

การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของประเทศไทย

The model development of disease prevention and control
by mechanism of District Health Board of Thailand

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์

ทิพย์รัตน์ สิงห์ทอง

วิไลลักษณ์ หุทธรังษะ

สมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ์

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
กรมควบคุมโรค

Pairoj Prompunjai

Thippayarat Singthong

Vilailak Haruhaspong

Somkiat Siriruttanapruk

Office of the Senior Expert Committee,
Department of Disease Control

DOI: 10.14456/dcj.2023.17

Received: November 23, 2022 | Revised: January 30, 2023 | Accepted: February 3, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา กลไกการดำเนินงานและความต้องการพัฒนาของ พชอ. ในพื้นที่ 12 อำเภอ กลุ่มอาสาสมัคร ประกอบด้วย คณะกรรมการ พชอ. คณะทำงานระดับตำบล และกลุ่มแกนนำชุมชน ซึ่งคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด ระยะที่ 2 พัฒนาหลักสูตร และทดลองใช้ในพื้นที่ 8 อำเภอ กลุ่มอาสาสมัคร ได้แก่ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และผู้แทนภาคประชาชน และระยะที่ 3 การนำหลักสูตรไปใช้ในพื้นที่ 10 อำเภอ โดยมีกลุ่มอาสาสมัคร ได้แก่ ผู้แทน สคร. สสจ. สสอ. และกลุ่มประชาชน ดำเนินการวิจัยระหว่างมีนาคม 2561 ถึง กันยายน 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และรายงานผลการดำเนินงานของ พชอ. ผลการศึกษา พบว่า คณะกรรมการ พชอ. ร้อยละ 66.7 ต้องการให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลระดับพื้นที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีกระบวนการ/เครื่องมือในการวางแผนแก้ไขปัญหา ร้อยละ 40.0 ต้องการให้ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ในระยะพัฒนาหลักสูตรและระยะนำหลักสูตรไปใช้ พบว่า ความรู้ ทักษะการบริหารแผนงาน/โครงการของทีมที่เสี่ยงระดับเขต จังหวัด และอำเภอ สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบ พบว่า ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่ มีความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรค ระดับปานกลางถึงสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ระดับพอเพียง และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และผลลัพธ์ด้านการลดโรคและปัจจัยเสี่ยง ส่วนใหญ่มีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา

ติดต่อผู้พิมพ์ : ไพโรจน์ พรหมพันธุ์

อีเมล : pairoj_2608@yahoo.com

Abstract

This research and development aimed to improve disease prevention and control by a mechanism of the District Health Board (DHB) of Thailand. The project was divided into 3 phases: 1st phase–Identifying the problem, working mechanism, and prospect of DHB in 12 districts. The volunteers were of qualifications which are District Health Board members, working staff at the sub–district level (SDHB), and community leaders. The 2nd phase–program development and pilot study in 8 districts among the volunteers who were the representatives from the Office of Disease Prevention and Control (ODPC), Provincial Public Health Office (PPHO), District Public Health Office (DPHO), and public sector. The 3rd phase–program implementation in 10 districts by the volunteers from representatives from ODPC, PPHO, and DPHO and people representatives from the studied districts between March 2018 to September 2022. The face–to–face interview, focus group discussion and performance report of DHB were adopted for program evaluation. The result demonstrates that most of the representatives from DHBs (66.7 percent) require locally data connection among related organizations. At the same amount (66.7 percent), they need guidelines or tools to be used in problem–solution planning. In addition, 40.0 percent of them require monitoring and evaluation for the operation. During the program development phase and the implementation phase, the model discovered that the knowledges and working plan/project management skills of the mentors at the district level were statistically significant increased ($p<0.001$). After the development, most of the target population has a moderate to high level of knowledge about disease prevention and control, a sufficient level of health literacy, and a moderate to high level of disease prevention and control behavior. Additionally, outcome of reducing diseases and risk factors is slightly better compared with those at the pre–development phase.

Correspondence: Pairoj Prompunjai

E–mail: paioj_2608@yahoo.com

คำสำคัญ

พัฒนารูปแบบ, การป้องกันควบคุมโรค, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

Keywords

model development, disease prevention and control, District Health Board (DHB)

บทนำ

ปัญหาสุขภาพประชาชนไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนไปเป็นปัญหาโรคไม่ติดต่อและภัยคุกคามสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยในปี 2559 มีอัตราการตาย 22.01 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 25.05 ต่อประชากรแสนคนในปี 2563 เช่นเดียวกับอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2559 พบ 12.05 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 14.22 ต่อประชากรแสนคนในปี 2563⁽¹⁾ และยังพบว่าปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต

จากการจราจรทางถนนของประเทศไทย อัตราการเสียชีวิต ปี 2560–2562 มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย เป็น 13.22, 12.55 และ 12.84 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ แต่ยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ไม่เกิน 10 ต่อแสนประชากร ภายในปี 2563⁽²⁾ นอกจากนี้โรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อมยังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน ที่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งพบว่าประเทศไทยมีปริมาณการนำเข้าสารกำจัดวัชพืช 148,979 ตัน สารกำจัดแมลง 21,601 ตัน สารป้องกันและกำจัดโรคพืช 19,923 ตัน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁽³⁾ และพบผู้ป่วยจาก

พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (toxic effect of pesticide) จำนวน 10,312 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 17.12 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มจาก ปี 2559⁽⁴⁾

จากบริบทและการเปลี่ยนแปลงของโรคและภัยคุกคามสุขภาพเหล่านี้ เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ประเทศไทยเกิดความสูญเสียด้านสังคมและเศรษฐกิจจำนวนมากในแต่ละปี จำเป็นต้องทำให้มีการขยายมิติด้านสุขภาพให้กว้างกว่าการบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นระบบสุขภาพสร้างนำซ่อมให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in all Policies) และในปี 2561 ประเทศไทยได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)⁽⁵⁾ ที่มีองค์ประกอบจากภาครัฐ เอกชน และประชาชน โดยมีวัตถุประสงค์คือสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและบูรณาการร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่แต่ละอำเภอ/เขต ด้วยกลไก พชอ./พช. ระหว่าง ปี 2561-2563 พบว่า พื้นที่ได้เลือกประเด็นเพื่อจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในกลุ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บทางถนน และผู้สูงอายุ มาเป็นอันดับ 1 ทั้ง 3 ปี (อยู่ระหว่างร้อยละ 38.50-55.00) รองลงมาคือการจัดทำโครงการในประเด็นกลุ่มการจัดการขยะ สิ่งแวดล้อม และอาหารปลอดภัย (อยู่ระหว่างร้อยละ 27.04-37.30)⁽⁶⁾

จะเห็นได้ว่าประเด็นปัญหาโรคและภัยสุขภาพเป็นประเด็นที่ พชอ. ให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ ส่วนการที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและบูรณาการทรัพยากรด้านบุคลากร เทคโนโลยี สารสนเทศ องค์ความรู้ และงบประมาณร่วมกัน⁽⁷⁾ โดยนำกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม ซึ่งถูกพัฒนาเป็นชุดความรู้จากสรุปพลเหลียมสูงเนิน และคณะ⁽⁸⁾ ตั้งแต่ปี 2551 ได้ผลสำเร็จในการแก้ไขพฤติกรรมระดับชุมชนในเรื่องการบริโภคสุรา การบริโภคอาหาร ปัญหาสิ่งแวดล้อม การลดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การจัดการขยะ และโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรัง โดยชุดความรู้ซึ่งมีพื้นฐานจากแนวคิดโปรแกรมผลลัพธ์ (Logic Model)⁽⁹⁻¹⁰⁾ มาเป็นแนวทางในการศึกษาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเด็นการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งที่ผ่านมายังมีความวิจัยสนับสนุนการขับเคลื่อนงานในลักษณะดังกล่าวค่อนข้างจำกัด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและบูรณาการทรัพยากรร่วมกันในการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของประเทศไทย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมีนาคม 2561 ถึงกันยายน 2565 แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (ปี 2561) ศึกษาสภาพปัญหา การแก้ไขปัญหา ความต้องการในการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เลือกอำเภอที่เข้าเกณฑ์ ได้แก่ 1) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. ปี 2561 ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี 2) เลือกโรคและภัยสุขภาพเป็นประเด็นแก้ไขปัญหา และ 3) คณะกรรมการ พชอ. มีมติเห็นชอบให้ดำเนินโครงการวิจัยฯ จับสลากสุ่มเลือกพื้นที่ดำเนินการตามเกณฑ์จาก 6 จังหวัดๆ ละ 2 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมือง 1 อำเภอ และอำเภอชนบท 1 อำเภอ รวม 12 อำเภอ ครอบคลุม 4 ภูมิภาค คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ประกอบด้วยคณะกรรมการ พชอ. อำเภอละ 15 คน รวม 180 คน คณะทำงานระดับตำบล อำเภอละ 35 คน รวม 420 คน และกลุ่มแกนนำชุมชน อำเภอละ 12 คน รวม 144 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง อำเภอแก่งคอย จังหวัด

สระบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์คณะกรรมการ พชอ. ด้านปัญหาของพื้นที่ แนวคิดและวิธีการแก้ไขปัญหา โครงสร้างการบริหารจัดการและกลไกการทำงาน กระบวนการ จัดทำแผนและติดตามประเมินผล และความต้องการรับการ สนับสนุนจากกรมควบคุมโรค และส่งแบบสอบถาม ด้านการรับรู้เกี่ยวกับคณะกรรมการ พชอ. ความต้องการ และความคาดหวังต่อการพัฒนาของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ให้กลุ่มคณะทำงานระดับตำบลตอบด้วยตนเอง และ สนทนากลุ่มกับตัวแทนแกนนำชุมชน ด้านความเข้าใจ/ ความคาดหวังต่อคณะกรรมการ พชอ. และวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 (ปี 2562-2563) พัฒนาชุดข้อมูล ดัชนีชี้วัดจำเป็นในการป้องกันควบคุมโรคที่เป็นปัญหา ระดับอำเภอ ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อุบัติเหตุทางถนน อาหารปลอดภัย (สารเคมีกำจัดศัตรูพืช) และการจัดการ ขยะ และหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพใน การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เลือกอำเภอที่เข้าเกณฑ์ ได้แก่ 1) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. ปี 2562 ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ 2) เป็นอำเภอที่เลือก โรคและภัยสุขภาพเป็นประเด็นแก้ไขปัญหา และ 3) คณะ กรรมการ พชอ. มีมติเห็นชอบให้ดำเนินโครงการวิจัยฯ จับสลากสุ่มเลือกพื้นที่ดำเนินการจากอำเภอที่เข้าเกณฑ์ รวม 8 อำเภอ ครอบคลุม 4 ภูมิภาค คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติ ได้แก่ 1) เป็นผู้รับผิดชอบงาน พชอ. ของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุข อำเภอ (สสอ.) 2) เป็นผู้แทนภาคประชาชน หรือภาค เอกชน ตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. ปี 2562 เพื่อเป็นพี่เลี้ยงวิชาการ จำนวน 5-7 คน ต่อ 1 อำเภอ ประกอบด้วย ผู้แทน สคร. 2 คน ผู้แทน สสจ. 1 คน ผู้แทน สสอ. 1 คน และผู้แทนภาคประชาชนหรือภาค เอกชน 1-3 คน รวม 50 คน

กระบวนการพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยง ประกอบด้วย

1. นำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาพัฒนาชุด ข้อมูลดัชนีชี้วัดจำเป็นในการป้องกันควบคุมโรคที่เป็น

ปัญหาระดับอำเภอ และหลักสูตรพัฒนาศักยภาพ บุคลากรระดับพื้นที่เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ประกอบด้วย หน่วยการเรียนรู้ 8 หน่วย ได้แก่ 1) แนวคิด การพัฒนาคุณภาพชีวิต 2) ระบบข้อมูลเพื่อการวางแผน 3) การกำหนดปัญหา การวิเคราะห์สาเหตุปัญหา และ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 4) การกำหนดระดับ ผลลัพธ์ 5) การวิเคราะห์กิจกรรมและภาคีเครือข่าย ดำเนินงาน 6) โปรแกรมผลลัพธ์ บันไดผลลัพธ์ การติดตาม ประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา 7) การจัดทำ โครงการ และ 8) การนำไปสู่การปฏิบัติ กิจกรรมใน หลักสูตรประกอบ ด้วยการบรรยายฝึกปฏิบัติ และนำเสนอ เพื่อให้วิทยากรให้คำแนะนำเพิ่มเติม

2. พัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงตามหลักสูตรฯ จำนวน 2 ครั้ง โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 หน่วยการเรียนรู้ที่ 1-2 จำนวน 2 วัน หลังจากเก็บข้อมูล ก่อนการพัฒนา และครั้งที่ 2 หน่วยการเรียนรู้ที่ 3-8 จำนวน 3 วัน โดยจัดห่างจากครั้งแรก 1 เดือน

3. ทีมพี่เลี้ยงนำหลักสูตรไปประยุกต์ใช้ในการ จัดทำแผนงาน/โครงการตามประเด็นปัญหาของพื้นที่

4. ทีมพื้นที่เสนอแผนงาน/โครงการเพื่อขอ อนุมัติแหล่งทุนต่าง ๆ

5. ทีมพื้นที่ดำเนินงานตามรูปแบบ/แผนงาน โครงการ ซึ่งทีมวิจัยและทีมพี่เลี้ยงจะติดตามและให้คำ ชี้แนะ (Coaching) และจัดเวทีสะท้อนกลับ (Reflection) จากผู้มีส่วนสนับสนุนในโครงการ จำนวน 2 ครั้ง ห่างจาก ประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่สอง เป็นเวลา 2 และ 3 เดือน ตามลำดับ

ผู้วิจัยประเมินผลการพัฒนาศักยภาพโดยให้ กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้การจัดทำแผนงาน/ โครงการ และทักษะการบริหารแผนงาน/ โครงการ แบบ ประเมินความเข้าใจ แบบประเมินการประยุกต์ใช้ แบบ ประเมินความพึงพอใจต่อหลักสูตรฯ และแบบประเมิน การเปลี่ยนแปลงของชุมชน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test เพื่อใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนน

เฉลี่ยด้านความรู้และทักษะการบริหารแผนงาน/โครงการ ก่อนและหลังการพัฒนา

ระยะที่ 3 (ปี 2564-2565) ขยายผลการนำ หลักสูตรไปใช้พัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคและ ประเมินผลลัพธ์การพัฒนา เลือกอำเภอที่เข้าเกณฑ์ได้แก่ 1) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ. ปี 2564 ตามระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรีฯ 2) เป็นอำเภอที่เลือกโรคและ ภัยสุขภาพตามชุดข้อมูลดัชนีชี้วัดจำเป็นที่เป็นปัญหา ระดับอำเภอ อย่างน้อยอำเภอละ 1 ประเด็น ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อุบัติเหตุทางถนน อาหารปลอดภัย (สารเคมีกำจัดศัตรูพืช) การจัดการขยะ และโรคติดต่อ ไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากเป็นปัญหาในระดับประเทศ และ 3) คณะกรรมการ พขอ. มีมติเห็นชอบให้ดำเนิน โครงการวิจัยฯ จับสลากสุ่มเลือกพื้นที่ดำเนินการ จากอำเภอที่เข้าเกณฑ์ รวม 10 อำเภอ โดยกลุ่มตัวอย่าง จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มพี่เลี้ยงวิชาการ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ได้แก่ 1) เป็นผู้รับผิดชอบงาน พขอ. ของ สคร. 2) เป็นผู้รับผิดชอบงาน พขอ. ของ สสจ. และ 3) เป็นผู้รับผิดชอบงาน พขอ. ของ สสอ. เพื่อ เป็นพี่เลี้ยงวิชาการ จำนวน 5 คน ต่อ 1 อำเภอ ประกอบด้วย ผู้แทน สคร. 2 คน ผู้แทน สสจ. 1 คน และผู้แทน สสอ. 2 คน รวม 50 คน

2. กลุ่มประชาชนทั่วไป

ศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนารูปแบบฯ ด้านความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม ป้องกันควบคุมโรค 5 ประเด็นโรคและภัยสุขภาพ ได้แก่ โรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อุบัติเหตุทางถนน อาหารปลอดภัย (สารเคมีกำจัดศัตรู พืช) และการจัดการขยะ ของประชาชนในพื้นที่ระดับ อำเภอ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง⁽¹¹⁾ ดังนี้

$$= \frac{z_{\alpha}^2 P(1 - P)}{d^2}$$

เมื่อ n จำนวนตัวอย่างต่ออำเภอ

z ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติ มาตรฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha=0.05/2$) มี ค่าเท่ากับ 1.96

P ค่าสัดส่วนของประชากรที่มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคใน 5 ประเด็น โรคและภัยสุขภาพ เท่ากับ 0.48⁽¹²⁾

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ (ในที่นี้กำหนดค่าเท่ากับ 0.10)

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างข้างต้น ได้กลุ่ม ตัวอย่างสูงสุดจำนวน 96 คนต่ออำเภอ เพื่อป้องกันกลุ่ม ตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเก็บตัวอย่าง เพิ่มเป็น 100 คนต่ออำเภอ รวมทั้งสิ้นจำนวน 1,000 คน ทั้งนี้เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยทั้ง 10 อำเภอ โดยแต่ละพื้นที่นำรายชื่อผู้ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก แล้วให้มีเลขกำกับทุกรายชื่อและจับสลาก จนได้ขนาด ตัวอย่างครบตามความต้องการ

กระบวนการขยายผลการใช้หลักสูตรและ ประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการเช่นเดียวกับระยะที่ 2 และ เพื่อให้ทราบผลลัพธ์การพัฒนา ผู้วิจัยจึงได้มีการเก็บ ข้อมูลในกลุ่มพี่เลี้ยงวิชาการ โดยใช้แบบทดสอบความรู้ การจัดทำแผนงาน/โครงการ และทักษะการบริหาร แผนงาน/โครงการในระยะที่ 2 และกลุ่มประชาชนเก็บ รวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบความรู้ แบบประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคตามประเด็นปัญหาของ พื้นที่ และเก็บข้อมูลผลลัพธ์ตามประเด็นปัญหาของพื้นที่ ปี 2561-2565⁽¹³⁻¹⁸⁾ โดยวัดผลลัพธ์ประเด็นโรคละ 2 อำเภอ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอัตรา

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา กลไกการดำเนินงาน และความต้องการพัฒนา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1 พบว่าคณะกรรมการ พขอ. มากกว่าสองในสาม (ร้อยละ 68.8) เป็นเพศชาย มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.4)

มีอายุ 41–50 ปี มีอายุเฉลี่ย 45.82 ปี (SD=5.14) ร้อยละ 75.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และร้อยละ 79.4 มีบทบาทหน้าที่ หรือประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชุมชน

2. การศึกษาสภาพปัญหา กลไกการดำเนินงาน และความต้องการพัฒนาของ พขอ. พบว่า ปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ ลำดับที่ 1 เป็นปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 53.6 ลำดับที่ 2 ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 33.3 และลำดับที่ 3 ปัญหาโรคติดต่อทั่วไปแบบเฉียบพลัน/โรคประจำถิ่น/โรคอุบัติใหม่ ร้อยละ 31.1 สำหรับปัญหาของพื้นที่ที่ พขอ. นำมาจัดทำเป็นโครงการแก้ไขปัญหาคคุณภาพชีวิตในปี 2561 มากที่สุด คือ การดูแลกลุ่มเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้เปราะบาง ร้อยละ 65.3 รองลงมา คือ การจัดการด้านขยะและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 59.4 และอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 53.5

กลไกดำเนินงานและความต้องการพัฒนาของ พขอ. พบว่าด้านโครงสร้าง พื้นที่ที่ต้องการให้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ พขอ. มากที่สุด ร้อยละ 66.7 รวมทั้งต้องการให้คณะกรรมการมีการประชุมเพื่อ

วางแผนแก้ไขปัญหในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 75.0 ด้านระบบข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการวางแผน พื้นที่ที่ต้องการให้มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลระดับพื้นที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 66.7 และต้องการให้มีกระบวนการ/เครื่องมือในการวางแผนแก้ไขปัญหาคคุณภาพชีวิตในพื้นที่ ร้อยละ 66.7 ด้านทรัพยากรทุกพื้นที่ที่ต้องการให้มีกลไกหรือกระบวนการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ เทคโนโลยี เวลา) ด้านการติดตามประเมินผล พื้นที่ที่มีความต้องการให้มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภออย่างสม่ำเสมอ และการใช้กระบวนการ/เครื่องมือในการติดตามและประเมินผลที่เหมาะสม ร้อยละ 40.0 เท่ากัน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาหลักสูตร

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการจัดทำแผนงาน/โครงการ และทักษะการใช้เครื่องมือในการจัดทำแผนงาน/โครงการของพี่เลี้ยงระยะที่ 2 (ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนา พี่เลี้ยงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการใช้เครื่องมือในการจัดทำแผนงาน/โครงการ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การจัดทำแผนงาน/โครงการ และทักษะการใช้เครื่องมือ ในการจัดทำแผนงาน/โครงการของพี่เลี้ยง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=50)

Table 1 Comparisons of average scores of knowledges for plans/project preparation, and skills on using tools to develop plans/projects of mentors before and after development (n=50)

ช่วงเวลาที่ประเมิน	ความรู้ในการจัดทำแผนงาน/โครงการ		ทักษะการใช้เครื่องมือในการจัดทำแผนงาน/โครงการ	
	ค่าเฉลี่ย		ค่าเฉลี่ย	
	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนการพัฒนา	18.98	2.41	35.40	5.18
หลังการพัฒนา	26.06	1.78	52.92	2.46
ผลต่าง (หลัง-ก่อน)	7.08	0.63	17.52	2.72
95% CI ของผลต่าง	(6.27–7.88)		(16.06–18.97)	
p-value*	<0.001		<0.001	

*paired t-test

2. การประเมินความเข้าใจ การประยุกต์ใช้ มีความเข้าใจ การประยุกต์ใช้และความพึงพอใจต่อหลัก
 ความพึงพอใจต่อหลักสูตรฯ และการเปลี่ยนแปลงของ
 ชุมชน ของพี่เลี้ยงระยะพัฒนาหลักสูตร 2 ครั้ง ครั้งที่ 1
 หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ (ครั้งที่ 1) และครั้งที่ 2
 หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ (ครั้งที่ 2) พบว่า พี่เลี้ยง
 ตารางที่ 2 ระดับความเข้าใจ การประยุกต์ใช้ ความพึงพอใจต่อหลักสูตรฯ และการเปลี่ยนแปลงของชุมชนหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ
 ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 (n=50)

Table 2 Levels of understanding, application, satisfaction with the curriculum, and community changes after the 1st and 2nd workshops (n=50)

ระดับ	ความเข้าใจ		การประยุกต์ใช้		ความพึงพอใจ		การเปลี่ยนแปลง ของชุมชน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งที่ 1 หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 (n=50)								
ระดับมาก	25	50.0	35	70.0	35	70.0	23	46.0
ระดับปานกลาง	24	48.0	15	30.0	15	30.0	20	40.0
ระดับน้อย	1	2.0	0	0.0	0	0.0	7	14.0
ครั้งที่ 2 หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 (n=50)								
ระดับมาก	28	56.0	32	64.0	39	78.0	33	66.0
ระดับปานกลาง	21	42.0	18	36.0	11	22.0	13	26.0
ระดับน้อย	1	2.0	0	0.0	0	0.0	4	8.0

ระยะที่ 3 ระยะขยายผล

1. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่า
 คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้การจัดทำแผนงาน/โครงการ
 และทักษะการใช้เครื่องมือในการจัดทำแผนงาน/
 โครงการของพี่เลี้ยงระยะที่ 3 ระยะขยายผล ก่อนและหลัง
 การขยายผล พบว่าหลังการขยายผล พี่เลี้ยงมีคะแนน
 เฉลี่ยความรู้ และทักษะการใช้เครื่องมือในการจัดทำ
 แผนงาน/โครงการ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 (p -value<0.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การจัดทำแผนงาน/โครงการ และทักษะการใช้เครื่องมือในการจัดทำแผนงาน/โครงการ
 ของพี่เลี้ยงระยะที่ 3 ก่อนและหลังการขยายผลพัฒนา (n=50)

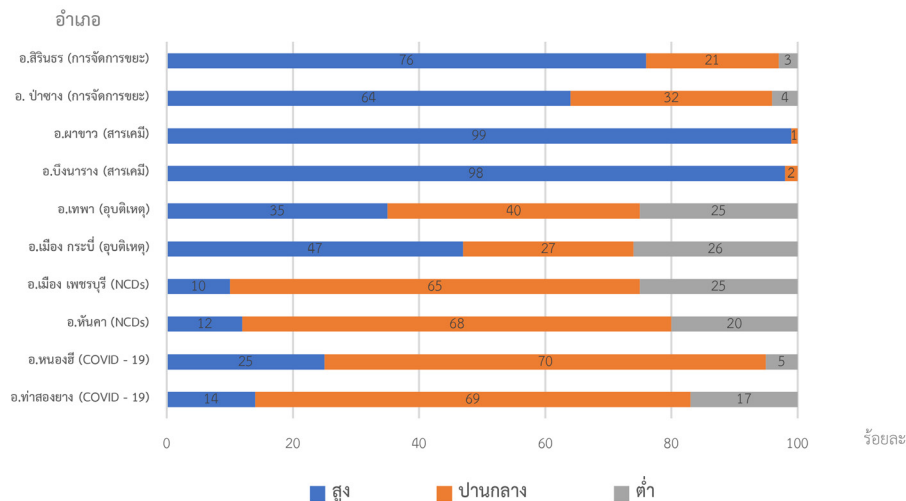
Table 3 Comparisons of mean score of knowledge on the preparation of plans/projects, and skills in using tools to prepare work plans/projects of mentor phase 3, before and after expansion phase (n=50)

ระยะการขยายผล	ความรู้ใน		ทักษะการใช้เครื่องมือในการจัด	
	การจัดทำแผนงาน/โครงการ		ทำแผนงาน/โครงการ	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนการขยายผล	18.04	2.35	35.02	5.06
หลังการขยายผล	25.62	1.94	51.92	2.38
ผลต่าง (หลัง-ก่อน)	7.22	0.41	16.09	2.68
95% CI ของผลต่าง	(6.46-7.97)		(15.44-18.35)	
p -value*	<0.001		<0.001	

*paired t-test

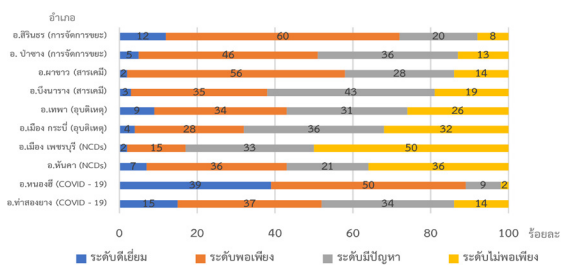
2. ระดับความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จำแนกรายประเด็น โรคและภัยสุขภาพในระยะขยายผล พบว่าประชาชนกลุ่ม เป้าหมาย ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรค ระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 40.0-99.0 ความรอบรู้

ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ระดับพอเพียง ร้อยละ 37.0-60.0 และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรค อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 37.0-84.0 (ภาพที่ 1-3)



ภาพที่ 1 ระดับความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จำแนกรายอำเภอ

Figure 1 Level of knowledge on disease prevention and control and health hazards classified by district



ภาพที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ จำแนกรายอำเภอ

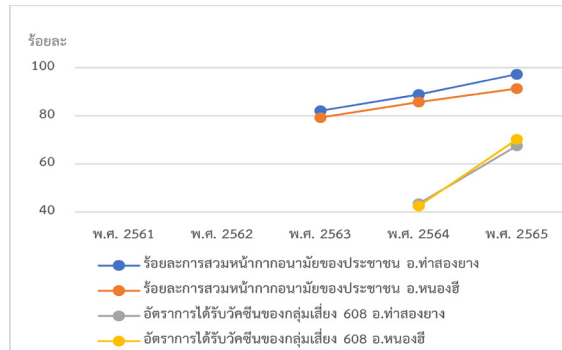
Figure 2 Levels of health literacy on disease prevention and control and health hazards classified by district

3. ผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ จากรายงานผลการดำเนินงานของ พื้นที่ขยายผล พบว่าส่วนใหญ่ผลลัพธ์ในการป้องกัน

ควบคุมโรคมีแนวโน้มดีขึ้น แต่พบว่าผลลัพธ์การป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการจัดการขยะ ยังไม่แตกต่าง (ภาพที่ 4-9)

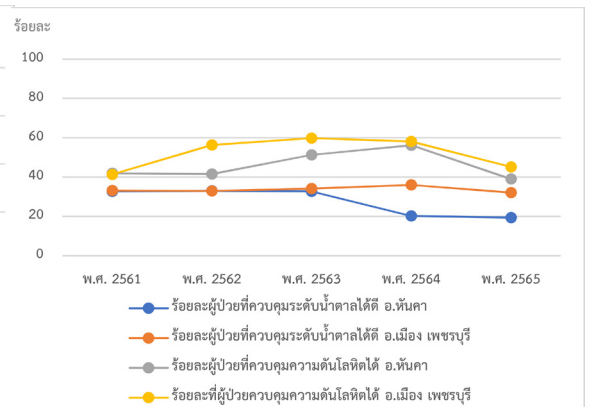
ภาพที่ 3 ระดับพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ จำแนกรายอำเภอ

Figure 3 Levels of behaviors to disease prevention and control and health hazards classified by district



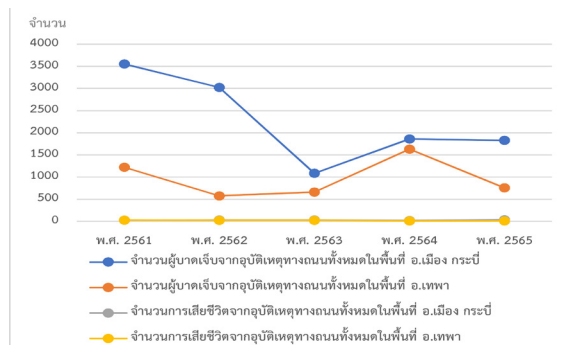
ภาพที่ 4 ผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019

Figure 4 Results of prevention and control of the coronavirus disease 2019



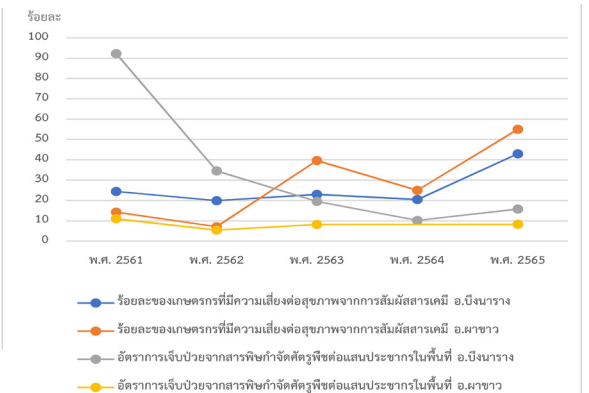
ภาพที่ 5 ผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุม
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Figure 5 Results of the prevention and control of chronic non-communicable diseases



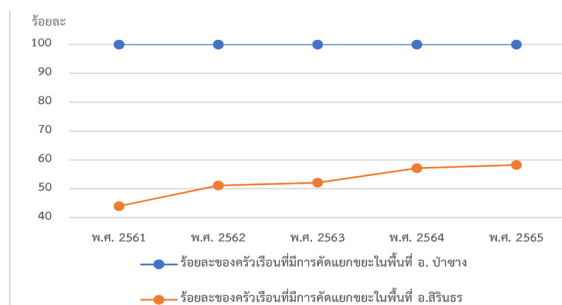
ภาพที่ 6 ผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค
ประเด็นอุบัติเหตุทางถนน

Figure 6 Results of disease prevention and control: road accident



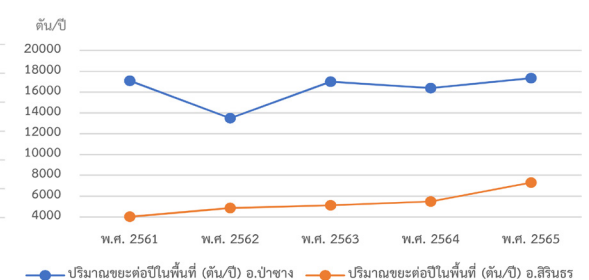
ภาพที่ 7 ผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค
ประเด็นอาหารปลอดภัย (สารเคมี)

Figure 7 Results of disease prevention and control: food safety (chemicals)



ภาพที่ 8 ผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค
และภัยสุขภาพประเด็นการจัดการขยะ (การคัดแยกขยะ)

Figure 8 Results of disease prevention and control: garbage management (garbage sorting)

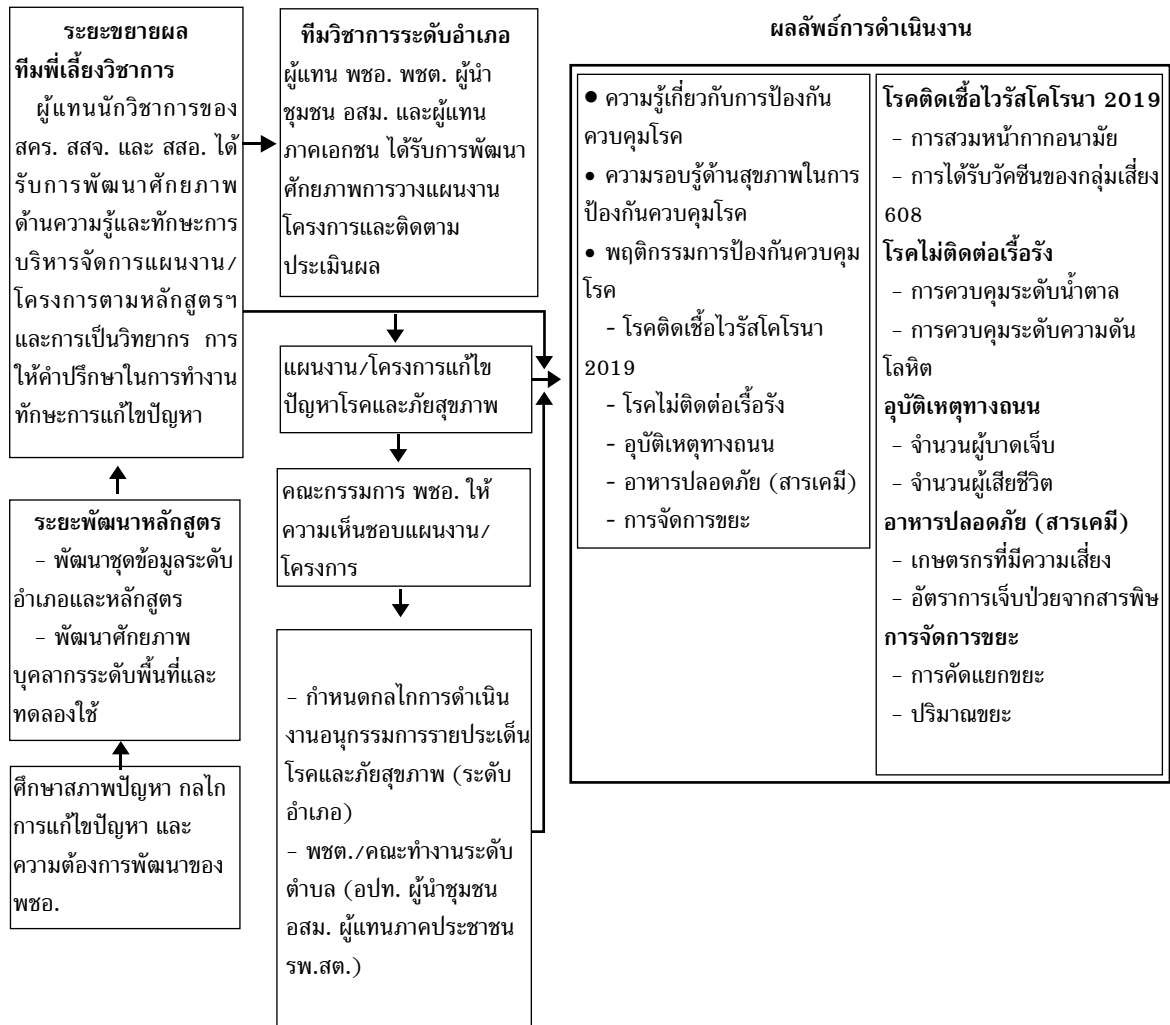


ภาพที่ 9 ผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค
และภัยสุขภาพประเด็นการจัดการขยะ (ปริมาณขยะ)

Figure 9 Results of disease prevention and control: garbage management (garbage quantity)

รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่าอำเภอเกิดกลไกการขับเคลื่อนทั้งในระดับอำเภอ ระดับตำบล และหมู่บ้าน สามารถนำมาตรการไปถึงกลุ่ม

เป้าหมายส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเกิดความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรค ดังรายละเอียดภาพที่ 10



ภาพที่ 10 รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

Figure 10 Diagram of disease prevention and control and health hazards by the mechanism of District Health Board

วิจารณ์

จากผลการศึกษา สภาพปัญหา กลไก การดำเนินงาน และความต้องการพัฒนาของ พชอ. พบว่าปัญหาโรคและภัยสุขภาพส่วนใหญ่เป็นปัญหา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัญหาอุบัติเหตุทางถนน แต่การจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาระยะแรกยังเน้นไปที่การดูแล กลุ่มเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ ส่วนปัญหาโรคและภัยสุขภาพ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่ มีเพียงปัญหาการจัดการขยะ และปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่ พชอ. ส่วนใหญ่มีแผนงาน โครงการแก้ไขปัญหานั้นอาจเนื่องจากในช่วงเริ่มต้น ของการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่า ด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต จะเน้นไปที่ การเร่งรัดแก้ไขปัญหาก็ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ของประชาชนโดยเน้นการสงเคราะห์ช่วยเหลือเพื่อให้ สามารถดำรงชีพอยู่ได้ ส่วนปัญหาการจัดการขยะและ อุบัติเหตุทางถนน อาจเนื่องมาจากเป็นปัญหาที่ต้องมี การบูรณาการแก้ไขปัญหาลหลายหน่วยงาน พชอ. จึงเลือก จัดทำโครงการแก้ไขปัญหาลเหล่านี้ก่อน ซึ่งสอดคล้องกับ รายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพวิถีชีวิตไทย⁽⁶⁾ ผลการศึกษายังพบว่าความต้องการ พัฒนาของ พชอ. ส่วนใหญ่ต้องการให้มีกระบวนการ วางแผน ติดตามประเมินผลที่สม่ำเสมอและเชื่อมโยงฐาน ข้อมูลระดับพื้นที่เพื่อใช้ในการวางแผน และพบว่าสิ่งที่ พื้นที่ต้องการให้กรมควบคุมโรคสนับสนุนมากที่สุด คือ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ ทั้งนี้เนื่องจาก ในช่วงเริ่มต้นของการจัดตั้ง พชอ. ตามระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรี คณะกรรมการ พชอ. ที่จัดตั้งขึ้นตาม ระเบียบดังกล่าว ต้องการให้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ของคณะกรรมการให้ชัดเจน และกำหนดแผนงาน และ เป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสม กับสภาพปัญหาในพื้นที่ ดังนั้นพื้นที่จึงต้องการพัฒนาระบบข้อมูล การวางแผนงาน และติดตามประเมินผลที่ ชัดเจนและเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กานต์ชัยพิสิฐ คงเสถียรพงษ์ และศิวิไลซ์ นวรัตน์วิจิตร⁽⁷⁾ ที่พบว่าควรมีการเพิ่มศักยภาพทีมคณะกรรมการพัฒนา สุขภาพระดับอำเภอและทีมอนุกรรมการพัฒนาสุขภาพ

ระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง เช่น ทักษะการบริหารองค์กร ทักษะการวางแผนและประเมินผล และสุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีความเข้าใจเรื่องการจัดการและใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อ การรายงานในระดับหน่วยงานมากกว่าการใช้ข้อมูลเพื่อ การวางแผนแก้ไขปัญหาลในระดับพื้นที่

การที่ พชอ. จะวางแผนแก้ไขปัญหาลให้เหมาะสม กับสภาพปัญหาในพื้นที่และเกิดผลลัพธ์ได้นั้น จำเป็น ต้องใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนและติดตาม ประเมินผลเพื่อปรับปรุงมาตรการที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ การดำเนินงาน ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงได้นำผลการศึกษาใน ระยะที่ 1 มาพัฒนาชุดข้อมูลดัชนีชี้วัดจำเป็นในการ ป้องกันควบคุมโรคที่เป็นปัญหาระดับอำเภอ และหลักสูตร พัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับพื้นที่เพื่อสนับสนุนการ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตประชาชน ผลการศึกษา พบว่าในระยะทดลอง หลักสูตร พี่เลี้ยงที่ได้รับการพัฒนามีความรู้ และทักษะ ในการใช้เครื่องมือในการจัดทำแผนงาน/โครงการ สูงกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญ และนอกจากนี้ ยังพบว่า พี่เลี้ยงมีความเข้าใจ ประยุกต์ใช้ได้ และ พึงพอใจต่อความรู้ที่ได้รับอยู่ในระดับมากทั้ง 2 ครั้ง รวมทั้งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการแก้ไขปัญหาล ในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นจาก การมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญในส่วนกลาง และผู้แทน ของพื้นที่ในการออกแบบหลักสูตรที่ตอบสนองความ ต้องการของพื้นที่ รวมถึงมีการฝึกปฏิบัติทำให้เกิดทักษะ ในการนำเครื่องมือที่ได้เรียนรู้จากการอบรมไปใช้ปฏิบัติ ได้จริงในพื้นที่ และได้รับการสอนแนะ (Coaching) รวมทั้ง ให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญในระหว่างการนำหลักสูตร ไปทดลองใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรพล เหลี่ยมสูงเนิน และคณะ⁽⁸⁾ และนงลักษณ์ พะโกยะ และ คณะ⁽²⁰⁾

ในระยะขยายผล พี่เลี้ยงวิชาการที่ได้รับการ พัฒนาความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือในการ วางแผนงาน/โครงการสูงกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัย สำคัญ เช่นเดียวกับพี่เลี้ยงในระยะพัฒนาหลักสูตร และ

ยังพบว่าในระยะขยายผลที่เลี้ยงได้นำความรู้ไปใช้ในการพัฒนาแผนงาน/โครงการในพื้นที่ขยายผล 10 พื้นที่ และในระหว่างพื้นที่อำเภอดำเนินโครงการแก้ไขปัญหามิที่เลี้ยงได้รับการสอนแนะและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ทีมที่เลี้ยงสามารถสนับสนุนวิชาการในการขับเคลื่อนแผนงานโครงการของพื้นที่อำเภอได้ ผลการพัฒนาพบว่าอำเภอเกิดกลไกการขับเคลื่อนทั้งในระดับอำเภอ ระดับตำบล และหมู่บ้าน สามารถนำมาตรการไปถึงกลุ่มเป้าหมายส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเกิดความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการควบคุมโรค และเมื่อติดตามผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ พชอ. ในพื้นที่ขยายผลพบว่า มีแนวโน้มดีขึ้นแต่อาจจะยังไม่แตกต่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหลักสูตรการวางแผนที่ใช้ในการพัฒนาที่เลี้ยงได้นำแนวคิดโปรแกรมผลลัพธ์ (Logic Model) มาเป็นกรอบในการพัฒนา โดยการใช้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสาเหตุของปัญหาในพื้นที่ ทำให้กิจกรรมแก้ไขปัญหานำเน้นการแก้ที่สาเหตุของปัญหา รวมทั้งเกิดกลไกขับเคลื่อนทั้งในระดับอำเภอที่เป็นผู้กำหนดนโยบายระดับพื้นที่ และมีจุดจัดการระดับตำบลที่ขับเคลื่อนโดย พชต. ที่มีนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้นำในการดำเนินการ และสนับสนุนทรัพยากรทั้งบุคลากรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์มาใช้ในการดำเนินงานแก้ไขปัญห และกลไกระดับหมู่บ้านที่มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำชุมชนที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกลุ่มเป้าหมาย และในหลักสูตรการพัฒนาจะเน้นการจัดการเชิงผลลัพธ์ โดยในกระบวนการวางแผนจะกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ ที่ครอบคลุมทั้งในระดับปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ และวิเคราะห์กิจกรรมจากต้นทุนเดิมของพื้นที่ จึงส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในระยะสั้นและระยะกลาง เช่น ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการควบคุมโรค แต่ผลลัพธ์ระยะยาวอาจจะต้องใช้เวลาและมาตรการเพิ่มเติมที่นำไปสู่การลดปัญหาโรคและภัยสุขภาพและปัจจัย

เสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้ ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี โดยมีจุดเด่นในการเชื่อมโยงองค์ความรู้ที่สำคัญในระดับพื้นที่อำเภอระหว่างโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานอื่นๆ และประชาชนในพื้นที่ที่สามารถแสดง “ภาวะการนำร่วม” เพื่อร่วมกันจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่⁽³⁾ และสอดคล้องกับผู้ที่เคยศึกษาไว้⁽²¹⁻²³⁾ จากผลการศึกษาดังกล่าวพบจุดเด่นของการศึกษารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไกคณะกรรมการพชอ. ซึ่งเป็นกลไกตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี โดยการขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคผ่านกลไกดังกล่าวจะส่งผลให้การดำเนินงานครอบคลุมประชากรทั้งอำเภอ เนื่องจากขับเคลื่อนผ่านกลไกอนุกรรมการระดับอำเภอ ไปถึงกลไกระดับตำบลและหมู่บ้าน รวมทั้งการออกแบบหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับพื้นที่ที่ได้นำแนวคิดโปรแกรมผลลัพธ์ (Logic Model) มาเป็นกรอบในการพัฒนาทำให้การกำหนดผลลัพธ์มีความชัดเจนและครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ และเป็นหลักสูตรที่ใช้เป็นเครื่องมือในการจัดทำแผนงานโครงการที่เน้นการร่วมคิดจากต้นทุนของพื้นที่และหลักสูตรดังกล่าวเน้นการพัฒนาทักษะกับทีมที่เลี้ยงวิชาการที่เป็นวิทยากรและผู้หนุนเสริมการทำงานของพชอ.แต่ยังมีข้อจำกัดของการใช้หลักสูตรโดยต้องเป็นผู้ที่ต้องผ่านการอบรมครบตามระยะเวลา และต้องได้รับการสอนแนะในระหว่างการนำไปใช้โดยต้องเป็นผู้ที่มีความสนใจและให้เวลาในการเรียนรู้ ทั้งนี้ การคงความต่อเนื่องและขยายผลไปดำเนินการในพื้นที่อื่น จำเป็นต้องมีการพัฒนาทีมวิชาการของ พชอ. พชต. และอนุกรรมการให้มีความรู้และทักษะตามหลักสูตรการพัฒนาที่เลี้ยง จึงจะสามารถนำไปวางแผนแก้ไขปัญหาด้านการป้องกันควบคุมโรคที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ได้ และในการวัดผลลัพธ์การลดโรคและปัจจัยเสี่ยงอาจต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามผลหลังจากดำเนินงานตามแผนไประยะหนึ่ง

สรุป

จากผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้หลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับพื้นที่ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นร่วมกับชุดข้อมูลดัชนีชี้วัดจำเป็นระดับอำเภอในการพัฒนาที่เสี่ยงวิชาการเพื่อส่งเสริมให้ พชอ. สามารถจัดทำแผนงานโครงการที่เป็นเครื่องมือในการสร้างกลไกขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคได้จากผลการศึกษาดังกล่าวกรมควบคุมโรคและหน่วยงานระดับนโยบาย ควรส่งเสริม ผลักดันให้หน่วยงานที่รับผิดชอบการขับเคลื่อนกลไก พชอ. นำรูปแบบที่ได้พัฒนา รวมถึงหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับพื้นที่ไปใช้พัฒนาศักยภาพทีมวิชาการของ พชอ. พชต. และอนุกรรมการ รวมทั้งเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ให้เกิดกลไกขับเคลื่อนงาน โดยเฉพาะงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

แหล่งทุน

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกรมควบคุมโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และภาคประชาชน ที่เป็นพื้นที่ศึกษาวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณภาคีเครือข่ายวิชาการที่ให้คำแนะนำที่มีคุณค่า ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้จนเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control (TH). Division of Non-Communicable Disease. Number and death rate with 5 non-communicable diseases (NCD) 2016-2020 [Internet]. [cited 2022 Oct

- 18]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020> (in Thai)
2. Thailand Road Safety Observatory. Overall road traffic injuries situation, death rate per 100,000 population from 2017-2021 [Internet]. [cited 2022 Oct 18]. Available from: <http://trso.thai-roads.org/statistic/national/N-SPI-A/N-SPI-A2/N-SPI-A2-01> (in Thai)
3. Strategy and Planning Division. Office of the Permanent Secretary. Ministry of Public Health (TH). Thailand health profile 2016-2017. Nonthaburi: Strategy and Planning Division; 2019. (in Thai)
4. Department of Disease Control (TH). Bureau of Occupational and Environmental Diseases. Situation report: Diseases and health hazards from work and environment in 2017 [Internet]. [cited 2018 Oct 30]. Available from: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/situation/01_envocc_situation_60.pdf (in Thai)
5. Office of the Prime Minister (TH). Regulations of the office of the prime minister on the development of quality of life at the local level. Thai Government Gazette. No.135(54). 2018. (in Thai)
6. Office of Thailand Healthy Lifestyle Strategic Management. Office of the Permanent Secretary. Ministry of Public Health (TH). Documents for the presentation of the steering sub-committee meeting on public health system reform in health service systems, health promotion, disease prevention, Thai traditional medicine, and medical center. 2020 December 20; Nonthaburi: Office of Thailand Healthy Lifestyle Strategic Management; 2020. (in Thai)

7. Khongsateinpong K. Wanaratwichit C. District quality development committee: Challenges and development. *BCNUTJ Nurs.* 2021;13(2):275–86. (in Thai)
8. Liamsungnoen S. A model to develop health promotion management skills for local health promotion teams. The lessons learned meeting for the development skills of local health promotion teams and evaluation by action research method (ARE); 2013 Jan 30 – Feb 1; Gold (Khaoyai) Resort & SPA. Pak Chong, Nakhon Rachasima: n.p.; 2013. (in Thai)
9. Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health and Human Services. Evaluation Guide. Developing and Using a Logic Model [Internet]. 2006 [cited 2021 Aug 1]. Available from: https://www.cdc.gov/dhds/sp/evaluation_resources/guides/logic_model.html
10. Quality Improvement and Innovation Partnership. The logic model resource guide for family health teams [Internet]. 2010 [cited 2021 Aug 1]. Available from: <http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/qi/qi-rg-logic-model-1012-en.pdf>
11. Ngamjarus C. n4Studies Version 1.4.0. [Internet]. 2014 [cited 2021 Aug 1]. Available from: <https://n4studies.soft112.com/download.html>
12. U–Chupai V. Knowledge and behavior of people in waste management and quality of waste management services of Laoyao sub–district administrative organization Ban Hong district Lamphun province [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University; 2018. 182 p. (in Thai)
13. Bureau of Environmental Health. 26th A survey of health behaviors for COVID–19 prevention [Internet]. [cited 2022 Oct 19]. Available from: <https://sites.google.com/view/hia-surveillance/anamai-poll-covid>
14. Office of the Permanent Secretary (TH). MOPH Immunization center dashboard [Internet]. [cited 2022 Oct 19]. Available from: <https://cvp1.moph.go.th/dashboard/> (in Thai)
15. Ministry of Public Health (TH). Key Performance Indicator [Internet]. [cited 2022 Oct 19]. Available from: <http://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php?> (in Thai)
16. Injury Data Collaboration Center. Division of Injury Prevention. Department of Disease Control (TH). Road traffic injuries information [Internet]. [cited 2022 Oct 19]. Available from: <https://dip.ddc.moph.go.th/new/> (in Thai)
17. Local Environment Division. Department of Local Administration (TH). Information system for solid waste Management of the local administration [Internet]. [cited 2022 Oct 21]. Available from: <http://waste.dla.go.th/> (in Thai)
18. Chong Mek Subdistrict Administrative Organization (TH). Waste management and environmental Information [Internet]. [cited 2022 Oct 21]. Available from: <https://www.chongmek.go.th/> (in Thai)
19. Srivanichakorn S, Vechasuthanon K, Leesmith W, Yana T, Direkbussarakom O, Sanchai–suriya P, et al. Potential and readiness of tripartite member concerning the development of the community health system in 12 sub–districts. *JHSR.* 2009;3(3):389–401. (in Thai)
20. Pagaiya N, Hongthong P, Phetthongyok P., Kongweerakul K. Health workforce management for drive primary health care service and district health system of Thailand [Internet]. [cited 2022

- Oct 21]. Available from: <https://hrdo.org/wp-content/uploads/2019/07/HRH-primary-carereport25-7-18.pdf> (in Thai)
21. Thammakun TH, Thammakun T, Prompunjai P, Photipim M, Slawongluk T, Bell O, et al. Application of logic model on development of prevention and behavior modification model of alcohol consumption among youth (PABMACY). Interprof. J. Health Sci. 2020;27:420-31. (in Thai)
 22. Prompunjai P, Thammakun TH, Thammakun T, Pensuk P. Effectiveness of management skill development program for district leaders to prevent dengue hemorrhagic fever in health service network region 9th. Dis Control J. 2013;39:194-203. (in Thai)
 23. Sripud N, Suwanbongkot P, Phanthongrak K, Khamin M, Sopakun W. Achieving local teams to accomplish health plans in the upper northern region. LPHJ. 2020;2:46-60. (in Thai)