

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

## ผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดปัตตานี

ชัยรัตน์ ลำโป พ.บ., ส.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)\*

อังคณา วังทอง พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)\*\*

อนุชิต วังทอง พ.บ.\*\*

\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

\*\*โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี

วันรับ:	12 ต.ค. 2564
วันแก้ไข:	23 ธ.ค. 2564
วันตอบรับ:	4 ม.ค. 2565

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดปัตตานี เป็นการวิจัยและพัฒนา รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตและเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มผ่านการถอดบทเรียนแบบมีส่วนร่วม ระยะเวลาศึกษา 8 ปี (2557-2564) ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะก่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดปัตตานี เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาและสำรวจสถานการณ์และระบบบริการสุขภาพ พบปัญหาใน 2 ประเด็นคือ (1) ด้านระบบบริการสุขภาพ และ (2) ด้านผลลัพธ์การดูแลสุขภาพ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานของการวิจัย ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดปัตตานี ตามแนวคิดบ้านเล็กในป่าใหญ่ ที่มีรูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้ (1) ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี และ (2) การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัย จังหวัดปัตตานี ได้องค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม และระยะที่ 3 ระยะหลังการพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดปัตตานี แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้ (1) ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัย จังหวัดปัตตานี พบว่า ทุกกลุ่มวัยมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นและมีความแตกต่างกัน ( $p < 0.05$ ) และ (2) ผลการศึกษาการรับรู้ของประชาชนต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก และระดับการรับรู้คุณภาพชีวิตรายด้าน อยู่ในระดับมากทุกด้าน ข้อเสนอแนะ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ควรบูรณาการการมีส่วนร่วมแบบองค์รวม จะช่วยให้ระบบบริการสุขภาพสามารถเกิดขึ้นจริงในชุมชนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

**คำสำคัญ:** การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ; คุณภาพชีวิต; การบูรณาการ

### บทนำ

จากนโยบายของรัฐบาลในการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม สร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐอย่างทั่วถึงและเท่า-

เทียม กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายการบริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือน จัดบริการเชิงรุกในสถานบริการระดับปฐมภูมิ โดยมีกลุ่มเป้าหมายสำคัญ คือ ดูแลส่งเสริมสุขภาพคนในครอบครัวและฟื้นฟูสุขภาพ

ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นการสร้างการมีสุขภาวะที่ดีให้กับประชาชน โดยให้ความสำคัญกับการให้บริการทางสุขภาพที่มีมาตรฐาน ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ตลอดจนสามารถดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้<sup>(1)</sup> อีกทั้งจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เกิดขึ้น ตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปจากครอบครัวขยายสู่ครอบครัวเดี่ยวและครัวเรือนประเภท “ครัวเรือนเดี่ยว” ที่เพิ่มมากขึ้น<sup>(2)</sup>

กลไกที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึง สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่สำคัญของพื้นที่ บนพื้นฐานของสถานการณ์ในแต่ละอำเภอที่มีความแตกต่างกัน<sup>(2)</sup> มีการกำหนดขอบเขตการบริการที่เรียกว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงทุกช่วงอายุ ทุกกลุ่มวัย มุ่งหวังให้ทุกภาคส่วนเกิดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันอย่างกลมกลืน<sup>(1)</sup> ยุกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ตามเป้าหมายของการพัฒนาประเทศ มุ่งเน้นการสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาความมั่นคง เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในรูปแบบประชารัฐ ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ โดยแต่ละยุทธศาสตร์มีเป้าหมายและประเด็นการพัฒนา กกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานบริการด้านสุขภาพแบบองค์รวม ด้วยการจัดและประเมินระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนถึงผลการขับเคลื่อนงานและผลการมีส่วนร่วมในการให้บริการการดูแลส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิต<sup>(1)</sup>

คุณภาพชีวิต เป็นข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ อารมณ์และประสบการณ์ทางสังคมของประชาชนที่ไม่สามารถประเมินได้ทางคลินิก ซึ่งผลจากการประเมินหากกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี แสดงถึงบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ย่อมให้การดูแลผู้ป่วยได้ดี<sup>(3)</sup> ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ขับเคลื่อนบูรณาการ ร่วมส่งเสริม สนับสนุนและประสานความร่วมมือ

มือจากทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เช่น ปัญหาสุขภาพกาย/สุขภาพจิต ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการศึกษา ปัญหาความปลอดภัย อย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรมและยั่งยืน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ร่วมกันดำเนินงานดูจตุคามิตรครอบครัวทุกมิติแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง อาทิ เช่น การสนับสนุนคน เงิน สิ่งของ อีกทั้งนำข้อมูลประเด็นสุขภาพที่เกิดจากเวทีประชาคมมาเติมเต็ม ในกิจกรรมพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อระดับคุณภาพชีวิตประชาชน พร้อมทั้งระดมความร่วมมือ ร่วมกันเสนอมุมมองและเติมเต็มในส่วนที่ขาดให้ครบถ้วน รวมทั้งร่วมดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อมุ่งให้เกิดระบบบริการสุขภาพ สู่การเสริมสร้างสุขภาพดี ส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้

สถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ที่มีความหลากหลายทางพหุวัฒนธรรม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต หลายชุมชนก้าวไปสู่ชุมชนเมือง ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.81 นับถือศาสนาอิสลาม มีอาชีพเกษตรกรรม<sup>(4)</sup> ชาวบ้านนิยมบริโภคข้าวยา โรตีมะตะปะ<sup>(5)</sup> ก่อให้เกิดโรคร้ายที่มีความรุนแรง หลากหลาย และมีแนวโน้มเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี<sup>(6)</sup> อีกทั้งที่ผ่านมการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นการปฏิบัติงานลักษณะคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ซึ่งเป็นการทำงานเฉพาะบุคลากรด้านสาธารณสุขเท่านั้น ส่งผลให้การแก้ปัญหาในพื้นที่ได้ด้านเดียวหรือไม่สามารถแก้ไขปัญหา เพราะปัญหาด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสาธารณสุขได้ ดังนั้น การสร้างระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืน ตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชน จึงจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการทุกภาคส่วนของประเทศ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)<sup>(5)</sup> เป็นความท้าทายของการบูรณาการด้านนโยบาย มาตรการทุกกรม ทุกกระทรวงในการร่วมทำมาตรการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และปัญหาความต้องการตามแนวคิด บ้านเล็ก

ในป่าใหญ่ พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ปฏิบัติงานสอดคล้องกับวิถีชุมชน ง่ายต่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม บนพื้นฐานของสถานการณ์ในอำเภอที่มีความแตกต่างกัน<sup>(1)</sup>

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดปัตตานี เพื่อบูรณาการระบบบริการสุขภาพ ขับเคลื่อนกระบวนการงานในพื้นที่ รวมไปถึงเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพระดับอำเภอ กำหนดนโยบายทางสาธารณสุขกระจายอำนาจและพลังในการดูแลสุขภาพสู่ชุมชน ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดปัตตานีอย่างต่อเนื่อง

### วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบผสม (mixed method research) โดยใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system: DHS)<sup>(2)</sup> รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดการรับรู้ของประชาชนและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม ผ่านการถอดบทเรียนแบบมีส่วนร่วม โดยมีวิธีการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะก่อนพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดปัตตานี เป็นการศึกษาเชิงปริมาณในการสำรวจ ประชุม ทบทวนข้อมูลสถานการณ์และระบบบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)<sup>(5)</sup> ครอบคลุมด้านต่างๆ คือ (1) ด้านระบบบริการสุขภาพ (2) ด้านการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย สุขภาพ (กาย/จิตดี) ความปลอดภัย การศึกษาและระดับสติปัญญาเด็ก และ เศรษฐกิจรายได้ กำหนดประเด็นและแนวคำถามเพื่อเป็นข้อมูลนำเข้า

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดปัตตานี แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน

1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (district health system: DHS)<sup>(7)</sup> ตามแนวคิดบ้านเล็กในป่าใหญ่ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยคณะ-

กรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีรูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในประชาชนอายุ 15-60 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย จำนวน 2,801 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย<sup>(8)</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านสุขภาพร่างกาย จำนวน 7 ข้อ (2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ (3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และ (4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับคือมากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อยและไม่เลย มีเกณฑ์ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบให้คะแนนกลับกัน

การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

- คะแนน 0.00 - 1.66 มีคุณภาพชีวิตไม่ดี
- คะแนน 1.67 - 3.33 มีคุณภาพชีวิตปานกลาง
- คะแนน 3.34 - 5.00 มีคุณภาพชีวิตดี

ตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นภายใน (reliability) = 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน

2. การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัยจังหวัดปัตตานี<sup>(9)</sup> เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 การพัฒนาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนา และช่วงที่ 2 ความเป็นไปได้ของการนำแบบวัดคุณภาพชีวิตไปใช้กับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 5 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวม 150 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในการใช้ภาษาและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นภายใน โดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัย จังหวัด

ปัตตานี ดังนี้

- 1) ปฐมวัย (ช่วงอายุ 0-5 ปี) ฉบับผู้ปกครอง = 0.96
- 2) วัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) ประกอบด้วยฉบับประเมินตนเอง = 0.88 ฉบับผู้ปกครอง = 0.80
- 3) วัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) = 0.97
- 4) วัยผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) = 0.91

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน

ระยะที่ 3 ระยะหลังการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดปัตตานี ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัย จังหวัดปัตตานี<sup>(9)</sup> เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัย จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนจังหวัดปัตตานี แบ่งตามกลุ่มวัย ได้แก่ ปฐมวัย (ช่วงอายุ 0-5 ปี) วัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) วัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) และวัยผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย ทั้งหมด 500 คน แยกเป็นกลุ่มวัยละ 100 คน ยกเว้นกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น (อายุ 6-14 ปี) ประเมินตนเอง 100 คน และประเมินผู้ปกครอง 100 คน โดยใช้สูตรของ Yamane T<sup>(10)</sup> ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 10% และระดับความเชื่อมั่น 95% วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) = 0.91 และค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัย จังหวัดปัตตานี ได้ค่าความเชื่อมั่นภายใน (reliability) = 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและ (2) แบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัย จังหวัดปัตตานี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ

ทางสังคมและ ด้านสิ่งแวดล้อม แยกตามกลุ่มวัย ดังนี้ (1) แบบวัดคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย (ช่วงอายุ 0-5 ปี) ฉบับผู้ปกครอง จำนวน 24 ข้อ (2) แบบวัดคุณภาพชีวิตวัยเรียนและวัยรุ่น (ช่วงอายุ 6-14 ปี) ประกอบด้วย ฉบับประเมินตนเอง จำนวน 30 ข้อ และฉบับผู้ปกครอง จำนวน 17 ข้อ (3) แบบวัดคุณภาพชีวิตวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) จำนวน 20 ข้อ และ (4) แบบวัดคุณภาพชีวิตวัยผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อยและไม่เลย มีเกณฑ์ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

- คะแนน 0.00-1.66 มีคุณภาพชีวิตไม่ดี
- คะแนน 1.67-3.33 มีคุณภาพชีวิตปานกลาง
- คะแนน 3.34-5.00 มีคุณภาพชีวิตดี

2. การศึกษาการรับรู้ของประชาชนต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต<sup>(11)</sup> เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อประเมินการรับรู้ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชาชนในจังหวัดปัตตานี จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจงที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการรับรู้โดยรวมและรายด้าน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดการรับรู้ของประชาชนต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดปัตตานีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ด้วยการประเมินทั้งหมด 4 ด้าน คือ (1) ด้านสุขภาพร่างกาย จำนวน 7 ข้อ (2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ (3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และ (4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อยและไม่เลย มีเกณฑ์ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

- คะแนน 0.00–1.66 ระดับการรับรู้ต่ำ
- คะแนน 1.67–3.33 ระดับการรับรู้ปานกลาง
- คะแนน 3.34–5.00 ระดับการรับรู้มาก

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เลขที่ RECPTN No.034

### ผลการศึกษา

ผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดปัตตานี ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดปัตตานี (ใช้ระยะเวลา 2 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2557–2558)

ในระยะก่อนการพัฒนา ผู้วิจัยเริ่มต้นจากการทำวิจัยเชิงสำรวจ ทบทวนข้อมูลเพื่อศึกษาสถานการณ์และระบบบริการสุขภาพ (district health system: DHS) ผลการศึกษาพบประเด็นต่างๆ ดังนี้

1) ด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า (1) ยังขาดการบูรณาการในการเชื่อมคน-เชื่อมงาน-เชื่อมพื้นที่โดยต่างคนต่างทำ (2) ไม่มีแนวทางการดูแลสุขภาพและรูปแบบการทำงานเป็นทีมที่ชัดเจนและ (3) บุคลากรผู้ให้บริการยังไม่เข้าใจแนวทางและรูปแบบการบูรณาการการดูแลสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

2) ด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า (1) คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.16, SD=0.35) (2) เมื่อแยกปัญหาแต่ละด้าน ประกอบด้วย

2.1 ด้านสุขภาพ (กาย/จิตดี) พบว่า ด้านโครงสร้างประชากรอำเภอหนองจิก ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.78 อยู่ในช่วงกลุ่มวัยทำงาน และพบประเด็นปัญหาสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญในพื้นที่ที่ต้องได้รับการดูแลแก้ไข

2.2 ด้านความปลอดภัย (ซีวีปลอดภัย) พบว่า เหตุการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ทวีความรุนแรงมากกว่า 14 ปีที่ผ่านมา โดยร้อยละ 33.33 อำเภอหนองจิกเกิดเหตุการณ์เป็นอันดับต้นๆ ของจังหวัด

ปัตตานีและเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบที่รุนแรงและต่อเนื่อง

2.3 ด้านการศึกษาและระดับสติปัญญาเด็ก พบว่า ปี 2557 เด็กไทยของจังหวัดปัตตานี มีระดับสติปัญญาเด็ก (intelligence quotient: IQ) เฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 81.06) ซึ่งอยู่อันดับสุดท้ายของประเทศไทย และผลการคัดกรองระดับสติปัญญาเด็ก พบว่า ร้อยละ 50.00 เด็กมีความเสี่ยงด้านบกพร่องทางสติปัญญาและปัญหาการเรียน

2.4 ด้านเศรษฐกิจรายได้ (เศรษฐกิจพอเพียง) พบว่า ปี 2557–2558 มีครัวเรือนยากจน มีรายได้ต่ำกว่า 30,000 บาทต่อปี จากข้อมูลสถานการณ์สามารถใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดปัตตานี (ใช้ระยะเวลา 4 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2559–2562)

ปีงบประมาณ 2559–2560 การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system: DHS) ตามแนวคิดบ้านเล็กในป่าใหญ่ พื้นที่พื้นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายให้คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน บูรณาการปัญหาเขา ปัญหาเรา ปัญหาร่วม เหมาะกับบริบทพื้นที่ที่มีรูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) มาพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ทำให้ทุกภาคส่วนในอำเภอเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ดังตัวอย่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับหมู่บ้าน (village health system – diet & physical activity clinic: VHS–DPAC) ชุมชนบ้านแฉง-แหวง หมู่ที่ 5 ตำบลตลุง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เพื่อขยายงาน ขยายภาคี ขยายเครือข่าย ร่วมสร้างสุขภาพจากจุดเล็กๆ จนเกิดคุณค่า ร่วมชื่นชมแบ่งปันความสุข จนเกิดพันธะสัญญาที่ทุกคนพร้อมใจกัน กำหนดนโยบายสาธารณะของชุมชน ทุกวันศุกร์งดบุหรี่ยาลดหวาน มัน เค็ม กินผัก เต็มสุข คนในชุมชนรู้ว่าต้องดูแลเพื่อสุขภาพที่ดี

ของตนเอง

ต่อมา ขยายกลุ่มเป้าหมายและพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพ เกิดนวัตกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี มาปรับใช้ในกลุ่มเด็กปฐมวัย ประเด็น smart kids (พัฒนาการ วัคซีน โภชนาการและสุขภาพฟัน) โดยใช้กระบวนการ district health system ในการขับเคลื่อนการทำงานให้ชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับรู้และตระหนักถึงปัญหา สามารถแก้ไขปัญหายั่งยืนต่อไป ตั้งตัวอย่างนวัตกรรมพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การติดตามพัฒนาการเด็กล่าช้าโดยป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี เกิดระบบบริการสุขภาพของชุมชน ทำให้ชุมชนร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรมดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปีงบประมาณ 2561 ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดปัตตานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean=3.50, SD=0.78) ส่วนระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตราย

ด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 1

ปีงบประมาณ 2562 การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัย โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัย จังหวัดปัตตานี ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะที่ 3 ระยะหลังการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี (ใช้ระยะเวลา 2 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2564)

ปีงบประมาณ 2563 ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัย จังหวัดปัตตานี โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อน-หลังพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มวัย โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัย จังหวัดปัตตานี พบว่า หลังพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีขึ้นทุกด้าน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกโดยรวมและรายด้าน (n=2,801)

องค์ประกอบ	Mean	SD	ระดับคุณภาพชีวิต	ลำดับ
ด้านสุขภาพร่างกาย	3.51	0.79	ดี	2
ด้านจิตใจ	3.69	0.85	ดี	1
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2.32	0.83	ปานกลาง	4
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.39	0.78	ดี	3
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>	<b>3.50</b>	<b>0.78</b>	<b>ดี</b>	

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในประชาชนจังหวัดปัตตานี ก่อนและหลังพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มวัย (n=100)

คุณภาพชีวิตตามกลุ่มวัย	Mean	SD	D	SDd	df	t*	p-value
เด็กปฐมวัย ช่วงอายุ 0-5 ปี (ฉบับผู้ปกครอง)							
ก่อน	96.68	13.361	7.900	0.886	99	8.917	0.000
หลัง	104.58	8.534					

**ผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดปัตตานี**

**ตารางที่ 2** คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในประชาชนจังหวัดปัตตานี ก่อนและหลังพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มวัย (n=100) (ต่อ)

คุณภาพชีวิตตามกลุ่มวัย	Mean	SD	D	SDd	df	t*	p-value
วัยเรียนและวัยรุ่น ช่วงอายุ 6-14 ปี (ฉบับประเมินตนเอง)							
ก่อน	135.68	12.336	5.835	0.854	99	2.331	0.000
หลัง	137.04	9.740					
วัยเรียนและวัยรุ่น ช่วงอายุ 6-14 ปี (ฉบับผู้ปกครอง)							
ก่อน	59.20	7.491	7.630	0.763	99	15.125	0.000
หลัง	70.74	3.106					
วัยทำงาน ช่วงอายุ 15-59 ปี							
ก่อน	56.56	23.150	15.600	2.054	99	7.595	0.000
หลัง	72.16	8.475					
วัยสูงอายุ ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป							
ก่อน	93.06	4.435	10.281	1.028	99	13.978	0.000
หลัง	107.43	9.469					

\*p=0.05

ปีงบประมาณ 2564 ผลการศึกษาการรับรู้ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.94, SD=0.81) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยพบว่าด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้มากที่สุด (Mean=4.04, SD=0.77) และด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่ำสุด (Mean=3.82, SD=0.93) ดังแสดงในตารางที่ 3

**วิจารณ์**

ผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดปัตตานีโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (district health system) ตามแนวคิดบ้านเล็กในป่าใหญ่ พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยเลือกจากปัญหา ความต้องการและสิ่งที่สามารถทำได้ก่อน จากการบูรณาการปัญหาเขา

**ตารางที่ 3** การรับรู้ของประชาชนต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

องค์ประกอบ	Mean	SD	ระดับการรับรู้
ด้านสุขภาพร่างกาย	3.96	0.82	มาก
ด้านจิตใจ	4.04	0.77	มาก
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.82	0.93	มาก
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.95	0.73	มาก
การรับรู้โดยรวม	3.94	0.81	มาก

ปัญหาเรา ปัญหาร่วม เหมาะกับบริบทพื้นที่ มีเป้าหมายที่เป็นหนึ่งเดียวกัน ใช้ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรในการแก้ไขปัญหา เกิดระบบบริการสุขภาพในการขับเคลื่อนเน้นการดำเนินงาน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดประเด็นหลัก จัดทำแผนการดำเนินงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานทุกภาคส่วน<sup>(12)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิและคณะ<sup>(13)</sup> ที่พบว่า แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอมีเป้าหมายที่เป็นหนึ่งเดียวกัน ใช้ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรร่วมกัน มีการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาทำให้ทุกภาคส่วนในอำเภอเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง มีการกระจายอำนาจและพลังการดูแลสุขภาพสู่ชุมชน ในการขับเคลื่อนการทำงานให้ชุมชน ไม่ว่าจะเป็นมิติการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันปัญหา การบำบัดรักษาและการฟื้นฟู ให้ได้รับบริการที่รวดเร็ว มีมาตรฐานตรงกับบริบทและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้และตระหนักถึงปัญหา ปฏิบัติงานสอดคล้องกับวิถีชุมชน ง่ายต่อการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม บนพื้นฐานของสถานการณ์ในอำเภอที่มีความแตกต่างกัน<sup>(1)</sup> จนเกิดนวัตกรรมระบบบริการสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษารองวราภรณ์ บุญเชียงและคณะ<sup>(14)</sup> ที่พบว่า การพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน ทำให้ชุมชนสามารถร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนที่ดีขึ้น<sup>(2)</sup> สอดคล้องการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอายุ 15-60 ปี โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดปัตตานี ของอังคณา วังทอง และคณะ<sup>(7)</sup> พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมประชาชนอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากการนำปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น คน เงิน ของและแหล่งประโยชน์แต่ละด้านขององค์ประกอบคุณภาพชีวิต ที่บุคคล ชุมชนมีอยู่ มามีส่วนร่วม โดยการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ ชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน จนสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข<sup>(15)</sup> แต่ก็ยังพบ

ว่าการเลือกแบบประเมินที่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตของประชาชนได้ทุกกลุ่มวัย และสามารถประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการดำเนินงาน เนื่องจากในการศึกษานี้<sup>(7)</sup> ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย<sup>(8)</sup> ที่ไม่สามารถวัดระดับคุณภาพชีวิตครอบคลุมกลุ่มประชาชนที่มีอายุน้อยกว่า 15 และมากกว่า 60 ปี ซึ่งอาจมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันไป

จากการทบทวนวรรณกรรมวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า จากการศึกษาคูณภาพชีวิตตามแนวเศรษฐกิจพอเพียงและคุณภาพชีวิตในการทำงานของประชาชน โครงการหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ ตำบลหินขาว อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ของสุจิตรา แก้วดู<sup>(16)</sup> ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ มีคุณภาพชีวิตตามแนวเศรษฐกิจพอเพียงแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุตา มีชำนาญและสมชาย ลักขณานุรักษ์<sup>(17)</sup> ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐมอยู่ในระดับดีและเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับดี ทุกด้าน เมื่อจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ประชาชนที่มีอายุที่แตกต่างกัน จะมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน สอดคล้องการศึกษาเรื่องการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัย จังหวัดปัตตานี ของอังคณา วังทอง และคณะ<sup>(9)</sup> ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มวัยมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นและมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องการศึกษาคูณภาพชีวิตแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยโรคจิตเภทของโกศล วราอัศวปติ และคณะ<sup>(3)</sup> ที่พบว่า คุณภาพชีวิตเป็นข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ อารมณ์และประสบการณ์ทางสังคมของประชาชนที่ไม่สามารถประเมินได้ทางคลินิก ซึ่งผลจากการประเมินหากกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี แสดงถึงบุคลากรที่มสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ย่อมให้การดูแลสุขภาพได้ดี ส่งผลให้ประชาชนรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า



กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องจากบุคคลมีการรับรู้ตระหนักและเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองให้ถูกต้อง ตลอดจนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ การจัดการความเครียด เป็นต้น ย่อมจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตที่สมบูรณ์แข็งแรง<sup>(12)</sup> ตั้งข้อค้นพบจากงานวิจัยเรื่องการรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดปัตตานี ของ อังคณา วังทองและคณะ<sup>(11)</sup> พบว่า ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เราอาจไม่รู้ตัว หากเราเรียนรู้ ถึงการเปลี่ยนแปลง สังเกตการเปลี่ยนแปลงและเรียนรู้ที่จะยอมรับกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลง เราก็จะมีความสุขและมีร่างกายที่แข็งแรง เกิดการปรับตัวและรับรู้ว่าคุณภาพที่ดีไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องดูแลเอง ทำให้บุคคลมองเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ส่งผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก อีกทั้งอาจเนื่องจากขอบเขตการบริการที่เรียกว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นการทำงานแบบบ้านเล็กในป่าใหญ่ พื้นที่พื้นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง เน้นให้ความสำคัญกับคุณค่าและศักยภาพของรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน เพื่อสุขภาวะทุกคนภายในอำเภอ มีเป้าหมายในการทำให้คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน (Thailand Caring and Sharing Society) กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการพัฒนา และมีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง<sup>(18)</sup>

### ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ควรเป็นการร่วมมือกันของทุกภาคส่วน ตั้งแต่เริ่มต้นในการรับรู้ คืบข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ การพิจารณาแนวทางเลือกในการดำเนินงานร่วมกันตลอดกระบวนการ ซึ่งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะทำให้การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

2. กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอและนำมาประยุกต์ใช้ตามบริบท โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรบูรณาการพัฒนามีส่วนร่วมแบบองค์รวม (กาย จิต สังคม จิต-วิญญาณ) จะช่วยให้ระบบบริการสุขภาพสามารถเกิดขึ้นจริงในชุมชนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวกในพื้นที่ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านในการทำวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2560. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์พับลิชชิง; 2560.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตระดับอำเภอ. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์พับลิชชิง; 2556.
3. โกศล วราฮ์ศวปติ, กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, เอกอุมา อัมคำ. การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560;62(3):233-46.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองจิก. สถิติข้อมูลทะเบียนราษฎรอำเภอหนองจิก ปีงบประมาณ 2561. ปัตตานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองจิก; 2561.
5. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองจิก. สรุปรายงานการประชุม ปีงบประมาณ 2561. ปัตตานี: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองจิก; 2561.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. คลังข้อมูล Health Data Center (HDC) จังหวัดปัตตานี ปีงบประมาณ 2557-2558. ปัตตานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี; 2558.
7. อังคณา วังทอง, นายแพทย์อนุชิต วังทอง, อาแว ลือโมะ, มัณฑนี แสงพุ่ม. คุณภาพชีวิตของประชากรในอำเภอ

- หนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2562;2(2):50-7.
8. กรมสุขภาพจิต. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
  9. อังคณา วังทอง, ชัยรัตน์ ลำโป, อนุชิต วังทอง. การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของแบบวัดคุณภาพชีวิตประชาชนตามกลุ่มวัย จังหวัดปัตตานี. เอกสารนำเสนอผลงานวิชาการทางวิชาการประชุมสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (service plan sharing) ครั้งที่ 7 ปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
  10. Yamane T. Statistics, an introductory analysis. 2nd Ed. New York: Harper and Row; 1967.
  11. อังคณา วังทอง, ชัยรัตน์ ลำโป, อนุชิต วังทอง. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์การรับรู้ของประชาชนต่อคุณภาพชีวิตประชาชน. ปัตตานี: โรงพยาบาลหนองจิก; 2564.
  12. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์พับลิชชิ่ง; 2558.
  13. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, วิมล แสงอุทัย, กมลชัย อมรเทพรักษ์, สมนึก หงส์ยิ้ม. แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560;24(2):78-89.
  14. วราภรณ์ บุญเชียง, วิลาวัลย์ เตื่อนราชภู่, ศิวพร อังวัฒนา. การถอดบทเรียนชุดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนนวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน: กรณีศึกษา ตำบลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วารสารพยาบาลสาร 2556;40(พิเศษ):138-44.
  15. คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพ. แนวทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ. นนทบุรี: มาตการพิมพ์; 2560.
  16. สุจิตรา แก้วดู. คุณภาพชีวิตตามแนวเศรษฐกิจพอเพียงและคุณภาพชีวิตในการทำงานของประชาชน โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ ตำบลหินฮาว อำเภอห่มเกล้า จังหวัดเพชรบูรณ์ [ภาคนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการทั่วไป]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม; 2550.
  17. ศรีสุดา มีชำนาญ, สมชาย ลักษณ์รักษ์. คุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย 2553;1(2):269-81.
  18. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.

**Abstract: Outcomes of Health Service System Development on Quality of Life of People in Pattani Province**

Chairat Lampo, M.D., M.P.H.\*; Angkana Wangthong, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)\*\*; Anuchit Wangthong, M.D.\*\*

\* Pattani Provincial, Public Health Office; \*\* NongChik Hospital, Pattani Province, Thailand

*Journal of Health Science 2022;31(3):471-81.*

The objective of this study was to assess the outcomes of health service system development on quality of life of people in Pattani Province. It was conducted using research and development approach with 8-year study period using quality of life measurement through participatory group discussions. Three phases of study were carried out. The phase 1 (pre-development phase) was to assess preliminary data on quality of life of people of which the 2 areas were analyzed: (1) health service system and (2) health care outcomes; and the baseline levels were obtained. Phase 2: the development phase of the health service system in accordance with the concept of a small house in a big forest and a participatory research model. It was divided into 2 steps as follows: (1) assessing people's quality of life which revealed that the study samples had a good overall quality of life, and (2) the development of the quality of life measurement tool according to the age group that covered 4 components, namely physical health, mental health, social relationship and environment. The phase (3): the post-development phase, which was divided into 2 steps: (1) the study of people's quality of life by age group. Based on the results, all age groups had better levels of overall quality of life which varied significantly among the different age groups ( $p < 0.05$ ), and (2) the study of people's perceptions on quality of life improvement which found that the people's perceptions was at a high level both the overall perception and the 4 study components. It was recommended that the health service system should be integrated with holistic participation in order to become more effective, particularly at the community level.

**Keywords: development of health service system; quality of life; integration**