กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565 : 59-68
Department of health Service Support Journal Vol.18 No.1 January - April 2022 : 59-68

Received : 2 December 2021 Revised : 25 December 2021 Accepted : 3 February 2022

การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน

Evaluation of District Life Quality Development Model Connected with Development of the Life Quality Management Sub-district, Nan province.

ถนัด ใบยา ยุพิน แตงอ่อน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
Thanat Baiya, Yupin Tang-on
Nan Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และประเมินผลการพัฒนา รวมทั้งปัจจัยเงื่อนไขแห่งความสำเร็จ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มผู้มีส่วนร่วมการวิจัย ประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบล เลือกแบบเจาะจงจำนวน 153 คน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2562 – กันยายน 2564 การดำเนินงานประกอบด้วย 1) ทบทวนข้อมูลสถานการณ์ ถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบและกำหนดรูปแบบ 2) นำรูปแบบไปดำเนินการในพื้นที่ 3) ติดตามและประเมินผล 4) คืนข้อมูลการสะท้อนกลับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้จำนวน และร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีคณะกรรมการระดับอำเภอเป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนหลักในการกำหนดประเด็นการพัฒนา แผนการพัฒนา การบูรณาการทรัพยากร และกำกับติดตามประเมินผล ใช้ข้อมูลเป็นฐาน โดยมีหมู่บ้านและตำบลเป็นพื้นที่ปฏิบัติการตามแผนงาน ประเด็น พชอ. ที่คัดเลือกดำเนินการมากที่สุด คือ การจัดการขยะ (ร้อยละ 60) รองลงมา ได้แก่ การลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูบบุหรี่ (ร้อยละ 46.6) อาหารปลอดภัย (ร้อยละ 46.6) และผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40.0) ตามลำดับ และได้เพิ่มประเด็นการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นประเด็นหลักที่ดำเนินการในทุกอำเภอ ด้านผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.0-4.0 ในปี 2563 เพิ่มเป็น 3.0-4.8 ในปี 2564 โดยอำเภอที่มีผลการประเมินสูงสุดได้แก่ อำเภอปัว (4.8) อำเภอทุ่งช้าง (4.8) และอำเภอเมืองน่าน (3.8) ด้านผลการประเมินตำบลจัดการคุณภาพชีวิตพบว่าผ่านเกณฑ์เพิ่มจาก 80 ตำบล (ร้อยละ 80.8) ในปี 2563 เพิ่มเป็น 88 ตำบล (ร้อยละ 88.9) ในปี 2564 สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ การใช้ข้อมูล มีทีมนำและคนทำงานที่หลากหลาย คณะกรรมการมีสัมพันธภาพและความเข้าใจที่ดี มีการกำหนดประเด็นอย่างมีส่วนร่วม มีการขับเคลื่อนประเด็นของพื้นที่จนเกิดผลเป็นรูปธรรม เน้นปฏิบัติการระดับตำบลหรือหมู่บ้าน การเสริมพลังการทำงาน และมีการติดตามผลลัพธ์ต่อเนื่อง

ดังนั้นจึงควรมุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมในระดับตำบลหรือหมู่บ้านเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วม

Abstract

The objectives of this study were to evaluation of district life quality development model connected with development of the life quality management sub-district, evaluate the development results and success factors. The study used a participatory action research. The research participants group consisted of participants in district and sub-district development amount 153 persons. The study was in October 2019 - September 2021. There were 4 steps : 1) review the situation and developing model 2) implementation 3) monitoring and evaluation 4) reflection. Qualitative data used content analysis and quantitative data used amount and percentage.

The results of the study found that the model for quality of life development at the district level had a district committee as the main driving committee, define development issues, development plans, integration of resources, supervise, follow up and evaluate, use the data as a baseline. Villages and sub-districts were the operational areas for development. The most active issues were : waste management (60 %), followed by reduction of alcohol consumption and smoking (46.6 %), food safety (46.6 %), and the elderly (40.0 %). All district had add the issue of coronavirus disease 2019 as the main issue implemented. The results of the assessment based on the UCCARE composition found that the average score was 3.0-4.8. The most score district were Pua district (4.8), Thung Chang district (4.8), and Mueang Nan district (3.8). The assessment of quality of life management in sub-districts found that pass the criteria 88 sub-districts (88.9 %). The key success factors were information utilization, diverse leadership teams, good relations, participatory issue setting, driving the issues of the area into concrete results, focusing on the sub-district or village level operations, empowering, monitoring and evaluating results.

Therefore, the focus should be on building participation at the sub-district or village level in order to continuously develop the quality of life until the sustainability is achieved.

Keywords : quality of life, district, participation

บทนำ

วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของประชากรไทย ทำให้อายุยืนยาวขึ้น การเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อลดลง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น สาเหตุจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถป้องกันได้ แต่ภารกิจเช่นนี้ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานสาธารณสุขเท่านั้น เนื่องจากปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีอิทธิพลกับสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ประกอบด้วยทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ รวมไปถึงนโยบาย การดำเนินตามนโยบายและการเข้าถึงบริการสุขภาพ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2559) องค์การอนามัยโลก World Health Organization, 2015) ได้มีประกาศปฏิญญาแอสตานา (Declaration of Astana) ใน พ.ศ. 2561 ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (Multisectoral policy and action) การส่งเสริมบทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุข (Public health function) และการเสริมพลังประชาชนและชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง (Empowered people and community) โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง

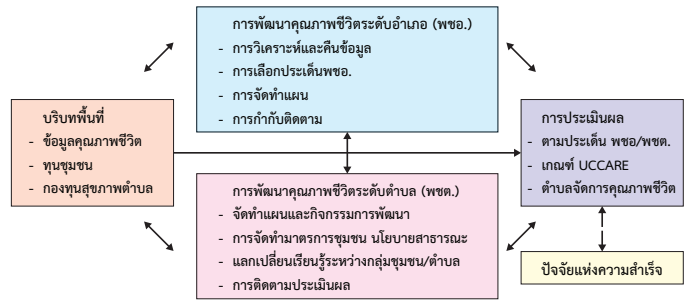
ที่ผ่านมาได้เกิดความพยายามพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นการมีส่วนร่วมที่แท้จริง 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การทำงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ 2) การแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน 3) การจัดบริการปฐมภูมิที่จำเป็นในกลุ่มเป้าหมายหลักให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ 4) คุณค่าและการเชิดชูในเครือข่าย 5) การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้บริบทเป็นฐาน ซึ่งต่อมากระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศเป็นนโยบายในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับอำเภอขึ้น (วราวุธ สุรพฤกษ์, 2556) เนื่องจากเห็นว่าเป็นการสร้างความเป็นธรรม คุณภาพ และประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ ถือเป็นการกระจายอำนาจให้เกิดการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (David McCoy and Beth Engelbrecht, 2016)

การดำเนินงานที่ผ่านมายังจำกัดอยู่ในด้านสาธารณสุขเป็นหลัก ขาดการมีส่วนร่วมที่แท้จริง จึงได้มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 โดยกำหนดให้ทุกอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขึ้น (ราชกิจจานุเบกษา, 2561) ซึ่งการดำเนินงานพชอ.ให้บรรลุเป้าหมายจำเป็นต้องมีกระบวนการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยมีกลไกการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เป็นกระบวนการที่สำคัญ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) ตามแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม (People participation) จังหวัดน่านได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมาต่อเนื่องแต่ยังขาดรูปธรรมและการเชื่อมโยงกับระดับตำบลซึ่งเป็นจุดปฏิบัติการที่สำคัญจึงทำให้ขาดความต่อเนื่องและผลลัพธ์ที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เพื่อให้มีการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ความเข้มแข็ง และยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยเงื่อนไขแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา ประยุกต์จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทจังหวัดน่าน
2. ทราบปัจจัยเงื่อนไขแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เพื่อนำไปประยุกต์ใช้และขยายผลไปพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา (Research Participants) ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้รับผิดชอบงานและแกนนำหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอละ 5 คน 15 อำเภอ รวม 75 คน

2. กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่ศึกษาเชิงลึก ตามคำสั่งแต่งตั้งของแต่ละอำเภอเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 3 อำเภอ ๆ ละ 6 คน รวม 18 คน

3. กลุ่มแกนนำ (Key Actors) ผู้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (พชต.) ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตำบลละ 20 คน 3 ตำบล รวม 60 คน

พื้นที่ทำการวิจัย เลือกพื้นที่ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. การศึกษาและพัฒนาการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 15 อำเภอ ในจังหวัดน่าน โดยศึกษาในประเด็นบริบทพื้นที่ เป้าหมาย พชอ. ประเด็น พชอ. แผนการพัฒนา การขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติ การกำกับติดตาม และการประเมินผล

2. พื้นที่ศึกษาเชิงลึกในพื้นที่ต้นแบบ ได้แก่

พื้นที่ พชอ. ต้นแบบ จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่

1) อำเภอปัว เป็นพื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHB) ดำเนินการอาหารปลอดภัย ผู้สูงอายุ เด็กปฐมวัย อุบัติเหตุทางถนน

2) อำเภอเชียงกลาง เป็นพื้นที่ดำเนินการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล อาหารปลอดภัย การออกกำลังกาย และการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

3) อำเภอเมืองน่าน เป็นพื้นที่ดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน การจัดการขยะ อาหารปลอดภัย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พื้นที่ พชต.ต้นแบบ จำนวน 3 ตำบล ได้แก่

1) ตำบลเจดีย์ชัย อำเภอปัว เป็นพื้นที่มีการดำเนินการเชื่อมต่อกับ พชอ. มีความโดดเด่นด้านการดำเนินงานตำบลสุขภาวะ อุบัติเหตุจราจร การดูแลผู้สูงอายุ และอาหารปลอดภัย

2) ตำบลเปือ อำเภอเชียงกลาง เป็นพื้นที่มีการดำเนินการเชื่อมต่อกับ พชอ. ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล มีความโดดเด่นด้านอาหารปลอดภัย การลดสารเคมีการเกษตร และการออกกำลังกาย

3) ตำบลสะเนียน อำเภอเมืองน่าน เป็นพื้นที่มีการดำเนินการเชื่อมต่อกับ พชอ. มีความโดดเด่นในประเด็น อาหารปลอดภัย การดูแลผู้สูงอายุ และการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

1. ทบทวนสถานการณ์สภาพปัญหาศึกษา จากเอกสารการดำเนินงาน พชอ. และตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่ผ่านมาเพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบการพัฒนา (ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2562)

2. จัดเวทีถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบ พชอ. 3 อำเภอ และ พชต. 3 ตำบล และสัมภาษณ์เชิงลึกแกนนำ (ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2562)

3. สรุปสังเคราะห์ข้อมูลนำมากำหนดเป็นรูปแบบการพัฒนา พชอ.ที่เชื่อมโยงกับ พชต. และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงให้ความเหมาะสม (ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2562)

4. จัดประชุมผู้รับผิดชอบงาน พชอ. เพื่อทำความเข้าใจในรูปแบบการพัฒนา พชอ. ที่เชื่อมโยงกับพชต. และเครื่องมือการประเมินผล (ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2562)

5. ประชุมเชิงปฏิบัติการระดับอำเภอเพื่อทบทวนเป้าหมาย ประเด็น พชอ. และประเมินผลที่ผ่านมา และร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี (ดำเนินการในเดือนมกราคม 2563)

6. ระดับอำเภอนำแผนปฏิบัติการ พชอ. ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ระดับตำบล หมู่บ้าน โดยใช้กลไกคณะกรรมการ พชต. (ดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์-กันยายน 2563)

7. ทบทวน ปรับปรุง กระบวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดการพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการสังเกตและบันทึกกระบวนการทุกครั้ง (ดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ 2563-มิถุนายน 2564)

8. จัดการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แบบประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE, การประเมินตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และการประเมินผลลัพธ์ประเด็น พชอ. (ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม 2564)

9. นำเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์สังเคราะห์ระหว่างดำเนินการย้อนกลับ (Reflecting) ให้กับพื้นที่ทุกครั้งที่มีการดำเนินการตลอดโครงการ

10. จัดเวทีสรุปบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้พัฒนา พชอ. พชต. ในระดับจังหวัด เพื่อคืนข้อมูลผลการพัฒนาและให้ภาคีเครือข่ายให้ข้อเสนอแนะ ผ่านระบบออนไลน์ (ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2564)

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. บันทึกสรุปการจัดประชุม พชอ. การจัดเวทีประชาคม เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีถอดบทเรียน

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth interview) กลุ่มคณะกรรมการ พชอ. พชต. แกนนำชุมชน

3. แบบสนทนากลุ่ม (Focus group) กลุ่มแกนนำชุมชน ประชาชนทั่วไป

4. แบบประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง UCCARE กระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ประกอบด้วย 1) การทำงานเป็นทีม (Unity Team) 2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus) 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community participation) 4) การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) 5) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) 6) การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care) โดยมีการประเมินให้คะแนนในระดับ 1-5 ตามเกณฑ์การประเมิน

5. แบบประเมินตำบลจัดการสุขภาพคุณภาพชีวิตของกองสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของตำบล ส่วนที่ 2 การประเมินกระบวนการแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ (TPAR) 1) Team มีทีมที่มีศักยภาพ จำนวน 4 ข้อ 2) Plan มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 4 ข้อ 3) Action มีกิจกรรมหรือให้บริการพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 4 ข้อ 4) Results มีผลลัพธ์การพัฒนา จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อหาข้อสรุป (Content analysis) โดยกระทำไปพร้อมๆกับการเก็บข้อมูลและการปฏิบัติการตลอดระยะเวลาในภาคสนาม นำมาจำแนกข้อมูลแบ่งเป็นกลุ่มประเด็นข้อมูล (Thematic analysis) และจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) พรรณนารายละเอียดข้อมูล ตีกรอบความหาความหมาย (Interpretation) ด้วยส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ระยะเวลาที่ทำการวิจัย 2 ปี (ตุลาคม 2562 – กันยายน 2564)

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครการวิจัย ผู้ศึกษาได้รับอนุมัติการรับรองจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ตามเอกสารรับรองเลขที่ 047/2562 ลงวันที่ 25 กันยายน 2562

ผลการศึกษา

1. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต รายละเอียดตามตารางที่ 1

ทั้งนี้รูปแบบนี้เป็นต่อยอดจากทุนทางสังคมที่มีโดยนำเอากลไกและระเบียบ พชอ. มาหนุนเสริมให้กลไกที่มีอยู่เดิมมีการยกระดับการพัฒนาที่ต่อเนื่อง มีการหนุนเสริมการทำงาน และบูรณาการทรัพยากรในการทำงานร่วมกัน

2. ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

2.1 ประเด็นการดำเนินงานของ พชอ. ปี 2564 ของอำเภอ (15 อำเภอ)

จากแผนภาพที่ 2 จะเห็นได้ว่า พชอ. ทั้ง 15 อำเภอส่วนใหญ่จะเลือกประเด็นการจัดการขยะมากที่สุด จำนวน 9 อำเภอ (ร้อยละ 60.0) รองลงมา ได้แก่ การลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูบบุหรี่ (ร้อยละ 46.6) อาหารปลอดภัย (ร้อยละ 46.6) จำนวน 7 อำเภอ, และผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40.0) จำนวน 6 อำเภอ ตามลำดับ อย่างไรก็ตามในปี 2563-2564 จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) ทำให้ พชอ. ทุกอำเภอได้เพิ่มประเด็นโรคโควิด19 เป็นประเด็นหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินการ พชอ. ทั้งด้านการรณรงค์ป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ รวมไปถึงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ด้วย

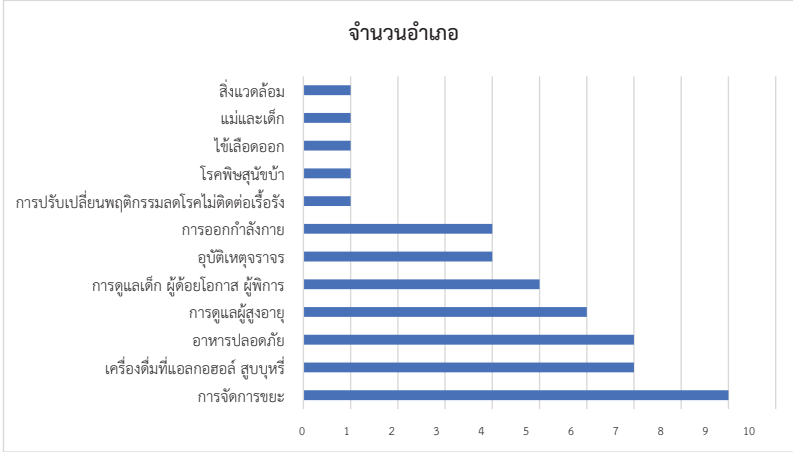
2.2 ผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE ปี 2563-2564

ตารางที่ 1 แสดงรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

ประเด็น	รูปแบบการพัฒนา
คณะกรรมการ	เป็นการแต่งตั้งคณะกรรมการตามระเบียบแต่มีการคัดเลือกตัวแทน อปท. ผู้นำชุมชน ที่มีภาวะผู้นำและเป็นศรัทธาของชุมชน พร้อมที่จะขับเคลื่อนดำเนินการ
ระบบข้อมูล	ใช้ทุนชุมชนที่มีอยู่และข้อมูลคุณภาพชีวิตที่สำคัญ ซึ่งข้อมูลนี้ได้มาจากหลากหลายแหล่ง เช่น ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) สาธารณสุข สวัสดิการแห่งรัฐ กลุ่มเปราะบาง ยาเสพติด เกษตร เศรษฐกิจ การศึกษา และอื่นๆ ที่จะช่วยตอบประเด็นปัญหาของชุมชนท้องถิ่น โดยมีกลไกทีมข้อมูลที่รวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์นำเสนอให้คณะกรรมการ
การเลือกประเด็นพัฒนา	ระดับอำเภอ คัดเลือกมาจากข้อมูล ปัญหา และความต้องการของชุมชน ที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการคัดเลือก พร้อมกำหนดเป้าหมายการพัฒนา ระดับตำบล ใช้ประเด็น พชอ.ที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของพื้นที่ และเพิ่มเติมประเด็นปัญหาความต้องการของพื้นที่
กลไกการขับเคลื่อน	ระดับอำเภอ ใช้คณะกรรมการพชอ.เป็นผู้กำหนดทิศทาง แผน บูรณาการทรัพยากร สนับสนุน และติดตามประเมินผล ระดับตำบล ใช้กลไก พชต. ขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติการในระดับหมู่บ้านและตำบล
การปฏิบัติการ	ดำเนินการกิจกรรมตามแผน สร้างบุคคลต้นแบบ ครัวเรือนต้นแบบให้เกิดขึ้นในระดับตำบลและหมู่บ้าน รวมทั้งการสร้างมาตรการชุมชน ธรรมนูญตำบล โดยใช้ทรัพยากรในพื้นที่
ติดตามประเมินเสริมพลัง	โดยทีมร่วมกันทบทวนกระบวนการ ผลลัพธ์ สรุปบทเรียนการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ทั้งระดับตำบลและภาพรวมของอำเภอ
การประเมินผล	ประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านความเข้มแข็งของชุมชนและระบบการจัดการ ผลลัพธ์ตามประเด็นปัญหาที่ดำเนินการและวิธีปฏิบัติที่ดีนวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE ปี 2563-2564 แยกรายอำเภอ

อำเภอ	ค่าเฉลี่ยคะแนน UCCARE		
	ปี 2563	ปี 2564	เปรียบเทียบ ปี 2563 กับ ปี 2564
เมืองน่าน	3.5	3.8	+0.3
แม่จริม	3.3	3.5	+0.2
บ้านหลวง	3.5	4.0	+0.5
นาน้อย	3.5	3.7	+0.2
ปัว	4.0	4.8	+0.8
ท่าวังผา	3.5	3.7	+0.2
เวียงสา	3.3	3.3	+0.0
ทุ่งช้าง	4.0	4.8	+0.8
เชียงกลาง	3.6	3.7	+0.1
นาหมื่น	3.5	3.7	+0.2
สันติสุข	3.3	3.5	+0.2
บ่อเกลือ	3.0	3.0	+0.0
สองแคว	3.0	3.0	+0.0
ภูเพียง	3.1	3.2	+0.1
เฉลิมพระเกียรติ	3.3	3.5	+0.2



ภาพที่ 2 แสดงประเด็นการดำเนินงานของ พชอ. ปี 2564 แยกตามรายประเด็น

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE ปี 2563 ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.0-4.0 โดยอำเภอที่มีผลการประเมินสูงสุด ได้แก่ อำเภอปัว (4.0) อำเภอทุ่งช้าง (4.0) และอำเภอเชียงกลาง (3.6) ส่วนในปี 2564 ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.0-4.8 โดยอำเภอที่มีผลการประเมินสูงสุดได้แก่ อำเภอปัว (4.8) อำเภอทุ่งช้าง (4.8) และอำเภอเมืองน่าน (3.8) ทั้งนี้พบว่าทุกอำเภอมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในปี 2564 ยกเว้นอำเภอเวียงสา สองแคว และบ่อเกลือ ที่มีค่าเฉลี่ยเท่าเดิม

2.3 ผลการประเมินตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

จากตารางที่ 3 ผลการประเมินตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในภาพรวม พบว่า มีตำบลที่ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากปี 2563 อีก 8 ตำบล โดยปี 2564 ผ่านเกณฑ์จำนวน 88 ตำบล (ร้อยละ 88.9) ซึ่งส่วนใหญ่ทุกอำเภอจะผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ทั้งนี้จากการติดตามเชิงคุณภาพและผลลัพธ์ตามประเด็นการขับเคลื่อนของ พชอ. และ พชต. พบว่าส่วนใหญ่ยังเป็นผลลัพธ์เชิงกระบวนการว่าได้ดำเนินการแผนงานกิจกรรมและเกิดผลลัพธ์ตามแผน แต่ยังขาดการประเมินผลลัพธ์ในประเด็นปัญหาที่ พชอ. และ พชต. ได้เลือกดำเนินการว่าปัญหานั้นได้รับการแก้ไขให้ลดลงหรือไม่อย่างไร หรือคุณภาพชีวิตของประชาชนในด้านนั้นดีขึ้นหรือไม่อย่างไร ซึ่งจำเป็นต้องมีการติดตามประเมินผลลัพธ์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อไป

3. ปัจจัยเงื่อนไขแห่งความสำเร็จที่สำคัญได้แก่

3.1 การใช้ข้อมูล เป็นข้อมูลที่แสดงถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหา และข้อมูลเชิงคุณภาพที่แสดงให้เห็นคุณภาพชีวิตของประชาชน ไม่ใช่ข้อมูลเพียงด้านสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้นทีมจัดการข้อมูลของคณะกรรมการ พชอ./พชต. จึงมีความสำคัญในการรวบรวมสังเคราะห์และคืนให้ที่ประชุมและชุมชน

3.2 ผู้นำเห็นความสำคัญ มุ่งมั่น ทุ่มเท โดยเฉพาะนายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ และแกนนำ พชต. ที่ต้องประสานทุกภาคส่วนให้สามารถทำงานร่วมกันได้ มีสัมพันธภาพและความเข้าใจที่ดี มีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนดประเด็นกำหนดวางแผน บูรณาการประสานความร่วมมือ ลงมือทำ ไปจนถึงประเมินผล

3.3 มีการกำหนดประเด็นอย่างมีส่วนร่วมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่อย่างแท้จริง ไม่เลือกประเด็นที่ตอบตัวชี้วัดขององค์กรเท่านั้น แต่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่และมีจำนวนประเด็นไม่มากเกินไป

3.4 เน้นขับเคลื่อนประเด็นของพื้นที่จนเกิดผลลัพธ์มากกว่าการจัดประชุมให้ครบตามระเบียบ มีทีมนำที่หลากหลายทำงานต่อเนื่อง ช่วยกันเชื่อมประสานบูรณาการทุนภายในและทุนภายนอก

3.5 มีการดำเนินการตามประเด็น พชอ. ในระดับหมู่บ้านและตำบล เพื่อให้เกิดการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมและเห็นผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

3.7 มีการติดตามประเมินผลลัพธ์ชัดเจน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำมาปรับปรุงพัฒนาต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ปี 2564 แยกรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวนตำบลทั้งหมด	ตำบลที่ผ่านเกณฑ์ปี 2563		ตำบลที่ผ่านเกณฑ์ ปี 2564	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เมือง	11	8	72.7	9	81.8
2. แม่จริม	5	4	80.0	4	80.0
3. บ้านหลวง	4	3	75.0	4	100.0
4. นาน้อย	7	7	100.0	7	100.0
5. ปัว	12	9	75.0	11	91.7
6. ท่าวังผา	10	10	100.0	8	80.0
7. เวียงสา	17	12	70.6	14	82.4
8. ทุ่งช้าง	4	4	100.0	4	100.0
9. เชียงกลาง	6	4	66.7	5	83.3
10. นาหมื่น	4	4	100.0	4	100.0
11. สันติสุข	3	2	66.7	3	100.0
12. บ่อเกลือ	3	2	50.0	3	75.0
13. สองแคว	3	3	100.0	3	100.0
14. ภูเพียง	7	7	100.0	7	100.0
15. เฉลิมพระเกียรติ	2	1	50.0	2	100.0
รวม	99	80	80.8	88	88.9

อภิปรายผล

1. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจะมีคณะกรรมการระดับอำเภอเป็นผู้กำหนดประเด็นการพัฒนา แผนการพัฒนา การบูรณาการทรัพยากร และกำกับติดตามประเมินผล โดยมีหมู่บ้านและตำบลเป็นพื้นที่ปฏิบัติการโดยใช้กลไก พชต. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี (ศิวาภรณ์ เงินราง, 2562) ที่มีรูปแบบประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนาคณะกรรมการและเครือข่าย การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สรุปถอดบทเรียน ประชาสัมพันธ์ โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการจากพื้นที่สู่คณะกรรมการ พชอ./พชข. (Bottom-up process) เป็นการกำหนดบนพื้นฐานของการมีข้อมูลที่ได้มาจากการมีปฏิสัมพันธ์ การดำเนินกิจกรรมทั้งระดับรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน ตำบล/อำเภอ รวมถึงการให้ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ หน่วยงานของเอกชนในอำเภอ จัดส่งข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องหรือเป็นประโยชน์ ตามความจำเป็นต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิต ตามพลวัตรในภาพรวมของอำเภอ ควบคู่ไปกับการพิจารณาทิศทางและเป้าหมายที่กำหนดมาจากส่วนกลาง เขต จังหวัด เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินการตามความจำเป็นของอำเภอ ทั้งนี้รวมถึงการพิจารณาตัวชี้วัด เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวัด และกระบวนการวัดที่มีพัฒนาการมาจากภายนอก ในการนำมาพัฒนาและนำมาใช้ให้มีความเหมาะสมกับพัฒนาการและสถานการณ์ภายในอำเภอ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2560)

2. ผลการพัฒนาพบว่าประเด็นที่อำเภอเลือกส่วนใหญ่มากที่สุดคือการจัดการขยะจำนวน 9 อำเภอ (ร้อยละ 60) รองลงมา ได้แก่ การลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูบบุหรี่ จำนวน 7 อำเภอ (ร้อยละ 46.6), อาหารปลอดภัยจำนวน 7 อำเภอ (ร้อยละ 46.6), และผู้สูงอายุจำนวน 6 อำเภอ (ร้อยละ 40.0) ตามลำดับ ด้านผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE ปี 2563 พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.0-4.8 โดยอำเภอที่มีผลการประเมินสูงสุด ได้แก่ อำเภอปัว (4.8) อำเภอทุ่งช้าง (4.8) และอำเภอเมืองน่าน (3.8) ด้านผลการประเมินตำบลจัดการคุณภาพชีวิตพบว่าผ่านเกณฑ์จำนวน 88 ตำบล (ร้อยละ 88.9) เช่นเดียวกับการศึกษาผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอตามองค์ประกอบ UCCARE (กิตติ กรรภิรมย์, เกวลิน ชื่นเจริญสุข, และจุฑาทิพย์ พิทักษ์, 2560) ประเด็น พชอ. ที่เลือกพบว่ามีความแตกต่างจากการศึกษาระบบสุขภาพอำเภอ ที่พบว่าเน้นการส่งเสริมกิจกรรมการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากเป็นการ

ดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอส่วนใหญ่ยังเป็นการดำเนินงานในภาคส่วนสาธารณสุขเป็นหลักจึงมองมิติด้านโรคเป็นส่วนใหญ่ ส่วนผลการดำเนินงานพบว่าโดยภาพรวมของประเทศไทย การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพที่เพิ่มขึ้นทุกปีจาก พ.ศ. 2556, 2557, 2558, 2559 และ 2560 คิดเป็น ร้อยละ 30.5, 50.0, 94.7, 100.0 และ 100.0 ตามลำดับ ส่วนการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์การขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิผ่านการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นทุกปี โดยผ่านเกณฑ์ ระดับ 3 ขึ้นไปจนครบทุกพื้นที่ จำนวน 878 แห่ง ในปี 2560 คิดเป็น ร้อยละ 100.0 ตลอดจนมีผลลัพธ์ตามประเด็นการขับเคลื่อนการพัฒนางานสาธารณสุข (ODOP) ได้แก่ การส่งเสริมกิจกรรมการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่ต้องการพึ่งพา การบูรณาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การควบคุมโรคในท้องถิ่น และการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 26.6, 15.1, 13.5, 10.2 และ 1.2 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าเมื่อยกระดับจากการพัฒนาระบบสุขภาพมาเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้การขับเคลื่อนประเด็นมีความหลากหลายมากขึ้น มุ่งเน้นไปที่ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health determinant) สร้างมิติการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของของชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ข้อมูล ผู้นำ สัมพันธภาพและความเข้าใจของกรรมการที่ดี มีการกำหนดประเด็นอย่างมีส่วนร่วม มีการขับเคลื่อนประเด็นของพื้นที่จนเกิดผลเป็นรูปธรรม เน้นปฏิบัติการระดับตำบลหรือหมู่บ้าน มีทีมนำและคนทำงานที่หลากหลาย เสริมพลังการทำงานและมีการติดตามประเมินผลลัพธ์ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอำเภอเถิน จังหวัดลำปาง (กอบกุล สาวงศ์ตุ้ยและคณะ, 2562) ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน คือ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนในการทำงานค้นหาปัญหาของพื้นที่อย่างเป็นระบบ 2) การยอมรับและร่วมแก้ไขปัญหาของคณะทำงานโดยผ่านวาระ พชอ. ที่มีการติดตามงานอย่างเป็นรูปธรรมโดยการนำของนายอำเภอ 3) ความรู้สึกที่ชุมชนร่วมกันเป็นเจ้าของปัญหาและร่วมดำเนินงานในพื้นที่เกิดความตื่นตัวและรับรู้สภาพปัญหาของอำเภออย่างแท้จริง ทั้งนี้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการทำงานเป็นทีม มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลขององค์การอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ชินวัฒน์ ชมประเสริฐ และธานี โชติกคาม, 2562) โดยการตัดสินใจร่วมกัน (Decision Implementation) จะช่วยให้มีพัฒนาการมีความเป็นระบบที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

สรุปผล

การศึกษารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีคณะกรรมการระดับอำเภอเป็นผู้กำหนดประเด็นการพัฒนา แผนการพัฒนา การบูรณาการทรัพยากร และกำกับติดตามประเมินผล โดยมีหมู่บ้านและตำบลเป็นพื้นที่ปฏิบัติการขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติที่ ผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.0-4.8 ผลการประเมินตำบลจัดการคุณภาพชีวิตพบว่าผ่านเกณฑ์ร้อยละ 88.9 ดังนั้นจึงควรมุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมในระดับตำบลหรือหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการร่วมกันของผู้นำชุมชนผู้นำท้องถิ่นและผู้นำตามธรรมชาติในระดับหมู่บ้านและตำบล ในการคิดวิเคราะห์ วางแผนและติดตามประเมินผล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประเมินผลลัพธ์รายประเด็นพชอ. ที่อำเภอและตำบลได้เลือกดำเนินการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วรินทร์เทพ เชื้อสำราญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอและผู้รับผิดชอบงาน พชอ. ทุกอำเภอ ที่ให้การสนับสนุนการพัฒนาคณะกรรมการ พชอ. พชต. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและให้ข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

Chomprasert, Chinnawat. Chotigaklam. (2019). Transformational Leadership and Teamwork Affecting Effectiveness of the District Health Board in the Health Area 2. *Journal of Disease and Health Risk DPC.3.* 13(1): 34-47. (in Thai).

David McCoy, Beth Engelbrecht. (2016). A leading resource on health systems and primary health care in South Africa. Retrieved August 15, 2019 from http://www.hst.org.za/publications/establishing-district-health-system.

Kanpirom, Kitti. Chuencharoensuk, Kavalin. Pitak, Juthatip. (2017). Primary Care Service in Thailand After 5 Years of Being Driven by the District Health System. *Journal of Buddhachinaraj Medical*. 34(3): 295-306. (in Thai).

Ngoenrang, Siwaporn. (2019). Model for developing competency of district health board of Trakan Phuetphon District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University.* 2(2): 108-116. (in Thai).

Phetchpichejchien, Wongchan. (2016). Health Promotion : Nurse Role. Bankok: Matakarnpim Company. (in Thai).

Pongsuphap, Yongyuth. (2017). (Draft) Regulations of the Office of the Prime Minister on quality of life at the district level 2017. Nonthaburi: Thailand Healthy Strategic Management Office, Office of Permanent Secretary of MOPH. (in Thai).

Primary Health Care Division, Department of Health Service Support. (2018). Guideline for Sub-district health Integration management. Nonthaburi: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (in Thai).

Sawongtui, Kobkul. Duangdeewong, Chumpol. Mangkornkaew, Sornsil. Sangboonruang, Chompoonut. (2019). Mobilization in Districial Health Assembly toward District Health Board (DHB) : Thoen District, Lampang Province. *Journal of Health Sciences Scholarship.* 6(2): 12-27. (in Thai).

Surapruk, Varawut. (2013). Knowledge Management by Learning Sharing among District Health Network on District Health Service Development and People Participation (Report). Nonthaburi: Primary Health Care Department. (in Thai).

Regulations of the Prime Minister's Office about District Health Board on quality of life development in 2018. (2018, 9 March). Thai Government Gazette. 135(54): 1-7 . Retrieved August 15, 2019, from http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/054/1.PDF. (in Thai)

World Health Organization. (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva : World Health Organization.

World Health Organization. (2018). Social determinants of health. Retrieved August 15, 2019, from http:// www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/ index.htm