



การประเมินผลการดำเนินโครงการพัฒนาระบบ เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ประเทศไทย

The Evaluation of District Health System (DHS) Project, Chachoengsao Province, Thailand

นางละอองทิพย์ มหาศักดิ์ศิริ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ดร. นวสันต์ วงศ์ประสิทธิ์

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีจุดประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ตามเกณฑ์บันได 5 ขั้นและวิธีการซีป (CIPP) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ DHS ทุกอำเภอ จำนวน 3,698 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวม เท่ากับ 0.89 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2557 - มกราคม 2558 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า 1. ผลการดำเนินการระบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอของคณะกรรมการ DHS ตามเกณฑ์บันได 5 ขั้นพบว่า เกณฑ์ข้อที่ 1) มีเอกสารคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการมีการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติ แต่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่จัดทำรายงานการประชุมและการประเมินผลการดำเนินการเพื่อวางแผนการพัฒนายังไม่ครบถ้วน เกณฑ์ข้อที่ 2) คณะกรรมการรู้สึกว่าได้ได้รับความจริงใจจากผู้ร่วมงานมากที่สุด หัวหน้างานให้ความสำคัญและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น เกณฑ์ข้อที่ 3) มีการวางแผนและส่งบุคลากร

พัฒนาตามแผน แต่มีการใช้งบประมาณเพื่อการวิจัยหรือการพัฒนานวัตกรรมในหน่วยงานน้อย เกณฑ์ข้อที่ 4) มีการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนในพื้นที่ มีการติดตามและประเมินผลการพัฒนาและการแก้ปัญหา แต่การมีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายไม่ครอบคลุม เกณฑ์ข้อที่ 5) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณบางครั้ง รวมทั้งมีการดำเนินการร่วมกันและกำหนดนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรแต่ยังไม่มีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม 2. ผลการดำเนินโครงการหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ (ODOP) พบว่า โครงการมีความสอดคล้องและเหมาะสมกับปัญหาของพื้นที่ แต่ในบางงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานกลับพบว่ายังไม่เพียงพอ การประชาสัมพันธ์ประเด็นปัญหายังไม่มีความชัดเจนและครอบคลุมทุกพื้นที่ สำหรับความเห็นของประชาชนผู้รับบริการโครงการพบว่า มีความพึงพอใจในการดำเนินงาน แต่มีความเห็นว่าการมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาของพื้นที่ยังน้อย ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ ควรเพิ่มมาตรการการทำงานเชิงรุกเพื่อให้สามารถเข้าถึงปัญหาของประชาชน ตั้งแต่ร่วม



ค้นหาปัญหา ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมดำเนินการ
ร่วมติดตามประเมินผลและร่วมรับผลงานอย่างเป็น
รูปธรรม

คำสำคัญ: การประเมินผล, โครงการ, ระบบเครือข่าย
สุขภาพระดับอำเภอ

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the performance of the District Health System (DHS) Project, Chachoengsao Province based on 5 step criteria of DHS and CIPP Model. The samples were the people who involved with DHS project. Questionnaires, with the overall reliability by Cronbach's coefficient of 0.89, were used for data collection. Data collection period was during November 2014- January 2015. Statistical analyses used in the study were percentage, mean and standard deviation.

It was found that, firstly; the DHS committee's performance according to the 5 step criteria was as follow: 1) the committee was officially assigned and related data was used for strategic and operation planning, but the processes relating to reporting and evaluating for development planning were incomplete 2) the committee felt that they have received mostly sincerely from their colleagues, their head office pay attention and give the chance for their suggestions 3) personnel development plan was established and implemented but small amount of budget was allocated for research or internal innovation development 4) essential health care data in the area were collected and analyzed, the outcome of problem solving and development

were assessed but lack of extensive participation of DHS committee and their network for data collection 5) local administration offices occasionally provided budget and work together, however, no output was achieved at this stage. Secondly, the result of ODOP procedure was found to be suitable for the area problem but the budget and equipment were not sufficient. Public relation of their problems was unclear and incomprehensive. According to the opinion of the service recipients, the people were satisfied but the participation to determine the area problem was less. Recommendation for practical implementation is, the criteria of proactive working to reach the population problem should be added. Participation at all stages should be provided, including identifying the problem, finding solution, performing, monitoring and evaluating outcome of problem solving by tangible measurement.

Key words : Evaluation, Project, District Health System

บทนำ

ประเทศไทยได้นำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ 30 บาทรักษาทุกโรคมาใช้ตั้งแต่ปี 2545 ซึ่งนับว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีในด้านการครอบคลุมจำนวนประชาชนที่มีสิทธิ์ได้รับการดูแลด้านสุขภาพถึง 75% (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, มปป) ส่งผลให้ช่วยลดปัญหาการล้มละลายจากภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนได้ แต่ยังพบความท้าทายที่ตามมาคือปัญหาความแออัดของโรงพยาบาล การขาดแคลนแพทย์พยาบาลในพื้นที่ชนบท อีกทั้งสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 11.9 ในปี 2553 และจะเพิ่มเป็น ร้อยละ 25 ในปี 2573 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555) รวมทั้งการเปลี่ยนแปลง



จากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมอุตสาหกรรม อันส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชากร เช่น การดูแลสุขภาพจิตไม่ทั่วถึง การตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น ผู้พิการที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพและการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จึงอาจกล่าวได้ว่าที่ผ่านมาระบบประกันสุขภาพมีความสำเร็จเฉพาะด้านครอบคลุมประชาชนแต่ยังขาดคุณภาพการบริการ อย่างไรก็ตามการพยายามเพิ่มงบประมาณคงไม่ใช่การแก้ไขที่สาเหตุที่แท้จริง จึงมีความจำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุขต้องมาพิจารณาทบทวนนโยบายที่การดูแลถึงรากเหง้าของปัญหาให้ครบถ้วน อันได้แก่การให้ความสำคัญต่อการบริการระดับปฐมภูมิ ในการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค การรักษาตัวเองเบื้องต้นให้ประชาชนอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความจำเป็นกับบริบทของแต่ละพื้นที่และได้รับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงได้กำหนดให้มีนโยบายเกี่ยวกับเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ขึ้นโดยตรง ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รัฐบาลไทย, 2556) ได้ประกาศนโยบายดังกล่าวให้ผู้บริหารและบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ) สาธารณสุขอำเภอ (สสอ) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต) ทุกแห่ง รับทราบนโยบายและเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2556 เป็นต้นมาระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินการ ของอำเภอทั้งหมด อย่างเป็นระบบที่เน้นการทำงานด้านสุขภาพของประชาชนร่วมกันโดยใช้อำเภอเป็นฐาน มองทุกส่วนเครือข่ายสุขภาพในอำเภอเป็นเนื้อเดียวกัน หน่วยงานสาธารณสุข ส่วนราชการ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ซึ่งมีเป้าหมายที่จะขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของคนทั้งอำเภอ ผลผสมผสานทั้งงาน ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู เข้าด้วยกัน เน้นให้ทุกอำเภอมีการแก้ปัญหาตามบริบทโดยมีการบูรณาการทั้งเชิงปฏิบัติและเชิงบริหารจัดการ ซึ่งโรงพยาบาลอำเภอเป็นเสมือนผู้รับผิดชอบเครือข่ายทั้งหมดและรับผิดชอบสภาวะสุขภาพ

ของประชาชนทั้งอำเภอ มิใช่เพียงรับผิดชอบจัดบริการในโรงพยาบาลและเขตตำบลรอบโรงพยาบาลเท่านั้น หากแต่ต้องสนับสนุน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในด้านต่างๆที่จำเป็นให้มากที่สุด เพื่อยกระดับสุขภาพประชาชนทั้งอำเภอและเป็นผู้ประสานงานหน่วยงานเครือข่ายสุขภาพต่างๆเพื่อสร้างความเชื่อมโยงไร้รอยต่อซึ่งกันและกันโดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ไว้ 2 ข้อดังนี้ (โสภณ เมฆธน, 2555)

1) **ขั้นการพัฒนา** เป็นการประเมินตนเองตามแบบประเมินตนเองตามแบบฟอร์มบันได 5 ขั้น ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 5 ประเด็นได้แก่ 1) การมีคณะกรรมการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health System) 2) การให้คุณค่าการทำงาน (Appreciation) 3) การพัฒนาและจัดสรรทรัพยากร (Knowledge, CBL, FM) 4) การดูแลสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) และ 5) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) สำหรับการวัดผลในขั้นตอนนี้จะวัดจากความก้าวหน้าของงานเมื่อสิ้นปีงบประมาณ มีความก้าวหน้าของเนื้อหางานเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ขั้น หรืออย่างน้อยสามารถเข้าสู่ระดับ 3 ในแต่ละหัวข้อย่อย เป็นต้นไป

2) **ขั้นการประเมิน** การดำเนินโครงการหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ (One District One Project-ODOP) เป็นโครงการที่เกิดจากการมุ่งแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาหลักของพื้นที่ในหนึ่งอำเภอร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน การวัดผลในขั้นนี้จะพิจารณาจากผลลัพธ์ของโครงการว่าเป็นไปตามที่กำหนดเป้าหมายไว้หรือไม่ โดยการประเมินควรชี้ให้เห็นพัฒนาการและความเชื่อมโยงของปัจจัยสำคัญ 5 ประเด็นเช่นเดียวกับข้อ 1) ข้างต้น สำหรับตัวชี้วัดในขั้นนี้ในระดับประเทศ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดกิจกรรมสำคัญที่สอดคล้องกับนโยบาย DHS ได้แก่กิจกรรมมหกรรมอำเภอสุขภาพดีนวัตกรรมดี 878



อำเภอ (One District One Best Practice: ODOB) ขึ้นเพื่อเป็นเวทีนำเสนอผลงานด้านนวัตกรรมสุขภาพของอำเภอที่มีผลงานเป็นอำเภอต้นแบบเป็นประจำทุกปี โดยในปี 2556 ที่ผ่านมามีจำนวน 170 อำเภอที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอผลงาน (ภาริณี หงส์สุวรรณ, 2556) จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้ดำเนินการตามนโยบาย DHS มาตั้งแต่ปี 2556 โดย สสจ. ฉะเชิงเทรา เป็นผู้รับผิดชอบหลักระดับจังหวัด ดูแลรับผิดชอบ 11 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอบ้านโพธิ์ อำเภอกองเขื่อน อำเภอบางน้ำเปรี้ยว อำเภอ บางปะกง อำเภอบางคล้า อำเภอราชสาส์น อำเภอสนามชัยเขต อำเภอแปลงยาว อำเภอท่าตะเกียบ และอำเภอพนมสารคาม โดยได้ชี้แจงนโยบาย แนวทางการดำเนินการ รวมทั้งให้การสนับสนุนอำเภอนำร่องจำนวน 3 อำเภอ และได้รับคัดเลือกเป็นอำเภอต้นแบบด้าน DHS จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว อำเภอสนามชัยเขต และอำเภอบ้านโพธิ์ ส่วนอำเภอต้นแบบสุขภาพดี ที่จัดโดยกรมอนามัย ได้รับคัดเลือกเพื่อนำเสนอผลงาน 1 อำเภอคืออำเภอบางน้ำเปรี้ยว ด้วยโครงการ สุขภาพดี 80 ปียังแจ๋ว สำหรับในปี 2557 สสจ. ฉะเชิงเทรา ได้ขยายการดำเนินโครงการ DHS จากจำนวน 3 อำเภอเป็นทุกอำเภอคือ 11 อำเภอของจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อให้มีการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภออย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยได้ดำเนินการประชุมชี้แจงและแต่งตั้งคณะทำงานระบบสุขภาพอำเภอของทุกอำเภอไปแล้วตั้งแต่นั้นปี 2557 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2557)

การที่จะทราบว่าตัวชี้วัดโครงการนั้นบรรลุเป้าหมายหรือไม่ เพียงใด จำเป็นต้องใช้กระบวนการประเมินผลโครงการ ซึ่งเป็นกระบวนการที่มุ่งแสวงหาคำตอบว่านโยบายหรือแผนงานหรือโครงการใดๆ บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายหรือไม่ เพียงใด จุดมุ่งหมายของการประเมินผลโครงการ เพื่อเป็นเครื่องมือในการตัดสินใจต่อการดำเนินโครงการว่าควรจะยกเลิกหรือดำเนินต่อไปหรือปรับปรุงอะไรบ้าง เพื่อทราบความ

ก้าวหน้าของการปฏิบัติตามโครงการ เพื่อศึกษาทางเลือกในการแสวงหาทางที่ดีที่สุด และเพื่อขยายผลโครงการหากผลการปฏิบัติเป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป็นต้น โดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน แม่นตรงและเชื่อถือได้ ซึ่งได้แก่ การประเมินโครงการแบบซิป หรือ CIPP Model เป็นแนวคิดของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam et al , 2002) เป็นรูปแบบการประเมินโครงการที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นรูปแบบที่สามารถประเมินผลโครงการได้ครบองค์ประกอบที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) บริบท (Context Evaluation: C) เป็นการประเมินความจำเป็นและเหตุผลของพื้นที่และสิ่งแวดล้อม ก่อนการดำเนินการโครงการ 2) ปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation : I) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสมเพียงพอของทรัพยากร 3) กระบวนการ (Process Evaluation : P) เป็นการประเมินหาจุดบกพร่องของการดำเนินการเพื่อหาหนทางแก้ไข ปรับปรุงให้โครงการมีประสิทธิภาพมากขึ้น 4) การประเมินผลผลิต (Product Evaluation : P) เป็นการประเมินเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เพื่อพิจารณาตัดสินใจ การยุบ การเลิก หรือการขยายผลโครงการต่อไป เป็นต้น

ทีมผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านนี้เห็นความสำคัญของโครงการสุขภาพระดับอำเภอและต้องการให้ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายของโครงการสูงสุด จึงได้ประเมินผลการดำเนินโครงการพัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ของจังหวัดฉะเชิงเทราขึ้นโดยร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในจังหวัดฉะเชิงเทรา สำหรับเกณฑ์การประเมินในระยะพัฒนาจะเลือกใช้เกณฑ์บันได 5 ขั้นตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ส่วนโครงการ ODOB ใช้วิธีการ CIPP เนื่องจากเป็นโครงการที่ได้ดำเนินการจนครบกระบวนการตั้งแต่บริบทจนถึงผลผลิตจึงทำให้สามารถประเมินได้ทุกกระบวนการ การศึกษาครั้งนี้ นอกจากจะเป็นการประเมินผลสำเร็จของโครงการแล้วยังทำให้ทราบถึงแนวทางในการช่วยให้อำเภอทุกอำเภอในจังหวัดสามารถดำเนินโครงการ DHS ได้ประสบผล



สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด และอาจจะเป็นการขยายผลรูปแบบการปฏิบัติที่สำเร็จไปสู่อำเภออื่นๆ อันจะเป็นการช่วยพัฒนาสุขภาพประชาชนในภาพกว้างของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอของจังหวัดฉะเชิงเทรา ตามเกณฑ์บันได 5 ชั้น และ ด้วยวิธีการ CIPP

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอของจังหวัดฉะเชิงเทรา ตามเกณฑ์บันได 5 ชั้นและด้วยวิธีการ CIPP

ประชากร เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ DHS จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ คณะกรรมการ DHS, เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรของหน่วยงานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น, และภาคีเครือข่ายและประชาชน ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งหมดจำนวน 10,000 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ DHS ของจังหวัดฉะเชิงเทรา กำหนดขนาดตัวอย่างตามตาราง Yamane (1967, p 886) ได้จำนวน 3,698 คน ซึ่งประกอบไปด้วย 1) คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 224 คน 2) สสอ. จำนวน 11 คน 3) ผู้รับผิดชอบงาน DHS (ผู้ให้บริการ) ระดับตำบลในทุกหน่วยบริการจำนวน 231 คน 4) ตัวแทนเครือข่ายและชุมชน จำนวน 591 คน 5) คณะกรรมการผู้รับผิดชอบโครงการ ODOP จำนวน 224 คน และ 6) ประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการ ODOP จำนวน 2,417 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1) เป็นแบบสอบถามสำหรับประเมินการดำเนินงานของโครงการ DHS ตามเกณฑ์บันได 5 ชั้น ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับเกณฑ์ข้อที่ 1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ของคณะกรรมการ DHS สำหรับ สสอ.เป็นผู้ตอบแบบสอบถามเป็นรายการข้อมูลจากรายงานการประชุมของคณะกรรมการ DHS เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความสมบูรณ์ของการแต่งตั้งคณะกรรมการความสม่ำเสมอของการประชุม เป็นต้น

2) แบบสอบถามเกี่ยวกับเกณฑ์ข้อที่ 2) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ สำหรับผู้ให้บริการที่เป็นตัวแทนคณะกรรมการ DHS ของแต่ละหน่วยบริการ เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในงานที่ทำให้ผู้รับบริการ

3) แบบสอบถามเกี่ยวกับเกณฑ์ข้อที่ 3 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร สำหรับคณะกรรมการ DHS เป็นผู้ตอบ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการแบ่งปันการใช้ทรัพยากรร่วมกัน การถ่ายทอดความรู้ต่อกัน การใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกัน และเกณฑ์ข้อที่ 4 การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการเลือกปัญหาของพื้นที่มาแก้ไขได้ตรงประเด็นมีคุณภาพเพียงใด

4) แบบสอบถามเกี่ยวกับเกณฑ์ข้อที่ 5 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน สำหรับตัวแทนเครือข่ายและชุมชน เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ผู้นำชุมชนต่างๆ รวมถึงประชาชนที่เกี่ยวข้องในโครงการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับผลการดำเนินงานของโครงการ ODOP ของทุกอำเภอตามที่ได้จัดส่งโครงการให้ สสจ.ฉะเชิงเทรา เป็นการประเมินตามประเด็นสุขภาพที่อำเภอดำเนินการด้วยวิธีการ CIPP ประกอบด้วยบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของโครงการของอำเภอทั้งหมด 11 อำเภอซึ่งแต่ละอำเภอจะมีประเด็น



สุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น บางแห่งเน้นเรื่องผู้สูงอายุ บางแห่งเน้นสุขภาพจิต เป็นต้น เป็นคำถามชุดเดียวกันแต่ผู้ตอบแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่

1) แบบสอบถามการดำเนินการตามโครงการ ODOF สำหรับคณะกรรมการ DHS เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

2) แบบสอบถามการดำเนินการตามโครงการ ODOF สำหรับ ประชาชนผู้รับบริการโครงการ เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ได้เสนอโครงร่างวิจัยเพื่อพิจารณาความเหมาะสมต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขเขตเชิงเทรา เลขที่ฉษ 0032/ว 1533 และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยจะได้รับคำชี้แจงและเซ็นยินยอมก่อนการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธการให้ข้อมูลตลอดเวลาซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินการโครงการพัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพอำเภอตามเกณฑ์บันได 5 ขั้น ได้แก่

เกณฑ์ที่ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการแต่งตั้งคณะกรรมการและการทำงานของแต่ละอำเภอ พบว่า ทุกอำเภอมีเอกสารคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการชัดเจนครบทุกแห่ง ร้อยละ 100.00 แต่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่คณะกรรมการ และมีรายงานการประชุมเพียง ร้อยละ 81.82 มีการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ ร้อยละ 90.91 แต่คณะกรรมการสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม เพียงร้อยละ 81.82 นอกจากนี้ยังพบว่าคณะกรรมการมีการประเมินผลการดำเนินการเพื่อวางแผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง น้อยที่สุดคือ ร้อยละ 63.64

เกณฑ์ข้อที่ 2) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการ เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ให้บริการจากการทำงาน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ให้บริการที่เป็นตัวแทนคณะกรรมการ พบว่า ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือผู้ให้บริการรู้สึกว่าได้รับความพึงพอใจจากผู้ร่วมงาน ($\bar{X} = 3.92, S.D=0.61$) รองลงมาหัวหน้างานให้ความสำคัญต่องาน ($\bar{X} = 3.92, S.D=0.64$) หัวหน้างานเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับงาน ($\bar{X} = 3.92, S.D = 0.71$) ผู้รับบริการชื่นชมในผลงาน ($\bar{X} = 3.55, S.D = 0.62$) ได้รับคำชื่นชมจากบุคคลอื่นเกี่ยวกับงาน ($\bar{X} = 3.49, S.D = 0.64$) ตามลำดับและ รู้สึกว่าทำงานได้ผลลัพธ์ที่น่าชื่นชม ($\bar{X} = 3.47, S.D = 0.62$) เป็นลำดับสุดท้าย

เกณฑ์ข้อที่ 3) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากรร่วมกัน (Resource sharing and human development) เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคลร่วมกันของทีมงานในแต่ละอำเภอ ผลการดำเนินงานการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากรโดยรวม พบว่า ในด้านการแบ่งปันทรัพยากร พบว่า มีการจัดกิจกรรมแบ่งปันความรู้ หรือนวัตกรรมใหม่ๆ ระหว่างหน่วยงานมากที่สุด ($\bar{X} = 3.41, D = 0.41$) รองลงมา มีการแบ่งปันงบประมาณ ระหว่างหน่วยงาน ($\bar{X} = 3.18 S.D = 0.53$) และมีการมีการแบ่งปันวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระหว่างหน่วยงานน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.12 S.D = 0.70$) **ในด้านการพัฒนาบุคลากร** พบว่า มีการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวงสาธารณสุข มากที่สุด ($\bar{X} = 3.90, S.D = 0.71$) รองลงมาคือ มีการวางแผนพัฒนาบุคลากรโดยมีการจัดทำแผนพัฒนา ($\bar{X} = 3.74, S.D = 0.74$) ถัดมาคือ มีการพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลและหน่วยงาน ($\bar{X} = 3.68, S.D = 0.74$) และการใช้งบประมาณเพื่อการวิจัยหรือการพัฒนา นวัตกรรมในหน่วยงานน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.98, S.D = 0.84$)



เกณฑ์ข้อที่ 4 การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนที่ตรงกับปัญหาของพื้นที่ พบว่า มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ของหน่วยงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.88 รองลงมา เป็นความครอบคลุมของข้อมูลที่น่ามาวางแผนจัดบริการตาม DHS คิดเป็นร้อยละ 82.14 และน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายรวมทั้งข้อมูลไม่ครอบคลุม คิดเป็นร้อยละ 41.96

เกณฑ์ข้อที่ 5 ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการให้บริการทางสุขภาพของเครือข่าย ผู้นำท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และประชาชนในชุมชน พบว่า ตัวแทนเครือข่ายและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมมากที่สุด ($\bar{X} = 3.80$, S.D = 0.81) รองลงมา ได้แก่การมีโอกาสแสดงความคิดเห็นในการจัดกิจกรรม ($\bar{X} = 3.79$, S.D = 0.74) ถัดมาคือ การมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาเพื่อจัดกิจกรรม ($\bar{X} = 3.67$, S.D = 0.79) การดำเนินการร่วมกันและกำหนดนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรแต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ ($\bar{X} = 3.27$, S.D = 0.80) อปท. สนับสนุนงบประมาณบางครั้ง ($\bar{X} = 3.24$, S.D = 0.94) และการมีผลลัพธ์เป็นที่ยอมรับทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานและระดับประเทศน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.20$, S.D = 0.91)

3. ด้านผลการดำเนินงานของโครงการ ODOP เป็นการประเมินผลโครงการสุขภาพที่เป็นปัญหาหลักของพื้นที่ ซึ่งแต่ละอำเภอจะมีปัญหาไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับบริบท โดยประเมินด้วยวิธี CIPP ประกอบด้วย บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต/ผลลัพธ์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามผู้ให้ข้อมูล ได้แก่

1. การดำเนินการตามโครงการ ODOP ตามความเห็นของคณะกรรมการ DHS โดยรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านบริบทมากที่สุด ($\bar{X} = 3.80$, S.D=0.10) รองลงมา คือด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ ($\bar{X} = 3.64$, S.D=0.12)

ด้านกระบวนการ ($\bar{X} = 3.57$, S.D = 0.08) และด้านปัจจัยนำเข้า น้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.52$, S.D = 0.18)

2. การดำเนินการตามโครงการ ODOP ตามความเห็นของประชาชนผู้รับบริการโดยรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านผลผลิต/ผลลัพธ์มากที่สุด ($\bar{X} = 3.57$, S.D=0.06) รองลงมา คือด้านปัจจัยนำเข้า ($\bar{X} = 3.47$, S.D=0.08) ด้านกระบวนการ ($\bar{X} = 3.45$, S.D=0.06) และด้านบริบทน้อยที่สุด

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลการดำเนินการระบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอตามเกณฑ์บันได 5 ขั้น ดังนี้

เกณฑ์ข้อที่ 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ จากการศึกษาพบว่า มีเอกสารคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการทุกอำเภอ รวมทั้งคณะกรรมการมีการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ แต่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ การจัดทำรายงานการประชุม และการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมบางแห่งยังไม่ค่อยชัดเจน รวมถึงคณะกรรมการมีการประเมินผลการดำเนินการเพื่อวางแผนการพัฒนายังไม่ต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคลากรหรือทีมงานที่ดำเนินงานดังกล่าวขาดความรู้ความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อการทำงานเป็นทีมเครือข่ายสุขภาพอย่างเพียงพอ และอาจส่งผลให้การทำงานด้านสุขภาพของอำเภอมีปัญหาได้ สอดคล้องกับ Mitchell et.al (2012) กล่าวว่า การทำงานด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องมาจากการทำงานร่วมกันและยอมรับกันและกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและที่เกี่ยวข้องอย่างมีคุณค่า

เกณฑ์ข้อที่ 2. การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการที่เป็นตัวแทนคณะกรรมการระบบสุขภาพของแต่ละหน่วยบริการรู้สึกว่าได้รับความจริงจังจากผู้ร่วมงาน



มากที่สุด และคิดว่าหัวหน้างานให้ความสำคัญต่องานนี้ รวมทั้งหัวหน้างานเปิดโอกาสให้ตนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ บัญญัติ เลิศอาวาส (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าสถานีนอมา้ยในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพพระดบอำเภอ เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 7 ผลการศึกษาพบว่าความรู้ เจตคติต่อการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพพระดบอำเภอ และพฤติกรรมในการปฏิบัติงานในสถานีนอมา้ย มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกับหัวหน้าสถานีนอมา้ยในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพพระดบอำเภอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ให้บริการและหัวหน้าหรือผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน เป็นผู้ทำงานในพื้นที่เดียวกันมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมีโอกาสสื่อสารข้อมูลได้ทั่วถึง จึงมีผลให้เข้าใจการทำงานและรับรู้ปัญหา และสามารถช่วยแก้ปัญหาให้ผู้ได้บังคับบัญชาได้เป็นที่พอใจ ผู้ได้บังคับบัญชาจึงรู้สึกได้ว่าได้รับความจริงใจและได้รับโอกาสให้แสดงความคิดเห็นในการทำงานอย่างเต็มที่ ซึ่งการค้นพบนี้เป็นสิ่งสำคัญต่อการบริหารบุคลากรของหน่วยบริการให้คงอยู่และจูงใจให้มากขึ้นเพื่อให้เป็นแรงกระตุ้นทางบวกต่อการทำงานอันจะส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยผู้บริหารควรค้นหาปัจจัยจูงใจเพื่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรในสังกัดเพิ่มเติม สอดคล้องกับงานวิจัยของไพริน ศิริพันธ์ (2552) ได้ศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ต่อการบริการเครือข่ายบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยจูงใจในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ต่างกันส่งผลให้ระดับความพึงพอใจต่อการบริการเครือข่ายสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการยังรู้สึกทำงานได้ผลลัพธ์ที่น่าชื่นชมน้อย ทั้งคำชื่นชมจากบุคคลอื่นเกี่ยวกับงาน และผู้รับบริการชื่นชมในผลงาน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ยังเป็นการทำงานในช่วง

เริ่มต้นโครงการซึ่งยังมีผลลัพธ์ออกมาน้อยผู้รับบริการยังไม่ได้รับผลงานนั้นโดยตรง อีกทั้งบางแห่งการประชาสัมพันธ์โครงการอาจยังไม่ทั่วถึงผู้รับบริการเท่าที่ควร หากคณะกรรมการดำเนินการโครงการต่อเนื่องและเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์โครงการอีก ผลลัพธ์น่าจะมีโอกาสเข้าถึงผู้รับบริการได้มากขึ้นได้

เกณฑ์ข้อที่ 3. การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร จากการศึกษาพบว่า

คณะกรรมการระบบสุขภาพพระดบอำเภอ ให้ความสำคัญกับการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม มีการวางแผนพัฒนาบุคลากรโดยมีการจัดทำแผนพัฒนา มาก แต่มีการพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลและหน่วยงานน้อยที่สุด ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ตามแนวคิดสมรรถนะของ McClelland (1985) ที่พบว่า บุคคลจะสามารถทำงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุดนั้นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะที่ตรงกับความต้องการ ความรู้ ความสามารถ ทักษะและแรงผลักดันที่แท้จริงของบุคคลนั้นๆ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังพบว่า มีการใช้งบประมาณเพื่อการวิจัยหรือการพัฒนานวัตกรรมในหน่วยงานน้อย รวมถึงมีงานวิจัยหรือการพัฒนาวัตกรรมเกิดขึ้นในหน่วยงานน้อยเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การดำเนินการโครงการนี้ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นโครงการเนื่องจาก กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญและเริ่มโครงการทั่วประเทศ ในปี 2556 (สุรเกียรติ์ อาษานุกาภ, 2557) ซึ่งเป็นเวลาเพียง 1 ปี ก่อนการประเมินผลการศึกษาคั้งนี้ อีกทั้งงานวิจัยจะต้องใช้เวลาและการดำเนินการพอสมควรจึงไม่สามารถดำเนินการวิจัยได้เต็มรูปแบบจนกระทั่งมีผลผลิตที่เป็นนวัตกรรมทางสุขภาพชัดเจน อย่างไรก็ตามการวิจัยนับว่าเป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ในเชิงวิทยาศาสตร์และการประยุกต์ใช้ผู้บริหารจึงควรให้ความสำคัญและหาแนวทางการดำเนินการต่อเนื่องต่อไป

เกณฑ์ข้อที่ 5. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน จากการศึกษาพบว่า การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น มีการรวบรวมข้อมูลและปัญหาสุขภาพ



ในพื้นที่ความครอบคลุมของข้อมูลที่น่ามาวางแผนจัดบริการตาม DHS มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาตามบริบทพื้นที่หรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน รวมทั้งมีการจัดทำแผนงานโครงการที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ มีการพัฒนาและแก้ปัญหาตามบริบทหรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน มีการติดตามและประเมินผลการพัฒนาและการแก้ปัญหา แต่การมีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายไม่ครอบคลุม ยังมีการขยายประเด็นสุขภาพอื่นและมีการดำเนินการโครงการตามแผนน้อย นอกจากนี้ยังพบว่า คณะกรรมการ DHS มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม มีโอกาสแสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา แต่ผลลัพธ์ยังไม่เป็นที่ยอมรับ ในส่วน อปท. สนับสนุนงบประมาณบางครั้ง รวมทั้งมีการดำเนินการร่วมกันและกำหนดนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรแต่ยังไม่มีผลลัพธ์สอดคล้องกับการวิจัยของจุฑารัตน์ ผาสุก (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญอันดับแรก ที่ส่งผลให้การพัฒนาเครือข่ายการป้องกันควบคุมโรคของเครือข่ายสุขภาพประสบความสำเร็จ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของสมาชิก ซึ่งจะต้องร่วมกันตั้งแต่ ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ และร่วมติดตามประเมินผล และต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จึงจะก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบและยั่งยืนตลอดจนขยายเครือข่ายสุขภาพให้มียุทธศาสตร์ที่มีเป้าหมายเดียวกัน ดังนั้นในด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน ผู้บริหารจึงควรให้ความสำคัญการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตั้งแต่เริ่มต้นโครงการจนเสร็จสิ้นโครงการและควรมีการแต่งตั้งคณะทำงาน มอบหมายงานและชื่นชมผลงานเป็นลายลักษณ์อักษรทุกครั้งเพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

2. ผลการดำเนินงานตามโครงการ ODOP ด้วยวิธีการ CIPP แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นตามความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่

1) ผลการดำเนินการตามโครงการ ODOP ตามความเห็นของคณะกรรมการระบบสุขภาพพระดัตบอำเภอ พบว่า คณะกรรมการระบบสุขภาพพระดัตบอำเภอ คิดว่าการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมจะนำไปสู่การจัดการด้านสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืน รวมทั้งกิจกรรมของโครงการ มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับปัญหาของพื้นที่ ในส่วนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานไม่เพียงพอและเหมาะสม และการประชาสัมพันธ์ประเด็นปัญหา ยังไม่มีความชัดเจน และครอบคลุมทุกพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ นวสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์ (2558) ที่ศึกษาแรงจูงใจไฟ้สัสมฤทธิ์ของ อสม. ดีเด่นจังหวัดสระแก้ว ประจำปี 2557 พบว่า อสม. ดีเด่น พบปัญหาการเข้าไม่ถึงประชาชนจึงได้แก้ปัญหาโดยใช้วิธีการสื่อสารที่หลากหลายรูปแบบเพื่อให้สามารถสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพให้ประชาชนรับทราบได้ เช่น การออกอากาศวิทยุกระจายเสียงท้องถิ่น การเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน การสมัครเป็นผู้นำในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน การพูดคุยกับแม่ค้าในตลาด เป็นต้น

2) ผลการดำเนินการตามโครงการ ODOP ตามความเห็นของประชาชนผู้รับบริการโครงการพบว่า ประชาชนผู้รับบริการโครงการ มีความพึงพอใจในการดำเนินงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน คิดว่าประชาชนได้รับประโยชน์และได้รับการด้านสุขภาพจากการดำเนินงาน รวมถึงบุคลากรที่จะดำเนินงานในชุมชนมีความพร้อม แต่การมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาของพื้นที่น้อย คณะกรรมการ DHS ได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการที่ชัดเจนแก่ประชาชนน้อย รวมทั้งท้องถิ่นและชุมชนมีงบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยะรัตน์ กฤตยานวัช (2550) ได้ศึกษาความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของสมาชิกเครือข่าย การจัดทำแผนงาน และการได้รับรางวัลของชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมี



ส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น คณะกรรมการ DHS จึงควรให้ความสำคัญต่อการเข้าถึง ประชาชนและรับฟังความคิดเห็นของประชาชน เปิดโอกาส ให้ประชาชนมีส่วนร่วมให้มากขึ้น คณะกรรมการควรปรับ นโยบายการทำงานเป็นการทำงานเชิงรุกเพื่อมองหาปัญหา และอุปสรรคแล้วแก้ไขก่อนที่จะพบปัญหาจึงจะถือได้ว่าเป็นการทำงานที่เป็นมืออาชีพอย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ขอขอบคุณผู้บริหาร ที่มงาน สาธารณสุข คณะกรรมการ DHS และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- จุฑารัตน์ ผาสุก. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกัน ควบคุมโรค ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท*. ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาลังคม) สาขาวิชาพัฒนาลังคม คณะสังคมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นวัสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์. (2558). *แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของ อสม. ดีเด่นจังหวัดสระแก้ว ประเทศไทย*. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร. ฉบับภาษาไทย สาขาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ และศิลปะ, 35(2)
- บัญญัติ เลิศอวาาส. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าสถานีอนามัยในการจัดทำ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพระดับอำเภอ เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 7*. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ปิยะรัตน์ กฤตยานวัช. (2550). *ความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองไทย แข็งแรงของสมาชิกเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง*. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ไพริน ศิริพันธ์. (2552). *ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดตราด ต่อการบริการเครือข่ายบริการสุขภาพ*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมเพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยรำไพพรรณี.
- ภาริณี หงส์สุวรรณ. (2556). “*เรียงร้อยถ้อยคำ มหกรรมอำเภอสุขภาพดี นวัตกรรมดี 878 อำเภอ การประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ปี 2556*”. วารสารส่งเสริมสุขภาพแลอนามัยสิ่งแวดล้อม, 36(4)



รัฐบาลไทย. (2556). *กระทรวงสาธารณสุข*. ค้นได้จาก thaigov.go.th. เมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2557.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ. (มปป). รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553). *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส)*. กรุงเทพฯ

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2555). *รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ :

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).

โสภณ เมฆธน. (2555). *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง เส้นทางการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ*

อำเภอ (Road map to DHS). ค้นได้จาก phdb.moph.go.th เมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2557

สุรเกียรติ์ อชานานุกาพ. (2557). *การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) : ความเหมือนที่แตกต่าง*.

กรุงเทพฯ : สหมิตรพรินติ้งแอนพับลิชชิง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2557). *เอกสารประกอบการบรรยายการพัฒนาเครือข่าย*

สุขภาพอำเภอ. ฉะเชิงเทรา

McClelland, D.C. (1985). How Motive, Skills, and Values Determine What People Do.

American Psychologist, 40(7) : 812-825

Mitchell et al (2012). *Core Principle & value of effective Team-Based Health Care*.

[Online], Retrieved 6 May, 2015. From <http://www.iom.edu/tbc>.

Stufflebeam, D.L. and Shinkfield, A.J. (2002) *Evaluation Models Viewpoint on*

Educational and Human Service Evaluation. New York: KLUWER ACADEMIC

PUBLISHERS.

Taro Yamane. (1967). *Statistics: An Introductory Analysis*. N.Y. : Haper and Row.