต้ข้อคิดเห็นของคณะกรรมการ พชอ. และข้อมูลปัญหาสุขภาพ

3) กำหนดนโยบาย กำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

3.1.2 บทบาทและหน้าที่คณะกรรมการ พชอ.

- 1) เชื่อมโยงการทำงานภายในทีมพชอ. ผ่านกลไกเลขา พชอ. โดยการประสานงานและการสื่อสารแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มไลน์ เป็นต้น
- 2) ประเมินผลการทำงานทีม พชอ. ผ่านคณะกรรมการ พชอ.จนถึงระดับ พชต.
- 3) จัดหาแหล่งงบประมาณจากทุนภายในและภายนอกอำเภอมาร่วมกัน บูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ) ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน
- 4) ติดตามการดำเนินงานแก้ไขปัญหา พชอ. ในระดับอำเภจนถึง พชต. และพชม.

3.1.3 บทบาทและหน้าที่คณะอนุกรรมการ พชอ.

- 1) วางแผน โครงการ กิจกรรมแก้ไขปัญหาตามประเด็นปัญหา พชอ. ที่กำหนดโดยใช้เหตุปัจจัยกำหนดสุขภาพ
- 2) สร้างทีมงาน และแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบตามความรู้ ความเชี่ยวชาญ ความสามารถ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล
- 3) จัดหาแหล่งงบประมาณจากทุนภายในและภายนอกอำเภอมาร่วมกัน บูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ) ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

3.1.4 บทบาทและหน้าที่กรรมการและเลขานุการ พชอ.

- 1) ถ่ายทอดนโยบายจาก ประธาน คณะกรรมการ พชอ. ถึง คณะอนุกรรมการ พชอ. พชต. / พชม. ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตตามที่กำหนด ประเด็นปัญหาระดับพื้นที่
- 2) เชื่อมประสานให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคีหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ให้สามารถบูรณาการ ทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่เกี่ยวข้องกับเหตุของปัญหาและปัจจัยกำหนดสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม
- 3) เสนอแนะ แนวทางแก้ไขปัญหาตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ สังคมและ สิ่งแวดล้อมให้กับคณะกรรมการ พชอ./คณะอนุกรรมการ พชอ./พชต./พชม.
- 4) ร่วมเป็นคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต เพื่อติดตามการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของ พชอ. / พชต. / พชม. แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ
- 5) สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายของ พชอ. ให้เป็นไปตามเป้าหมาย แผนงาน กิจกรรม โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

6) ร่วมกับคณะกรรมการ พชอ. / อนุกรรมการ พชอ. วางแผน โครงการ กิจกรรมแก้ไขปัญหาตามประเด็นปัญหาพชอ.ที่กำหนดโดยใช้เหตุปัจจัยกำหนดสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม

7) นำเสนอผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้กับ ประธานคณะกรรมการ พชอ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยใช้ฐานข้อมูลนำมาวางแผน วิเคราะห์ ข้อมูลที่เชื่อมโยงกับข้อมูลภาคส่วนอื่น และเสนอปัญหา สรุปประเด็น ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ อุปสรรค โอกาสในการพัฒนา รวมถึงจุดแข็ง จุดอ่อน เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงาน โครงการ กิจกรรม

3.2 กำหนดวิธีการการประชาสัมพันธ์เผยแพร่โครงการ แผนงาน กิจกรรมที่ดำเนินงาน แก้ไขปัญหา พชอ. ให้ประชาชนรับทราบโดยวิธีการทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ เช่น ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย การประชุมประจำเดือน การนำเสนอผลงานผ่านสื่อมวลชนโดยตรง หรือตาม บริบทของแต่ละพื้นที่

3.3 กำหนดวิธีการประสานงานคณะกรรมการ พชอ. และคณะอนุกรรมการ พชอ. / พชต. / พชม.

3.4 กำหนดการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เป็นกระบวนการตรวจสอบ ควบคุม กำกับ การดำเนินงานทำให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค จุดแข็ง จุดอ่อน ของแผน / กิจกรรม / โครงการที่ดำเนินการว่าบรรลุวัตถุประสงค์ตามตามเป้าหมาย รวมทั้งเป็นการประเมินประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของโครงการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามความก้าวหน้าระหว่างการวางแผน / กิจกรรม / โครงการ ตามระยะเวลา และเป้าหมาย
2. เพื่อให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค จุดแข็ง จุดอ่อน และหาทางแก้ไข ให้เป็นไปตามเป้าหมาย
3. เพื่อให้คณะกรรมการ พชอ. และผู้เกี่ยวข้องสามารถติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

วิธีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

1. กำหนดประเด็นหัวข้อที่จะดำเนินการประเมิน
2. กำหนดตัวชี้วัดและมาตรฐานหลักเกณฑ์ตลอดจนวิธีการประเมิน
3. สร้างแบบประเมินและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน
4. สรุปผลรายงานการประเมินแผน/กิจกรรม/โครงการ

องค์ประกอบที่ 6 กระบวนการดำเนินการของพขอ.

1. กำหนดแผนยุทธศาสตร์หรือแผนแม่บทระยะเวลา 3 ปี โดยดำเนินการอย่างเป็นระบบ ตามกำหนดนโยบายรายปี

2. นโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแต่ละปี ผ่านเวทีประชุมคณะกรรมการ พขอ. ทั้ง 21 คน โดยคณะกรรมการ พขอ. ตัดสินใจร่วมกัน โดยดำเนินการอย่างเป็นระบบ ดังนี้

2.1 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพชีวิต ปัญหาสุขภาพที่มาจากฐานข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ในอำเภอ รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่เป็นสาเหตุแห่งปัญหา โดยเลขานุการ พขอ. เป็นผู้ประสานงานข้อมูล

2.2 เลขานุการ พขอ. นำเสนอข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและปัญหาสุขภาพ

2.3 คณะกรรมการ พขอ. ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุปัญหาตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม เพื่อหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง ให้ชัดเจน ที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งทางบวกและทางลบ และร่วมแสดงความคิดเห็นและแสดงมุมมองต่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

2.4 คณะกรรมการ พขอ. ร่วมกันตัดสินใจ กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขและพัฒนาในระดับอำเภอ

เกณฑ์การตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหา

เป็นปัญหาที่ต้องอาศัยความสามารถแก้ไขปัญหาร่วมกันมากกว่า 1 หน่วยงาน

เป็นปัญหา ที่มีผลกระทบเป็นวงกว้าง

เลือกประเด็นปัญหาซ้ำจากปีที่ผ่านมาได้ กรณียังพบว่าการแก้ไขปัญหายังไม่สำเร็จ

ระดับอำเภอ เห็นพ้องกัน ไม่ใช่แก้ไขเพียงหน่วยงานเดียว

2.5 สรุปประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนา

3. คณะกรรมการ พขอ. ร่วมเสนอ “ภาคส่วนใด กลุ่มใดที่เกี่ยวข้อง” และมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาแต่ละสาเหตุ เช่น อุบัติเหตุ ผู้พิการด้อยโอกาส อาหารปลอดภัย การส่งเสริมการออกกำลังกายทุกช่วงวัย เป็นต้น

4. กำหนด อนุกรรมการ พขอ. ในการแก้ไขปัญหารายประเด็น ตามเหตุปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาจากกลุ่มที่เกี่ยวข้อง

5. ร่วมเสนอแนวทาง กลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา เพื่อแจ้งอนุกรรมการ พขอ. ที่ได้รับมอบหมาย ต่อไป

6. แต่งตั้งอนุกรรมการ พขอ. และมอบหมายงาน หน้าที่ ความรับผิดชอบ เป็นลายลักษณ์อักษร โดยพิจารณาความเชี่ยวชาญ หรือหน่วยงาน ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโดยตรง

เกณฑ์การพิจารณาแต่งตั้งอนุกรรมการ พขอ.

1. คณะอนุกรรมการ พขอ. 1 คณะ ต่อ 1 ประเด็น
2. คณะอนุกรรมการ พขอ. อย่างน้อย 1 คน ถูกแต่งตั้งมาจากสมาชิก พขอ.
3. คณะอนุกรรมการ พขอ. เป็นผู้รับผิดชอบของประเด็นปัญหา ร่วมกันกับ พขอ.
7. ตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ และประกาศเป็นนโยบายของ พขอ.ให้ระดับอำเภอตำบลนำไปปฏิบัติแก้ไขปัญหาต่อไป

8. สนับสนุน กำกับ ติดตาม และประเมินผล ให้เป็นไปตามนโยบาย เป้าหมายที่กำหนด โดยวิธีการติดตามประเมินผล ให้เป็นไปตาม ที่ได้กำหนด “รูปแบบการทำงานร่วมกัน”

องค์ประกอบที่ 7 การนำนโยบายและแผนของ พขอ.สู่การปฏิบัติ พขต.

โดยคณะอนุกรรมการ พขอ. ที่รับผิดชอบในแต่ละประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตดำเนินการนำนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ พขต. ดังนี้

1. คณะอนุกรรมการ พขอ. หาแนวร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยการพิจารณาผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ หรือเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา อาจมาจากภาคส่วนรัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนหรือชุมชน ดำเนินการติดต่อประสานงาน ประชาสัมพันธ์การดำเนินการของ คณะกรรมการ พขอ.และอนุกรรมการฯ เพื่อพิจารณาเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขปัญหา
2. พื้นที่ระดับตำบล หรือ พขต. เสนอโครงการ กิจกรรม แก้ไขปัญหาของพื้นที่ระดับตำบล หมู่บ้าน ส่งมาที่ อนุกรรมการฯ
3. คณะอนุกรรมการ พขอ. ร่วมกันวางแผนกิจกรรมแก้ไขปัญหา โดยประสานฐานข้อมูล และแหล่งข้อมูลมาดำเนินการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต พิจารณาหาข้อมูลตามเหตุปัจจัยกำหนด สุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยผู้รับผิดชอบแผน/หน่วยงานผู้รับผิดชอบแผนงาน จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ หรือเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาอาจมาจากภาคส่วนรัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนหรือชุมชน
4. คณะวางแผน ให้กำหนดแหล่งงบประมาณหรือค้นหาแหล่งงบประมาณที่สนับสนุนในแต่ละประเด็นปัญหา รวมทั้งกำหนดระยะเวลา วิธีการ กำกับ ติดตาม ประเมินผลอย่างชัดเจน
5. อนุกรรมการและเลขานุการ พขอ. ประสาน พขต. ในการนำแผนงานไปแก้ไขปัญหาในพื้นที่
6. พขต. ดำเนินงานแก้ไขปัญหาในพื้นที่และรายงานผลต่อคณะอนุกรรมการ พขอ. ตามระยะเวลา และวิธีการ ตามกำหนดไว้
7. คณะอนุกรรมการ พขอ. ติดตาม กำกับ ประเมินผลการดำเนินงานของ พขต. ตามกิจกรรมและตัวชี้วัดแต่ละประเด็นปัญหา

8. พชต. รายงานผลการปฏิบัติงานผ่านคณะกรรมการ พชอ. กลับมายัง พชอ. เพื่อรับทราบและให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา

องค์ประกอบที่ 8 การประสานงานและเชื่อมโยงระบบการทำงานของ พชอ.

การทำงานที่เชื่อมโยงประสานความร่วมมือกัน สร้างเอกภาพในการปฏิบัติหน้าที่ ตั้งแต่ระดับนโยบายของคณะกรรมการ พชอ. คณะอนุกรรมการ พชอ. ที่รับผิดชอบประเด็นแก้ไขปัญหาคคุณภาพชีวิต ตามปัจจัยกำหนดสุขภาพพลงสู่ภาคปฏิบัติซึ่งมี พชม. และพชต. เป็นผู้ขับเคลื่อนแผนงานโครงการ กิจกรรม ในระดับพื้นที่ที่จะเห็นได้ว่ากระบวนการดังกล่าวข้างต้นต้องมีผู้ที่ทำหน้าที่ประสานการทำงานให้กับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ทั้งเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ รวมถึงการประสานงานในการช่วย กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานร่วมกับฝ่ายคณะกรรมการ พชอ. ตลอดจนปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาคคุณภาพชีวิตของประชาชนบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ ผู้ที่ทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยงทั้งในระดับคณะกรรมการ พชอ. และคณะอนุกรรมการ พชอ. รวมถึง พชต./พชม. คือ ตำแหน่งกรรมการและเลขานุการ พชอ. ซึ่งมีบทบาทและหน้าที่หลักในการเชื่อมโยงหน่วยงานตลอดจนภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อร่วมสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาคพชอ. ในระดับพื้นที่

ผู้ดำเนินการหลักในการประสานงานและเชื่อมโยง คือ ทีมประสานงาน ได้แก่ เลขาธิการคณะกรรมการ พชอ. และบุคลากรจากอำเภอโดยนายอำเภอมอบหมายให้มาดำเนินการเปรียบเสมือนเป็นทีมประสานงาน

บทบาทหน้าที่ในการประสานเชื่อมโยง มีดังนี้

1. ประสานงาน ขอข้อมูลเพื่อนำมาวางแผน และการติดตามประเมินผล จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. ประสานเชื่อมการทำงาน เพื่อให้การดำเนินงานของ พชอ. สำเร็จลุล่วงไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยเชื่อมตั้งแต่ ระดับอำเภอคือ พชอ. และอนุกรรมการจนถึงระดับตำบล
3. เป็นจุดศูนย์รวมของแผน โครงการ การประสานงาน การช่วยเหลือให้คำแนะนำ และข้อมูลข่าวสาร ของดำเนินการทั้งหมด
4. ประสานงาน สร้างสัมพันธภาพ และอำนวยความสะดวกให้หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน/ชุมชน ในการดำเนินแผนงาน โครงการ กิจกรรมต่าง ๆ ของ พชอ. ในระดับพื้นที่
5. ดำเนินการประสานงาน กำกับ ติดตาม แผนงานในระดับพื้นที่ และรายงานผลการปฏิบัติงานให้กับคณะกรรมการ พชอ. ตามระยะเวลาที่กำหนด

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาเรื่อง “รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ” ด้วยวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) ใช้ ระเบียบวิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับ (Explanatory Sequential Design) ซึ่งอธิบายถึงการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ และมีวัตถุประสงค์เฉพาะในการวิจัยดังนี้ 1) ศึกษาการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ 2) ศึกษามุมมองต่อการดำเนินงาน ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ 3) พัฒนาและประเมินผล รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัดเชียงใหม่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน พชอ. จังหวัดเชียงใหม่ คณะอนุกรรมการ พชอ. จังหวัดเชียงใหม่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเชียงใหม่ ผู้นำชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ นายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเชียงใหม่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่/หรือผู้รับผิดชอบงาน พชอ.เชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้รับผิดชอบงาน พชอ. จังหวัดเชียงใหม่ประเมินรูปแบบจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย บุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข บุคลากรนอกหน่วยงานสาธารณสุขผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้บริหารระดับอำเภอ และระดับจังหวัดเชียงใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ มีลักษณะทั้งแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบสนทนากลุ่มชนิดกึ่งมีโครงสร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม โดยผู้วิจัยพัฒนา และปรับปรุงจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย ในระยะที่ 1 เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้เก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ทำการวิเคราะห์ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบเป็นขั้นตอน ในระยะที่ 2 เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) และในระยะที่ 3 เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ การประเมินรูปแบบด้วยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์

1. ผลการศึกษาการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า

การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.35 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.67) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่สามารถดำเนินการได้มากที่สุด คือ ด้านการร่วมกำหนดแผนงาน และวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายการดำเนินงาน ค่าเฉลี่ย 3.52 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และด้านที่ดำเนินการได้น้อยที่สุด คือ การประเมินผลพัฒนางานยั่งยืน ค่าเฉลี่ย 3.17 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยเรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระแต่ละตัวตามความสามารถพยากรณ์ ที่ถูกคัดเลือกจากน้อยไปหามาก ทั้ง 8 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ได้ร้อยละ 65.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ โดยพบว่า 1) การสื่อสารภายใน พชอ. มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยเมื่อคะแนนการสื่อสารภายใน เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของ พชอ. จะเพิ่มขึ้น 0.197คะแนน ($b = 0.197$) 2) การได้รับการพัฒนาศักยภาพ พชอ. มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยเมื่อคะแนนการพัฒนาศักยภาพ พชอ. เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของ พชอ. จะเพิ่มขึ้น จะเพิ่มขึ้น 0.108 คะแนน ($b = 0.108$) 3) การมอบหมายงานภายในทีม มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยเมื่อคะแนนการมอบหมายงานภายในทีม เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของ พชอ. จะเพิ่มขึ้น 0.135 คะแนน ($b = 0.135$) 4) การมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยเมื่อคะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชน เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน การดำเนินงาน

ที่มีประสิทธิภาพ ของ พขอ. จะเพิ่มขึ้น 0.188 คะแนน ($b = 0.188$) 5) การทำงานเป็นทีม มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยเมื่อคะแนนการทำงานเป็นทีม เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของ พขอ. จะเพิ่มขึ้น 0.149 คะแนน ($b = 0.149$) 6) ประสิทธิภาพการทำงานด้านบริหาร มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยเมื่อคะแนน ประสิทธิภาพการทำงานด้านบริหาร เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของ พขอ. จะเพิ่มขึ้น 0.072 คะแนน ($b = 0.072$) 7) สถานภาพหย่า/หม้าย/ร้าง มีผลทางลบต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพเมื่อเทียบกับสถานภาพโสด (อ้างอิง) โดยเมื่อคะแนนสถานภาพ หย่า/หม้าย/ร้าง เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของ พขอ. จะลดลง 0.179 คะแนน ($b = -0.179$) และ 8) ระยะเวลาที่เข้าร่วมดำเนินงานในบทบาท พขอ. มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยเมื่อคะแนนระยะเวลาที่เข้าร่วมดำเนินงานในบทบาท พขอ. เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของ พขอ. จะเพิ่มขึ้น 0.101 คะแนน ($b = 0.101$) โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์การทำงานภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพ อำเภอ = $0.454 + 0.197$ (การสื่อสารภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) + 0.108 (การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) + 0.135 (การมอบหมายงานภายในทีม) + 0.188 (การมีส่วนร่วมของชุมชน) + 0.149 (การทำงานเป็นทีม) + 0.072 (ประสิทธิภาพในการทำงานด้านบริหาร) - 0.179 (สถานภาพ หย่า/หม้าย/ร้าง) + 0.101 (ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.))

2. ผลการศึกษามุมมองต่อการดำเนินงานและปัจจัยที่ส่งผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ สรุปประเด็นปัญหาและสาเหตุได้ ดังนี้

2.1.1 ที่มาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตั้งแต่การคัดเลือกบุคคลเข้ามาทำงานใน พขอ. ไม่มีความหลากหลายภาคส่วน และการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ไม่เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี

2.1.2 ลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเรื่อง ประสิทธิภาพในการทำงานด้านบริหาร สถานภาพ หย่า/หม้าย/ร้าง ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงาน พขอ. ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ พขอ. และการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของคณะกรรมการฯ ทักษะด้านสื่อสารจูงใจการดำเนินงาน ภายในพขอ. ของคณะกรรมการฯ ทักษะคิดต่อการดำเนินงาน พขอ. ของคณะกรรมการฯ ทักษะด้านการสื่อสาร การประสานงาน การวิเคราะห์ปัญหา และการนำเสนอ

ปัญหา ภายในทีมและนอกทีมพขอ.ของเลขานุการคณะกรรมการฯ และ มุมมองต่อปัญหาสุขภาพที่ไม่รอบด้าน ทุกมิติของปัญหา ของเลขานุการคณะกรรมการฯส่งผลต่อการประสานงาน

2.1.3 ลักษณะการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเรื่อง การประสานงานระหว่างหน่วยงาน การทำงานเป็นทีม การสื่อสารภายใน พขอ. การมอบหมายงานภายในทีม การร่วมแสดงความคิดเห็นของคณะกรรมการฯภายในคณะกรรมการ

2.1.4 การบริหารจัดการเพื่อการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเรื่อง การบูรณางานระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชนอย่างแท้จริง กลไก กระบวนการติดตามประเมินผลงาน การประชุมไม่ต่อเนื่อง งบประมาณในการดำเนินงานของพขอ.ที่ต่อเนื่อง การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำนาจในการตัดสินใจของตัวแทนเข้าร่วมประชุม และระบบข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหา

2.1.5 การมีส่วนร่วมของชุมชน ในเรื่องคนในชุมชนไม่เข้าใจนโยบาย โครงการ พขอ.จึงมีส่วนร่วมน้อย สมาชิกของชุมชนไม่ได้ถูกแต่งตั้งเข้าเป็นคณะกรรมการฯจึงไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วม

3. ผลการศึกษาการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

สรุปในภาพรวมของรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ที่ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ได้ใหม่และได้รับการตรวจสอบประเมินรูปแบบเกี่ยวกับความเหมาะสม การนำไปใช้ประโยชน์ และ ความเป็นไปได้ของรูปแบบต่อการนำไปปฏิบัติ โดยรูปแบบฯ ต้องเริ่มต้นจากการ เตรียมความพร้อมคณะกรรมการ พขอ. ที่จะมาดำเนินการเพื่อประชาชน โดยการกำหนดคุณลักษณะและคัดเลือกคณะกรรมการ พขอ. และคุณลักษณะคณะกรรมการ พขอ. ให้ได้ตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นจึงดำเนินการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. และเลขานุการคณะกรรมการ พขอ. ในด้านของบทบาทหน้าที่ ทักษะ และองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน หลังเตรียมคณะกรรมการฯจึงต่อด้วยการเตรียมการทำงานร่วมกัน โดยมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันก่อนดำเนินงาน จนถึงกำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกันตั้งแต่วิธีการกำหนดเป้าหมาย การสื่อสาร การประสานงาน การติดตามประเมินผล และบทบาทการทำงานร่วมกัน จากนั้นเข้าสู่การดำเนินการของ พขอ. โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินการร่วมกันในของคณะกรรมการฯ จนถึงการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ในระดับอำเภอจนถึงระดับตำบล หมู่บ้าน โดยมีเลขานุการ พขอ.และทีมประสานงานเป็นผู้ประสาน เชื่อมโยง ทั้งนี้เพื่อเกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และนำไปสู่การบรรลุ

เป้าหมายสุดท้ายแก่สุขภาพ คุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบของรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดคุณลักษณะและคัดเลือกคณะกรรมการ พขอ. และคุณลักษณะคณะอนุกรรมการ พขอ. องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกและมีคุณลักษณะที่เหมาะสมกับงาน พขอ. เข้ามาปฏิบัติหน้าที่แก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในอำเภอของตนเอง โดยคุณลักษณะของคณะกรรมการ พขอ. ต้องมีความสมัครใจ จิตอาสา และเสียสละ กล้าแสดงความคิดเห็นมีอำนาจในการตัดสินใจ เข้าใจในบทบาทการทำงานของ พขอ. และยินดีเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ พขอ. ในส่วนวิธีการคัดเลือกและแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ. นายอำเภอในพื้นที่นั้น ๆ จะเป็นผู้ดำเนินการคัดเลือกโดยยึดถือตามระเบียบคณะกรรมการ พขอ. และเลือกจาก 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน แต่ในส่วนของคณะอนุกรรมการ พขอ. ประกอบด้วย ผู้แทนจากหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนหรือองค์กรอื่น ๆ ที่ตรงกับปัจจัยที่ก่อเกิดปัญหาหรือมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาในพื้นที่ สมัครใจ มีจิตอาสา เสียสละ กล้าแสดงความคิดเห็น เข้าใจในบทบาทและหน้าที่ของคณะอนุกรรมการ พขอ. ยินดีเข้าร่วมเป็นคณะอนุกรรมการ พขอ.

องค์ประกอบที่ 2 พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ. องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะ ทักษะคติในการทำงานของคณะกรรมการ พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ. ให้มีประสิทธิภาพ เข้าใจบทบาท หน้าที่ สามารถวางแผน กำหนดแผนงาน มอบหมายงานได้ตรงตามประเด็นปัญหา รวมถึงการบูรณาการ สื่อสาร เชื่อมโยงที่มุ่งงานสร้างการมีส่วนร่วม โดยมีวิธีพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. ได้แก่ การเรียนรู้ในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จ การร่วมแลกเปลี่ยนผลงาน และการอบรมเชิงปฏิบัติ

องค์ประกอบที่ 3 ยกระดับศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พขอ. องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เสริมสร้างสมรรถนะเพิ่มขีดความสามารถ และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่เลขานุการคณะกรรมการ พขอ. ให้เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ มีทักษะด้านการสื่อสาร ด้านการประสาน ทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอข้อมูล รวมถึงการพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำ ภาพลักษณ์ที่เหมาะสม สามารถให้คำปรึกษาการดำเนินงาน พขอ. สร้างทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม โดยวิธีการยกระดับศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พขอ. สามารถดำเนินการทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการโดยวิธีการฝึกอบรม สัมมนา ศึกษาดูงาน

องค์ประกอบที่ 4 การกำหนดข้อตกลงการทำงานร่วมกัน องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเชื่อใจ ความมั่นใจ ความสามัคคี ก่อนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน แบบฉันทามติให้ความเห็นชอบร่วมกัน เน้นความยินยอมในการกำหนดรูปแบบข้อตกลงร่วมกัน ป้องกันข้อขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นระหว่างการทำงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ในส่วนขั้นตอนการกำหนดข้อตกลงการทำงานร่วมกัน ประกอบด้วย 1) ประชุมชี้แจงผู้แทนคณะกรรมการ พชอ. เพื่อกำหนดเป้าหมาย แผนงาน 2) ผู้แทนคณะกรรมการ พชอ. แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ข้อตกลงก่อนการทำงานร่วมกัน 3) ผู้แทนคณะกรรมการ พชอ. ลงมติในข้อตกลงแบบฉันทามติ 4) ประธานคณะกรรมการ พชอ. ลงนามในข้อตกลงการทำงานร่วมกัน ได้แก่ กำหนดข้อตกลงในการสื่อสาร กำหนดข้อตกลงในการประชุมร่วมกัน กำหนดข้อตกลงในการนิเทศติดตามโครงการร่วมกัน กำหนดข้อตกลงในการใช้ฐานข้อมูลปัญหาาร่วมกัน กำหนดข้อตกลง กรณีที่มีการโยกย้ายงาน/ตำแหน่งงานไปพื้นที่อื่น เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 5 การกำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกัน องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกันแบบทีมงานของแต่ละภาคส่วนตามแผนงาน ความรับผิดชอบทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน โดยใช้ฐานข้อมูลเป็นตัวกำหนดทีมงานในการแก้ไขปัญหาที่รับผิดชอบ ซึ่งการกำหนดการทำงานในรูปแบบทีมงาน ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การมอบหมายงาน การจัดระบบการทำงานแบบทีมงานตั้งแต่ระดับอำเภอ จนถึงระดับ หมู่บ้าน ตั้งแต่การกำหนดบทบาทหน้าที่การดำเนินงานประธานคณะกรรมการ พชอ. คณะกรรมการ พชอ. คณะอนุกรรมการ พชอ. เลขานุการ พชอ. รวมถึงการประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่โครงการ กำหนดการติดตามประเมินผลโครงการ ความก้าวหน้าตามระยะเวลา ซึ่งวิธีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน จะกำหนดประเด็นตัวชี้วัด หลักเกณฑ์มาตรฐาน วิธีการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ตลอดจนการสรุปผลการประเมินแผนงาน/กิจกรรม/โครงการ

องค์ประกอบที่ 6 กระบวนการดำเนินการของพชอ. องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คณะกรรมการสามารถทำงานร่วมกันเป็นไปตามบทบาทหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มจากการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านเวทีประชุมคณะกรรมการ พชอ. โดยคณะกรรมการ พชอ. ร่วมตัดสินใจดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยเลขานุการ พชอ. เป็นผู้ประสานงานการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพชีวิต นำเสนอข้อมูลปัญหา คณะกรรมการ พชอ. ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงการร่วมตัดสินใจในการกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขและพัฒนา การเลือกประเด็นปัญหาต้องใช้เกณฑ์การตัดสินใจ เป็นปัญหาที่มีผลกระทบเป็นวงกว้าง ไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยหน่วยงานเดียว ประเด็นปัญหาซ้ำกรณีแก้ไขปัญหาไม่สำเร็จ ในส่วนประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนา ต้องร่วมกันเสนอ “ภาคส่วนใด กลุ่มใดที่เกี่ยวข้อง” และมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาเพื่อเข้าร่วมเป็นอนุกรรมการในการแก้ไขปัญหา แต่งตั้งอนุกรรมการ

พขอ. ในการแก้ไขปัญหาอบหมายหน้าที่และความรับผิดชอบ โดยพิจารณาจากความเชี่ยวชาญ สำหรับเกณฑ์การพิจารณาแต่งตั้งอนุกรรมการ พขอ. 1 คณะ ต่อ 1 ประเด็น คณะอนุกรรมการ พขอ. อย่างน้อย 1 คน ต้องมาจากสมาชิก พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ. ต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการแก้ ประเด็นปัญหาร่วมกับ พขอ. หลังจากนั้นถึงเลือกประเด็นปัญหา กำหนดตัวชี้วัด ประกาศเป็นนโยบาย ของ พขอ. ตลอดจนการสนับสนุนติดตามประเมินผลใน “รูปแบบการทำงานร่วมกัน”

องค์ประกอบที่ 7 การนำนโยบายและแผนของ พขอ.สู่การปฏิบัติ พชต.

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตไปสู่ภาคปฏิบัติ ของพชต. โดย คณะอนุกรรมการ พขอ. หาแนวร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ หรือพชต.เสนอ โครงการกิจกรรมมายังคณะกรรมการ พขอ. คณะอนุกรรมการ พขอ. ร่วมกันวางแผนกิจกรรมแก้ไข ปัญหา โดยประสานฐานข้อมูลและแหล่งข้อมูลมาดำเนินการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตซึ่งผู้รับผิดชอบ แผน/หน่วยงานผู้รับผิดชอบแผนงาน จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ หรือ เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาอาจมาจากภาคส่วนรัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน แล้วกำหนดแหล่ง งบประมาณหรือค้นหาแหล่งงบประมาณที่มาสสนับสนุนในแต่ละประเด็นปัญหา รวมทั้งกำหนด ระยะเวลา วิธีการ กำกับ ติดตาม ประเมินผล หลังจากนั้นอนุกรรมการและเลขานุการ พขอ. ประสาน พชต. ในการนำแผนงานไปแก้ไขปัญหาในพื้นที่ โดยพชต. ดำเนินงานแก้ไขปัญหาในพื้นที่และรายงาน ผลต่อคณะอนุกรรมการ พขอ. จากนั้นคณะอนุกรรมการ พขอ. จะดำเนินการติดตาม กำกับ ประเมินผลตัวชี้วัดแต่ละประเด็นปัญหา ซึ่ง พชต.จะต้องรายงานผลการปฏิบัติงานผ่าน คณะอนุกรรมการ พขอ. กลับมายัง พขอ. เพื่อรับทราบและให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา

องค์ประกอบที่ 8 การประสานงานและเชื่อมโยงระบบการทำงานของ พขอ.

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมโยงประสานความร่วมมือกัน สร้างเอกภาพในการปฏิบัติหน้าที่ ตั้งแต่ระดับนโยบายลงสู่ภาคปฏิบัติซึ่งมี พชม. และพชต. เป็นผู้ขับเคลื่อนแผนงาน โครงการ กิจกรรม ในระดับพื้นที่ ผู้ที่ทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยงทั้งในระดับคณะกรรมการ พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ. รวมถึง พชต./พชม. คือ ตำแหน่งกรรมการและเลขานุการ พขอ. แต่ในส่วนผู้ที่ดำเนินการหลัก ในการประสานงานและเชื่อมโยง คือ ทีมประสานงาน ได้แก่ เลขาคณะกรรมการ พขอ. และบุคลากร จากอำเภอโดยนายอำเภอเป็นผู้มอบหมายมีบทบาทในการประสานเชื่อมโยง ประกอบด้วย การ ประสานขอข้อมูลเพื่อนำมาวางแผน และการติดตามประเมินผล ประสานเชื่อมการทำงาน เพื่อให้การ ดำเนินงานของ พขอ. สำเร็จลุล่วงไปตามเป้าหมาย เป็นจุดศูนย์รวมของแผน โครงการ การ ประสานงาน การช่วยเหลือให้คำแนะนำ ประสานงาน สร้างสัมพันธภาพ และอำนวยความสะดวกให้ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน/ชุมชน ดำเนินการประสานงาน กำกับ ติดตาม แผนงาน ในระดับพื้นที่ และรายงานผลการปฏิบัติงานให้กับคณะกรรมการ พขอ. ตามระยะเวลาที่กำหนด

อภิปรายผลการวิจัย

ในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ สามารถอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า

การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.35 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.67) อภิปรายได้ว่า เนื่องจากคณะกรรมการ พขอ. เป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้นำและมีที่มาจากความหลากหลายของบุคคล หน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็น หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือภาคประชาชน ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวมีผลต่อการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อาทิเช่น ความแตกต่างจากที่มาจากคณะกรรมการ พขอ. ซึ่งระเบียบ พขอ. เป็นผู้กำหนดแต่งตั้ง และอีกส่วนหนึ่งเป็นการแต่งตั้งจากบุคคลในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่ม อนุกรรมการ พขอ. และ พชต. โดยกลุ่มเหล่านี้มีความแตกต่างอย่างชัดเจน ดังเช่นการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง มีทั้งต่ำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 0.8) จนถึงสูงกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 28.7) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. หากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม ย่อมจะมีโอกาสทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินงานเหมือนเอกเช่นที่ผ่านมาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุพันธ์ ประจำ และประวิ อำพันธ์ (2565) ศึกษาเรื่อง การประเมินและพัฒนาประเด็น การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของ พขอ. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คือ การประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency Evaluation) การประเมินประสิทธิผล (Effectiveness Evaluation) การประเมินการถ่ายทอดส่งต่อ (Transportability Evaluation) ส่วนที่ดำเนินการได้ระดับน้อย คือ การ ประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation) และการ ประเมินความยั่งยืน (Sustainability Evaluation) และอีกประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรมาจากต้นนโยบายและโครงสร้างคณะกรรมการที่ไม่ชัดเจนเมื่อนำไปสู่ การปฏิบัติทำให้ไม่สามารถดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้ อันเป็นผลมาจากนโยบายที่ให้แนวทางแก้ไขปัญหาแบบกว้าง ๆ ไม่เจาะจง ทำให้ประชาชนและชุมชนไม่ทราบถึงนโยบายแก้ไขปัญหา ส่งผลต่อความร่วมมือในการช่วยแก้ไขปัญหาซึ่งสอดคล้องกับ Pülzl & Treib (2017) พบว่า ประสิทธิภาพของการนำนโยบายที่หลากหลายสู่การปฏิบัติจะมีความชัดเจนเมื่อผู้บริหารนำนโยบายไปสู่ การปฏิบัติผ่านกระบวนการ “แปลนโยบายไปสู่การปฏิบัติ” หมายถึง การสร้างความตระหนักรู้ใน ประเด็นชุมชน ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องในวงกว้างและในประชาชนทั่วไป

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งมีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ จึงขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามปัจจัยดังนี้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 8 ตัวที่ร่วมกันได้ร้อยละ 65.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การสื่อสารภายในพขอ. การได้รับการพัฒนาศักยภาพของพขอ. การมอบหมายงานภายในทีม การมีส่วนร่วมของชุมชน การทำงานเป็นทีม ประสบการณ์ในการทำงาน ด้านบริหาร สถานภาพ หย่า/หม้าย/ร้าง และระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทพขอ. มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ จึงขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามปัจจัยดังนี้

การสื่อสารภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานของพขอ. อธิบายได้ว่า เนื่องจากการทำงานในระดับพื้นที่ มีหลายหน่วยงานที่ร่วมกันดำเนินการแก้ไขปัญหาของประชาชนต้องอาศัยการติดต่อพูดคุย สื่อสาร หรือประสานงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Zvirbule (2015) ได้ศึกษา การสื่อสารภายในเป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างแรงจูงใจของพนักงาน กรณีศึกษาของบริษัท โรเซ่ ลัตเวีย มหาวิทยาลัยสถาบันเพื่อการสื่อสารเชิงกลยุทธ์ พบว่า การสื่อสารภายในที่ดีเป็นการส่งเสริมแรงจูงใจของพนักงาน เพื่อให้พนักงานรู้สึกว่าเขาเป็นคนสำคัญ มีความมั่นใจ ความปลอดภัยและความเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับ สมศักดิ์ โทจำปา (2562) ได้ศึกษาบทเรียนที่เรียนรู้และสังเคราะห์ความรู้การขับเคลื่อนการดำเนินงานรูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอที่อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ประเทศไทย พบว่า การจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่ประสบความสำเร็จ คือ การสื่อสารต่อสาธารณชน และการพัฒนาระบบติดต่อสื่อสาร แต่หากการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ที่ไม่ครอบคลุม ไม่มีเอกสารหรือคู่มือการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับแต่ละพื้นที่จะทำให้ขาดการเชื่อมโยงกับงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น District Health System และ District Health System Management Learning เข้าด้วยกัน

การได้รับการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานของพขอ. ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อธิบายได้ว่า การได้รับสนับสนุนการฝึกอบรม การสัมมนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพสามารถสร้างทัศนคติเชิงบวก รวมถึงความรู้สึกถึงความเชี่ยวชาญในการทำงานที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นพขอ. ควรได้รับการพัฒนาระบบวิธีคิด การบริหารจัดการ วิธีการทำงานตลอดจนการสร้างทีมงานร่วม ในการวางแผน ทิศทางเป้าหมาย วิธีการประเมิน รวมถึงการสร้างขวัญและกำลังใจผู้ปฏิบัติงาน (Truitt, 2011) สอดคล้องกับ ไพโรจิตร ศิริมงคล (2566) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

(พชอ.) ของอำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วม และการพัฒนาศักยภาพ

การมอบหมายงานภายในทีม มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อธิบายได้ว่า การมอบหมายงานที่ดีทำให้รู้ขอบเขตงานที่ชัดเจนและคนสามารถทำในสิ่งที่ตนเองถนัด เนื่องจากว่าทีมที่สามารถจัดการเรื่องการมอบหมายงานที่ดี และตรงกับความถนัด หรือเชี่ยวชาญตามฐานความรู้ ความเชี่ยวชาญ ความพึงพอใจ จะช่วยในการทำงานราบรื่น ซึ่งหัวใจสำคัญของการมอบหมายงาน คือ การให้อำนาจและอำนาจในการทำงานตามที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้งานที่ได้รับมอบหมายสำเร็จลุล่วง ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างผู้มอบหมายงาน รวมทั้งผู้ได้รับมอบหมาย และการให้ความสำคัญกับวิชาชีพซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ (Fujimoto, 2016) สอดคล้องกับ ไพโรจิตร ศิริมงคล (2566) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของอำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมอบหมายบทบาทหน้าที่

การมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อธิบายได้ว่า ชุมชนมีผลต่อปัจจัยที่ทำให้การทำงานสำเร็จ กล่าวคือ การเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ชุมชนด้วยการให้ความรู้จะเปลี่ยนไปสู่ความตระหนักรู้และการร่วมเรียนรู้ของประชาชน (ชินวัฒน์ ชมประเสริฐ และธานี โชติกาคาม, 2562) สอดคล้องกับ Haldane et al. (2019) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาการดำเนินการ และการประเมินผลบริการสุขภาพ พบว่า ประสิทธิภาพของการทำงานร่วมของชุมชนให้ผลลัพธ์เชิงบวกในระดับองค์กร ชุมชน และส่วนบุคคล สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้คนในชุมชนเกิดความรัก และความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ พัชรพร ทองจันทนาม และภักดี โพธิ์สิงห์ (2562) ได้ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนไม่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความแตกต่างกัน การศึกษาของ พัชรพร ทองจันทนาม และภักดี โพธิ์สิงห์ (2562) ศึกษาในกลุ่มประชาชนผู้มีสิทธิ์เลือกตั้ง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มคณะกรรมการ พชอ.โดยตรง อาจทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างและไม่สอดคล้องกัน

การทำงานเป็นทีม มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อธิบายได้ว่า การจัดตั้งทีมงานเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพส่งเสริมการทำงานร่วมกัน พึ่งพาซึ่งกันและกัน เสริมสร้างความรับผิดชอบของทีมถือเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของทีม (Haldane et al., 2019) ซึ่งทีมประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีบทบาทเฉพาะ สมาชิกในทีมจะต้องมีความรู้ ทักษะและทัศนคติเฉพาะ เช่น ทัศนคติเชิงบวกต่อการทำงานเป็น

ทีม และสามารถคาดการณ์ความต้องการของผู้อื่นได้โดยการใช้ศักยภาพและความเชี่ยวชาญของตนเองในหน่วยงานมาขับเคลื่อนงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชินวัณน์ ชมประเสริฐ และธานี โชติกาคาม (2562) ที่ทำการศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการทำงานเป็นทีมที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลขององค์กร

ประสบการณ์ในการทำงานด้านบริหาร มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อธิบายได้ว่า ประสบการณ์ของผู้ที่เคยทำงานระดับบริหาร หรือ จัดการโครงการต้องอาศัยปัจจัยหลากหลาย เช่น ความสามารถในการมอบหมายงาน ทักษะการเจรจา การประสานงาน ความเข้าใจในบทบาทของตน ความเป็นผู้นำ ประสบการณ์ในอดีต ความสามารถในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงการมีส่วนร่วมของทีมงาน และการวางแผน (Musyoka, 2010) ซึ่งความสำเร็จหรือล้มเหลวของการบริหารหรือจัดการโครงการอาจเกิดจากผู้บริหารระดับสูงไม่สนับสนุน ขาดเทคนิคในการจัดการ ขาดความมุ่งมั่นในการทำงานหรือใช้คนไม่ถูกกับงาน สอดคล้องกับ สุนีย์ พัฒราช (2559) ได้ทำการศึกษาการประเมินผลโครงการอำเภอจัดการสุขภาพ จังหวัดชุมพร กรณีศึกษาพื้นที่ อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร พบว่า ภาควิชาที่ มีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพที่แตกต่างกันตามประสบการณ์ ทำให้การวางแผนงานแก้ไขปัญหาไม่สอดคล้องกับความจำเป็น และความต้องการของพื้นที่ในขณะที่กระบวนการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของผู้แทนคณะกรรมการฯ เป็นผลมาจาก ฐานความนึกคิด ตลอดจนประสบการณ์ทำงาน และประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล ส่งผลทำให้ขาดวิสัยทัศน์ร่วมกันของคณะกรรมการฯ ในการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ปัญหา กำหนดสาเหตุ ทิศทาง เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ เพื่อร่วมที่จะแก้ไขปัญหาไปด้วยกัน

สถานภาพ หย่า/หม้าย/ร้าง มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ น้อยกว่าเมื่อเทียบกับสถานภาพโสด อภิปรายได้ว่าคนที่สถานภาพ หย่า/หม้าย/ร้าง อาจมีภาระความรับผิดชอบทางครอบครัวมากกว่าสถานภาพโสดและค่าใช้จ่ายสูงขึ้นไปกว่าเมื่อเทียบกับคนโสด ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดจากการใช้ชีวิต (Wanberg, Csillag, & Duffy, 2023) ดังนั้น คณะกรรมการ พขอ. ที่มีสถานภาพหย่าเมื่อมาปฏิบัติงานอาจมีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่ต่ำกว่าคนโสด ซึ่งไม่สอดคล้องกับ อรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติ เหลาสุภาพ (2565) ได้ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า สถานภาพไม่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพื้นที่ที่ทำการศึกษาเก็บข้อมูลมีความแตกต่างกัน การศึกษาของ อรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติ เหลาสุภาพ (2565) ได้ศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (มุกดาหาร ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี) ซึ่งไม่ใช่

ภาคเหนือ (เชียงใหม่) ทำให้เกิดความแตกต่างกัน ในเชิงบริบทความเป็นอยู่ของประชาชน และในการดำเนินชีวิตของครอบครัว ดังนั้นอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างกัน

ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อธิบายได้ว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีระยะเวลาในการเข้าร่วมดำเนินการจัดการแก้ไขปัญหา หรือส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ชุมชนที่ค่อนข้างนาน จะมีประสบการณ์ในการทำงาน รับรู้รับทราบกลวิธีในการจัดการการดำเนินงานได้ มีความคุ้นเคยกับบทบาทหน้าที่ของ พชอ, จึงทำให้ยังดำเนินการบทบาท พชอ, นาน ก็ยังสามารถดำเนินการตามบทบาท พชอ. ได้ดี และยังสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ให้ผู้เข้ามาเป็นสมาชิกใหม่ ใน พชอ. ได้อีกด้วยสอดคล้องกับ สายฝน แก้วที (2565) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานและประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรกับการบริหารงานบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี พบว่าบุคลากรที่มีระยะเวลาทำงานต่ำกว่า 10 ปี มีประสิทธิภาพการทำงานแตกต่างกับบุคลากรที่ทำงาน 10 ปี ขึ้น ไป และสอดคล้องกับ ศิวฉัตร ศิริสิทธิ์นฤวัต และคณะ (2563) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระปกเกล้า พบว่า ระยะเวลาในการทำงานถึงมีความมั่นคงในงานมีความพัฒนาการทางด้านตำแหน่งหน้าที่

2. มุมมองด้านสาเหตุของปัญหาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า

ผู้วิจัยสรุปมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง ต่อสาเหตุของปัญหาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต สามารถสังเคราะห์ที่มา สาเหตุปัจจัยที่มีผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ นำไปสู่การยกย่องรูปแบบงานดังนี้

สรุปประเด็นปัญหาและสาเหตุ ของการดำเนินงาน

2.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทั้งที่มาของคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลเข้ามาทำงาน การแต่งตั้งคณะกรรมการไม่เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี และในส่วนของลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการฯ เรื่องประสบการณ์ในการทำงานด้านบริหาร สถานภาพ หย่า/หม้าย/ร้าง ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงาน พชอ. ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ พชอ. และการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ทักษะด้านสื่อสาร การประสานงาน และการวิเคราะห์ปัญหา ทศนคติต่อการดำเนินงาน การนำเสนอปัญหา ภายในทีมและนอกทีมพชอ. ของคณะกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการฯ

2.2 ลักษณะการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเรื่องการประชุมงานระหว่างหน่วยงาน การทำงานเป็นทีม การสื่อสารภายใน พขอ. การมอบหมายงานภายในทีม การร่วมแสดงความคิดเห็นของคณะกรรมการฯภายในคณะกรรมการ

2.3 การบริหารจัดการเพื่อการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเรื่อง การบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชนอย่างแท้จริง กลไก กระบวนการติดตามประเมินผลงาน การประชุมไม่ต่อเนื่อง งบประมาณในการดำเนินงานของพขอ.ที่ต่อเนื่อง การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำนาจในการตัดสินใจของตัวแทนเข้าร่วมประชุม และระบบข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหา

2.4 การมีส่วนร่วมของชุมชน ในเรื่องคนในชุมชนไม่เข้าใจนโยบาย โครงการ พขอ.จึงมีส่วนร่วมน้อย สมาชิกของชุมชนไม่ได้ถูกแต่งตั้งเข้าเป็นคณะกรรมการฯจึงไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วม

อภิปรายได้ว่า ประเด็นปัญหาที่พบ คือ 1) ปัญหาจากศักยภาพของตัวคณะกรรมการฯ สอดคล้องการศึกษาของ สุธิดา เหล่าประดิษฐ์ (2566) ได้ศึกษา การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างเสนอแนะให้มีการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการ พขอ. 2) ศักยภาพการทำงานของคณะกรรมการ สอดคล้องการศึกษาของ รัตนาพร พัฒนโชติ (2566) ได้ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 3) กระบวนการทำงานร่วมกันและร่วมกันกับชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ อุดม บุปผาทา, สงัด เชื้อลิ้นฟ้า, และรัชณีวิภา จิตรากุล (2566) ได้ศึกษา การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ความร่วมมือจากประชาชนในระดับครัวเรือน และระดับบุคคลยังไม่เพียงพอ และ 4) การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการดำเนินการที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ กชพรรณ หาญชิงชัย (2563) ได้ศึกษา การประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดสระแก้ว พบว่า งบประมาณจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ใช้สำหรับการบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ไม่เพียงพอ ดังนั้น ประเด็นข้อเสนอประเด็น ที่ควรนำไปพิจารณาว่ารูปแบบการดำเนินงานของ พขอ. ดังนี้ 1) การพัฒนา ศักยภาพสมาชิกคณะกรรมการ พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ. 2.) การมีข้อตกลงการทำงานร่วมกันก่อนเริ่มดำเนินการ 3) การให้ความสำคัญการคัดเลือกคณะกรรมการฯและพิจารณาคุณลักษณะผู้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ พขอ.และคณะอนุกรรมการ พขอ. 4) การปรับปรุงแบบการดำเนินการร่วมกันของคณะกรรมการ พขอ. 5) การปรับปรุงกระบวนการทำงานคณะกรรมการ พขอ. คณะอนุกรรมการ พขอ. และพชต.ให้เชื่อมโยงกัน 6) การปรับปรุงการมีส่วนร่วมในการทำงานกับ

ระดับตำบล หรือเครือข่ายชุมชน และ 7) ปรับการบริหารจัดการโดยเฉพาะด้านข้อมูล และงบประมาณ

3. ผลการสร้างพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

ผู้วิจัยได้สรุปสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ที่เกิดจากปัจจัยและมุมมองที่หลากหลายของคณะกรรมการ พขอ. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้องค์ประกอบ 8 องค์ประกอบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดคุณลักษณะของคณะกรรมการ พขอ. และคุณลักษณะคณะอนุกรรมการ พขอ. องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนภาคประชาชนที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกและมีคุณลักษณะที่เหมาะสมกับงาน พขอ. เข้ามาปฏิบัติหน้าที่แก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในอำเภอของตนเอง โดยคุณลักษณะของคณะกรรมการ พขอ. ต้องมีความสมัครใจ จิตอาสา และเสียสละ กล้าแสดงความคิดเห็นมีอำนาจในการตัดสินใจ เข้าใจในบทบาทการทำงานของ พขอ. และยินดีเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ พขอ. ในส่วนวิธีการคัดเลือกและแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ. นายอำเภอในพื้นที่นั้น ๆ จะเป็นผู้ดำเนินการคัดเลือกโดยยึดถือตามระเบียบคณะกรรมการ พขอ. และเลือกจาก 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน แต่ในส่วนของคณะอนุกรรมการ พขอ. ประกอบด้วย ผู้แทนจากหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนหรือองค์กรอื่น ๆ ที่ตรงกับปัจจัยที่ก่อเกิดปัญหาหรือมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาในพื้นที่ สมัครใจ มีจิตอาสา เสียสละ กล้าแสดงความคิดเห็นเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ของคณะอนุกรรมการ พขอ. ยินดีเข้าร่วมเป็นคณะอนุกรรมการ พขอ.

อภิปรายได้ว่า การกำหนดให้มีคุณลักษณะของกรรมการทั้ง 2 กลุ่มนี้ มีความสำคัญต่อการดำเนินงาน พขอ. อย่างยิ่ง ถ้าได้บุคคลตามคุณลักษณะที่เหมาะสม ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ย่อมส่งผลโดยตรงต่อการแก้ปัญหา พขอ. ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งสอดคล้องกับ ลัดดาวัลย์ พุดขุนทด และชุติมา นาคประสิทธิ์ (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของคณะกรรมการบริษัทกับผลการดำเนินงานทางด้านบัญชี พบว่า คุณลักษณะของคณะกรรมการบริษัท มีความสำคัญในการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการ ซึ่งนำไปสู่ผลการดำเนินงานและมูลค่าของบริษัท และสอดคล้องกับพรรณภักดิ์ ราชอาณาจักร (2564) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐและองค์กรสาธารณกุศลในการ ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย: กรณีศึกษา อุทกภัย จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า 1) การบริหารจัดการภายในอย่างเป็นระบบเริ่มจากกระบวนการคัดเลือกอาสาสมัครที่ชัดเจนในตำแหน่ง 2) มีการทดลองงานและฝึกอบรมอาสาสมัครให้

มีองค์ความรู้ หัวหน้าแต่ละฝ่ายจะมีความเข้าใจในงานอย่างดีต้องอาศัยผู้นำที่มีความรู้ ความเข้าใจในงานอย่างแท้จริง 3) มีวัตถุประสงค์ร่วมกันที่ชัดเจน คือ เพื่อเข้ามาร่วมมือกัน ให้บรรลุ เป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่งโดยร่วมกันเป็นผู้นำและเห็นชอบร่วมกัน

องค์ประกอบที่ 2 พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ.

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เสริมสร้างสมรรถนะ ทักษะคติในการทำงานของ คณะกรรมการ พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ. ให้มีประสิทธิภาพ เข้าใจบทบาท หน้าที่ สามารถวางแผน กำหนดแผนงาน มอบหมายงานได้ตรงตามประเด็นปัญหา รวมถึงการบูรณาการ สื่อสาร เชื่อมโยงทีมงาน สร้างการมีส่วนร่วม โดยมีวิธีพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. ได้แก่ การเรียนรู้ในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จ การร่วมแลกเปลี่ยนผลงาน และการอบรมเชิงปฏิบัติ

อภิปรายได้ว่า คณะกรรมการ พขอ. และคณะอนุกรรมการ พขอ. ที่ได้รับพัฒนาศักยภาพอย่างสม่ำเสมอจะสามารถนำองค์ความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ ความสามารถที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน พขอ. ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต ตลอดจนผลักดันให้องค์กร พขอ. มีความเข้มแข็งและเติบโต (Kegan & Lahey, 2016) และสอดคล้องกับ Brown, Ryan, & Creswell (2007) พบว่า การพัฒนาคณะกรรมการประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและกำหนดทักษะ ความสามารถที่จำเป็นของคณะกรรมการ รวมถึงการสรรหาและดึงดูดผู้สมัครที่มีศักยภาพและวิธีคัดเลือกที่เหมาะสม ตลอดจนการฝึกอบรม ติดตามผลการปฏิบัติงาน

องค์ประกอบที่ 3 ยกระดับศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พขอ. องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เสริมสร้างสมรรถนะเพิ่มขีดความสามารถ และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ เลขานุการคณะกรรมการ พขอ. ให้เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ มีทักษะด้านการสื่อสาร ด้านการประสาน ทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอข้อมูล รวมถึงการพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำ ภาพลักษณ์ที่เหมาะสม สามารถให้คำปรึกษาการดำเนินงาน พขอ. สร้างทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม โดยวิธีการยกระดับศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พขอ. สามารถดำเนินการทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการโดยวิธีการฝึกอบรม สัมมนา ศึกษาดูงาน

อภิปรายได้ว่า เลขานุการคณะกรรมการ พขอ. มีบทบาทสำคัญยิ่งในคณะกรรมการ พขอ. เพราะเป็นผู้ที่วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอข้อมูลแก่คณะกรรมการฯ รวมทั้งการประสานเชื่อมโยงงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จนถึงการประชุมผล ผู้ที่มาปฏิบัติหน้าที่ ควรมีความรู้ ทักษะรอบด้านทั้งการจัดการและสาธารณสุข ที่ผ่านมายังไม่มีการยกระดับเลขานุการฯ โดยตรง ดังนั้นควรมีการยกระดับศักยภาพเลขานุการคณะกรรมการ พขอ. สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูดิท เตชาดิวัฒน์ (2564) ที่พบว่า เลขานุการคณะกรรมการ พขอ. ที่ได้รับการยกระดับศักยภาพ จะสามารถวิเคราะห์

ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลที่ตลอดจนมีทักษะ ความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานช่วยให้การดำเนินงาน พขอ. เป็นไปด้วยความราบรื่น

องค์ประกอบที่ 4 การกำหนดข้อตกลงการทำงานร่วมกัน องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเชื่อใจ ความมั่นใจ ความสามัคคี ก่อนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน แบบฉันทามติให้ความเห็นชอบร่วมกัน เน้นความยินยอมในการกำหนดรูปแบบข้อตกลงร่วมกัน ป้องกันข้อขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นระหว่างการทำงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ในส่วนขั้นตอนการการกำหนดข้อตกลงการทำงานร่วมกัน ประกอบด้วย 1) ประชุมชี้แจงผู้แทนคณะกรรมการ พขอ. เพื่อกำหนดเป้าหมาย แผนงาน 2) ผู้แทนคณะกรรมการ พขอ. แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ข้อตกลงก่อนการทำงานร่วมกัน 3) ผู้แทนคณะกรรมการ พขอ. ลงมติในข้อตกลงแบบฉันทามติ 4) ประธานคณะกรรมการ พขอ. ลงนามในข้อตกลงการทำงานร่วมกัน ได้แก่ กำหนดข้อตกลงในการสื่อสาร กำหนดข้อตกลงในการประชุมร่วมกัน กำหนดข้อตกลงในการนิเทศติดตามโครงการร่วมกัน กำหนดข้อตกลงในการใช้ฐานข้อมูลปัญหาาร่วมกัน กำหนดข้อตกลงกรณีที่มีการโยกย้ายงาน/ตำแหน่งงานไปพื้นที่อื่น เป็นต้น

อภิปรายได้ว่า การกำหนดข้อตกลงการทำงานร่วมกัน จะช่วยลดข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่าง บุคคล หน่วยงาน ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติภารกิจของ พขอ. ตามแนวคิดการบริหารแบบความร่วมมือ (Newella & Proust, 2012) ซึ่งขั้นตอนการทำงานของคนที่มาจากหลายหลายกลุ่ม ควรเริ่มที่มีข้อตกลงร่วมกัน ข้อตกลงดังกล่าวอาจเป็นแบบทางการ หรือไม่เป็นทางการ ร่วมกันกำหนดหลักการ ข้อตกลง แผนงาน และการประเมินผล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับ อนัญญา กิตติศรี (2563) ศึกษาเรื่อง บทบาทของอาเซียนในการผลักดันให้เกิดการลงนามในข้อตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระดับภูมิภาค พบว่า การสร้างทางเลือกใหม่สามารถสร้างฉันทามติได้ โดยการนำเสนอประเด็นปัญหา และสร้างข้อตกลงที่ครอบคลุม รวมถึงการเสนอทางเลือก มาตรการต่าง ๆ เพื่อให้ทุกฝ่ายได้รับประโยชน์ร่วมกัน

องค์ประกอบที่ 5 การกำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกัน องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกันแบบทีมงานของแต่ละภาคส่วนตามแผนงาน ความรับผิดชอบทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน โดยใช้ฐานข้อมูลเป็นตัวกำหนดทีมงานในการแก้ไขประเด็นปัญหาที่รับผิดชอบ ซึ่งการกำหนดการทำงานในรูปแบบทีมงาน ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การมอบหมายงาน การจัดระบบการทำงานแบบทีมงานตั้งแต่ระดับอำเภอจนถึงระดับ หมู่บ้าน ตั้งแต่การกำหนดบทบาทหน้าที่การดำเนินงานประธานคณะกรรมการ พขอ. คณะกรรมการ พขอ. คณะอนุกรรมการ พขอ. เลขานุการ พขอ. รวมถึงการประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่โครงการ กำหนดการติดตามประเมินผลโครงการ ความก้าวหน้าตามระยะเวลา ซึ่งวิธีการ

ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน จะกำหนดประเด็นตัวชี้วัด หลักเกณฑ์มาตรฐาน วิธีการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ตลอดจนการสรุปผลการประเมินแผนงาน/กิจกรรม/โครงการ

อภิปรายได้ว่า หากมีการกำหนดรูปแบบของการทำงานร่วมกันที่ชัดเจนจะทำให้แต่ละภาคส่วนเข้าใจบทบาทในการทำงานของแต่ละทีม มองเห็นความสำเร็จร่วมกัน ตลอดจนมีการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน หรือบุคคลทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมงาน ตามแนวคิดการบูรณาการ ของ Wilber (1997) ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของมีกระบวนการที่ต่างกันและมาทำงานร่วมกันให้เป็นเครือข่ายกันและในองค์ประกอบนี้ยังให้ความสำคัญกับ การประชุมที่รับฟังความคิดเห็น และหาฉันทามติร่วมกัน ซึ่งบ่งบอกถึง การให้คุณค่าสมาชิกและความไว้วางใจในสมาชิกคณะกรรมการ พขอ. ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของการนำร่วม (Kellogg, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับ Tarricone & Luca (2002) พบว่า การวิจัยได้ระบุคุณลักษณะหลายประการที่จำเป็นสำหรับการทำงานเป็นทีมที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) ความมุ่งมั่นต่อความสำเร็จของทีมและเป้าหมายร่วมกัน 2) การพึ่งพาซึ่งกันและกัน 3) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลรวมถึงความสามารถในการหารือประเด็นต่าง ๆ อย่างเปิดเผยกับสมาชิกในทีม 4) การสื่อสารอย่างเปิดเผยและการตอบรับเชิงบวก 5) องค์ประกอบของทีมที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างทีมที่ประสบความสำเร็จ สมาชิกในทีมจำเป็นต้องตระหนักถึงบทบาทของทีม 6) ความมุ่งมั่นต่อกระบวนการของทีม ความเป็นผู้นำ และความรับผิดชอบ

องค์ประกอบที่ 6 กระบวนการดำเนินการของพขอ. องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คณะกรรมการสามารถทำงานร่วมกันเป็นไปตามบทบาทหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มจากการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านเวทีประชุมคณะกรรมการ พขอ. โดยคณะกรรมการ พขอ.ร่วมตัดสินใจดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยเลขานุการ พขอ.เป็นผู้ประสานงานการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพชีวิต นำเสนอข้อมูลปัญหา คณะกรรมการ พขอ.ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงการร่วมตัดสินใจในการกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขและพัฒนา การเลือกประเด็นปัญหาต้องใช้เกณฑ์การตัดสินใจ เป็นปัญหาที่มีผลกระทบเป็นวงกว้าง ไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยหน่วยงานเดียว ประเด็นปัญหาซ้ำกรณีแก้ไขปัญหาไม่สำเร็จ ในส่วนประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนา ต้องร่วมกันเสนอ “ภาคส่วนใด กลุ่มใดที่เกี่ยวข้อง” และมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาเพื่อเข้าร่วมเป็นอนุกรรมการในการแก้ไขปัญหา แต่งตั้งอนุกรรมการ พขอ. ในการแก้ไขปัญหามอบหมายหน้าที่และความรับผิดชอบ โดยพิจารณาจากความเชี่ยวชาญ หลังจากนั้นถึงเลือกประเด็นปัญหา กำหนดตัวชี้วัด ประกาศเป็นนโยบายของ พขอ. ตลอดจนการสนับสนุนติดตามประเมินผลใน “รูปแบบการทำงานร่วมกัน”

อภิปรายได้ว่า หากคณะกรรมการ พชอ. มีกระบวนการทำงานที่ชัดเจน และเป็นระบบ จะทำให้ผู้บริหารสามารถวางแผนหรือแนวทางแก้ไขปัญหา โดยให้เลขาธิการคณะกรรมการ พชอ. เป็นผู้ประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ตลอดจนรวบรวมปัญหาของอำเภอที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต แล้วนำมาวิเคราะห์ ร่วมตัดสินใจกับคณะกรรมการ พชอ. และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาที่จะนำมาพัฒนา รวมถึงจัดตั้งคณะอนุกรรมการที่รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาคณะละประเด็น รวมถึงการมอบหมายงาน ความรับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร มีการติดตาม ประเมินผล ตามตัวชี้วัด ตามแนวคิดของ Fayol (1925) ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การจัดองค์กร (Organizing) 3) การบังคับบัญชา (commanding) 4) การประสานงาน (Coordination) 5) การควบคุม (Controlling) โดยเป็นกระบวนการบริหารจัดการทั่วไปอย่างเป็นระบบ ซึ่งขั้นตอนการทำงานของคณะกรรมการฯ เป็นลักษณะของการบริหารจัดการเช่นกัน โดยบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ฯ เน้นให้มีการกำหนดแผนงานและเป้าหมาย การขับเคลื่อน การบูรณาการ และการสนับสนุน (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561)

องค์ประกอบที่ 7 การนำนโยบายและแผนของ พชอ.สู่การปฏิบัติ พชต.

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตไปสู่ภาคปฏิบัติ ของพชต. โดยคณะอนุกรรมการ พชอ. หาแนวร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ หรือพชต.เสนอโครงการกิจกรรมมายังคณะกรรมการ พชอ. คณะอนุกรรมการ พชอ. ร่วมกันวางแผนกิจกรรมแก้ไขปัญหา โดยประสานฐานข้อมูลและแหล่งข้อมูลมาดำเนินการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตซึ่งผู้รับผิดชอบแผน/หน่วยงานผู้รับผิดชอบแผนงาน จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ หรือเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาอาจมาจากภาคส่วนรัฐ ภาคเอกชนภาคประชาชน แล้วกำหนดแหล่งงบประมาณหรือค้นหาแหล่งงบประมาณที่มาสสนับสนุนในแต่ละประเด็นปัญหา รวมทั้งกำหนดระยะเวลา วิธีการ กำกับ ติดตาม ประเมินผล หลังจากนั้นอนุกรรมการและเลขานุการ พชอ. ประสานพชต. ในการนำแผนงานไปแก้ไขปัญหในพื้นที่ โดยพชต. ดำเนินงานแก้ไขปัญหในพื้นที่และรายงานผลต่อคณะอนุกรรมการ พชอ. จากนั้นคณะอนุกรรมการ พชอ. จะดำเนินการติดตาม กำกับ ประเมินผลตัวชี้วัดแต่ละประเด็นปัญหา ซึ่ง พชต.จะต้องรายงานผลการปฏิบัติงานผ่านคณะอนุกรรมการ พชอ. กลับมายัง พชอ. เพื่อรับทราบและให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา

อภิปรายได้ว่า หากมีการกำหนดให้นโยบายและแผนงานของ พชอ.สู่การปฏิบัติ พชต. อย่างเป็นรูปธรรม และต่อเนื่องจะช่วยให้เกิดการแก้ไขปัญหาคคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างตรงจุดและตรงประเด็นปัญหา ขณะเดียวกันในองค์ประกอบนี้ ได้กล่าวถึงการหาแนวร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ เพื่อให้ได้ความร่วมมือในการดำเนินการแก้ไขปัญหามาจากหลากหลายกลุ่มคนในพื้นที่ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติระดับจุลภาพ (Micro implementation) (สัญญา

เคณาภูมิ, 2562) ที่กล่าวถึงขั้นตอนแรกของการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ การระดมพลัง (Mobilization) นอกจากนี้ ในองค์ประกอบนี้ยังให้ความสำคัญระดับตำบลหรือผู้ที่เผชิญปัญหาโดยตรง ในการร่วมเสนอโครงการ กิจกรรมแก้ไขปัญหา โดยนำมาพิจารณาร่วมกับแนวทาง กลยุทธ์ของระดับอำเภอซึ่งเสนอโดย คณะกรรมการ พชอ. และอนุกรรมการ พชอ. นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ตามประเด็นปัญหาที่ พชอ. ได้กำหนดเป็นนโยบาย เป้าหมายไว้ ลักษณะดังกล่าวเป็นไปตามแนวคิดของตัวแบบการนำนโยบายสู่การปฏิบัติแบบผสมผสาน (Hybrid theories of implementation) (สัญญา เคณาภูมิ, 2562) ซึ่งเป็นการผสมผสานข้อเสนอของทั้งสองส่วนเข้าด้วยกันเพื่อปิดจุดอ่อนของแต่ละฝ่าย ซึ่งสอดคล้องกับเคซา บัวเทศ และเย็นฤดี กะมุกดา (2565) ศึกษาการสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในระดับพื้นที่เพื่อเสนอเป็นนโยบายสู่การปฏิบัติ พบว่า ปัญหาที่นำมาสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ต้องเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ รายครัวเรือน และตรงกับความต้องการของประชาชน กระบวนการพัฒนาต้องสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับบุคคล ครัวเรือน กลุ่มบุคคล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรูปแบบที่เสนอเป็นนโยบายสู่การปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ต้องปรับบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) จากผู้ปฏิบัติมาเป็นผู้กำหนดนโยบาย พิจารณาแผนงานในระดับพื้นที่ สนับสนุนวิชาการ กำกับติดตามและประเมินผล และต้องกำหนดให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ หรือระดับตำบล (พชต.) อย่างเป็นทางการ

องค์ประกอบที่ 8 การประสานงานและเชื่อมโยงระบบการทำงานของ พชอ.

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมโยงประสานความร่วมมือกัน สร้างเอกภาพในการปฏิบัติหน้าที่ ตั้งแต่ระดับนโยบายลงสู่ภาคปฏิบัติซึ่งมี พชม. และพชต. เป็นผู้ขับเคลื่อนแผนงาน โครงการ กิจกรรมในระดับพื้นที่ ผู้ที่ทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยงทั้งในระดับคณะกรรมการ พชอ. และคณะอนุกรรมการ พชอ. รวมถึง พชต./พชม. คือ ตำแหน่งกรรมการและเลขานุการ พชอ. แต่ในส่วนผู้ที่ดำเนินการหลักในการประสานงานและเชื่อมโยง ได้แก่ ทีมเลขาคณะกรรมการ พชอ. คือ ทีมประสานงาน ได้แก่ เลขาคณะกรรมการ พชอ. และบุคลากรจากอำเภอโดยนายอำเภอเป็นผู้มอบหมาย มีบทบาทในการประสานเชื่อมโยง ประกอบด้วย การประสานขอข้อมูลเพื่อนำมาวางแผน และการติดตามประเมินผล ประสานเชื่อมการทำงาน เพื่อให้การดำเนินงานของ พชอ. สำเร็จลุล่วงไปตามเป้าหมาย เป็นจุดศูนย์รวมของแผน โครงการ การประสานงาน การช่วยเหลือให้คำแนะนำ ประสานงาน สร้างสัมพันธภาพ และอำนวยความสะดวกให้หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน/ชุมชน ดำเนินการประสานงาน กำกับ ติดตาม แผนงานในระดับพื้นที่ และรายงานผลการปฏิบัติงานให้กับคณะกรรมการ พชอ. ตามระยะเวลาที่กำหนด

อภิปรายได้ว่า การประสานงานและเชื่อมโยงระบบการทำงานของ พขอ. มีส่วนสำคัญที่จะช่วยขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างราบรื่น ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติงาน ผู้ที่จะเป็นผู้ประสาน ต้องเป็นเลขาธิการคณะกรรมการ พขอ. และทีมเลขาฯ ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการร่วมกันโดยทำหน้าที่ประสานหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน โดยมีบทบาทในการเป็นศูนย์รวมข้อมูล แผนงาน โครงการ จากหน่วยงานต่าง ๆ ที่จะนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต ตลอดเป็นตัวกลางในการเชื่อมประสานงานบุคคล และกำกับติดตามงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับระเบียบการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561) ที่ให้ความสำคัญในการประสานงาน โดยกำหนดบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ให้มีการประสานงานหรือร่วมมือเครือข่ายฯ ขณะเดียวกันได้กำหนดให้มีเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อดำเนินการประสานงานเชื่อมโยงการทำงานโดยเฉพาะ

4. ภาพรวมของรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ขอสรุปในภาพรวมของรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ที่ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ได้ใหม่และได้รับการตรวจสอบประเมินรูปแบบเกี่ยวกับความเหมาะสม การนำไปใช้ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของรูปแบบต่อการนำไปปฏิบัติ โดยรูปแบบฯ ต้องเริ่มต้นจากการ เตรียมความพร้อมคณะกรรมการ พขอ. ที่จะมาดำเนินการเพื่อประชาชน โดยการกำหนดคุณลักษณะและคัดเลือกคณะกรรมการ พขอ. และคุณลักษณะคณะกรรมการ พขอ. ให้ได้ตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นจึงดำเนินการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. และเลขานุการคณะกรรมการ พขอ. ในด้านของบทบาทหน้าที่ ทักษะ และองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน หลังเตรียมคณะกรรมการฯ จึงต่อยอดการเตรียมการทำงานร่วมกัน โดยมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันก่อนดำเนินงาน จนถึงกำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกันตั้งแต่วิธีการกำหนดเป้าหมาย การสื่อสาร การประสานงาน การติดตามประเมินผล และบทบาทการทำงานร่วมกัน จากนั้นเข้าสู่การดำเนินการของ พขอ. โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินการร่วมกันในของคณะกรรมการฯ จนถึงการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ในระดับอำเภอจนถึงระดับตำบลหมู่บ้าน โดยมีเลขานุการ พขอ. และทีมประสานงานเป็นผู้ประสาน เชื่อมโยง ทั้งนี้เพื่อเกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายสุดท้ายแก่สุขภาพ คุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ

อภิปรายได้ว่า รูปแบบนี้ให้ความสำคัญกับการเตรียมทีมคณะกรรมการ ทั้งการคัดเลือกคณะกรรมการฯ และการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการฯ และการเตรียมข้อตกลงและรูปแบบการทำงานร่วมกันก่อนที่จะเริ่มกระบวนการทำงาน ซึ่งมีความแตกต่างจากนโยบาย หรือระเบียบฯ ว่าด้วย

เรื่องคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561) ที่ได้มุ่งในส่วนที่มาของผู้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ และกำหนดบทบาทการดำเนินการของคณะกรรมการเท่านั้น ซึ่งการเตรียมทีมที่ดีก่อน จะช่วยให้การดำเนินการสำเร็จ ขณะเดียวกันรูปแบบนี้ยังระบุขอบเขตการดำเนินการของพขอ. ไม่เพียงแค่คณะกรรมการ 21 คน แต่ยังรวมไปถึง อนุกรรมการฯ และคณะกรรมการระดับตำบล โดยมีทีมประสานงานและเลขาเป็นตัวเชื่อมการทำงาน และรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นใหม่นี้ เป็นการมองทั้งระบบซึ่งแตกต่างจากพัฒนารูปแบบฯ ที่ผ่านมา เน้นการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ศิวาภรณ์ เงินราง, 2562) และแตกต่างจาก Macwan'gi & Ngwengwe (2004) ศึกษา ประสิทธิภาพของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอในการดูแลชุมชน พบว่า คณะกรรมการสุขภาพอำเภอในการดูแลชุมชนที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการสร้างและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการที่ชัดเจนเท่านั้น

รูปแบบดังกล่าวได้รับการพัฒนามาจากการศึกษาการดำเนินงานของพขอ. ปัญหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และมุมมองที่หลากหลายของคณะกรรมการ พขอ. และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งได้รับการประเมินรูปแบบฯ จากผู้เชี่ยวชาญ ถึงความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ประโยชน์ และมีความเป็นไปได้ต่อการนำไปปฏิบัติ จึงสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบฯ มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายกับจังหวัดเชียงใหม่ได้

ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

อย่างไรก็ตามรูปแบบจากผลการวิจัยครั้งนี้ ถึงแม้ว่าได้รับการประเมินอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ยังมีประเด็นที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติม ได้แก่ การนำรูปแบบไปทดสอบรูปแบบในพื้นที่จริง และการประเมินผลของการนำรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอไปใช้ในทางปฏิบัติกับสถานการณ์จริง ขณะเดียวกัน ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงผลการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่เท่านั้น ดังนั้น หากมีการนำรูปแบบไปใช้ควรประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบท

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ค้นพบจากผลการวิจัย

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1.1 กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และทุกภาคส่วนควรพิจารณา กำหนดนโยบายในการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พขอ. และพัฒนาศักยภาพคณะอนุกรรมการ พขอ. อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการ พขอ. และผลักดันให้เกิดการกำหนดนโยบาย ลงถึงระดับจังหวัด อำเภอในระดับพื้นที่ เนื่องจากผลการศึกษาพบ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การบริหาร การได้รับพัฒนาความรู้ และรูปแบบที่ได้นั้นมีความสำคัญในการเตรียมคณะกรรมการฯที่จะเข้ามาดำเนินการ

1.1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด ควรมีนโยบายมอบให้ระดับอำเภอ หรือ พขอ. ในการกำหนดข้อตกลงการทำงาน และรูปแบบการทำงานร่วมกันก่อนที่จะเริ่มการดำเนินการ โดยเฉพาะ การติดตามประเมินการดำเนินการของ พขอ. เพราะผลการศึกษาพบว่า การดำเนินการการติดตามประเมินผล ปฏิบัติได้ต่ำที่สุด

1.1.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด ควรกำหนดหลักสูตรกลาง หรือเนื้อหาองค์ความรู้ ทักษะที่จำเป็น สำหรับพัฒนาศักยภาพ พขอ. เพื่อใช้ในการอบรมแก่ คณะกรรมการ พขอ.

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1.2.1 คณะกรรมการ พขอ. ควรมีการวางแผนกำหนดคุณลักษณะคณะกรรมการฯ และวิธีการคัดเลือก การแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการ โดยเฉพาะ เรื่องจิตอาสา การเสียสละ เพื่อเตรียมในการแต่งตั้งคณะกรรมการชุดใหม่

1.2.2 คณะกรรมการ พขอ. จากทุกภาคส่วน ควรเข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพด้านแนวคิด ความรู้ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ พขอ.ทุกคน อย่างต่อเนื่อง

1.2.3 คณะกรรมการ พขอ.ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ก่อนทำงานร่วมกันควรกำหนดข้อตกลงร่วมกันก่อน รวมทั้งกำหนดรูปแบบการทำงานร่วมกันก่อน เพราะจะช่วยให้ไม่เกิดข้อขัดแย้งระหว่างการทำงาน และทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.4 คณะกรรมการ พขอ. ควรนำรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของ คณะกรรมการ พขอ. ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

1.3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1.3.1 รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการ พขอ. เป็นรูปแบบที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ได้สังเคราะห์ด้วยหลักและวิธีการทางวิชาการ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ดำเนินการได้ในพื้นที่โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

1.3.2 องค์ความรู้ที่ได้จากกระบวนการสร้างและพัฒนาการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการ พขอ. อย่างเป็นระบบ รวมทั้งวิธีการและกิจกรรมที่เป็นกระบวนการอย่างมีส่วนร่วมโดยตรงจากคณะกรรมการ พขอ. มาจากหลายภาคส่วนทั้งทาง มหาตไทยและสาธารณสุข ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาควิชาการ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างและพัฒนาารูปแบบอื่น ๆ

1.3.3 สถาบันการศึกษาสามารถนำรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของ คณะกรรมการ พขอ. นี้ ทั้งหลักการ กระบวนการ และวิธีการตามองค์ประกอบต่าง ๆ ไปใช้ในการ เรียนการสอน ในสาขาวิชาที่หลากหลายโดยมิได้จำกัดเพียงสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพเท่านั้น เนื่องจากเป็นกระบวนการเชิงสังคมและวิถีชีวิต และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาโดยนำรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการ พขอ. นี้ ไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ และต่อยอดพัฒนาในทางปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ และพื้นที่ จังหวัดอื่นในบริบทที่ใกล้เคียงกัน และในบริบทที่ต่างกัน

2.2 ควรมีการศึกษารูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการ พขอ. ที่เฉพาะเจาะจงไปในแต่ละบริบทพื้นที่ เช่น พื้นที่เขตเมือง เขตชนบท เขตชายแดน เนื่องจากบริบท ด้านทรัพยากรบุคคล และสิ่งแวดล้อมแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน



บรรณานุกรม

- กขพรรณ หาญชิงชัย. (2563). การประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดสระแก้ว. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 5(47-55).
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย, และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.
- กัลยา วานิชย์บัญชา, และจิตตา วานิชย์บัญชา. (2558). *การใช้ spss for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- กิตติยา พิมพ์าเรือ, ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์, กาญจนา แสนตะรัตน์, ฝนทิพย์ บุตรระมี, ธวัชชัย รักษา นนท์, และจิตตรดา อ่อนสุระทุม. (2565). การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนนโยบายการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี*, 1(1), 15-27.
- กีระติ เวียงนาค, และสุระจิต สุตะพันธ์. (2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, 1(1), 49-55.
- เกศแก้ว สอนดี, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ผุสดี ก่อเจดีย์, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, และภูวสิทธิ์ สิงห์ประไพ. (2561). การประเมินผลสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของศูนย์ประสานงานและจัดการเรียนรู้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(1), 116-126.
- เกศรินทร์ ไหลงาม, และสิตานนท์ เจษฎาพิพัฒน์. (2561). นวัตกรรมระบบสุขภาพระดับอำเภอ บริการสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดชัยนาท. *วารสารวิจัยและพัฒนาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีราชบุรี*, 13(2), 108-115.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และนภนาท อนุพงศ์พัฒน์. (2561). *ปกิณกคดี 100 ปีการสาธารณสุขไทย ในวาระ 100 ปี การสาธารณสุขไทย (พ.ศ. 2461-2561) ของศูนย์ประสานงานและจัดการเรียนรู้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี: กระทรวงสาธารณสุข*.
- จันทิมา นวะมะวัฒน์, วิภาพร สิทธิศาสตร์, กฤษฎา เหล็กเพชร, และไพศาล เขียวถาวร. (2562). *ระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

- จินตนา อาจสันเทียะ, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2559). *ประชาคมอาเซียนกับระบบสุขภาพไทย. วารสารพยาบาลทหารบก, 17(3), 10-16.*
- ชลธิชา แก้วอนุชิต. (2556). แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 36(1), 123-131.*
- ชลธิชา แก้วอนุชิต, ขวัญศิริ ทองพูน, และอัมมมnda ไชยกาญจน์. (2557). ก้าวสู่การปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานในศตวรรษที่ 21. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 9(2), 108-120.*
- ชินวัฒน์ ชมประเสริฐ, และธานี โชติกาคาม. (2562). ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการทำงานเป็นทีมที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 2. *วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์, 13(1), 34-47.*
- ชิรวัดน์ นิจนตร. (2560). การวิจัยพัฒนารูปแบบทางสังคมศาสตร์และการศึกษา. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 4(2), 71-102.*
- เดชา บัวเทศ, และเย็นฤดี กะมุกดา. (2565). การสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่เพื่อเสนอเป็นนโยบายสู่การปฏิบัติ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 18(2), 27-36.*
- ถนัด ไบยา, และยุพิน แต่งอ่อน. (2565). การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 18(1), 59-68.*
- ธงชัย ปัญญรัตน์. (2565). ผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(2), 133-144.*
- ธนศักดิ์ ธงศรี. (2565). รูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 9(2), 58-71.*
- ธนศ ภัทรวรินกุล. (2560). การประเมินผลการดำเนินงานโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด. *วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้, 13(1), 3-11.*
- นงเยาว์ ชิลวรรณ. (2563). รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบและสารเสพติดภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 (วิทยาลัยพยาบาลบรมิทรราชบุรีมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นภนาท อนุพงศ์พัฒน์. (2556). *รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ กรุงเทพฯ: สุขศาลา.*
- นิริรัตน์ บุญदानนท์. (2564). *นโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่. นนทบุรี: สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย.*

- ปราโมชย์ เลิศขามป้อม, มโน มณีฉาย, และฉวีระ วรรณรัตน์. (2557). *การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดตาก*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- ปรีชา ปิยะพันธ์. (2565). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี*, 21(1), 52-68.
- ปัทมา สุพรรณกุล. (2561). *สถิติประยุกต์สำหรับงานวิจัยด้านสาธารณสุข*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ผาสุข แก้วเจริญตา, และยิ่งพงศ์ มั่นทรัพย์. (2561). *พขอ. สร้างได้ด้วยเครื่องมือง่ายๆเทคนิคบ้าน ๆ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- พนม เพ็งวิชัย, และประจักษ์ บัวผัน. (2557). *การดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ ในจังหวัดหนองคาย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต)*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, และสุรัชย์ โชคครรชิตไชย. (2561). การจัดบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ: กรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพฯ. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 8(1), 152-161.
- พรรณภัทร ราชอาณาจักร. (2564). *ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ และองค์กรสาธารณสุขในการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย: กรณีศึกษาอุทกภัย จังหวัดนครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรสวรรค์ พรกาญจนวงศ์. (2562). รูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system) เขตสุขภาพที่ 12 ปี 2558-2560. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 33(1), 59-72.
- พัชรพร ทองจันทนาม, และภัคดี โพธิ์สิงห์. (2562). รูปแบบการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติด้านการบริหารกิจการสาธารณะยุคดิจิทัล ครั้งที่ 5 (The fifth National Conference on Public Affairs Management in the Digital Era) “การบริหารกิจการสาธารณะยุคดิจิทัล: กฎหมาย ความเป็นธรรม และการกลับคืนสู่ประชาธิปไตย” (Public Affairs Management in the Digital Era: Legal, Justice and A Return to Democracy)* (น. 887-898). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพโรจิตร์ ศิริมงคล. (2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ของอำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 26(2), 1-13.
- ภัทราวดี มากมี. (2559). การออกแบบการวิจัยสำหรับการวิจัยแบบผสมวิธี *วารสารสมาคมนักวิจัย*,

21(2), 19-31.

- ภูติพ เตชาดิวัฒน์. (2560). การสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง เขตสุขภาพที่ 3. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- รัตนพร พัฒนโชติ. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม*, 2(1), 1-12.
- รุ่งตะวัน หุตาคมัย. (2562). ผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุข ล้านนา* 13(1), 51-59.
- ฤทธิ เพ็ชรนิค. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชุมพร (การค้นคว้าอิสระปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ฤทัย วรรณวินิจ. (2561). แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- ลัดดาวัลย์ พุดขุนทด, & ชุติมา นาคประสิทธิ์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของคณะกรรมการบริษัทกับผลการดำเนินงานทางด้านบัญชี. *วารสาร มทร. อีสาน ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 1, 18-31.
- วินัย วาหลวง, มลรัตน์ ขนอม, และเอกษา ลิ้มเวียงสิริวงศ์. (2567). รูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 9(2), 484-495.
- วิรัช ประวันตา. (2561). การพัฒนารูปแบบเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ตามแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- วิโรจน์ สารรัตน์. (2561). ภาวะผู้นำสำหรับศตวรรษที่ 21. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 20(1), 261-271.
- ศรีเรือน ดีพูน, และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2562). ประสิทธิภาพของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่นำร่อง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารการพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 7(2), 263-281.
- ศิวฉัตร ศิริสิทธิ์นฤวัต, พาณี สีตกะลิน, และพรทิพย์ กิระพงษ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระปกเกล้า. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 178-189.
- ศิวาภรณ์ เงินราง. (2562). รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

- ตระการพีชล จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 2(2), 108-114.
- สมบัติ นามบุรี. (2562). ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในงานรัฐประศาสนศาสตร์. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 2(1), 183-197.
- สมยศ ศรีจารนัย. (2561). *บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- สมศักดิ์ โทจำปา. (2562). *บทเรียนที่เรียนรู้และสังเคราะห์ความรู้การขับเคลื่อน การดำเนินงานรูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- สมาน คงสมบูรณ์, และยอดชาย สุวรรณวงษ์. (2564). การพัฒนารูปแบบภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดสระบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(1), 115-128.
- สัญญา เคนาภูมิ. (2562). คุณภาพชีวิตการทำงานที่มีผลต่อ ความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานเทศบาล ตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารการเมืองการปกครอง*, 9(2), 168-183.
- สาคร สุขศรีวงศ์. (2562). *การจัดการ:จากมุมมองนักบริหาร* (พิมพ์ครั้งที่ 16). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายฝน แก้วที. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงาน และประสิทธิภาพการทำงาน ของบุคลากรกับการบริหารงานบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 30(1), 110-120.
- สายันต์ แก้วบุญเรือง, บุญร่วม แก้วบุญเรือง, และณิชชา แฉ่นแฉ้วน. (2558). ความสำเร็จของการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ:กรณีศึกษา เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภออย่างตลาดและอำเภอภูผินาราย์ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารทันตภิบาล*, 26(1), 102-113.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2562). *ทะเบียนสถิติคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. (2561). *ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2557). *ระบบสุขภาพ: ทีมหมอครอบครัวกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุธิดา เหล่าประดิษฐ์. (2566). การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์ประยุกต์*, 1(1), 12-29.

- สุนีย์ พัฒราช. (2559). การประเมินผลโครงการอำเภอจัดการสุขภาพ จังหวัดชุมพร กรณีศึกษาพื้นที่ อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร. *วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้*, 30(3), 46-52.
- สุพัตรา ฮาสุวรรณกิจ, และ Ernt Tenambergen. (2550). *การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.*
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2559). *การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (รสอ.) /DHS ฉบับประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.*
- สุรจิต สุนทรธรรมล. (2555). *ระบบหลักประกันสุขภาพไทย.* กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ.
- สุรชัย รุจิวรรณกุล, สงครามชัย ลีทองดี, และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์. (2558). การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอโดยการจัดกระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่: กรณีศึกษา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพรรณ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 10(2), 117-125.
- สุระจิต สุตะพันธ์, วรรณภา พรหมศวร, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, ภาวิณี เสาะสืบ, และชลดา กิ่งมาลา. (2563). การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติเพื่อสุขภาพะชุมชน. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 10(2), 254-273.
- สุวภัทร นักรู้กำพลรัตน์, นิชนันท์ สุวรรณภูฏ, ยมนา ชนะนิล, และญษณิศา มีนาเขตร. (2559). การประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ กรณีอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 7(2), 105-130.
- อนัญญา กิตติศรี. (2563). *บทบาทของอาเซียนในการผลักดันให้เกิดการลงทุนในข้อตกลง หุ้นส่วนเศรษฐกิจ ระดับภูมิภาค (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนุพันธ์ ประจำ, และประวี อ่ำพันธ์. (2565). การประเมินและพัฒนาประเด็นการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 7(2), 82-94.
- อมรศรี ยอดคำ. (2557). *วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521-พ.ศ. 2557).* กรุงเทพฯ: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานกิจการโรมพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อรรถวิทย์ วงศ์มณี, และกิตติ เหลาสภาพ. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 10. *วารสารวิจัย และพัฒนา ระบบสุขภาพ*, 15(3), 169-183.

- อุดม บุษพาทา, สงัด เชื้อลิ้นฟ้า, และรัชณีวิภา จิตรากุล. (2566). การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 5(1), 199-212.
- Becker, S. W., & Neuhauser, D. (1975). *The efficient organization*. New York: Elsevier Scientific Publishing.
- Belrhiti, Z., Booth, A., Marchal, B., & Verstraeten, R. (2016). To what extent do site-based training, mentoring, and operational research improve district health system management and leadership in low-and middle-income countries: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 5,1-10.
- Bennis, W., & Nanus, B. (1985). *The strategies for taking charge leaders*. New York: Harper. Row.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* New Jersey: Prentice hall.
- Bradshaw, P., Murray, V., & Wolpin, J. (1992). Do nonprofit boards make a difference? An exploration of the relationships among board structure, process, and effectiveness. *Nonprofit and voluntary sector quarterly*, 21(3), 227-249.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*, 18(4), 211-237.
- Chatora, R., & Tumusiime, P. (2004). *Management, leadership and partnership for district health*. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World development*, 8(3), 213-235.
- Cornforth, C. (2001). *Understanding the governance of non-profit organizations: Multiple perspectives and paradoxes*. In *30th Annual ARNOVA Conference, 29 November - 1 December 2001* Miami: The Association for Research on Nonprofit Organizations and Voluntary Action.
- Creswell, J. W. (2021). *A concise introduction to mixed methods research* (3rd ed.). Thousand Oaks: SAGE publications.
- Eisner, E. (1976). Education connoisseurship and criticism: Their form and function in education evaluation. *Journal of Aesthetic Education*, 10(3/4), 135.
- Erwin, W. (1976). *Participation management: Concept, theory and implementation*. Atlanta, GA: Georgia State University.

- Fayol, H. (1925). *General and industrial management*. London: Sir Issac Pitman and sons.
- Fisher, R. A. (1950). *Contributions to mathematical statistics*. New York: Wiley.
- Fujimoto, M. (2016). Team roles and hierarchic system in group discussion. *Group Decision and Negotiation*, 25, 585-608.
- George, A. S., Mehra, V., Scott, K., & Sriram, V. (2015). Community participation in health systems research: A systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. *PloS One*, 10(10), e0141091. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141091>
- Green, J. C., & Griesinger, D. W. (1996). Board performance and organizational effectiveness in nonprofit social services organizations. *Nonprofit management and leadership*, 6(4), 381-402.
- Haldane, V., Chuah, F. L., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C., Seng, C. K., & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PloS one*, 14(5), e0216112.
- Heywood, P., & Choi, Y. (2010). Health system performance at the district level in indonesia after decentralization. *BMC International Health and Human Rights*, 10(1), 3. doi:10.1186/1472-698X-10-3
- House, R. J., & Aditya, R. N. (1997). The social scientific study of leadership: Quo vadis? *Journal of management*, 23(3), 409-473.
- Jacobs, B., Hill, P., Bigdeli, M., & Men, C. (2015). Managing non-communicable diseases at health district level in cambodia: A systems analysis and suggestions for improvement. *BMC health services research*, 16(1-2).
- Kamugumya, D., & Olivier, J. (2016). Health system's barriers hindering implementation of public-private partnership at the district level: A case study of partnership for improved reproductive and child health services provision in tanzania. *BMC Health Serv Res*, 16(1), 596. doi:10.1186/s12913-016-1831-6
- Keeves, P. J. (1988). *Educational research, methodology and measurement: An international handbook*. Oxford: Pergamon Press.
- Kegan, R., & Lahey, L. L. (2016). *An everyone culture: Becoming a deliberately*

- developmental organization*. Harvard: Business Review Press.
- Kellogg, W. K. (2001). *The collective leadership framework a workbook for cultivating and sustaining community change*. Michigan: W.K. Kellogg Foundation Battle Creek.
- Kotter, J. P. (1990). *A force for change : How leadership differs from management*. New York: Free Press.
- Kozlowski, S., & Willgen, D. R. (2006). Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychological Science in the Public Interest*, 7(3), 77-124.
- Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V. K., & Chopra, M. (2008). Alma-ata: Rebirth and revision 1. Alma-ata 30 years on: Revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet*.
- Lewin, K., Lippitt, R., & White, R. K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created "social climates. *The Journal of social psychology*, 10(2), 269-299.
- Likert, R. (1961). *New patterns of management*. New York: Mc Graw-Hill.
- Macwan'gi, & Ngwengwe. (2004). *Effectiveness of district health boards in interceding for the community*. Zambia: The Institute of Economic and Social Research (INESOR) The University of Zambia.
- Madaus, G. F., Scriven, M., & Stufflebeam, D. L. (Eds.). (1983). *Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation*. Boston: Kluwer-Nijhoff Publishing.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. New York: Sage Publications.
- Mshelia, C., Huss, R., Mirzoev, T., Elsey, H., Baine, S. O., Aikins, M., . . . Martineau, T. (2013). Can action research strengthen district health management and improve health workforce performance? A research protocol. *BMJ Open*, 3(8), e003625. doi:10.1136/bmjopen-2013-003625
- Musyoka, A. M. A. (2010). *Survey on the critical success factors in power sector projects in kenya* (Doctoral dissertation). Nairobi: University of Nairobi.
- Newella, B., & Proust, K. (2012). *Introduction to collaborative conceptual modelling*. Retrieved May 10, 2023, from <https://digitalcollections.anu.edu.au/handle/>

1885/9386

- Nnaji, G. A., Oguoma, C., Nnaji, L. I., & Nwobodo, E. (2010). The challenges of budgeting in a newly introduced district health system: A case study. *Global Public Health*, 5(1), 87-101.
- Odhiambo-Otieno, G. W. (2005). Evaluation of existing district health management information systems: A case study of the district health systems in Kenya. *International Journal of Medical Information*, 74(9), 733-711.
- Office of the Prime Minister. (2018). *Regulations of the office of the prime minister. Concerning the development of quality of life at the area level 2018*. Bangkok: Office of the Prime Minister.
- Olmen, J. V., Criel, B., Damme, W. V., Marchal, B., Belle, S. V., Dormael, M. V., . . . Kegels, G. (2010). *Analysing health systems to make them stronger*. Antwerp Studies in Health Services Organisation & Policy.
- Pülzl, H., & Treib, O. (2017). Implementing public policy. in *Handbook of public policy analysis* (pp. 115–134). London: Routledge.
- Putti, J. M. (1987). *Management: A function approach*. New York: McGraw-Hill.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch*, 2(2), 49-60.
- Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., & Armitage, G. D. (2009). Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 13, 6–23.
- Tarimo, E. (1991). *Towards a healthy district. Organizing and managing district health systems based on primary health care*. Geneva: World Health Organization Geneva.
- Tarricone, P., & Luca, J. (2002). Successful teamwork: A case study, in quality conversations. In *Proceedings of the 25th HERDSA Annual Conference* (pp. 640-646). Perth: Higher Education Research and Development Society of Australasia.
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. London: Sage.
- Truitt, D. L. (2011). The effect of training and development on employee attitude as it relates to training and work proficiency. *Sage Open*, 1(3), 2158244011433338.

- W.K. Kellogg Foundation. (2007). *The collective leadership framework a workbook for cultivating and sustaining community change*. Takoma Park: Innovation Center for Community and Youth Development.
- Wanberg, C. R., Csillag, B., & Duffy, M. K. (2023). After the break-up: How divorcing affects individuals at work. *Personnel Psychology*, 76(1), 77-112.
- Weiner, B., & Alexander, J. (1998). The challenges of governing public-private community health partnerships. *Health Care Management Review*, 23(2), 39-55.
- West, A. M., Lyubovnikova, J., & Eckert, R., & Denis, J. L. (2014). Collective leadership for cultures of high quality health care. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, 1(3), 240-260.
- West, M. A., Eckert, R., Steward, K., & Pasmore, W. A. (2014). *Developing collective leadership for health care* (Vol.36). London: King's Fund.
- White, M. D., & Marsh, E. E. (2006). Content analysis: A flexible methodology. *Library Trends*, 55(1), 22-45.
- Wilber, K. (1997). An integral theory of consciousness. *Journal of consciousness studies*, 4(1), 71-92.
- World Health Organization. (2004). *Health sector reform and district health systems regional office for africa brazzaville, Africa*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1994). *Expert committee on information support for new public health action at district level & world health organization.information support for new public health action at district level: Report of a who expert committee*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Who library cataloguing in publication data*. Geneva: . World Health Organization.
- World Health Organization. (1978). *Geneva primary health care: Report of the international conference on primary health care alma-ata*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *Governance for health in the 21st century*. Ilona kickbusch, director, global health programme, graduate institute of

international and development studies. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (1987). *Report of the interregional meeting on strengthening district health systems based on primary health care, harare, zimbabwe 3-7 august*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (1992). *The work of who, 1990-1991: Biennial report of the director-general to the world health assembly and to the united nations*.

Retrieved March 5, 2023, from <https://iris.who.int/handle/10665/37646>

Zvirbule, L. (2015). *Internal communication as a tool for enhancing employee motivation: Case study of roche latvia* (Master Thesis). Lund: University of Stirling and Lund University.



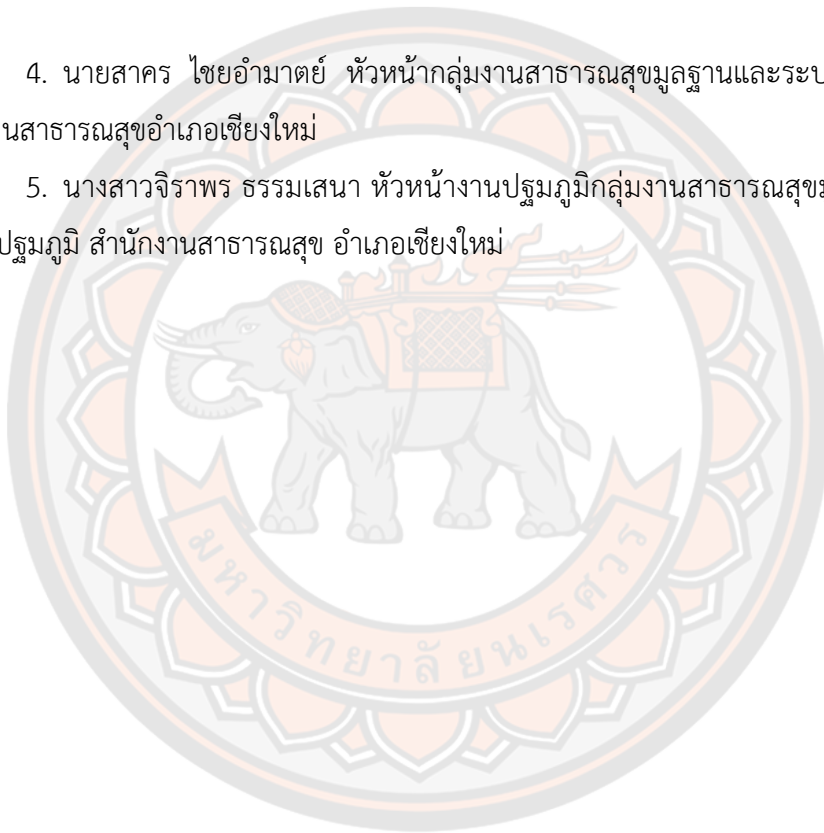
ภาคผนวก



ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. อาจินต์ สงทับ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาทิตยา วัจวนสินธุ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
4. นายสาคร ไชยอำมาตย์ หัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงใหม่
5. นางสาวจิราพร ธรรมเสนา หัวหน้างานปฐมภูมิกลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเชียงใหม่



ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

แบบสอบถาม

วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

ผู้วิจัย นายกานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 1 สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเชียงใหม่) เรื่อง รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ ศึกษาการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพ หน่วยงานที่ท่านสังกัด รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน) ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ตอนที่ 2 ข้อมูลศักยภาพรายบุคคลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ชุดที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ ความหมาย บทบาท อำนาจและหน้าที่ คณะกรรมการ คุณสมบัติคณะกรรมการ สำนักงานเลขานุการ
ชุดที่ 2 ประสิทธิภาพการทำงานด้านบริหาร ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะการจัดการ ความ เป็นผู้นำ ทศนคติต่อการทำงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ตอนที่ 3 การทำงานภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ชุดที่ 3 โครงสร้างและบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้าน การมอบหมายงานภายในทีม การให้คุณค่าสมาชิก การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ระบบข้อมูล ข่าวสาร และด้านทรัพยากร

ตอนที่ 4 ข้อมูลการควบคุมและสนับสนุนจากภาครัฐ และชุมชน

ชุดที่ 4 การควบคุมกำกับจากภาครัฐ การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ชุดที่ 5 การมีส่วนร่วมของชุมชน

ตอนที่ 5 การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ชุดที่ 6 การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ได้แก่ การสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การร่วมกำหนดแผนงานและวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายการดำเนินงาน การบูรณาการการดำเนินงานและการให้คำปรึกษาเสนอแนะ และการติดตามประสาน และประเมินผลพัฒนางานยั่งยืน

โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงและตรงความคิดเห็นมากที่สุด ผู้วิจัยจะเก็บคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด หลังการวิจัยเสร็จสิ้นสุด 1 ปี และขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบที่เสียหายต่อท่านแต่ประการใด

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นายกานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์



เลขที่แบบสอบถาม **ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)**

แบบสอบถามข้อมูลศักยภาพรายบุคคล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

(พชอ.)

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ให้สมบูรณ์

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพ 1) โสด 2) สมรส 3) หย่า/หม้าย/ร้าง
4. ระดับการศึกษาสูงสุด 1) ต่ำกว่าประถมศึกษา 2) ประถมศึกษา
 3) มัธยมต้น 4) มัธยมปลาย/ปวช.
 5) อนุปริญญาตรี/ปวส. 6) ปริญญาตรี
 7) สูงกว่าระดับปริญญาตรี
5. รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน)บาท (โดยประมาณ)
6. หน่วยงานที่ท่านสังกัด (หรือภาคส่วน)
 - 6.1 หน่วยงานปกครอง
 - 6.2 หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ
 - 6.3 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อบต. เทศบาล
 - 6.4 โรงพยาบาล
 - 6.5 หน่วยงานทางการศึกษา
 - 6.6 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
 - 6.7 จากภาคเอกชน
 - 6.8 จากภาคประชาชน
 - 6.9 อื่น ๆ ระบุ.....
7. ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ปี

ตอนที่ 2 ข้อมูลศักยภาพรายบุคคลของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ชุดที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง ความหมาย บทบาท อำนาจและหน้าที่ คณะกรรมการ คุณสมบัติคณะกรรมการ สำนักงานเลขานุการ

ข้อความถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ถูก	ผิด
1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้ว่าราชการจังหวัด		
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีอำนาจและหน้าที่ในการกำหนดเป้าหมายแนวทางดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัด		
3. สิ่งที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต้องทำตามหน้าที่ คือ การทำงานแบบบูรณาการงาน หรือร่วมมือกันเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในอำเภอ		
4. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผน และโครงการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน คือ หน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ		
5. หน่วยงานของรัฐ ที่ร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ ส่วนราชการต่าง ๆ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงกำนันผู้ใหญ่บ้าน		
6. ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ คือ นายอำเภอหรือผู้ที่ได้รับแต่งตั้งจากนายอำเภอ ของอำเภอนั้น ๆ		
7. ปลัดอำเภอทำหน้าที่เลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตั้งอยู่ในที่ว่าการอำเภอ		
8. ผู้ที่ทำหน้าที่ในการเบิกเบี้ยเลี้ยงประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง คือ สาธารณสุขอำเภอ		
9. การดำรงตำแหน่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีวาระ 3 ปี เมื่อครบวาระ หากไม่มีกรรมการใหม่แทน ให้กรรมการเดิมอยู่ในตำแหน่งต่อไป		
10. การพ้นจากตำแหน่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ ตาย ลาออก หรือนายอำเภอสั่งให้ออก		

ชุดที่ 2 ประสพการณ์ทำงานด้านบริหาร ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะการจัดการ ความ
เป็นผู้นำ ทศนคติต่อการทำงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ข้อมูลศักยภาพรายบุคคล	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
2.1 ประสพการณ์ทำงานด้านบริหาร					
2.1.1 ท่านเคยทำงานเกี่ยวกับการวางแผนงานและกำหนดเป้าหมายงาน					
2.1.2 ท่านเคยทำงานเกี่ยวกับการติดตามและประเมินผลงานผู้อื่น					
2.1.3 ท่านเคยทำหน้าที่เป็นหัวหน้างาน หรือ ผู้บริหาร					
2.2 ภาระงานในหน่วยงานท่าน (หรืองานที่ท่านทำอยู่ที่ไม่ใช่ พขอ.)					
2.2.1 ท่านมีหน้าที่รับผิดชอบหลายบทบาท หรือ ตำแหน่งในหน่วยงานหรือในชุมชนที่ท่านอยู่					
2.2.2 ในแต่ละวันท่านต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ ในการแก้ไขปัญหาในการทำงานในความรับผิดชอบท่านอย่างต่อเนื่อง					
2.2.3 ภาระงานของท่านมีจำนวนมาก จนไม่มีเวลาทำงานเพื่อสังคมชุมชน					
2.3 ทักษะการจัดการ					
2.3.1 ท่านสามารถวางแผนงานและกำหนดเป้าหมายต่าง ๆ อย่างคล่องแคล่ว					
2.3.2 ท่านมักจัดการงาน หรือทำงานจนสำเร็จ บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้					
2.3.3 ท่านสามารถใช้ความคิด หรือปัญญา (เฉียบแหลม คล่องแคล่ว ว่องไว) แก้ไขงานที่รับผิดชอบ					
2.4 ความเป็นผู้นำ					
2.4.1 ท่านมีความสามารถในการเป็นผู้นำ และสามารถทำงานร่วมกับผู้นำคนอื่น ๆ ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้อย่างราบรื่น					
2.4.2 ท่านมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี กับบุคคลที่ทำงานร่วมกับท่าน					
2.4.3 ท่านสามารถพูดโน้มน้าวใจให้คนรอบข้างเห็นตาม หรือคล้อยตามท่าน					

ข้อมูลศักยภาพรายบุคคล	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
2.4.4 ท่านมักมีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ให้กับองค์กร					
2.4.5 ในการตัดสินใจ แก้ปัญหา ท่านจะใช้เหตุผล และข้อมูลที่เพียงพอร่วมด้วยเสมอ					
2.4.6 ท่านมีความรอบรู้ในงานและหน้าที่รับผิดชอบ ทั้งภายในองค์กร และนอกองค์กร					
2.4.7 ท่านกระตือรือร้น สนใจ จดจ่อ ต่อการปฏิบัติงาน ที่ได้รับมอบหมายอย่างจริงจัง					
2.4.8 ท่านยึดมั่นสิ่งที่ถูกต้อง ไม่อ่อนไหวและยอมรับผิดเมื่อมีความผิดพลาด โดยไม่หวั่นเกรงผลกระทบที่จะตามมา					
2.5 ทักษะดีต่อการทำงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					
2.5.1 ท่านคิดว่า งานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือ งานของหน่วยงานสาธารณสุข					
2.5.2 ท่านคิดว่า เป็นเรื่องยากที่ภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชน มาทำงานร่วมกัน หรือบูรณาการงานอย่างจริงจัง เพื่อแก้ปัญหา ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น ขยะ อุบัติเหตุ เป็นต้น					
2.5.3 ท่านคิดว่า ไม่มีความจำเป็น ที่ต้องมีผู้แทน จากภาคส่วนเอกชน และภาคประชาชน เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					

ตอนที่ 3 การทำงานภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ชุดที่ 3 โครงสร้างและบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้านการมอบหมายงานภายในทีม การให้คุณค่าสมาชิก การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ระบบข้อมูล ข่าวสาร และด้านทรัพยากร

การทำงานภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
3.1 โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					
3.1.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในอำเภอของท่านมีความชัดเจนในการแต่งตั้ง คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ และมีการมอบหมายหน้าที่แต่ละคนอย่างชัดเจน					
3.1.2 ในการแก้ปัญหาของประชาชนในระดับอำเภอ สมาชิกในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จะได้รับมอบหมาย ให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในงานใด งานหนึ่ง					
3.2 การมอบหมายงานภายในทีม					
3.2.1 ท่านได้รับการมอบหมายงาน ตรงตามความเชี่ยวชาญ และความชำนาญของท่าน					
3.2.2 ท่านได้รับมอบหมายอำนาจ และการตัดสินใจภายในขอบเขตของตำแหน่ง และหน้าที่ที่กำหนด					
3.2.3 ท่านรับทราบถึงบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ภายในทีม					
3.3 การให้คุณค่าสมาชิก					
3.3.1 ท่านได้รับความช่วยเหลือในการทำงานจาก เพื่อนสมาชิกในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างเต็มที่					
3.3.2 ท่านได้ให้คำชื่นชมแก่ สมาชิกคณะกรรมการฯท่านอื่น เมื่อทำงาน หรือแสดงความคิดเห็นดี					
3.3.3 ท่านได้ให้โอกาส สมาชิกคณะกรรมการฯ ท่านอื่นในการแสดงความคิดเห็นในเวทีประชุมทุกครั้ง					

การทำงานภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
3.4.4 ท่านเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจาก สมาชิกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่ทำงานร่วมกัน					
3.4 การสื่อสารภายใน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					
3.4.1 ท่านสามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารกับ สมาชิก ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ท่านอื่น ๆ ได้โดยไม่มีอุปสรรค					
3.4.2 ภายใน สมาชิกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สื่อสารกันทั้ง แบบทางการและไม่ทางการ					
3.4.3 ท่านคิดว่าช่องทางการสื่อสาร ภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีความสะดวก รวดเร็ว และมีหลากหลายรูปแบบ เช่น ไลน์ อีเมล โทรศัพท์ เฟสบุ๊ก อินสตราแกรม					
3.5 การทำงานเป็นทีม					
3.5.1 ท่านทำงานอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งเป็นเป้าหมายร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					
3.5.2 บรรยากาศการทำงานร่วมกันของ คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นกันเอง เป็นมิตร และมีความผูกพัน					
3.5.3 เมื่อเกิดปัญหาหรือมีข้อผิดพลาด สมาชิกในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร่วมกันคิดแก้ไข เพื่อหาแนวทางจัดการปัญหา					
3.6 ระบบข้อมูลข่าวสาร					
3.6.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของท่าน มีระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ ภายในระดับอำเภอ ที่ใช้ในการทำงานได้ดี					
3.6.2 ท่านสามารถเข้าถึง หรือใช้ ฐานข้อมูลข่าวสาร คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้					
3.6.3 ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลข่าวสารภายในระดับอำเภอ					

การทำงานภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
3.6.4 ระบบฐานข้อมูลข่าวสารภายในระดับอำเภอ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีความเชื่อมโยงกันทั้งหน่วยงานภายใน และหน่วยงานภายนอก ตลอดจนภาคีเครือข่ายต่าง ๆ					
3.7.5 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สามารถใช้ระบบฐานข้อมูลข่าวสารภายในระดับอำเภอ เพื่อการวางแผน และดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ และคืนข้อมูลสู่ชุมชน					
3.7 ด้านความพอเพียงของทรัพยากร					
3.7.1 ท่านคิดว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ท่าน ได้รับการสนับสนุน งบประมาณ จากทุกแหล่งเพื่อมาปฏิบัติงาน อย่างเพียงพอ					
3.7.2 ท่านคิดว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อมาปฏิบัติงาน จากทุกแหล่งเพื่อมาปฏิบัติงาน อย่างเพียงพอ					
3.7.3 ท่านคิดว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ท่านได้รับการสนับสนุน บุคลากร คนทำงาน จากหน่วยงาน หรือชุมชน เพื่อมาปฏิบัติงาน อย่างพอเพียง					

ตอนที่ 4 ข้อมูลการควบคุมและสนับสนุนจากภาครัฐ

ชุดที่ 4 การควบคุมกำกับจากภาครัฐ การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การควบคุมและสนับสนุนจากภาครัฐ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
4.1 การควบคุมกำกับจากภาครัฐ					
4.1.1 ท่านคิดว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) ให้นโยบายการทำงานแก่ พชอ. ในแต่ละปี มีความเหมาะสม					
4.1.2 ท่านคิดว่าระยะเวลาที่ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต้องนำเสนอผลการทำงานต่อ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) มีความเหมาะสม					
4.1.3 ท่านคิดว่าการติดตามการทำงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ จากหน่วยงานระดับจังหวัดมีความเหมาะสม เช่น จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					
4.2 การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					
4.2.1 ท่านได้รับสนับสนุน ในการฝึกอบรมเกี่ยวกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง					
4.2.2 ท่านได้รับสนับสนุน ในการสัมมนาและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง					

การควบคุมและสนับสนุนจากภาครัฐ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
4.2.3 ท่านได้ข้อมูลเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากหนังสือ เอกสาร แผ่นพับ โปสเตอร์					
4.2.4 ท่านได้ข้อมูลเพื่อเรียนรู้ เกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากสื่อออนไลน์ เช่น กูเกิล โลก อีเมล เฟสบุ๊ก อินสตราแกรม					

ชุดที่ 5 การมีส่วนร่วมชุมชน

การมีส่วนร่วมชุมชน	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
5.1.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน					
5.1.2 ท่านคิดว่าประชาชนหรือกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน มีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					
5.1.3 ท่านคิดว่าประชาชนหรือกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน มีส่วนร่วมตัดสินใจ ในการดำเนินงาน ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น อภิปรายปัญหา และความต้องการ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา					
5.1.4 ท่านคิดว่าประชาชนหรือกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ได้รับผลประโยชน์ จากการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					

การควบคุมและสนับสนุนจากภาครัฐ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
5.1.5 ท่านคิดว่าประชาชนหรือกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน มีส่วนร่วม ประเมินผล ในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น การประชุมกลุ่มย่อย การพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การประเมินโครงการ การประชุมทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา					



ตอนที่ 5 การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ชุดที่ 6 การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ได้แก่ การสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การร่วมกำหนดแผนงานและวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายการดำเนินงาน การบูรณาการการดำเนินงาน และการให้คำปรึกษาเสนอแนะ และประสานงาน การกำกับติดตาม และประเมินผลพัฒนางานยั่งยืน

การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ	ระดับการปฏิบัติงานของตนเอง ใน คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
6.1 การสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					
6.1.1 เมื่อท่านได้เข้ามาเป็นสมาชิกของ พชอ. ท่านได้ทำความรู้จักและรับรู้ความสามารถ สมาชิกท่านอื่น ๆ ทำให้เกิดความไว้วางใจในการทำงานร่วมกัน					
6.1.2 ท่านได้มีส่วนร่วม ในการกำหนดวิธีการทำงานร่วมกัน ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จึงรู้สึกสบายใจและไว้วางใจในการปฏิบัติงานร่วมกัน					
6.1.3 ท่านได้ใช้ความสามารถของตนเอง ผสมผสานกับความสามารถของสมาชิกท่านอื่น ในการทำงานเพื่อสุขภาพ และประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่					
6.1.4 ท่านให้เกียรติ และเคารพความสามารถในการทำงานของสมาชิกแต่ละคน ในการทำงาน ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					
6.1.5 ท่านปฏิบัติตน และให้ความสำคัญกับคุณค่าหรือค่านิยมของสมาชิกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น ภูมิปัญญา ศีลธรรม คุณธรรม ประเพณีวัฒนธรรม กฎหมาย ความเชื่อ ศาสนา					

การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ	ระดับการปฏิบัติงานของตนเอง ใน คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ				
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
6.2 การร่วมกำหนดแผนงาน และวัตถุประสงค์ตามเป้าหมาย การดำเนินงาน					
6.2.1 ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูล และกำหนดปัญหา สุขภาพของประชาชนในอำเภอ					
6.2.2 ท่านมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมาย และแผนการพัฒนา คุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่อย่างเหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริง ในอำเภอ					
6.2.3 ท่านมีส่วนร่วมตัดสินใจกำหนดประเด็นสำคัญ เพื่อแก้ไข ปัญหาสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ					
6.2.4 ท่านได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาที่พบระหว่างการดำเนิน โครงการเพื่อให้งานบรรลุผลตามแผน คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่กำหนดไว้					
6.3 การบูรณาการการดำเนินงาน และการให้คำปรึกษา เสนอแนะ					
6.3.1 ท่านมีส่วนร่วมในการสนับสนุน และส่งเสริมให้เกิดความ ร่วมมือระหว่าง ภาครัฐ เอกชน และประชาชนในการพัฒนา คุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ โดยยึดถือประโยชน์ของ ประชาชน เป็นสำคัญ					
6.3.2 ท่านได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ เกี่ยวกับการ ดำเนินงานตามแผนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอแก่หน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน ผู้ประกอบการในพื้นที่					
6.3.3 ท่านได้นำแผน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ มาบูรณาการ ปฏิบัติงานไปพร้อมกับแผนงานของ หน่วยงาน แต่ละคนอย่างเป็นหนึ่งเดียว					

การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ	ระดับการปฏิบัติงานของตนเอง ใน คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ				
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
6.3.4 ท่านได้ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการดำเนินงานตามแผน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแก่หน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนในอำเภอ					
6.3.5 ท่านได้นำ งบประมาณ บุคลากร วัสดุในหน่วยงานท่าน มา ใช้ดำเนินการร่วม ไปกับแผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานท่าน					
6.4 การประสานงาน					
6.4.1 ท่านมีส่วนร่วมในการประสานการทำงาน ของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					
6.4.2 ท่านได้ประสานงานกับสมาชิกในหน่วยงานท่าน และในภาค ส่วนท่านให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ตาม แผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					
6.4.3 ท่านได้ร่วมประสานขอข้อมูล และเอกสารที่เกี่ยวข้องในการ ทำงาน จากหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนใน พื้นที่ เพื่อนำมาวางแผนประเมินผล					
6.5 การกำกับติดตาม					
6.5.1 ท่านได้ดำเนินการติดตาม ผลการดำเนินงานของ คณะอนุกรรมการ/หน่วยงานตามแผน/โครงการของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น ในที่ประชุม รายงานผล และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการ พัฒนาต่อไป					
6.5.2 ท่านได้ดำเนินการกำกับการทำงาน ในระดับอำเภอให้ เป็นไปตามตามแผน/โครงการของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น สรุปลผลการดำเนินงาน ตามไตรมาส รายงานประจำปี					

การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ	ระดับการปฏิบัติงานของตนเอง ใน คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ				
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
6.6 ประเมินผลพัฒนางานยั่งยืน					
6.6.1 ท่านได้ร่วมประเมินผลการดำเนินการ เมื่อสิ้นสุดแผนงาน และโครงการ					
6.6.2 ท่านมีส่วนร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ ในการพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน มา อย่างต่อเนื่อง					

ความคิดเห็นอื่น ๆ

1. ท่านพบปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน ในฐานะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ อะไร อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

2. ท่านมีข้อเสนอแนะในการพัฒนา การดำเนินงานร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น อะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

นิยามศัพท์เฉพาะ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง คณะกรรมการนโยบายพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามระเบียบสำนัก
นายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561

ศักยภาพบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
อำเภอ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานรวมทั้ง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภาระงานในหน่วยงาน ทักษะด้านการจัดการ ความเป็นผู้นำ

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง ความหมายของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ บทบาท อำนาจ หน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คุณสมบัติของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ประสบการณ์ทำงานด้านบริหาร หมายถึง ประสบการณ์ทำงานที่ผ่านมาในด้านการวางแผนงาน การกำหนดเป้าหมาย การติดตาม และประเมินผลงานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ภาระงานในหน่วยงาน หมายถึง ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบภายในหน่วยงานหรือชุมชน ตลอดจนจนถึงการใช้เวลาการแก้ไขปัญหาการทำงาน

ทักษะด้านการจัดการ หมายถึง ทักษะความสามารถของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในด้าน ความคิดหรือปัญญาเพื่อแก้ไขปัญหาตลอดจนถึงการกำหนดแผนงาน การวางแผน ให้บรรลุตามเป้าหมาย

ความเป็นผู้นำ หมายถึง บุคคลที่สามารถบริหารจัดการโดยสร้างการมีส่วนร่วมในการทำงาน เช่น มนุษย์สัมพันธ์ การโน้มน้าวใจ คิตรีเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจ ความรอบรู้ในงาน ภาวะดีหรืออื่น สนใจในการปฏิบัติงาน

โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการแต่งตั้งมอบหมาย กำหนดหน้าที่ของสมาชิก หรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างชัดเจน

การมอบหมายงานภายในทีม หมายถึง การมอบหมายงานและกระจายงานภายในทีมตามขอบเขตอำนาจความเชี่ยวชาญของสมาชิก และรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบ

การให้คุณค่าสมาชิก หมายถึง การยอมรับและให้โอกาสแสดงความคิดเห็น ชื่นชมช่วยเหลือภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการรับข้อมูล ส่งข้อมูล และติดต่อสื่อสาร อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมถึงความสามารถในการติดต่อประสานงาน

การทำงานเป็นทีม หมายถึง การทำงานร่วมกันภายใต้บรรยากาศความเป็นมิตร ผูกพันของคณะกรรมการ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการร่วมจัดการ แก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การจัดระบบข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบ ระเบียบในการวางแผน และพัฒนาการทำงาน สามารถคืนข้อมูล เชิงประจักษ์ ที่มีความเชื่อมโยง ต่อเนื่อง สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ รวมถึงการส่งต่อข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านทรัพยากร หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรผ่านการบูรณาการ คน เงิน ของจากภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาชนตลอดจนภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกหน่วยงาน

การควบคุมกำกับจากภาครัฐ หมายถึง การติดตาม ตรวจสอบ กำกับ นำเสนอผลการดำเนินงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

การได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง การฝึกอบรม สัมมนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลจาก เอกสาร หนังสือ สื่อออนไลน์ ให้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การสร้างความพร้อมของชุมชนในการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมประเมินผล ร่วมรับผลประโยชน์

การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง การทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ประกอบด้วย การสร้างความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ การกำหนดแผนงาน และเป้าหมาย การขับเคลื่อนอย่างบูรณาการ การสนับสนุน และประสานงาน และการติดตามประเมินผลและพัฒนากำหนดแผนงาน

การสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง กระบวนการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้แก่ การทำความรู้จัก ความเชื่อใจ ไว้วางใจการให้เกียรติ เห็นคุณค่า หรือค่านิยมของตนเอง

การร่วมกำหนดแผนงานและวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายการดำเนินงาน หมายถึง กระบวนการที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมวิเคราะห์ปัญหา วัตถุประสงค์ กำหนดแผนงาน ในการแก้ไขปัญหาในชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ตามเป้าหมายร่วมกัน

การบูรณาการการดำเนินงาน และการให้คำปรึกษาเสนอแนะ หมายถึง กระบวนการที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบูรณาการทรัพยากรในการทำงานร่วมระหว่างภาครัฐ เอกชน ประชาชนภายในอำเภอเดียวกัน และให้คำปรึกษา เสนอแนะ ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

การกำกับติดตาม ประสาน และประเมินผลพัฒนางานยั่งยืน หมายถึง กระบวนการที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วม ติดตาม ประสานการทำงาน ตามแผนงาน/กิจกรรมและประเมินผลงานจากหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน

รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ หมายถึง กระบวนการทำงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอที่มีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง และบทบาทร่วมกันทำงาน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน และสามารถพัฒนา คุณภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน



ภาคผนวก ค เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

AF 08-09/5.0

COA No. 123/2022
IRB No. P2-0318/2564



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8721

หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

- ชื่อโครงการ** : รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ
- ผู้วิจัยหลัก** : นายกานต์ชัชชสิทธิ์ คงเสถียรพงษ์
- สังกัดหน่วยงาน** : คณะสาธารณสุขศาสตร์
- วิธีทบทวน** : การพิจารณาแบบเร่งรัด (Expedited Review)
- รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 กันยายน 2564
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 กันยายน 2564
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 กันยายน 2564
4. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มคณะกรรมการ)
เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565
5. AF 04-10 (สำหรับอาสาสมัครในโครงการ)
เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565
6. AF 05-10 (สำหรับอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี)
เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565
7. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565
8. Full Proposal Research เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565
9. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 กันยายน 2564
10. แบบสอบถาม (ระยะที่ 1) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565

ภาคผนวก ค เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์ (ต่อ)

11. แบบสอบถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก (ระยะที่ 2)
เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565
12. การอภิปรายกลุ่ม (ระยะที่ 3 ขั้นตอนที่ 1-3)
เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 26 มกราคม 2565
13. การสนทนากลุ่ม (ระยะที่ 3 ขั้นตอนที่ 5)
เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 26 มกราคม 2565
14. จปประมาณ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 กันยายน 2564

ลงนาม



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนาวลัย ดาดดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 11 มีนาคม 2565

วันหมดอายุ : 11 มีนาคม 2566

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขตั้งที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ค เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์ (ต่อ)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ไปยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้รับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	กานต์ชัยพิสิฐ คงเสถียรพงษ์
วัน เดือน ปี เกิด	20 มิถุนายน 2518
ที่อยู่ปัจจุบัน	209/27 หมู่ที่ 1 ซอย 5 ตำบลสันผักหวาน อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ 50230
ที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยหล่อ 98/1 หมู่ที่ 25 ตำบลดอยหล่อ อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ 50160
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยหล่อ อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่
ประสบการณ์การทำงาน	พ.ศ. 2567 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2563 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2560 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2556 ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ พ.ศ. 2555 ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2547 น.บ. (นิติศาสตร์) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช