

การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี

เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567, วันแก้ไข 8 มีนาคม 2567, วันตอบรับ 19 มีนาคม 2567

บทคัดย่อ

จังหวัดเพชรบุรีให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการดูแลกลุ่มเปราะบาง แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์หรือแผนการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี พัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การดูแลกลุ่มเปราะบาง ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การดูแลกลุ่มเปราะบาง เพื่อขยายผล วิจัยการวิจัยปฏิบัติการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาแบบการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มย่อย ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบาง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และ ระยะที่ 3 ขยายผลการนำรูปแบบการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตไปใช้ในการดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยการถอดบทเรียนการสะท้อนกลับ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และการรับบริการของกลุ่มเปราะบางด้วยการสุ่ม จำนวน 99 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เชิงคุณภาพ จากนั้นสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย ผลการวิจัยพบว่า จังหวัดเพชรบุรีมีรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย 1) นโยบายที่ชัดเจน 2) การมีทีมหน้าที่เข้มแข็ง 3) การจัดตั้งอนุกรรมการ พชอ. 4) การใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และ 5) การสร้างค่านิยมร่วม โดยมีรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอการดูแลกลุ่มเปราะบาง ดังนี้ 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล 2) พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3) วิเคราะห์และกำหนดปัญหาแบบมีส่วนร่วม 4) จัดทำแผนการดูแลกลุ่มเปราะบาง 5) จัดหางบประมาณ 6) ดำเนินการด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 7) มีแผนและกำกับ ติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 8) การถอดบทเรียน 9) การคืนข้อมูลสู่ชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งนี้เมื่อได้ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอการดูแลกลุ่มเปราะบาง มีการบูรณาการทำให้กลุ่มเปราะบางมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์คุณภาพ UCCARE 8 อำเภอโดยผู้ให้บริการมีระดับความพึงพอใจ ระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.52$ และกลุ่มเปราะบางมีระดับความพึงพอใจ ระดับมาก $\bar{X} = 2.40$ สรุปผลการศึกษา การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี ในการดูแลกลุ่มเปราะบางต้องมีการบูรณาการจากหลายภาคส่วน มีนโยบายชัดเจน คณะกรรมการและทีมหน้าที่เข้มแข็ง วิเคราะห์และกำหนดปัญหาแบบมีส่วนร่วม มีแผนและงบประมาณสนับสนุน ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การดูแลกลุ่มเปราะบาง การถอดบทเรียน

Developing a Model for Driving the Operation to Improve the Quality of Life in the District Health Board, Phetchaburi Province

Petchrurk Tansawad

Phetchaburi Provincial Public Health Office

Received 12 February 2024, Revised 8 March 2024, Accepted 19 March 2024.

Abstract

Phetchaburi Province emphasizes improving the quality of life in its districts in caring for vulnerable groups. However, there still needs to be a clear, concrete model for driving quality of life development at the district level, tailored to the local context. The study aimed to 1) to investigate the different approaches for promoting quality of life development at the district level in Phetchaburi province, 2) to establish models for driving quality-of-life development at the district level, with a specific emphasis on caring for vulnerable groups, 3) to evaluate the effectiveness of the model for driving quality-of-life development at the district level. Method Research & Development The study was carried out in three phases. During Phase 1, the model was examined, and qualitative data was collected through in-depth interviews and group discussions. Phase 2 Developed model and evaluated the effectiveness of a quality of life development model for vulnerable groups by collecting qualitative data through an in-depth interview and group discussion. And Phase 3 By taking lessons from the model, expanded the results of using it to serve vulnerable groups. Data was collected through various methods, such as lessons learned, reflection, service enrollment numbers, and satisfaction surveys from a random sample of 99 participants. Statistical analysis was conducted, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and qualitative analysis. Based on the findings, policy recommendations were formulated. The result showed that the research findings revealed that Phetchaburi province had various elements in place to improve the quality of life at the district level. These included 1) clear policies, 2) strong leadership teams, 3) the establishment of a local development committee, 4) the utilization of community-based spaces, and 5) the creation of shared values. Furthermore, the model for enhancing quality of life and supporting vulnerable groups involved a series of steps. These steps included 1) appointing a sub-district quality of life development committee, 2) providing capacity building for the committee, 3) conducting collaborative problem analysis and definition, 4) formulating a plan to support vulnerable groups, 5) obtaining a budget, 6) implementing the plan with the participation of all stakeholders, 7) consistently planning, monitoring, and evaluating, 8) extracting lessons learned, and 9) providing feedback to the community, involving both beneficiaries and contributors. After evaluating the effectiveness of the model for enhancing quality of life and supporting vulnerable groups at the district level, it was observed that the integration of these efforts resulted in a 100% improvement in the quality of life for the vulnerable group. This improvement met the UCCARE quality criteria in eight districts. Service providers expressed the highest level of satisfaction, with an average score (\bar{X}) = 4.52, while the vulnerable group indicated a high level of satisfaction, with an average score (\bar{X}) = 2.40. In conclusion, Based on the findings, advancing the quality of life at the district level, particularly in caring for vulnerable

groups in Phetchaburi province, requires collaboration across multiple sectors, clear policies, strong committees, and effective leadership teams. Collaborative problem analysis and solutions definition are critical, alongside the implementation of supportive plans and budgets. Continuous monitoring and evaluation are essential.

Keywords : promoting quality of life development at the district level, caring for vulnerable groups, lessons learned

■ unก้า

การกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมีเป้าหมายการพัฒนาประเทศ⁽¹⁾ คือ “ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน” โดยมียุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม เป็น 1 ใน 6 ยุทธศาสตร์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่างๆ มาช่วยขับเคลื่อน โดยการสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในการ ร่วมคิด ร่วมทำ เพื่อส่วนรวมสามารถพึ่งตนเอง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 เน้นให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา สร้างความมั่นคงของชาติ พัฒนาคนทุกวัยให้เป็น คนดี คนเก่ง โดยกำหนดให้ แนวคิดที่ 3 ของเศรษฐกิจพอเพียง มีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ โดยกำหนดทิศทางพัฒนาที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิด “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” มุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนทุกกลุ่ม⁽²⁾

ระบบสุขภาพอำเภอถือเป็นจุดคานงัดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ คณะกรรมการ พชอ. (District Health Board) ประกอบกับ ในปี 2561 มีระเบียบสำนัก

นายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ประกอบด้วยภาครัฐ จำนวน 6 คน ภาคเอกชน จำนวน 6 คน และภาคประชาชน จำนวน 7 คน รวม 21 คน มีการคัดเลือกประเด็นปัญหาขับเคลื่อนอย่างน้อย 2 ประเด็น⁽³⁾ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน และประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน ตามแนวคิด “คนไทย ใส่ใจดูแลกัน” เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน⁽⁴⁾ กระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน⁽⁵⁾ การประเมินโดยใช้ CIPP model⁽⁶⁾ พบว่า อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ดสามารถนำไปแก้ปัญหาในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมให้ส่วนราชการและเครือข่ายต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม⁽⁷⁾ โดยมีกระบวนการที่สำคัญ คือ การกำหนดบทบาทของคณะกรรมการและการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พชอ.

จังหวัดเพชรบุรี มีการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยระดับจังหวัดมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) มีผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบุรีเป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ คณะกรรมการมาจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งหมด 25 คน ที่ผ่านมา พบว่ารูปแบบการดำเนินงานในแต่ละอำเภอแตกต่างกัน ยังไม่สามารถ

บูรณาการในเรื่องทรัพยากร คน เงิน สิ่งของ โดยเฉพาะเรื่องการดูแลกลุ่มเปราะบาง มีหลายหน่วยงานที่ดำเนินการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁸⁾ ไม่มีรูปแบบการลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน รูปแบบการขับเคลื่อนไม่เหมือนกัน ในจังหวัดเพชรบุรี ยังไม่มีการศึกษาการถอดบทเรียนสะท้อนกลับสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตบนความสลับซับซ้อนของสังคมปัจจุบัน⁽⁹⁾ การถอดบทเรียน เป็นสิ่งสำคัญที่จะสังเคราะห์องค์ความรู้จะช่วยให้ความรู้บทเรียนที่นำไปพัฒนา ไม่ก่อให้เกิดกระทำผิดซ้ำ⁽¹⁰⁾ จากสถิติข้อมูลสำคัญของกลุ่มเปราะบาง ปี 2565 จังหวัดเพชรบุรี มีผู้สูงอายุ จำนวน 89,159 คน⁽¹¹⁾ เป็นกลุ่มติดบ้าน จำนวน 1,415 คน กลุ่มติดเตียง จำนวน 573 คน โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan จำนวน 1,197 คน คิดเป็นร้อยละ 69.63⁽¹²⁾ และมีผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนผู้พิการ จำนวน 6,173 คน⁽¹³⁾ ได้รับการดูแล จำนวน 485 คน คิดเป็นร้อยละ 7.85⁽¹⁴⁾ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเปราะบาง

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนา รูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดเพชรบุรี เพื่อให้ได้รูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ในการแก้ไขปัญหาการดูแลกลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการ และ/หรือเป็นครัวเรือนที่มีรายได้น้อย) ที่เหมือนกันในจังหวัดเพชรบุรี นำมาเป็นทิศทางในการทำงาน อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองของประชาชน ชุมชนต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อหารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี
2. พัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงาน

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลกลุ่มเปราะบาง

3. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลกลุ่มเปราะบาง

■ วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) หรือ R & D เป็นลักษณะการวิจัยที่ผสมผสานกระบวนการวิจัยกับกระบวนการพัฒนาเข้าด้วยกัน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษา รูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี

1.1 ศึกษาข้อมูลจากเอกสารสรุปการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทั้ง 8 อำเภอ และเอกสารประกอบการตรวจราชการระบบสุขภาพปฐมภูมิ การสนทนากลุ่มร่วมกับการถอดบทเรียน ผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ปี 2565 ณ ห้องประชุม 3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี วันที่ 29 พฤศจิกายน 2565 ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1.2 นำรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลกลุ่มเปราะบาง ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมกับความเป็นไปได้ 3 ท่าน ได้แก่ 1) ผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบุรี 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน พขอ. 3) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

1.3 นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงรูปแบบฯ และนำไปทดลองใช้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในจังหวัดราชบุรี

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพัฒนา

คุณภาพชีวิต การดูแลกลุ่มเปราะบาง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม โดยนำผลการศึกษาระยะที่ 1 รูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลกลุ่มเปราะบาง ไปใช้ที่อำเภอแก่งกระจาน ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก⁽¹⁵⁾ คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการ และผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพิจารณาปรับปรุงรูปแบบที่สมบูรณ์ ช่วงเวลาที่ศึกษา เดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2566

ระยะที่ 3 ขยายผลการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ไปใช้ในการดูแลกลุ่มเปราะบางในอำเภอที่เหลือทั้ง 7 อำเภอของจังหวัดเพชรบุรี โดยการถอดบทเรียน การสะท้อนกลับ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามระดับความพึงพอใจในการให้บริการกลุ่มเปราะบาง และการรับบริการของกลุ่มเปราะบาง จากนั้นสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย ช่วงเวลาที่ศึกษา เดือนเมษายน - กันยายน 2566 โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอฯ ละ 21 คน จำนวน 8 อำเภอ รวมจำนวน 168 คนแบบเจาะจงทุกคน

3.2 กลุ่มเปราะบางผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการ และ/หรือเป็นครัวเรือนที่มีรายได้น้อย (ครัวเรือนที่มีรายได้น้อยต่อปีน้อยกว่า 100,000 บาท) จำนวน 6,884 คน ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร ทาโร่ ยามาเน่ ระดับความคลาดเคลื่อน 10 % คำนวณได้จำนวน

99 คน เลือกแบบเจาะจง วิธีการคัดเลือก คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ติดเตียง มี ADL น้อยกว่า 11 คะแนน ครัวเรือนมีรายได้น้อยต่อปีน้อยกว่า 100,000 บาท เข้าถึงบริการด้านสุขภาพน้อย

● **เครื่องมือที่ใช้**

1. การศึกษาแนวทางการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี ใช้การสนทนากลุ่ม ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure Interview) จำนวน 9 ข้อ

2. การศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลกลุ่มเปราะบาง ใช้แบบสอบถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure Interview) จำนวน 4 ข้อ

3. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลกลุ่มเปราะบาง การประเมินระดับความพึงพอใจคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนนรายข้อแบ่งเป็น 5 คะแนน โดยมีระดับ 5, 4, 3, 2 และ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ แปลผลระดับความพึงพอใจตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale)⁽¹⁶⁾ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การประเมินระดับความพึงพอใจของกลุ่มเปราะบาง จำนวน 4 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนนรายข้อ แบ่งเป็น 3 คะแนน โดยมีระดับ 3, 2 และ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย ตามลำดับ แปลผลระดับความพึงพอใจ ใช้เกณฑ์แบ่งความกว้างของช่วงระดับเป็น 3 ช่วง⁽¹⁷⁾ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.33 - 3.00 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย

เครื่องมือการวิจัย ผ่านการตรวจสอบเชิงตรง เชิงโครงสร้าง ตรวจสอบความถูกต้อง การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา นำมาแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
- 2) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน
- 3) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดราชบุรี และผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 30 คน นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.95 และค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item object congruence: IOC) อยู่ในช่วง 0.94 - 0.97 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มาใช้ในการวิเคราะห์มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

● การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ แจกแบบประเมินระดับความพึงพอใจในการขับเคลื่อน รูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลกลุ่มเปราะบาง ในวันประชุมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ให้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 10 นาที

2. กลุ่มเปราะบาง ชี้แจงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยเก็บข้อมูล โดยนำส่งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนำส่งให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์

● การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้เป็นสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์ข้อมูล การดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาเก็บให้เป็นระบบระเบียบ ให้ความสำคัญกับข้อมูล จัดหมวดหมู่ความหมายของข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปรวบรวมความหมาย ที่ได้จากการสังเกต การจดบันทึก และการถอดเทป การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คจ.ม.พ.บ. 044/2565 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2565

■ ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาแนวทางการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี

ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดเพชรบุรี

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาและรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้รูปแบบซิปโมเดล (CIPP model)

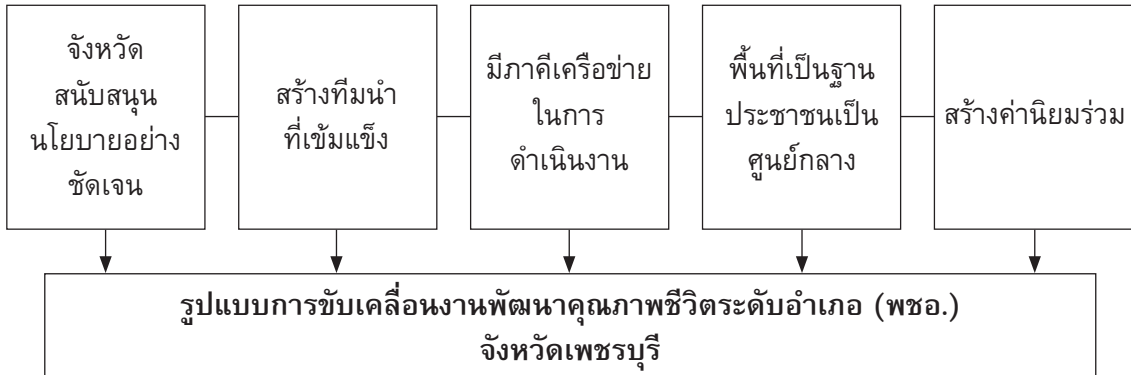
รูปแบบการดำเนินงาน (CIPP model)	เครื่องมือ/กลุ่มตัวอย่าง	ผลการดำเนินงาน
1. ด้านบริบทและสภาพแวดล้อมของการดำเนินงาน (Context)		
1.1 ศึกษาปัญหา และความต้องการของพื้นที่	- แบบสอบถาม, การสนทนา กลุ่ม, การถอดบทเรียน, การระดมสมอง, การประเมินผล	- พบปัญหาการขาดคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับจังหวัด (พชจ.) - ไม่มีการพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการ (พชอ.)
1.2 ศึกษาความสอดคล้องกับปัญหา/นโยบาย	- การสนทนากลุ่มของ คณะกรรมการ พชอ.	- ทุกคนให้เพิ่มการแก้ปัญหาในพื้นที่ พัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มเปราะบาง
1.3 ศึกษาความชัดเจนของวัตถุประสงค์	- คณะกรรมการ พชอ.	- ทุกคนเข้าใจ, เห็นด้วย
1.4 ศึกษาความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน	- คณะกรรมการ พชอ.	- ทุกคนเห็นว่ามีความเป็นไปได้
2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)		
2.1 นโยบายและแผน/แนวคิด	- คณะกรรมการ พชอ.	- ทุกคนเห็นด้วย
2.2 การเงินและงบประมาณ	- คณะกรรมการ พชอ.	- ส่วนใหญ่เห็นว่ายังไม่เพียงพอ
2.3 วัสดุอุปกรณ์	- คณะกรรมการ พชอ.	- ยังไม่เพียงพอ
2.4 ระบบการจัดการ	- คณะกรรมการ พชอ.	- เห็นด้วยกับการจัดการปานกลาง
2.5 ข้อมูล/เทคโนโลยี	- คณะกรรมการ พชอ.	- ยังขาดระบบข้อมูล
2.6 การสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้อง	- คณะกรรมการ พชอ.	- ทุกคนพึงพอใจว่าดีมาก
3. ด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process)		
3.1 การวางแผน	- คณะกรรมการ พชอ.	- มีหัวหน้าส่วนราชการเป็นผู้นำ
3.2 การจัดองค์กร	- คณะกรรมการ พชอ.	- ในระดับอำเภอมีความชัดเจน
3.3 การนำและการอำนวยการ	- คณะกรรมการ พชอ.	- ทุกคนพึงพอใจ
3.4 การจัดทำตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน	- คณะกรรมการ พชอ.	- ยังไม่ชัดเจน
4. ด้านผลผลิต (Product Evaluation)		
ประเมินผลตาม UCCARE	- คณะกรรมการ พชอ.	- ควรเพิ่มการรับรองจากระดับจังหวัด

กลุ่มตัวอย่าง อำเภอละ 21 คน รวม 168 คน พบว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 76.19 อายุช่วงที่มากที่สุด 51-60 ปี ร้อยละ 33.33 อายุเฉลี่ย 53 ปี (\bar{X} = 53) อายุน้อยที่สุด 32 ปี มากที่สุด 70 ปี สถานะภาพส่วนมาก สมรส ร้อยละ 71.43 อาชีพที่พบมากที่สุด ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 27.38 การศึกษาส่วนมากจบ

ปริญญาตรี ร้อยละ 61.90 การได้รับการอบรมเรื่อง พชอ. พบว่า ส่วนมากเคยได้รับการอบรม ร้อยละ 52.38 การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา พบว่ามีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 79.17 เมื่อศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้ CIPP model ผลการศึกษา ดังตารางที่ 1

จากการศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนงาน

ภาพที่ 1 รูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดเพชรบุรี



พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดเพชรบุรี พบว่าจังหวัดเพชรบุรีมีการสนับสนุนนโยบายอย่างชัดเจน มีการสร้างทีมนำที่เข้มแข็ง มีภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง และมีการสร้างค่านิยมร่วม ดังภาพที่ 1

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการดูแลกลุ่มเปราะบาง

ใช้กระบวนการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การเรียนรู้ตามบริบทท่ามกลางความเป็นจริง และเน้นการร่วมให้ข้อมูล ร่วมคิด ร่วมทำ (วางแผน) ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และหลักการวิจัยกระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) การสะท้อนกลับ (Reflection) โดยมีผลการวิจัย ดังนี้

2.1 การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) ผู้วิจัยเลือกอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี เนื่องจากเป็นอำเภอที่อยู่ห่างไกล เข้าถึงบริการได้ยาก มีคณะ

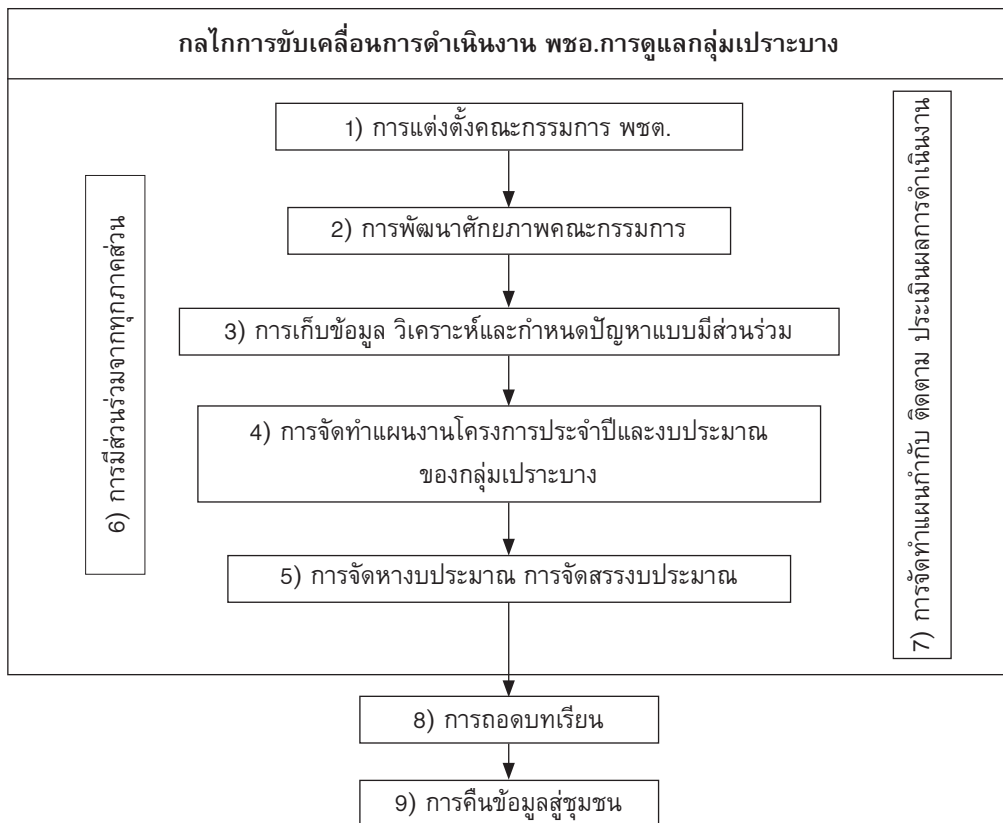
กรรมการ พขอ.ที่เข้มแข็ง มีกลุ่มเปราะบางที่ได้รับการขึ้นทะเบียนครอบคลุมทั้ง 6 ตำบล มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบและโครงสร้าง 21 คน มีการจัดตั้งอนุกรรมการการดูแลกลุ่มเปราะบาง ในระดับตำบลมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และในปี 2566 ทุกตำบลมีการวางแผนการแก้ไขปัญหาการดูแลกลุ่มเปราะบาง จากการสนทนากับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทุกคนเห็นด้วยกับนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขและมหาดไทยที่มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาการดูแลกลุ่มเปราะบาง และร่วมทำแผนการดูแลกลุ่มเปราะบาง

2.2 ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) จังหวัดเพชรบุรีมีศูนย์การจัดความยากจน การดูแลกลุ่มเปราะบาง ระดับจังหวัดเพชรบุรี โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับพัฒนาการจังหวัด และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นเลขานุการ โดยส่งการไปยังนายอำเภอทุกอำเภอ และในระดับอำเภอศูนย์การจัดความยากจน การดูแลกลุ่มเปราะบาง ระดับอำเภอ โดยมีการบูรณาการการทำงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นายอำเภอได้

ตารางที่ 2 ผลการประเมินอำเภอแก่งกระจาน ตามเกณฑ์ UCCARE ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ

อำเภอ	ประเด็นปัญหา	ผลคะแนนประเมิน ตามองค์ประกอบ						ผล
		U	C	C	A	R	E	
แก่งกระจาน	การดูแลกลุ่มเปราะบาง (ก่อนดำเนินการ)	5	4.5	5	4	5	5	ผ่าน
	การดูแลกลุ่มเปราะบาง (หลังดำเนินการ)	5	5	5	5	5	5	ผ่าน

ภาพที่ 2 รูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดเพชรบุรี ในการดูแลกลุ่มเปราะบาง ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว



สั่งการไปยังสาธารณสุขอำเภอ และสาธารณสุขอำเภอสั่งการไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ

ขอความร่วมมือประชาชนในละแวกบ้านที่ตนรับผิดชอบ ประมาณ 15 - 25 หลังคาเรือน จากการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทุกคนเห็นว่าการสั่งการ และลงมือปฏิบัติมีความเหมาะสมในทุกระดับ

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจในการนำรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่ม
 เปราะบางมาดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

เรื่อง	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
การนำรูปแบบไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม	4.52	.45	มากที่สุด
การแต่งตั้งคณะกรรมการ / อนุกรรมการ	4.52	.71	มากที่สุด
การสนับสนุนให้ท้องถิ่น / ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม	4.57	.65	มากที่สุด
การสนับสนุนให้มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ระหว่างภาคส่วนต่างๆ	4.12	.62	มาก
การสนับสนุนให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	4.19	.55	มาก
การติดตามงาน การเยี่ยมเสริมพลังจากทีม พชจ.จังหวัด	4.58	.68	มากที่สุด
รวม	4.52	.61	มากที่สุด

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของกลุ่มเปราะบาง ที่ได้รับการดูแลจากคณะกรรมการพัฒนา
 คุณภาพชีวิต

เรื่อง	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
กระบวนการดูแล	2.46	0.45	มาก
สิ่งสนับสนุน	2.33	0.56	มาก
บุคคลที่ให้การดูแล	2.38	0.52	มาก
ผลลัพธ์ของการดูแล	2.40	0.57	มาก
รวม	2.40	0.52	มาก

ตารางที่ 5 จำนวนกลุ่มเปราะบางที่ได้รับการดูแล

อำเภอ	จำนวนกลุ่ม เปราะบาง	จำนวนกลุ่มเปราะบางแยกกลุ่มและได้รับการดูแล						
		พิการ	ดูแล	ติดเตียง	ดูแล	รายได้น้อย อื่นๆ	ดูแล	ร้อยละ
เมืองเพชรบุรี	1,549	1,365	1,365	165	165	19	19	100
เขาย้อย	874	795	795	61	61	18	18	100
หนองหญ้าปล้อง	388	336	336	34	34	18	18	100
ชะอำ	225	130	130	81	81	14	14	100
ท่ายาง	1,446	1,338	1,338	92	92	16	16	100
บ้านลาด	994	906	906	66	66	22	22	100
บ้านแหลม	1,110	1,053	1,053	43	43	14	14	100
แก่งกระจาน	298	250	250	31	31	17	17	100
รวม	6,884	6,173	6,173	573	573	138	138	100

2.3 การสังเกตการณ์ (Observation) ผลการสังเกตพบว่าคณะกรรมการและอนุกรรมการมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น มีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้น มีการแสดงความคิดเห็นและใช้สิทธิ์ในการออกเสียงเพื่อวิเคราะห์ปัญหาของกลุ่มเปราะบาง คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการและภาคีเครือข่ายมีความภาคภูมิใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองที่การประเมินผลตามเกณฑ์ UCCARE พบว่าผ่านเกณฑ์ในระดับ 5 ดังตารางที่ 2

2.4 การสะท้อนกลับ (Reflection) การประเมินผลการดำเนินการตามแนวทาง UCCARE และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบาง ประเมินจากความครอบคลุมการได้รับการดูแล การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนสะท้อนกลับ จากการสนทนาเชิงลึก จากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อนุกรรมการ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต การดูแลกลุ่มเปราะบาง ดังภาพที่ 2

ระยะที่ 3 ขยายผลการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ไปใช้ในการดูแลกลุ่มเปราะบาง ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลกลุ่มเปราะบาง

กลุ่มเปราะบาง ได้รับการดูแลมีความครอบคลุมครบทุกคน ร้อยละ 100 ผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด จังหวัดเพชรบุรี ตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพ UCCARE พบว่าทุกอำเภอภายหลังการเยี่ยมเสริมพลังของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) มีผลการดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพ UCCARE ทุกอำเภอสามารถยกระดับขึ้นมาอยู่ในระดับ 4 และมี

บางอำเภออยู่ในระดับ 5

ผลการประเมินระดับความพึงพอใจในการนำรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางมาดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การประเมินระดับความพึงพอใจของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 168 คน ผู้วิจัยพบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการมีรูปแบบและนำไปใช้ ดังตารางที่ 3

การประเมินระดับความพึงพอใจของกลุ่มเปราะบาง ที่ได้รับการดูแลจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับต่างๆ จำนวน 99 คน ดังตารางที่ 4

จากการขยายผลการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ไปใช้ในการดูแลกลุ่มเปราะบาง พบกลุ่มเปราะบางได้รับการดูแลครอบคลุมร้อยละ 100 ดังตารางที่ 5

■ อภิปรายผล

ระยะที่ 1 ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี พบว่า การกำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัญญาพละศักดิ์ ที่แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นั้น เริ่มจากการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานที่มาจากทุกภาคส่วน ภายใต้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหา คัดเลือกปัญหาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต วางแผนพัฒนา และแก้ไขปัญหา ด้านการพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการและอนุกรรมการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ⁽¹⁸⁾ จากการประชุมและการสนทนากลุ่มของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี

พบว่า การพัฒนาและส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน พชอ. เป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะส่งผลต่อการปฏิบัติงานโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี ภัทรวงษ์ธนา และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการในการพัฒนาชุมชนเพื่อรองรับการบริหารจัดการและการพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วม นำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน⁽¹⁹⁾ จังหวัดเพชรบุรีสนับสนุนนโยบายอย่างชัดเจนจากการที่มีการถ่ายทอดนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตในที่ประชุมหน่วยงานระดับจังหวัด ที่เรียกว่า ประชุมกรรมการจังหวัด และมีการกำหนดกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพโรจิต ศิริมงคล ที่ว่าการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย โดยมีรูปแบบกลไก ประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.), คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) 2) การวิเคราะห์ปัญหาจากพื้นที่ 3) การกำหนดยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ 4) ประสานภารกิจกำหนดบทบาทและพัฒนาศักยภาพ 5) การบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย 6) ติดตามและรายงานผลต่อเนื่อง และ 7) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน⁽²⁰⁾ การสร้างทีมหน้าที่เข้มแข็ง โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) จังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการเยี่ยมเสริมพลังคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีส่วนกระตุ้นการทำงาน พชอ. เป็นการติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ⁽²¹⁾

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การดูแลกลุ่มเปราะบาง

รูปแบบของการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง อำเภอแก่งกระจาน สอดคล้องกับการวิจัยของชเนศ ภัทรวรินทร์กุล ที่พบว่า 1) คณะกรรมการสุขภาพอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบบสุขภาพระดับตำบล เห็นว่าโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพเป็นนโยบายที่ดีมีความเหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพปัญหาในปัจจุบัน และสามารถนำมาใช้เป็นแนวทาง ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของพื้นที่ได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม 2) การบริหารจัดการโครงการ มีข้อเด่น คือ การจัดการแบบมีส่วนร่วมทั้งด้านการวางแผน การดำเนินกิจกรรม การจัดการงบประมาณ และการติดตามประเมินผล และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และผลการประเมินตามคุณลักษณะ 5 ด้าน (UCCARE) ตามเกณฑ์⁽²²⁾

ระยะที่ 3 ขยายผลการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ไปใช้ในการดูแลกลุ่มเปราะบางทั้ง 7 อำเภอ ที่เหลือของจังหวัดเพชรบุรี ประสิทธิภาพของโครงการทั้งผลที่เกิดกับประชาชนกลุ่มเปราะบาง และผลที่เกิดขึ้นกับหมู่บ้าน/ชุมชนอยู่ในเกณฑ์ดี โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นด้วยว่าการกำหนดยุทธศาสตร์จังหวัดเรื่องการดูแลกลุ่มเปราะบางไว้อย่างชัดเจน ทำให้เข้าใจมีทิศทางวิธีการเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์การพัฒนาคุณภาพชีวิต และในการขับเคลื่อนงานต้องจัดโครงสร้างการบริหารงานในจังหวัดเพชรบุรี ให้มีความชัดเจน มีคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งที่มีความเหมาะสมครอบคลุมหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ได้พัฒนาองค์ความรู้ด้านกระบวนการทำงาน มีการแบ่งงาน มอบหมายงานแก่ผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน จัดทำคำสั่งทั้งระดับจังหวัด

อำเภอ และระดับตำบล ระบบการทำงานเป็นแบบ กัลยาณมิตร มีทั้งแนวคิด และแนวราบ มีค่านิยม ร่วมสำหรับ การทำงานเป็นทีม บุคลากรเพียงพอ โดยยึดหยุ่นคณะกรรมการให้มีคณะกรรมการ เพิ่ม คณะกรรมการมีความตั้งใจมุ่งมั่น และได้รับความรู้/เรียนรู้ทักษะที่จำเป็น การประเมินคุณภาพ พขอ.โดยใช้เกณฑ์ UCCARE ให้คะแนนการ พัฒนาคุณภาพชีวิต 5 ระดับ ผลการประเมินผ่าน เกณฑ์ระดับ 3 ขึ้นไปทุกข้อ จำนวน 8 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มเปราะบางได้รับการดูแล ครอบคลุม ร้อยละ 100⁽²³⁾ โดยมีการสำรวจร่วมกับ พัฒนาชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จัดทำทะเบียนครอบคลุม และมีการ ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง โดยคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขต.) อย่างน้อย 1 ครั้ง

■ ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ สามารถนำรูปแบบไปใช้ เป็น

แนวทางในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต การดูแลกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

2. นำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ ในเวทีระดับเขตสุขภาพ และเวทีระดับ ประเทศ รวมถึงขยายผลนำไปใช้ในระดับเขต ประเทศ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับพื้นที่ และแกน นำ เพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานในลักษณะเชิงรุก และ สร้างความรู้สึก การเป็นเจ้าของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของตนเอง โดยประเมินคุณภาพชีวิต กลุ่มเปราะบางทุกคน เพื่อให้เกิดการคงอยู่และ ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580 (ฉบับราชกิจจานุเบกษา) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://dl.parliament.go.th/backoffice/viewer2300/web/viewer.php>
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570) (ฉบับราชกิจจานุเบกษา) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: www.nesdc.go.th/download/Plan13/Doc/Plan13_Final.pdf
3. สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย. คู่มือประกอบการพิจารณาเปรียบเทียบสำนักรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.
4. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; 2555.
5. จรูญ กิตติปัญญา และจรัส ลีกา. การเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนในยุคนโยบายแลนด์ 4.0: กรณีศึกษาชุมชนเข้มแข็ง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกุงชนสาร อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. *Journal of Graduate MCU KhonKaen Campus* 2564;8(1):189-201.

6. Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation in national conference on educational research 17-18 January 2008. Phitsanulok: Faculty of Education, Naresuan University; 2008.
7. มานะ ภูมิพันธุ์. การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) กรณีศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564;5(9):140-53.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565. เพชรบุรี: เพชรภูมิการพิมพ์; 2565.
9. อับดุลเลาะ เจ๊ะหลง และจิรัชยา เจียวักก. การถอดบทเรียนเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตในมนุษย์ วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2563;14(2):241-50.
10. ศุภวัลย์ พลายน้อย. บทเรียนของการถอดบทเรียนในการจัดการความรู้ภาคประชาสังคม. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2549.
11. Health Data Center. จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: https://pbi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51
12. กรมอนามัย. ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Long Term Care: 3C) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://ltc.anamai.moph.go.th/>
13. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. รายงานข้อมูลสถิติคนพิการประจำเดือน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: https://ecard.dep.go.th/nep_all/index.php
14. สำนักงานจังหวัดเพชรบุรี. เอกสารประกอบการตรวจราชการแบบบูรณาการของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รอบที่ 2 ประเด็นนโยบายสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน. เพชรบุรี: โรงพิมพ์เพชรบุรีออฟเซต; 2566.
15. Kemmis & Mc Taggart. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University, Australia; 1998.
16. Likert R. New Pattern of Management. New York: McGraw – Hill; 1961.
17. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons; 1995.
18. ปัญญา พละศักดิ์. การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2564;3(2):40-53.
19. จารุณี ภัทรวงษ์ธนา, สุพัฒน์วี ทิพย์เจริญ และพงศ์กร จันทราช. การพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการจัดการสำหรับการจัดทำแผนพัฒนาชุมชนในพื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองตำบลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น 2560;11(4):128-46.
20. ไพโรจิต ศิริมงคล. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ของอำเภอโพธารนย์ จังหวัดหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2566;26(2):1-13.
21. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, เพ็ญภา ศรีหรั่ง, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง, จุฬารัตน์ หัวหาญ, ดิษฐพล ใจชื่อ และคณะ. การถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5427?locale-attribute=th>
22. ธเนศ ภัทรวรินทร์กุล. ประเมินผลการดำเนินงานโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพ (District Health System) อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2560;13(1):1-9.
23. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566. เพชรบุรี: เพชรภูมิการพิมพ์; 2566.