

**การประเมินผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ
กรณีอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี**
**Performance Evaluation of District Health System Evaluation at
Det-Udom District, Ubon Ratchathani Province**

สุวภัทร นักรู้กาลพัฒน*, นิชนันท์ สุวรรณกฎ, ยมนา ชนะนิล และ ภูษณิศา มีนาเขตร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

*Email: suvapat.n@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) จังหวัดอุบลราชธานี รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตามกรอบของ CIPP Model เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามความพึงพอใจการดำเนินงาน เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ของเจ้าหน้าที่ และผู้รับบริการ แบบสอบถามความพึงพอใจ ผู้รับบริการตามประเด็นสุขภาพที่เลือก แบบประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงาน DHS และ แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ระดับจังหวัด 5 คน ระดับอำเภอ 8 คน และระดับตำบลจำนวน 20 คน รวบรวมข้อมูล ระหว่าง ธันวาคม 2557- มิถุนายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย ด้านบริบท ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ประกอบด้วย การกำหนดบทบาทหน้าที่ ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การคัดเลือกปัญหา และพึงพอใจเฉลี่ยกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับมาก ด้านปัจจัยนำเข้า ความคิดเห็นของผู้ให้บริการ ด้านบุคลากร มีความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ต่อแผนพัฒนาบุคลากร และวิธีการพัฒนา และการแบ่งบันทรัพยากร ในระดับปานกลางประกอบด้วย ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุ อุปกรณ์ สื่อ ส่วนความคิดเห็นของผู้รับบริการ อยู่ในระดับมาก ในการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ให้บริการของเจ้าหน้าที่ และ งบประมาณ ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า มีการใช้บุคลากร อุปกรณ์ สื่อร่วมกัน แต่บุคลากร และงบประมาณไม่เพียงพอ ด้านกระบวนการ ทุกข้ออยู่ในระดับมาก ความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้รับบริการด้านที่มากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า มีการติดตามการดำเนินการโดยการเยี่ยมพื้นที่ จากฝ่ายยุทธศาสตร์ของสาธารณสุขจังหวัด ด้านผลผลิต มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับ มากทั้ง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า เกิดการ

มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เรียนรู้ร่วมกัน แต่ยังมีงบประมาณไม่เพียงพอ การเชื่อมต่อข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุม บทบาทหน้าที่ยังไม่ชัดเจนของระบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

การประเมินการต่อยอด DHS-PCA (UCARE) อยู่ในระดับ 3-4 คือมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ทบทวนประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญ ดำเนินการครอบคลุม ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากคือ การทำงานเป็นทีม และการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง ประกอบด้วย การใช้ทรัพยากรร่วมกัน และ ด้านการชมเชย และด้านการดูแลเฉพาะ

คำสำคัญ การวิจัยประเมินผล ระบบสุขภาพระดับอำเภอ อุบลราชธานี

Abstract

This mixed method research evaluated the performance of a District Health System (DHS) in Ubon Ratchathani Province by the application of the context, input, process and product (CIPP) model. Research instruments included questionnaires and qualitative interviews. Participants were drawn from three level, provincial (five persons), district (eight persons) and sub-district (20 persons). Data were collected between July 2014 and June 2015 and analyzed using descriptive percentages, averages, standard deviations, and content analysis. Results indicated that in terms of context, there was an overall high satisfaction level in regard to sets of roles, selection problems, and participation. For input, health care providers were highly satisfied with plans for personal development and resource-sharing, and had medium satisfaction with the budget and materials media. The opinions of the clients were at a high level for the provision of guidance given by the service staff, and qualitative data showed shared resources and inadequate budget. In regard to process, there was an overall high level of satisfaction of the health care providers and clients in the participation for monitoring and evaluation, and qualitative data showed involvement in the monitoring of progress and evaluation by the Strategic Department of the Provincial Public Health Department. For production, there was a level of overall satisfaction and qualitative data showed participation in tasks and learning but inadequate budget resources, data collection, and unclear roles. DHS-PCA (UCARE) in level 3-4 showed implemented systematical review assessment and repair, and mostly high satisfaction levels in team work, clients' center, and

participation, and in medium satisfaction levels in resource-sharing, appreciation, and essential care.

Keywords: Research evaluation ; District Health System ; Ubon Ratchathani

บทนำ

ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) คือ การทำงานสุขภาพโดยใช้อำเภอเป็นฐาน มองทุกส่วนในอำเภอเป็นเนื้อเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นสาธารณสุข ส่วนราชการ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายภาคประชาชน โดยมีเป้าหมายที่จะขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของคนทั้งอำเภอ ผสมผสานทำงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู เข้าด้วยกัน ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีความสำคัญที่จะรับรู้ถึงปัญหา ความต้องการ และความจำเป็นในพื้นที่ สามารถเชื่อมประสานกับระบบบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นเพื่อการส่งต่อหรือการประสานในระดับนโยบาย ขณะเดียวกันก็เป็นหน่วยกลางที่สามารถทำงานในลักษณะของการบูรณาการงานสาธารณสุขร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพในทุกระดับได้ การดำเนินงานที่อยู่บนฐานของข้อมูลปัญหาและบริบทของพื้นที่ ยึดหลักการบูรณาการและผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ส่งผลให้ประชาชนในระดับอำเภอได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง มีสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นนอกจากนี้ยังช่วยลดความซ้ำซ้อนของงาน ประหยัดทรัพยากรและลดภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขด้วย

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดตัวชี้วัดของ DHS จำนวน 2 ชั้น คือ 1) **ชั้นการพัฒนาประเมินตนเอง (Self-assessment)** ตามแบบฟอร์มบันได 5 ชั้น จะมีหัวข้อย่อย 5 ประเด็น คือ คณะกรรมการระดับอำเภอ (Unity District Health Team) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) การให้คุณค่าการทำงาน (Appreciation) การพัฒนาและจัดสรรทรัพยากร (Knowledge, CBL, FM, resource sharing and human development) การดูแลสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) การวัดผลวัดจากความก้าวหน้า โดยเมื่อสิ้นปีงบประมาณมีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ชั้น หรืออย่างน้อยระดับ 3 ในแต่ละหัวข้อย่อยขึ้นไป 2) **หนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ (One District One Project : ODOP)** เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน โดยทีมสุขภาพระดับอำเภอคัดเลือกปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัยหรือเชิงประเด็นอย่างน้อย 1 เรื่อง ร่วมกับทีมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกำหนดตัวชี้วัดร่วมกันตามความเหมาะสม มีการพัฒนาแนวทางการประเมินผล DHS โดยใช้แนวทางการประเมิน UCCARE มาเป็นแนวทางประเมิน คือ 1) Unity Team 2) Customer Focus 3) Community Participation 4) Appreciation & Human Resource 5) Resource Sharing 6) Essential Care เพื่อติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จของโครงการ

ทั้งนี้ต้องทำงานตามปัญหาของพื้นที่ในรูปแบบของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ อย่างเป็นรูปธรรม (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและทีม DHS, 2557; กรมควบคุมโรค, 2557) ประเทศไทยได้นำระบบ District health system มาใช้ในงานด้านต่าง ๆ

DHS ได้ถูกนำมาใช้ในการให้บริการสุขภาพตามประเด็นสุขภาพที่เลือก Stuffbeam (2003) มีแนวคิดในการประเมินแบบ CIPP เพื่อรวบรวมข้อมูลหรือสารสนเทศ ไปใช้ในการตัดสินใจ ซึ่งประกอบด้วยการประเมินบริบท (Context Evaluation : C) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation : I) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation : P) และการประเมินผลผลิต (Output Evaluation) ในการประเมินโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับการให้บริการสุขภาพตามประเด็น ที่เลือก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการสำรวจข้อมูลด้านการประเมิน DHS ในเขตพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ซึ่งมีภูมิประเทศที่มีความหลากหลาย ทางวัฒนธรรม และ เป็นพื้นที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม และ สังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษา เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเดชอุดม จังหวัด อุบลราชธานี ซึ่งเป็นอำเภอนำร่องในการดำเนินการด้านเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และ เป็นพื้นที่ฝึกของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการ เรียนการสอน การดำเนินกิจกรรมในชุมชน และเสนอต่อ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 10 ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินสถานการณ์การดำเนินงานเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 10 อำเภอเดชอุดม จังหวัด อุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าได้ประยุกต์กรอบแนวคิดของ Danial L. Stuffbeam (2003) ประกอบด้วย การประเมินบริบท (Context Evaluation : C) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation : I) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation : P) และการประเมินผลผลิต (Output Evaluation : P)

การทบทวนวรรณกรรม

ความหมายของ DHS

สำนักบริหารการสาธารณสุข (2557) ให้ความหมายของระบบสุขภาพอำเภอ (District health system: DHS) คือ ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกันของ ทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและ

การจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพของประชาชน เคาา แซ่หลี่ และคณะ (2557) อธิบายว่า DHS คือระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทพื้นที่ ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกัน เพื่อสุขภาพของประชาชน ธีัญญา รอดสุขและคณะ (2558) DHS คือเป็นนโยบายการทำงานสุขภาพในระดับอำเภอของกระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้อำเภอเป็นฐานมองทุกส่วนในอำเภอเป็นเนื้อเดียวกันทั้งสาธารณสุขส่วนราชการองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน โดยขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผสมผสานทั้งงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู โดยมีเป้าหมายให้เกิด “อำเภอสุขภาพ” คือ สถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น ประชาชนดูแลตนเองได้และทีมสุขภาพมีความเข้มแข็ง มีการดำเนินงานผ่านโครงการเพื่อจัดการประเด็นสุขภาพร่วมระดับอำเภอ (One District One Project: ODOP) สรุปได้ว่า District Health System: DHS คือ ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อสุขภาพของประชาชน

แนวคิดของ DHS

สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2557) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับ DHS ว่าเป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้ง โดยมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพของประชาชนผ่านโครงการ ODOP (One District One Project) เพื่อเป็นการกระตุ้นและเสริมแรงให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยใช้แนวทาง UCCARE ที่ประกอบด้วย 1) Unity Team 2) Customer Focus 3) Community Participation 4) Appreciation & Human Resource 5) Resource Sharing 6) Essential Care ซึ่ง สมจิต พรหมจันทร์ และคณะ (2558) ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้พิการอย่างเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ อำเภอนาหว้า จังหวัดสกลา โดยนำ DHS เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาในการดูแลระบบผู้พิการ ให้ครอบคลุมประเด็น 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การทำงานร่วมกัน 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 3) การทำงานจนเกิดคุณค่ากับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร และ 5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น พบว่า ประเด็นการทำงานระดับอำเภออย่างเป็นเอกภาพ (Unity District Health Team) มีการทำงานอย่างมีส่วนร่วมในการเลือกประเด็นสุขภาพระดับอำเภอ และมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยเริ่มจากท้องถิ่น ขึ้นไป

พร้อมให้คุณค่าและการเชิดชูในเครือข่าย ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอทำให้ได้รับรางวัลชนะเลิศ อีกทั้งได้มีการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน ทั้งบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณในการดำเนินงาน พร้อมทั้งได้มีการจัดการประเด็นที่มีความจำเป็นอื่นๆ ให้กับกลุ่มผู้พิการด้วย ได้แก่ เบี้ยยังชีพ อุปกรณ์ การฝึกอาชีพ กู้ยืมเงิน ฯลฯ

การประเมิน

รัตนะ บัวสนธิ์ (2540) ได้ให้ความหมายของการประเมินโครงการว่า เป็นกระบวนการรวบรวมเกี่ยวกับโครงการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ แล้วตัดสินใจให้คุณค่าต่อข้อมูลหรือโครงการดังกล่าว Freeman (1982) ระบุ การประเมินผลโครงการแบบรวบยอดเป็นการพิจารณา ว่าปัจจัยนำเข้าของโครงการ ได้รับการดำเนินการตามแผนที่วางไว้หรือไม่ และเพื่อกำหนดว่าโครงการ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือขยายผลไปในทิศทางใด สอดคล้องกับความตั้งใจหรือไม่ และ Stuffebeam & Shinkfield (1990) เห็นว่าการประเมินโครงการเป็นกระบวนการบรรยาย เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเป้าหมาย การวางแผนการดำเนินการและผลกระทบ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการตัดสินใจ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือ และเพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ของโครงการ ดังนั้น การประเมินโครงการ คือ การนำผลของโครงการ มาเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจ ในสถานการณ์ของโครงการ ตั้งแต่ ปัจจัยที่นำเข้า กระบวนการ และรวมทั้งผลลัพธ์ ที่ได้จากโครงการ ซึ่ง Stuffebeam & Shinkfield (1998) ได้เสนอกรอบแนวคิด CIPP Model ที่ประกอบด้วย C: Context คือ การประเมินสิ่งแวดล้อมหรือบริบท I: Input คือ การประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยนำเข้า P: Process คือ การประเมินกระบวนการ และ P: Product คือ การประเมินผลผลิตหรือผลงาน ที่นำมาใช้ในการประเมินผลโครงการ แสดงถึงความครอบคลุมองค์ประกอบของการประเมิน

มีผู้นำการประเมินรูปแบบของ CIPP Model มาใช้ในการประเมินระบบ DHS ได้แก่ ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้ และอัจฉรา อ่วมเครือ (2557) ได้ประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 5 โดยการใช้ CIPP Model โดย ประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) การทำงาน 3 ด้านประกอบด้วย 1) ลักษณะของพื้นที่ ความสามารถของประชาชนก่อนการมี ODOP 2) ประวัติการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ คปสอ. และ 3) เป็นส่วนของการสนับสนุนระดับจังหวัด ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากร งบประมาณ การบริหารจัดการ วัสดุอุปกรณ์ ว่าเป็นไปตามแนวทางของ DHS หรือไม่ ด้านการประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินโครงการ เพื่อหาข้อดีหรือข้อบกพร่องของการดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ตามที่กำหนดไว้ ส่วน ด้านการประเมินผลผลิต (Product evaluation) เป็นการ

ประเมินผลที่เกิดเมื่อสิ้นสุดโครงการ และขตภากร ศิริคุณ และจุฬพงศ์ ภักดิ์กุล (2557) ได้สำรวจความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่จังหวัดสกลนคร โดยการใช้การสนทนากลุ่ม และการรวบรวมข้อมูล Secondary data โดยการใช้ CIPP Model พบว่า ปัจจัยที่สนับสนุนต่อการดำเนินงานคือ การส่งเสริมให้มีโครงสร้างและการกำหนดหน้าที่ในรูปแบบของสภาอำเภอ คณะกรรมการต้องมีภาระงานที่ต่อเนื่อง และต้องมีการส่งเสริมการรับรู้ต่อปัญหาสังคม พร้อมกับกระตุ้นการตอบสนองต่อสังคม สนับสนุนอย่างเป็นระบบ ส่วนผลผลิตที่ได้จากเครือข่าย DHS นั้น เป็นโครงการที่แก้ปัญหาสุขภาพที่มาจากการสืบค้นปัญหาชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมให้การสนับสนุน จนเกิดเป็นองค์ความรู้ และนวัตกรรมใหม่ ๆ ซึ่งโดยมากมักเป็นโรคเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โดยมีการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อประเมินสถานการณ์การดำเนินการของเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 10 อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่าง ธันวาคม 2557- มิถุนายน 2558

ประชากร คือ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการในพื้นที่เครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ(District Health System: DHS) ของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 10 อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยวิธีการเจาะจง (Purposive random sampling) เพื่อให้ครอบคลุมระดับของการให้บริการและการรับบริการจำนวน 31 คน โดยแบ่งเป็น ระดับจังหวัด 5 คน ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้รับผิดชอบงาน DHS ระดับอำเภอ 8 คน ประกอบด้วย นายอำเภอหรือผู้แทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงาน DHS ของ รพ.สต. และ คณะทำงาน DHS ระดับอำเภอ ระดับตำบล 20 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงาน DHS เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ตัวแทนจากผู้รับบริการ จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือกลางของ สปสช. ที่พัฒนาโดยทีมนักวิจัยของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 4 ชุด ประกอบด้วย..

1. แบบสัมภาษณ์ทั้งโครงสร้าง โดยมีประเด็นคำถามประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานด้าน DHS การให้ความช่วยเหลือสนับสนุน กำกับ ติดตาม การเลือกประเด็นปัญหา การวางแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพ การประเมินความสำเร็จของการ

ดำเนินการ ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล (รพ.สต.)

2. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ตามความคิดเห็นของ คณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอหรือคณะอนุกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 34 ข้อ 8 ด้าน ได้แก่ ด้านเตรียมความพร้อม ด้านการสนับสนุน นิเทศ กำกับ ติดตาม ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการและโครงการ ด้านการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและโครงการ ด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ด้านเทคโนโลยี ด้านผลผลิต ด้านการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล ใช้สอบถามผู้ให้บริการระดับอำเภอและตำบล

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการตามประเด็นสุขภาพที่เลือก (ODOP) จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย การประชาสัมพันธ์โครงการ ระยะเวลาการดำเนินโครงการ ประโยชน์ที่ได้รับ การให้คำแนะนำช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่

4. แบบประเมินความก้าวหน้าของการดำเนินงาน DHS ตามเกณฑ์ UCARE (บันได 5 ขั้น) ของเครือข่ายบริการสุขภาพ ประกอบด้วย เกณฑ์จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ U: Unity district health team คือ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ C: Community participation การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน A: Appreciate การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ R: Resource Sharing and Human Development คือ การแบ่งปันทรัพยากร E: Essential การให้บริการสุขภาพในบริบทที่จำเป็น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ผ่านการตรวจสอบและทดลองใช้ที่อำเภอห้วยทับทัน ที่มีลักษณะพื้นที่ใกล้เคียงกัน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติ = 0.857 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ = 0.774 และ ค่า UCCARE = 0.893

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ผู้วิจัยได้ประสานส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล นักวิจัยได้ประสานพื้นที่ในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อขอเก็บข้อมูลการวิจัย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง และส่งกลับกับผู้วิจัย สำหรับการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก ดำเนินการโดยนักวิจัยประสานนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ในระดับต่าง ๆ ประกอบด้วย ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากกว่า 4.51	อยู่ในระดับมากที่สุด
3.51- 4.50	อยู่ในระดับมาก
2.50-3.50	อยู่ในระดับปานกลาง
1.51-2.50	อยู่ในระดับน้อย
1.00-1.50	อยู่ในระดับน้อยที่สุด

แบบประเมินความก้าวหน้าของการดำเนินงาน DHS ตามเกณฑ์ UCARE (บันได 5 ขั้น) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

- ระดับที่ 1 มีแนวทางชัดเจนในการดำเนินงาน
- ระดับที่ 2 มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ครอบคลุม
- ระดับที่ 3 คือการดำเนินการอย่างเป็นระบบมีการทบทวนประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญ รวมทั้งมีการดำเนินงานอย่างครอบคลุม
- ระดับที่ 4 คือ มีการทบทวนประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริง มีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาให้ดีขึ้น
- ระดับที่ 5 มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น สนองต่อเป้าหมาย และ พันธกิจองค์กร

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย จำแนก เป็นประเด็น ตาม CIPP Model ประกอบด้วย ประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ด้านการประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) ด้านการประเมินผลผลิต (Product evaluation) ดังนี้

ประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) อำเภอดงหลวง จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้มีทีมสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชดงหลวง เป็นโรงพยาบาลขนาด 230 เตียง ได้ยกกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปในปี พ.ศ.2558 หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดงหลวง ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 25 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 3 แห่ง โดยมีการจัดตั้งเป็นคณะกรรมการเรียกว่า "คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)" ตามที่ทางการกำหนด มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นรองประธาน มีตัวแทนจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และตัวแทนจากทุกหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมเป็นคณะกรรมการ ยังไม่มีหน่วยงานอื่นร่วมเป็นคณะกรรมการ การบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกัน วางกรอบแนวคิดและการดำเนินงาน และเป้าหมายการพัฒนาบริการสุขภาพที่เหมาะสม วางแผนและกำหนดทิศทางนโยบายในการจัดบริการสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ได้มีการวิเคราะห์ปัญหาและมีมติร่วมกันสรุปประเด็น

สุขภาพที่กำหนดร่วมกันซึ่งในการดำเนินงาน ในปี พ.ศ.2557 อำเภอเดชอุดม ได้มีการดำเนินงานของ ODOP คือ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและโรคเรื้อรัง โดยมีการประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผนร่วมกันในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยยึดแนวทางปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ (Clinical practice guideline: CPG) ซึ่งมีรูปแบบการจัดบริการคือ 1) การให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ มีจำนวน 18 แห่ง และ 2) การให้บริการโดยพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวน 10 แห่ง โดยมีความถี่ในการจัดบริการการตรวจรักษาผู้ป่วย 1-2 ครั้งต่อเดือน (สำนักสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม, 2558)

การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยนำเข้านั้นประกอบด้วย นโยบายนำมาสู่การกำหนดแผนปฏิบัติการประจำปี จำแนกได้ ดังนี้ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุ และกระบวนการดำเนินงาน ซึ่งสามารถประเมินได้จากความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ในด้านปัจจัยนำเข้า มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงความพึงพอใจต่อปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพพระระดับอำเภอตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการ (N=11 คน)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ด้านการเตรียมความพร้อม			
1. การถ่ายทอดนโยบายสู่การนำไปใช้	3.73	0.47	มาก
2. การเตรียมบุคลากรด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพพระระดับอำเภอ (DHS, ODOP)	3.90	0.54	มาก
3. การจัดสรรงบประมาณลงสู่ระบบอำเภอ	3.30	0.67	ปานกลาง
4. การจัดระบบพี่เลี้ยง/ระบบการสนับสนุนช่วยเหลือในระดับจังหวัด	3.30	0.67	ปานกลาง
5. การกำหนดสัดส่วนหรือจำนวนคณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพพระระดับอำเภอ (DHS)	4.00	0.45	มาก
6.การกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ เครือข่ายสุขภาพพระระดับอำเภอ (DHS)	4.00	0.83	มาก

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงความพึงพอใจต่อปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการ (N=11 คน)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล
7. ระดับ สปสช. เขต 10	3.40	0.52	ปานกลาง
8. ระดับจังหวัด	3.50	0.52	ปานกลาง
ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการและโครงการ			
9. วิธีการคัดเลือกปัญหา	3.80	0.70	มาก
10. การใช้ข้อมูลและปัญหาของพื้นที่	4.11	0.42	มาก
11. การมีส่วนร่วมในการจัดทำ	4.10	0.40	มาก
12. การกำหนดตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย	3.70	0.65	มาก
13. การวางแผนการใช้ทรัพยากรในการแก้ไขปัญหา	3.60	0.65	มาก
14. การจัดระบบการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล	3.70	0.65	มาก
การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและโครงการ			
15. วิธีดำเนินงาน/วิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามประเด็นที่เลือก	4.10	0.54	มาก
16. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	4.10	0.75	มาก
17. ความครอบคลุมประชากรเป้าหมาย	3.70	0.75	มาก
ด้านบุคลากร			
18. แผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล	3.70	0.79	มาก
19. วิธีการพัฒนา	3.70	0.65	มาก
20. การแบ่งปัน/การกระจายทรัพยากรบุคคล	3.60	0.50	มาก
ด้านงบประมาณ			
21. จำนวนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแต่ละโครงการตามประเด็นปัญหาสุขภาพที่เลือก	3.50	0.69	ปานกลาง

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงความพึงพอใจต่อบัณฑิตเข้าในการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการ (N=11 คน)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล
22. วิธีการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงาน ของ เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS , ODOP)	3.40	0.52	ปานกลาง
ด้านวัสดุ อุปกรณ์ สื่อ			
23. วิธีการบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ ทางแพทย์ที่ได้รับมาใช้ในการดำเนินงานของ เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	3.50	0.82	ปานกลาง
24. คู่มือ/แนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHS , ODOP) ที่นำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน	3.40	0.93	ปานกลาง
ด้านเทคโนโลยี			
25. คุณภาพของระบบฐานข้อมูลที่ใช้้อยู่ภายในระดับอำเภอ	3.90	0.54	มาก
26. ความครอบคลุมของระบบฐานข้อมูลที่ใช้้อยู่ภายใน ระดับอำเภอ	3.80	0.60	มาก
27. แผนการพัฒนาคุณภาพของระบบฐานข้อมูล	3.80	0.40	มาก
ด้านผลผลิต/ผลลัพธ์			
28. สถานะสุขภาพของประชาชนตามประเด็นสุขภาพที่ เลือกลง (ODOP)	3.60	0.90	มาก
29. ความสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของ ประชาชน	3.20	0.79	ปานกลาง
30. การทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในเครือข่าย สุขภาพระดับอำเภอ	4.00	0.54	มาก
ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในภาพรวม	3.80	0.60	มาก

จากตารางที่ 1 ความพึงพอใจต่อบัณฑิตเข้าของผู้ให้บริการในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับมาก โดยมีการใช้ข้อมูลและปัญหาของพื้นที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.11 รอง

ลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการจัดทำยุทธศาสตร์ วิธีการดำเนินงาน/ วิธีการแก้ไขปัญหา
สุขภาพตามประเด็นที่เลือก การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมีค่าเฉลี่ย 4.10 ส่วนข้อที่มีความ
พึงพอใจต่ำสุดคือ ความสามารถในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชนค่าเฉลี่ย 3.20
และรองลงมาคือ การจัดสรรงบประมาณลงสู่ระดับอำเภอ และการจัดระบบพี่เลี้ยง/ ระบบ
การสนับสนุนช่วยเหลือในระดับจังหวัด

ตารางที่ 2 แสดงความพึงพอใจต่อปัจจัยนำเข้าด้านการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพ
ระดับอำเภอตามความคิดเห็น ของผู้รับบริการ (N= 17 คน)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการและโครงการ			
1. วิธีการคัดเลือกปัญหา	4.36	0.63	มาก
2. การใช้ข้อมูลและปัญหาของพื้นที่	4.07	0.62	มาก
3. การมีส่วนร่วมในการจัดทำ	3.86	0.77	มาก
4. การกำหนดตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย	3.86	0.53	มาก
5. การวางแผนการใช้ทรัพยากรในการแก้ไขปัญหา	4.29	0.73	มาก
6. การจัดระบบการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล	4.00	0.78	มาก
การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและโครงการ			
7. วิธีดำเนินงาน/วิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามประเด็นที่เลือก	4.00	0.78	มาก
8. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	4.36	0.50	มาก
9. ความครอบคลุมประชากรเป้าหมาย	4.21	0.70	มาก
ด้านงบประมาณ			
10. จำนวนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแต่ละโครงการตาม ประเด็นปัญหาสุขภาพที่เลือก (ODOP)	3.79	0.70	มาก
11. วิธีการจัดสรรงบประมาณแต่ละโครงการตามประเด็น ปัญหาสุขภาพที่เลือก (ODOP)	3.93	0.62	มาก

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงความพึงพอใจต่อปัจจัยนำเข้าด้านการดำเนินงานของเครือข่าย
สุขภาพระดับอำเภอตามความคิดเห็น ของผู้รับบริการ (N= 17 คน)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ด้านผลผลิต/ผลลัพธ์			
12. สถานะสุขภาพของประชาชนตามประเด็นสุขภาพที่เลือก (ODOP)	4.43	0.65	มาก
13. ความสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชน	4.43	0.73	มาก
14. การทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในเครือข่าย ระดับตำบล	4.29	0.73	มาก
ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในภาพรวม	4.36	0.50	มาก

จากตารางที่ 2 ความพึงพอใจต่อปัจจัยนำเข้าด้านการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอตามความคิดเห็นของผู้รับบริการ ในภาพรวมพบว่า ความคิดเห็นทุกข้ออยู่ในระดับมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ สถานะสุขภาพของประชาชนตามประเด็นสุขภาพที่เลือก (ODOP) และความสามารถในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชน (ค่าเฉลี่ย=4.43) รองลงมาคือวิธีการคัดเลือกปัญหา และการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (ค่าเฉลี่ย=4.36) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ จำนวนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแต่ละโครงการตามประเด็นปัญหาสุขภาพที่เลือก (ODOP) (ค่าเฉลี่ย=3.79)

ข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นที่เป็นปัจจัยนำเข้า ในการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน DHS คือ การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ แผนปฏิบัติการ และเน้นการมีส่วนร่วม และร่วมรับผิดชอบ นำไปสู่การเลือกประเด็นสุขภาพ ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่าง

“จังหวัดได้มีการเตรียมความพร้อมโดยการจัดประชุมให้ความรู้ มอบหมายนโยบายในการดำเนินการด้านสุขภาพ เพื่อให้พื้นที่ได้นำไปปฏิบัติ ทำแผน ดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมและร่วมรับผิดชอบ”

“อำเภอได้มีการประชุมเพื่อรับมอบนโยบายที่ถ่ายทอดมาจากระดับจังหวัด”
ส่วนการเลือกประเด็นปัญหา ได้แก่ การร่วมมือ และใช้เครือข่ายในการดำเนินการ ดังคำกล่าว

“ในการเลือกประเด็นปัญหา เริ่มจากการวิเคราะห์ นโยบายของรัฐบาล กระทรวง

และประเด็นปัญหาในพื้นที่มาวิเคราะห์ และดำเนินการโดยมีการแถลงนโยบาย อย่างน้อย ที่สุดต้องมีการดำเนินการตาม KPI ของกระทรวง”

“ประเด็นปัญหาเริ่มจากนโยบาย และปัญหาจากพื้นที่ ได้จากการมีส่วนร่วมในการ นำเสนอ”

“การเลือกประเด็นปัญหา จะเลือกประเด็นที่มีความรุนแรง และประเด็นที่เป็น ปัญหา”

การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation)

การประเมินกระบวนการเป็นการตรวจสอบการนำแผนงานหรือโครงการไปใช้ หรือ ตรวจสอบการดำเนินการในแผนงาน โครงการ วัตถุประสงค์ที่สำคัญ โดย ในการประเมิน ได้สอบถามความพึงพอใจในการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล โดยมีรายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความพึงพอใจต่อกระบวนการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล

รายการ	4.29ระดับความพึงพอใจ		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล(N=11)			
1.การมีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล	3.70	0.60	มาก
2.วิธีการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล	3.50	0.67	มาก
3.การนำผลการติดตามความก้าวหน้าและผลการประเมินไปใช้	3.60	0.65	มาก
ความพึงพอใจเฉลี่ย	3.60	0.64	มาก
ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล (N=17คน)			
1.การมีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล	4.21	0.80	มาก
2.วิธีการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล	4.14	0.66	มาก

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงความพึงพอใจต่อกระบวนการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล

รายการ	4.29ระดับความพึงพอใจ		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล
3.การนำผลการติดตามความก้าวหน้าและผลการประเมิน ไปใช้	4.14	0.66	มาก
ความพึงพอใจเฉลี่ย	4.16	0.70	มาก

จากตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อกระบวนการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผลของผู้ให้บริการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.60) โดยการมีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย=3.70) และรองลงมาก็คือ การนำผลการติดตามความก้าวหน้าและผลการประเมินไปใช้ (ค่าเฉลี่ย=3.60)

ความพึงพอใจต่อกระบวนการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผลของผู้รับบริการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.16) โดย การมีส่วนร่วมในการประเมินมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย=4.21) รองลงมาก็คือวิธีการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล และการนำผลการติดตามความก้าวหน้าและผลการประเมินไปใช้ (ค่าเฉลี่ย=4.14)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบประเด็นที่เป็นกระบวนการ คือ 1) ร่วมกำกับติดตาม นิเทศ พร้อมให้ความช่วยเหลือ 2) แบ่งปันทรัพยากรในการดำเนินงานระหว่างเครือข่าย ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่าง

“ฝ่ายยุทธศาสตร์ ทำหน้าที่ในการกำกับติดตาม”

“สาธารณสุขอำเภอได้มีการร่วมนิเทศ กำกับติดตาม ดูแล มีส่วนร่วมในการสนับสนุนในส่วนที่เกี่ยวข้อง”

ส่วนการแบ่งปันทรัพยากรในการดำเนินงาน ได้มีการแบ่งปันทรัพยากร โดยการให้บริการเชิงรุกในพื้นที่ในการให้บริการโรคเรื้อรัง

“ได้มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ในพื้นที่บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ แพทย์ เกสเซอร์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครื่องมือการตรวจต่าง ๆ”

การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) วัตถุประสงค์หลักของการประเมินเพื่อสอบวัด ความสำเร็จสัมฤทธิ์ของโครงการ แผนงานหรือ สิ่งแทรกแซงว่าตอบสนอง บรรลุความต้องการจำเป็นของกลุ่มผู้รับผลประโยชน์หรือไม่ นอกจากนั้นปริมาณผลผลิตก็ต้องประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวังและไม่คาดหวัง (รัตนะ บัวสนธิ์, 2556) ความพึงพอใจผู้รับบริการต่อผลผลิต ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความพึงพอใจต่อผลผลิตของผู้รับบริการตามประเด็นปัญหาสุขภาพที่เลือก (ODOP) (N=14)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. การให้ข้อมูล/การประชาสัมพันธ์โครงการที่ท่านได้เข้าร่วม	4.43	0.65	มาก
2. รูปแบบ/วิธีการ/ระยะเวลาในการจัดโครงการหรือกิจกรรม	4.07	0.62	มาก
3. ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ/กิจกรรม	4.36	0.63	มาก
4. การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือ การให้บริการของเจ้าหน้าที่	4.50	0.65	มาก
5. ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ	4.21	0.70	มาก

จากตารางที่ 4 เมื่อจำแนกตามความพึงพอใจของผู้รับบริการตามประเด็นสุขภาพที่เลือก (ODOP) พบว่า ความพึงพอใจต่อผลผลิตอยู่ในระดับมากทุกข้อ (ค่าเฉลี่ย=4.21) ด้านการให้คำแนะนำ การช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.50) รองลงมาคือ การให้ข้อมูล/การประชาสัมพันธ์โครงการให้เข้าร่วม (ค่าเฉลี่ย=4.43) ส่วนด้านที่มีค่าความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ด้านรูปแบบวิธีการ ระยะเวลาในการจัดโครงการหรือกิจกรรม (ค่าเฉลี่ย=4.07)

ตารางที่ 5 แสดงแนวทางการทบทวนประเมินเพื่อพัฒนาต่อยอด DHS-PCA (N=9 คน)

เกณฑ์การประเมิน	ระดับการประเมิน										X̄	S.D.						
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5									
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%								
การทำงานเป็นทีม (Unity Team)	5	56.0						1	11.0	3	33.0	3.83	1.00					
ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Customer Focus)	5	5.60					2	22.0		2	22.0	3.67	0.87					
การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation)					5	56.0	1	11.0	1	11.0	2	22.0	3.61	0.86				
การยอมรับชื่นชม (Appreciation)			1	11.0	2	22.0	3	33.0		1	11.0		2	22.0	3.33	1.09		
การใช้ทรัพยากรร่วมกัน (Resource Development)					1	11.0	1	11.0	4	44.0		1	11.0		2	22.0	3.39	1.05
การดูแลเฉพาะ (Essential Care)					2	22.0	4	44.0		1	11.0		2	22.0	3.44	0.98		

ตารางที่ 5 แสดงแนวทางการทบทวนประเมินเพื่อพัฒนาต่อยอด DHS-PCA (N=9 คน)

จากตารางที่ 5 พบว่าการประเมินแนวทางการทบทวนประเมินเพื่อการพัฒนาต่อยอด DHS – PCA ตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการ โดยการทำงานเป็นทีม (Unity Team) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.83 รองลงมาคือ การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Customer Focus) ค่าเฉลี่ย 3.67 ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การยอมรับชื่นชม (Appreciate) ค่าเฉลี่ย 3.33 ซึ่งตามเกณฑ์การให้คะแนนของ UCARE อยู่ในระดับ 3 คือ มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีการทบทวนประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญ มีการดำเนินการครอบคลุม

ด้านผลผลิต (Product Evaluation) พบประเด็นด้านผลผลิตปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จ คือ 1) การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย 2) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วม ความภาคภูมิใจ และการเป็นเจ้าภาพร่วมกัน

“เกิดโมเดลของการแลกเปลี่ยน ในการต่อยอดมีการจัดเวทีการแลกเปลี่ยนแต่ละโซน หรือมีการจัดมหกรรม DHS ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้”

ส่วนการมีส่วนร่วม ความภาคภูมิใจ และการเป็นเจ้าภาพร่วมกันนั้น พบว่า

“ความสำเร็จในการดำเนินการคือ การมีส่วนร่วม ทำงานร่วมกัน ผลลัพธ์อาจทำการควบคุมไม่ได้ทั้งหมด แต่สิ่งสำคัญคือ ระบบ ส่วนการแก้ปัญหาคือ การใช้ข้อมูลทางวิชาการ อาจสำเร็จหรือไม่ก็ได้”

“กระบวนการทำความเข้าใจระหว่างหน่วยงาน การมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยในการทำงานให้สำเร็จ เกิดความศรัทธา ความหวัง ความอบอุ่นในชุมชนมากขึ้น ทุกคนมีบทบาท เกิดความภาคภูมิใจ เกิดความเป็นเจ้าของ เป็นเจ้าภาพร่วมกัน เรียนรู้จากกระบวนการเพื่อนำไปสู่ส่วนอื่น ๆ”

ทั้งนี้ได้มีข้อเสนอแนะที่ค้นพบที่จะนำไปสู่ความสำเร็จจากการดำเนินการคือ 1) การจัดสรรทรัพยากรมนุษย์ 2) งบประมาณ และ 3) การเชื่อมต่อข้อมูล ดังคำกล่าว

“ภาระงานมาก โครงสร้างการดำเนินการควรมีการจัดสรรให้เหมาะสม”

“พยาบาลเวชปฏิบัติที่ทำหน้าที่ในการให้บริการใน รพ.สต. ไม่เพียงพอ”

“การให้บริการนั้นทำให้ลดความคับคั่งในโรงพยาบาล”

ด้านการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงาน เนื่องจากงบประมาณในการดำเนินการไม่เพียงพอ บางแห่งได้มีการรวมกลุ่มเพื่อหารายได้ เพิ่มเติม ได้แก่ การรวมกลุ่มสถานกระเปาะจากของกาแพ

ส่วนการเชื่อมต่อข้อมูลนั้น พบว่า ยังไม่มีการเชื่อมต่อข้อมูลในแต่ละระดับ ทำให้ขาดการประสานงานอย่างเป็นระบบ ดังคำกล่าว

“ปัญหาคือการเชื่อมต่อระบบ การดำเนินการและค่าใช้จ่าย”

*“อยากให้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ในระดับประเทศ ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูล
ได้ ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง”*

“ขาดการประสานงาน การสื่อสารยังขาดประสิทธิภาพ”

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย ตามกรอบของ CIPP Model โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) (Stufflebeam, 2003) ดังนี้

บริบท (Context Evaluation)

จังหวัดอุบลราชธานี มีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานด้าน DHS คือหลังจากที่จังหวัดได้รับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ มีการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ และตัวชี้วัด ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ และให้เกิดความเชื่อมโยง และเป็นไปในทิศทางเดียวกันในทุกระดับ โดยมีการประชุมถ่ายทอดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด ซึ่งสอดคล้องกันกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ การเตรียมความพร้อมของพื้นที่ในด้านการให้ความรู้

การดำเนินการด้านการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการด้าน DHS นั้น เริ่มด้วยการให้นโยบายในระดับกระทรวงและนำสู่การปฏิบัติ โดยการถ่ายทอดนโยบาย แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง อำเภอเดชอุดม ได้เข้าร่วมการรับมอบนโยบาย DHS และนำมาดำเนินการในส่วนของอำเภอ โดย การดำเนินงานผ่านโครงการเพื่อจัดการประเด็นสุขภาพร่วมระดับอำเภอ (One District One Project: ODOP) กรอบการพัฒนากำหนดเป็นเกณฑ์บันได 5 ขั้น ใน 6 ประเด็น (UCCARE) สอดคล้องกับ รัษฎา รอดสุขและคณะ (2558) ทั้งนี้จากการตอบแบบสอบถามของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการพบว่า มีการกำหนดสัดส่วน จำนวนกรรมการ และการกำหนดบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับมากโดย

ทีมสุขภาพของอำเภอเดชอุดมนั้น ประกอบด้วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม รวมจำนวน 25 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 3 แห่ง มีการทำงานกันอย่างเชื่อมโยงกันและเป็นเอกภาพ และมีภาคีเครือข่าย คือ อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ร่วมมือกันดำเนินงานด้านสุขภาพ มีการจัดตั้งเป็นคณะกรรมการที่เรียกว่า “คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)” ตามที่ทางการกำหนด มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นรองประธานโดยมีตัวแทนจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและตัวแทนจากทุกหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมเป็นคณะกรรมการ การบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการทำงาน ร่วมกัน วางกรอบแนวคิดและการดำเนินงาน และเป้า

หมายเหตุการพัฒนาบริการสุขภาพที่เหมาะสม (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) ที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมาก และประเด็นของการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน DHS เน้นการมีส่วนร่วม และร่วมรับผิดชอบ

การทำงานในพื้นที่ชุมชนชนบท บริบทการให้บริการเน้นให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการจากปัจจัยนำเข้าที่ตอบสนองความต้องการ (Need) ปัญหา (Problem) คุณสมบัติที่มีค่า (Assets) และโอกาส (Opportunities) นั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการนำความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มาร่วมทำประชาคมหมู่บ้านจัดการสุขภาพและนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2557, 2) ซึ่งสอดคล้องกับ การวิเคราะห์เชิงคุณภาพในด้านการเลือกประเด็นปัญหา ที่มาจากพื้นที่ และได้มาจากการมีส่วนร่วมในการเสนอประเด็น จากการคัดเลือกปัญหา ในส่วนของภาคประชาชน ได้มีความพึงพอใจเฉลี่ย ด้านวิธีการคัดเลือกปัญหาอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับความพึงพอใจกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานซึ่งอยู่ในระดับมากนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของ DHS ที่เน้นการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นหลักในการดำเนินการของ DHS ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การดูแลผู้รับบริการในชุมชนต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งหลายภาคส่วน จึงทำให้ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการมีความสำคัญ ในประเด็นดังกล่าว

ปัจจัยนำเข้า (Input)

การประเมินปัจจัยนำเข้า จะเป็นสิ่งที่บอกล่วงหน้าถึงความสำเร็จ หรือความล้มเหลว หรือประสิทธิภาพของความสำเร็จเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่โครงการหรือสิ่งแทรกแซงนั้น ๆ ต้องการให้เกิด จุดมุ่งเน้นประการที่สองของการประเมินปัจจัยนำเข้า ซึ่งปัจจัยนำเข้ามีความสำคัญเป็นอย่างมากในการบอกความรับผิดชอบของผู้พัฒนาโครงการ ที่พยายามออกแบบและปรับปรุงงบประมาณใด ๆ โดยมีการพิจารณาจากเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้ ตอบสนองความต้องการ สนองตอบปัญหาขององค์กร ศักยภาพของประสิทธิภาพ ต้นทุนที่ต้องใช้ สอดคล้องกับที่มีอยู่จริง มีความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการ มีศักยภาพเพียงพอที่จะก่อให้เกิดผลกระทบภายนอกพื้นที่หนึ่ง ๆ (รัตนะ บัวสนธ์, 2556)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ปัจจัยนำเข้าที่ได้หลังจากการมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นปัญหาแล้วนั้น ได้นำมาจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี ประกอบด้วย การนำนโยบายมาสู่การกำหนดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ที่ถูกกำหนดจากหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ส่วนด้านการนำแผนยุทธศาสตร์มาสู่การปฏิบัติจริงนั้น อาจทำได้โดยการนำนโยบายมาทำแผนยุทธศาสตร์ กลยุทธ์และมาตรการ แล้วจึงทำแผนปฏิบัติการ ทั้งนี้ได้มี

การจัดสรรงบประมาณตามยุทธศาสตร์ต่าง ๆ จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ด้านบุคลากร มีการประเมินจากผู้ให้บริการพบว่า มีความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ในระดับมากต่อแผนพัฒนาบุคลากร และวิธีการพัฒนา (ค่าเฉลี่ย= 3.70 และ 3.70 ตามลำดับ) สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาบุคลากรด้านการให้บริการมีความสำคัญต่อผู้รับบริการ เห็นได้จากความพึงพอใจจากการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ การให้บริการของเจ้าหน้าที่ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย= 4.50) แต่ขัดแย้งกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่กล่าวว่า “จำนวนพยาบาลเวชปฏิบัติที่ยังไม่เพียงพอ” ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติ ตามที่สภาการพยาบาลกำหนดนั้น ต้องได้รับการอบรมเพิ่มเติมในการรักษาโรคเบื้องต้น และหลักสูตรต้องผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาล ประกอบกับมีภาระงานมาก จึงได้มีข้อเสนอ “ให้มีการจัดสรรคนให้เหมาะสมกับภาระงาน”

ด้านงบประมาณ ในการดำเนินการ ความคิดเห็นของผู้ให้บริการด้านงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรโครงการตามประเด็นปัญหา อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.50) ส่วนความคิดเห็นของผู้รับบริการด้านงบประมาณที่ได้รับจัดสรรโครงการตามประเด็นปัญหาพบว่า อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.79) จะเห็นได้ว่า ความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้รับบริการนั้น ไม่แตกต่างกันมากนัก อธิบายได้ว่าในการรับรู้ด้านการจัดสรรงบประมาณตามโครงการ ซึ่งจะเห็นได้จากการดำเนินโครงการ จะสะท้อนการใช้งบประมาณ ดังนั้นผู้รับบริการจะสามารถรับรู้ประเด็นนี้ได้เช่นกัน ส่วนวิธีการจัดสรรงบประมาณ มีความพึงพอใจระดับมาก ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การจำแนกตามยุทธศาสตร์ของโครงการ โครงการมีจำนวนมาก งบประมาณอาจไม่เพียงพอในการดำเนินการ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการด้านการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการ ประเด็นที่ได้ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การใช้ข้อมูลที่เป็นปัญหาของพื้นที่ (ค่าเฉลี่ย=4.11) รองลงมาคือ วิธีการดำเนินงาน/การแก้ปัญหาสุขภาพตามประเด็นที่เลือก และการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (ค่าเฉลี่ย=4.10) จะเห็นได้ว่า การดำเนินการที่มีส่วนร่วมนั้น จะทำให้เกิดความร่วมมืออันดีในการทำงานในการให้บริการสุขภาพในชุมชนหรือทุกระดับของการบริการ

ด้านวัสดุ อุปกรณ์ และ สื่อ ประกอบด้วย วิธีการบริหารยา เวชภัณฑ์ และ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 แต่ในการประเมินการแบ่งปันทรัพยากร (Resource sharing and human development) อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย= 4.58) ซึ่งสอดคล้องกับ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่กล่าวว่า “ได้มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ในพื้นที่บริการ” ซึ่งทรัพยากรที่ใช้ร่วมกันได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งอุปกรณ์ในการตรวจ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฯลฯ ซึ่งการคมนาคมอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรร่วมกัน และหน่วยงานที่มีสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกัน อีกทั้งได้มีการประชุมร่วมกันก่อนการดำเนินการ มีการนิเทศติดตาม

และให้การช่วยเหลือ จึงทำให้สามารถเอื้อเฟื้อกันได้

ปัจจัยนำเข้า เกิดจากการมีส่วนร่วม ในการวางแผน ทั้งด้าน แผนพัฒนาบุคลากร แผนปฏิบัติการประจำปี ซึ่งในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมาก แต่ยังมีประเด็นด้านงบประมาณในการจัดสรรที่อาจมีจำนวนที่ยังไม่เพียงพอกับความต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชิตสุภาวศ์ ทิพย์เที่ยงแท้ และอัจฉรา อ่วมเครือ (2557) ที่ปัจจัยนำเข้าด้าน งบประมาณมีความพึงพอใจอยู่ระดับปานกลาง

กระบวนการ (Process)

การประเมินกระบวนการ เป็นการตรวจสอบการนำแผนงานหรือโครงการไปใช้ หรือตรวจสอบการดำเนินการ ใช้แผนงาน โครงการ วัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้จัดการและผู้ปฏิบัติในโครงการนั้น ๆ ได้แก่ การจัดกิจกรรม การใช้บุคลากร งบประมาณ หรืออื่น ๆ (รัตนะ บัวสนธ์, 2556) ตามกระบวนการติดตามงาน ของหน่วยงานราชการได้มีการกำหนดการติดตามแผนการดำเนินการ ในแต่ละไตรมาส และให้รายงานผลการดำเนินการให้ผู้บังคับบัญชาทราบตามระบบ ในการให้บริการสุขภาพก็เช่นกัน ส่วนของระบบ DHS นั้น การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการโครงการในการดำเนินงานของแผนนั้น ได้มีการติดตาม ตามระบบ สอดคล้องกับการข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ มีการนำนโยบายมาสู่การทำแผนปฏิบัติการประจำปี และกำหนดค่าเป้าหมาย ร่วมกำกับติดตาม นิเทศ พร้อมให้ความช่วยเหลือ แบ่งปันทรัพยากรในการดำเนินงานระหว่างเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับความพึงพอใจต่อการติดตามความก้าวหน้า และการประเมินผลที่อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.50) ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง(ค่าเฉลี่ย=3.70) ส่วนของผู้รับบริการมีการประเมินในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.21) ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานของอำเภอเดชอุดม ในการเลือกประเด็นสุขภาพที่มีการดำเนินการแบบมีส่วนร่วม เรื่องโรคเรื้อรัง และได้มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทั้งด้านบุคลากร และ ด้านเวชภัณฑ์อื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชดาภร ศิริคุณ และ วุฒิพงศ์ ภักดีกุล (2557) พบว่า ปัจจัยที่ สนับสนุนต่อการดำเนินงานคือ การส่งเสริมให้มีโครงสร้างการกำหนดบทบาทหน้าที่ และการส่งเสริมการรับรู้ต่อปัญหาสังคม สนับสนุนอย่างเป็นระบบ

ผลผลิต (Product)

วัตถุประสงค์หลักของการประเมิน เพื่อสอบวัด ติดตาม และตัดสินผลสัมฤทธิ์ของโครงการ แผนงานหรือ สิ่งแทรกแซงว่าตอบสนอง บรรลุความต้องการจำเป็นของกลุ่มผู้รับผลประโยชน์หรือไม่ นอกจากนั้นการประเมินผลผลิตก็จะต้องประเมินผลลัพธ์ที่ได้ทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวัง ยิ่งไปกว่านั้น การประเมินผลผลิตยังขยายขอบเขตไปสู่การประเมินที่

เรียกว่า ผลลัพธ์ระยะยาว (รัตนะ บัวสนธิ์, 2556) ผลผลิตจากการดำเนินงานด้านสุขภาพของอำเภอเดชอุดม ด้านการให้บริการที่ประสบความสำเร็จในหลายๆ ด้าน ความพึงพอใจของประชาชนเพิ่มมากขึ้น ส่วนการประเมินความสำเร็จของตัวชี้วัดตามแผน และโครงการนั้น กระบวนการมีส่วนร่วมมีความสำคัญ ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ มีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย และร่วมหาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จคือ การมีส่วนร่วม มีบทบาทเกิดความภาคภูมิใจ เป็นเจ้าภาพร่วมกัน สอดคล้องกับความพึงพอใจในภาพรวมของการดำเนินการที่อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.80) ส่วนผู้รับบริการนั้น มีความพึงพอใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.36)

การทบทวนประเมินเพื่อการต่อยอด DHS-PSA ใน 5 ประเด็นนั้น พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์แนวทางในการให้คะแนนทาง UCARE (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน, 2557) อยู่ในระดับ 3 และ 4 คือ ดำเนินการเป็นระบบ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญ หรือมีการดำเนินการที่ครอบคลุม มีการทบทวน ประเมินปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริง และมีการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้น ตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการ โดยการทำงานเป็นทีม (Unity Team) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.83 รองลงมา คือ การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Customer Focus) เฉลี่ย 3.67 ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การยอมรับชื่นชม (Appreciate) ค่าเฉลี่ย 3.33 การให้การชื่นชมหรือรางวัล อาจเป็นอีกแนวทางในการเสริมพลังในการทำงานได้ และยังสอดคล้องกับแนวทางในการดำเนินงานด้าน UCARE

จากการประเมินเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในครั้งนี้ ตาม CIPP Model สรุปได้ว่า

1) บริบท มีการเตรียมความพร้อมโดยการประชุมเพื่อให้ความรู้ และมอบนโยบายในระดับการบริหาร กำหนดเป็นตัวชี้วัด กรอบภาระงาน แผนปฏิบัติการ โดยกำหนดเวลาในการดำเนินการ การเริ่มวิเคราะห์นโยบาย และประเด็นปัญหา นำมาเลือกประเด็นของปัญหา โดยมีส่วนร่วม

2) ปัจจัยนำเข้า มีการใช้บุคลากร อุปกรณ์ สื่อ ร่วมกัน ส่วนงบประมาณไม่เพียงพอต่อการดำเนินการ

3) กระบวนการ มีการติดตามการดำเนินการโดยการเยี่ยมพื้นที่ เมื่อมีปัญหาจะให้การช่วยเหลือ โดยมีฝ่ายยุทธศาสตร์ของสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้ดูแล

4) ผลผลิต เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เรียนรู้ร่วมกัน แต่ยังมีงบประมาณไม่เพียงพอ การเชื่อมต่อข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุม บทบาทหน้าที่ยังไม่ชัดเจนของระบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

ในการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับอำเภอ อาจมีอีกหลายปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จ ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบท ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การทำการแบบมีส่วนร่วม

เป็นจุดเด่นของพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วม และร่วมรับผิดชอบในประเด็นสุขภาพระดับต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อบริบบสุขภาพ
- 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานระบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อให้ได้ข้อมูลนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดำเนินงานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น
- 3) นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการจัดการเรียนการสอน เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. 2558. **อำเภอควบคุมโรคแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ**. [http://www.kmddc.go.th/uploads/file/Amphoe/Manual%20Amphur_58\(2\).pdf](http://www.kmddc.go.th/uploads/file/Amphoe/Manual%20Amphur_58(2).pdf). 16 พฤศจิกายน

เดชา แซ่หลี่และคณะ. 2557. **การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) District Health System(DHS) ฉบับประเทศไทย**. มูลนิธิแพथ์ชนบท ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

_____. 2557. **เสริมคุณค่าปฐภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) Primary Care Value Added with DHS**. มูลนิธิแพथ์ชนบท ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

ชตากร ศิริคุณ และวรุฬห์ ภัคติกุล. 2557. "การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ System ระดับอำเภอ (District health : DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร". **ว.พัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น** 2: 1-11.

ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้ และ อัจฉรา อ่วมเครือ. 2559. **การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District health system) ของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 5**. http://203.113.99.236/manage/ResearchDetail.php?Research_code=431. 31 มกราคม

ธัญญา รอดสุขและคณะ. 2558. **อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS/DC) ปี 2558**. <http://www.dpck5.com/DPC5/58-ManualAmphur.pdf>. 10 กรกฎาคม

รัตน์ บัวสนธิ์. 2558. **รูปแบบการประเมินCIPP และ CIPIEST มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อน และถูกต้องในการใช้**. <http://www.rattanabb.com/html/CIPP.pdf>. 13 มีนาคม .

- สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน และทีม DHS. 2558. **แนวทางการทบทวน ประเมิน เพื่อพัฒนาต่อยอด DHS-PCA.** http://www.hpc4.go.th/director/data/plan58/DHS_PCA_assess.pdf. 16 พฤศจิกายน
- สมจิต พรหมจันทร์ และคณะ. 2558. "การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการอย่างเป็นหุ้นส่วนทาง ด้านสุขภาพ". ว.เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2: 37-51.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2557. **การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ).** สำนักบริหารการสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2557. **เอกสารประกอบการตรวจราชการและการ นิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2557 จังหวัดอุบลราชธานี.** เอกสาร อัดสำเนา.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม. 2557. **รายงานการดำเนินงานอำเภอจัดการสุขภาพ ปี 2557 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม.** เอกสารอัดสำเนา.
- Stufflebeam, D. L. 2003. The CIPP model for evaluation In D. L. Stufflebeam, & T. Kellaghan, (Eds.), The international handbook of educational evaluation (Chapter 2). Boston: Kluwer Academic