

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว  
THE DEVELOPMENT OF DISTRICT HEALTH SYSTEMS ON  
THE THAILAND-LAOS BORDER

ปัญญา ยงยิ่ง

- 9 ก.ค. 2563 600๓๖๕48๙  
389037

คู่มือนี้พนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
สิงหาคม 2561  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมคุษฎีนิพนธ์ และคณะกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ ได้พิจารณา  
คุษฎีนิพนธ์ของ ปัญญา ขงย้ง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรคุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมคุษฎีนิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(อาจารย์ ดร.วันสรา เชาวน์นิยม)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(อาจารย์ ดร.พัชณา ใจดี)

คณะกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์

..... ประธาน  
(ศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล)

..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.วันสรา เชาวน์นิยม)

..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.พัชณา ใจดี)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กุหลาบ รัตนสังขกรรม)

คณะสาธารณสุขศาสตร อนุมัติให้รับคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรคุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

วันที่ 17 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561

## ประกาศคุณูปการ

คุณฐิณีพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีได้รับความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ ดร.วันสรา เชาวน์นิยม และอาจารย์ ดร.พชญา ใจดี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่มีเมตตากรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางการดำเนินการคุณฐิณีพนธ์แก่ข้าพเจ้า มาโดยตลอดทุกขั้นตอน ซึ่งท่านมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ต่อความสำเร็จของคุณฐิณีพนธ์ฉบับนี้ ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร ประธาน คณะกรรมการสอบคุณฐิณีพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย คณบดีคณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รองศาสตราจารย์ ดร.กุหลาบ รัตนสังขธรรม ประธาน กรรมการหลักสูตร ฯ รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล อาจารย์ ดร.วันสรา เชาวน์นิยม และ อาจารย์ ดร.พชญา ใจดี กรรมการสอบคุณฐิณีพนธ์

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 สาขา ที่ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับ ความคิดเห็นในการทดสอบเคลฟาย และผู้เข้าร่วมการวิจัยจากภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ชายแดนไทย-ลาว ที่ได้ให้ข้อมูลสำคัญในเวทีการสนทนากลุ่ม

ขอขอบพระคุณ พระครูภัทรธรรมคุณ, ดร.พระครูใบฎีกาทรงพล ชยมนุโท พระครู สุวัฒน์จันทโชติ และดร.ชรินทร์ เย็นใจ พร้อมครอบครัว ที่คอยห่วงใยให้การสนับสนุนอำนวยความสะดวกด้านอาหาร สถานที่พัก ในการดำเนินงานวิจัย ด้วยดีมาตลอด

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร รองศาสตราจารย์ ดร.กาสัก เต๊ะขันหมาก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อานนท์ ไชยสุริยา ที่คอยให้คำชี้แนะแนวทาง ด้านวิชาการในการวิจัย ด้วยความเอาใจใส่ห่วงใยอย่างยิ่ง และขอบคุณทีมงานกัลยาณมิตรจาก สถาบันนารายณ์เพื่อการพัฒนาจังหวัดชลบุรี ที่ได้ให้การสนับสนุนอุทิศทั้งเวลา กำลังกาย กำลังใจ เป็นทีมงานผู้ร่วมวิจัยมาโดยตลอด ทำให้การทำคุณฐิณีพนธ์ของข้าพเจ้าสำเร็จลุล่วงได้

สุดท้าย ขอขอบพระคุณครอบครัว “ตระกูลยงยิ่ง” ประกอบด้วย คุณทวด ปู่ ย่า ตา ยาย ผู้เป็นบุพการีและบูรพาจารย์ของข้าพเจ้าผู้ล่วงลับไปแล้ว ได้แก่ พ่อผั้น แม่เตาะ ยงยิ่ง พี่พัน พิมพ้งาม พี่ ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่พร้อมด้วยภรรยา บุตร สะใภ้ หลาน และเหลน ของข้าพเจ้าทุกคน ที่ห่วงใยเป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนข้าพเจ้าในทุก ๆ ด้าน ทำให้ข้าพเจ้าสามารถต่อสู้อ มีพลังใจในการทำคุณฐิณีพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ และขอขอบคุณผู้ที่ไม่ได้เอ่ยนามทั้งหมด ที่สนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินการวิจัยมาเป็นอย่างดี จึงขอขอบพระคุณ และขอบคุณอย่างยิ่ง

ปัญญา ยงยิ่ง

55810155: ส.ด. (สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต)

คำสำคัญ: การพัฒนา/ระบบสุขภาพอำเภอ/ชายแดนไทย-ลาว/หัวหน้าทีม

ปัญหา ขงยั้ง: การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว (THE DEVELOPMENT OF DISTRICT HEALTH SYSTEMS ON THE THAILAND-LAOS BORDER) คณะกรรมการควบคุมดุษฎีนิพนธ์: วสุธร ตันวัฒนกุล, Ph.D.; วันัสรา เซาว์นนิม, ส.ด.; พัทธนา ใจดี, ส.ด.; 250 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงอนาคตด้วยเทคนิคเดลฟาย และใช้การวิจัยเชิงปริมาณอธิบายประกอบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์ สังเคราะห์และพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ดำเนินการระหว่าง มกราคม พ.ศ. 2558-พฤษภาคม พ.ศ. 2561 โดยการทบทวนและวิเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาภาคสนาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มแบบการสืบค้นเสริมพลังกับผู้ให้ข้อมูล สำคัญ (Key informants) ที่เป็นผู้นำภาคีเครือข่ายที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ชายแดนไทย-ลาว จำนวน 6 อำเภอ ๆ ละ 10 คน รวม 60 คน และสอบถามความคิดเห็นจาก ผู้เชี่ยวชาญ 5 สาขา จำนวน 17 คน ด้วยเทคนิคเดลฟาย 3 รอบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis) และใช้สถิติบรรยาย (ค่าร้อยละ ค่าฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์)

ผลการวิจัย พบว่า ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว มีการประยุกต์การดำเนินการ ตามนโยบายที่มีรูปแบบ UCCARE 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity of district health team: U) 2) การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer focus: C) 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation: C) 4) การทำงานจนเกิด คุณค่า (Appreciative inquiry: A) 5) การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing: R) และ 6) การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential health care: E) แต่เนื่องจากอำเภอชายแดนไทย-ลาว มีความแตกต่างจากพื้นที่ทั่วไปทั้งภูมิประเทศ สังคมวัฒนธรรม และบริบทด้านอื่น ๆ อีกหลาย ประการ ดังนั้น จึงพบว่า ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์ในการจัดการสุขภาพ สำหรับประชาชนประกอบด้วย 10 องค์ประกอบหลัก 28 องค์ประกอบรอง และ 75 ประเด็นสำคัญ ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน (Consensus) ว่ามีความเหมาะสม ร้อยละ 80 มีความเป็นไปได้ในระดับมาก (ค่าฐานนิยมระดับ 4) ขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range) ที่ไม่เกิน 1.00 จึงมีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการนำไปสู่ การปฏิบัติจริง โดยเพิ่มจากรูปแบบเดิม 4 องค์ประกอบหลัก คือ หัวหน้าทีม (Captaincy: C)

การสื่อสาร (Communication: C) ความมุ่งมั่น (Commitment: C) และวัฒนธรรม (Culture: C) = CCCC:4C ซึ่งระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์ หรือ DHS@Thai-Laos'border: 4C+U+CARE+C สามารถสรุปได้ดังนี้

**บริบทสำคัญ** (Crucial context) ที่มีผลต่อประสิทธิผลของระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เป็นการทำงานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยมีองค์ประกอบที่สนับสนุนระบบประกอบด้วย การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบ (Communication: C) ความมุ่งมั่นในข้อตกลงร่วมกันของภาคีเครือข่าย (Commitment: C) และวัฒนธรรมความสัมพันธ์แบบเครือญาติ (Culture: C) และมีองค์ประกอบเชิงระบบ ประกอบด้วย **ปัจจัยนำเข้า** (Input) ได้แก่ การทำงานร่วมกันของทีมอำเภอ (Unity of district health team: U) **กระบวนการ** (Process) ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (Community participation: C) การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing: R) การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciative inquiry: A) และการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential health care: E) **ผลสัมฤทธิ์** (Result) ได้แก่ การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer focus: C) ที่เป็นกลไกการขับเคลื่อนและผู้รับประโยชน์จากระบบสุขภาพ จึงเป็นทั้งผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) อันส่งผลกระทบต่อ (Impact) ให้เกิดสังคมสุขภาวะที่ดีและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับนโยบาย ควรสนับสนุนให้นำแนวคิด 4C+U+CARE+C ไปปรับใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอตามบริบทของพื้นที่ชายแดน และในพื้นที่อำเภอปกติ เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเป็นการยกระดับระบบสุขภาพอำเภอต่อไป

55810155: Dr.P.H. (DOCTOR OF PUBLIC HEALTH)

KEYWORDS: THE DEVELOPMENT/ DISTRICT HEALTH CARE SYSTEM/  
THAI-LAOS BORDERS/ CAPTAINCY

PANYA YONGYING: THE DEVELOPMENT OF DISTRICT HEALTH  
SYSTEMS ON THE THAILAND-LAOS BORDER. ADVISORY COMMITTEE: VASUTON  
TANVATANAKUL., Ph.D.; WANASSARE CHOANIYOM, Dr.P.H.; PATCHANA JAIDEE,  
Dr.P.H.; 250 P. 2018.

This qualitative research, designed as a futuristic research type with Delphi technique and quantitative research for description, was aimed at analysing, synthesizing and developing the appropriate and practical health system of districts in the area of Thailand-Laos border. The research was operated between January 2, 2015 and May 31, 2018. The methodology included reviewing and analysing the related research documents, doing fieldwork, collecting data through group discussions to identify empowerment among key informants who were leaders of collaborative networks in the district health systems development of Thai-Laos border in six districts. Ten key informants of each district and 60 in total and 17 experts from five professional fields participated in three times of conducting Delphi technique. The data were analysed by content analysis. Descriptive statistic was used (percentage, mode, inter-quartile range).

The results showed that the model for health care system development in the Thai-Lao border districts, implemented according to apply UCCARE, consisted of six elements interconnected with one another systematically. They were: 1) unity of district health team (U), 2) customer focus (C), 3) community participation (C), 4) appreciation inquiry (A), 5) resource sharing (R), and 6) essential health service (E). However, due to differences in geographical and sociocultural and several other contexts of Thailand-Laos border, it was found that the appropriate health care systems should have 10 key components 28 sub-components and 75 important points, which 80 % of suitability, high level of possibility (mode level 4 and up), and inter-quartile range less than 1.00. The 4 key components added in the previous model (CCCC: 4 C): captaincy (C), communication (C), Commitment (C), and Culture (C). Therefore, the Appropriate Thailand-Laos Border District Health Care System or DHS@Thai-Laos's border (4C+U+CARE+C) should be concluded as follows:

**Crucial context** that affected the effectiveness of the Thailand-Laos border district health care systems was the collaborative networking system. It was comprised of captaincy (C), communication (C), commitment (C), and culture (C). **The Input** of the systems included unity of district health team (U), Process included, community participation (C), resource sharing (R), appreciation inquiry (A), and essential health care (E). **Result** of the system included customer focus (C) that was the mechanism for movement and beneficial of the system. It became both output and outcome that resulted in impact to create wellbeing of society and sustainability.

It is suggested for public health organizations at the policy level that they should promote to apply the principle of 4C+U+CARE+C to improve their district health care systems base on local contexts of borders and area of districts. for improving appropriateness and efficiency to enhance the service level of the district health care systems.

## สารบัญ

|   | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย.....  | ง    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....   | ฉ    |
| สารบัญ.....   | ช    |
| สารบัญตาราง.....  | ญ    |
| สารบัญภาพ.....  | ฐ    |
| บทที่   |      |
| 1 บทนำ.....   | 1    |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....   | 1    |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....  | 5    |
| กรอบแนวทางการศึกษาการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว.....                            | 5    |
| ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย.....   | 7    |
| ขอบเขตของการวิจัย.....  | 7    |
| นิยามศัพท์เฉพาะ.....  | 9    |
| 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....   | 11   |
| การจัดการระบบสุขภาพ.....  | 11   |
| การพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอ.....   | 23   |
| ระบบสุขภาพตามแนวชายแดนประเทศไทย.....  | 30   |
| แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง.....   | 40   |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....  | 44   |
| 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....   | 47   |
| ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน<br>ไทย-ลาว.....           | 47   |
| ระยะที่ 2 การสังเคราะห์และพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว<br>ที่พึงประสงค์..... | 56   |



## สารบัญ (ต่อ)

| บทที่  | หน้า |
|--|------|
| 4 ผลการวิจัย.....  | 68   |
| ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพ<br>อำเภอชายแดนไทย-ลาว..... | 68   |
| ผลการวิจัยระยะที่ 2.....   | 111  |
| ผลการวิจัยระยะที่ 3.....   | 128  |
| 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....  | 175  |
| สรุปผลการวิจัย.....  | 176  |
| อภิปรายผลการวิจัย.....   | 185  |
| ข้อเสนอแนะ.....  | 191  |
| บรรณานุกรม.....  | 193  |
| ภาคผนวก.....   | 199  |
| ภาคผนวก ก.....   | 200  |
| ภาคผนวก ข.....   | 202  |
| ภาคผนวก ค.....   | 220  |
| ประวัติย่อของผู้วิจัย.....   | 250  |

## สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า   |
|----------|--|
| 2-1      | ระดับคะแนนและเกณฑ์การประเมินการพัฒนา DHS ตามแนวทาง UCCARE..... 34  |
| 2-2      | แนวทางการทบทวนและประเมินเพื่อพัฒนาต่อยอด DHS..... 36   |
| 2-3      | ผลการประเมินการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ DHS ตามแนวคิด UCCARE<br>อำเภอชายแดนไทย-ลาว..... 39   |
| 3-1      | รายละเอียดรหัสบุคคลผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์พัฒนาระบบสุขภาพ<br>อำเภอชายแดนไทย-ลาว..... 50  |
| 3-2      | กำหนดการจัดประชุมสนทนากลุ่มผู้นำเครือข่ายสุขภาพเกี่ยวกับข้อมูลสถานการณ์<br>สภาพปัญหาการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว..... 54   |
| 3-3      | ขั้นตอน วัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้ร่วมวิจัย เครื่องมือวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล<br>และวิธีวิเคราะห์ข้อมูล..... 62   |
| 4-1      | สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคาย..... 71  |
| 4-2      | สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดมุกดาหาร..... 74   |
| 4-3      | สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงราย..... 78   |
| 4-4      | สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดน่าน..... 82   |
| 4-5      | สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดพะเยา..... 87  |
| 4-6      | สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดพิจิตรโลก..... 91  |
| 4-7      | วิเคราะห์องค์ประกอบหลัก องค์ประกอบรอง และประเด็นสำคัญของสถานการณ์<br>ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในปัจจุบัน..... 108  |
| 4-8      | องค์ประกอบหลัก องค์ประกอบรอง และประเด็นสำคัญ ของร่างระบบสุขภาพ<br>อำเภอ ชายแดนไทย-ลาว ..... 145  |
| 4-9      | ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว<br>ในองค์ประกอบการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (เดลฟายรอบที่ 2)..... 152   |
| 4-10     | ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน<br>ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการทำงานให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภคร<br>(เดลฟายรอบที่ 2)..... 153 |
| 4-11     | ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว<br>ในองค์ประกอบการทำงานมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (เดลฟายรอบที่ 2)..... 154                          |

## สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่  | หน้า |
|---|------|
| 4-12 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน<br>ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ<br>(เดลฟายรอบที่ 2).....      | 155  |
| 4-13 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว<br>ในองค์ประกอบการแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนานุเคราะห์ (เดลฟายรอบที่ 2).....                      | 156  |
| 4-14 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว<br>ในองค์ประกอบการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชน (เดลฟายรอบที่ 2).....                        | 157  |
| 4-15 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน<br>ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (เดลฟายรอบที่ 2).....                                | 158  |
| 4-16 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน<br>ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการสื่อสาร (เดลฟายรอบที่ 2).....   | 158  |
| 4-17 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน<br>ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการความมุ่งมั่น (เดลฟายรอบที่ 2).....  | 159  |
| 4-18 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว<br>ในองค์ประกอบการบริบททางวัฒนธรรมชุมชน (เดลฟายรอบที่ 2).....  | 159  |
| 4-19 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว<br>ในองค์ประกอบการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (เดลฟาย รอบที่ 3).....                                    | 161  |
| 4-20 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน<br>ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภคร<br>(เดลฟาย รอบที่ 3)..... | 162  |
| 4-21 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว<br>ในองค์ประกอบการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (เดลฟาย รอบที่ 3).....                          | 163  |
| 4-22 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน<br>ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ<br>(เดลฟาย รอบที่ 3).....     | 164  |
| 4-23 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว<br>ในองค์ประกอบการแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนานุเคราะห์ (เดลฟาย รอบที่ 3).....                     | 165  |

## สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่ | หน้า  |     |
|----------|---|-----|
| 4-24     | ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว<br>ในองค์ประกอบการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชน (เคลฟาย รอบที่ 3).....          | 166 |
| 4-25     | ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน<br>ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชน<br>(เคลฟายรอบที่ 3)..... | 167 |
| 4-26     | ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน<br>ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการสื่อสาร (เคลฟายรอบที่ 3).....                                  | 167 |
| 4-27     | ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน<br>ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการความมุ่งมั่น (เคลฟาย รอบที่ 3).....                            | 168 |
| 4-28     | ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว<br>ในองค์ประกอบการบริบททางวัฒนธรรมชุมชน (เคลฟาย รอบที่ 3).....                          | 168 |
| 4-29     | วิเคราะห์เปรียบเทียบองค์ประกอบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว:<br>สถานการณ์เดิมกับความเป็นไปได้ในอนาคต.....  | 170 |

## สารบัญภาพ

| ภาพที่  | หน้า |
|---|------|
| 1-1 แนวทางการศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ประยุกต์จาก World Health Organization (2010) สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2557) Cooperrider and Whitney (2005)..... | 6    |
| 2-1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระบบสุขภาพ.....   | 13   |
| 2-2 องค์ประกอบระบบบริการสุขภาพของ Roemer model of health services system.....   | 15   |
| 2-3 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ขององค์การอนามัยโลก.....   | 17   |
| 2-4 ความสัมพันธ์ของระบบสุขภาพสุขภาพ ระหว่าง Roemer's Model of Health Services กับ Six building blocks ประยุกต์จาก Fulop and Roemer (1987) และ WHO (2010)....                | 18   |
| 2-5 วิวัฒนาการระบบสุขภาพกับการสาธารณสุขไทย.....   | 19   |
| 2-6 กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS: UCARE).....   | 26   |
| 2-7 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ (เพิ่มเติม).....  | 28   |
| 2-8 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบระบบสุขภาพระหว่าง Six building blocks และ UCCARE ประยุกต์จาก WHO (2010) และสุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2557).....                                 | 30   |
| 2-9 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในระบบ.....  | 42   |
| 3-1 ขั้นตอนการคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย รอบที่ 1 และรอบที่ 2.....   | 49   |
| 3-2 กระบวนการขั้นตอนการวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ระยะที่ 1.....   | 55   |
| 3-3 กระบวนการขั้นตอนการวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ระยะที่ 2.....   | 61   |

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากกระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้มีการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ นโยบายการค้าเสรี นโยบายส่งเสริมการค้าบริเวณชายแดน การพัฒนาแนวพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ ตลอดจนนโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยว ส่งผลให้สภาพเศรษฐกิจ สังคม การคมนาคม ขนส่งและการติดต่อสื่อสาร มีความสะดวกรวดเร็วเสมือนโลกไร้พรมแดน ขณะเดียวกันทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ รัฐบาลจึงได้มีนโยบายส่งเสริมการค้าชายแดน การเชื่อมโยงเส้นทางคมนาคมและการท่องเที่ยว เพื่อแก้ปัญหาความแตกต่างของระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมระหว่างประเทศ (ประสิทธิ์ มานะเจริญ, 2557) กอปรกับ นโยบายการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 ส่งผลให้มีการเคลื่อนย้ายของประชากรเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและสภาวะสุขภาพของประชาชนตามแนวชายแดน (สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ, 2557)

พรมแดนพื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว จำนวน 12 จังหวัด มีจุดผ่านแดนถาวร 15 แห่ง จุดผ่อนปรน 32 จุด ระยะทางทั้งสิ้น 1,810 กิโลเมตร เริ่มต้นตั้งแต่ภาคเหนือจังหวัดเชียงราย จรดภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดอุบลราชธานี (สำนักความร่วมมือการค้าและการลงทุน, 2557) นับว่าเป็นพื้นที่ที่สำคัญซึ่งเป็นประตูสู่การพัฒนาเศรษฐกิจ การค้า การท่องเที่ยวและวัฒนธรรมไปยังประเทศเวียดนาม และประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป. ลาว) นั้น เป็นประเทศที่มีความสัมพันธ์แบบเพื่อนบ้านมาแต่อดีต มีภาษาที่ใช้สื่อสารอย่างเข้าใจกันได้ดี มีวัฒนธรรมประเพณี อาหารการกินที่คล้ายคลึงกันกับประเทศไทยมากที่สุด และยังมีผืนแผ่นดินส่วนใหญ่ติดต่อกัน การคมนาคมไปมาสะดวก ประชาชนทั้งสองประเทศบางครอบครัวมีความเป็นเครือญาติกันและมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์อีกด้วย รวมทั้งการไหลเวียนเคลื่อนย้ายประชากร เป็นผลให้ความสัมพันธ์ไทย-ลาวจึงดำเนินมาอย่างราบรื่น ใกล้ชิด บนพื้นฐานของการเคารพซึ่งกันและกัน มีผลประโยชน์ร่วมกันและมีพัฒนาการเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยเกื้อกูล ได้แก่ ความใกล้ชิดทางเชื้อชาติ ศาสนา ภาษาและวัฒนธรรม (กรมเอเชียตะวันออก, 2559)

สภาวะสุขภาพของประชาชนตามแนวชายแดน บนความหลากหลายของชาติพันธุ์ ภาษา และวัฒนธรรม ได้พบปัญหาสำคัญ คือ 1) ปัญหาโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ ได้แก่ มาลาเรีย

วัน โรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอ อูจจาระร่วง โรคมะเร็ง และไข้หวัดนก 2) ปัญหาอนามัยแม่และเด็กที่เกิดจากขาดการวางแผนครอบครัว ทำให้มีอัตราการตายของมารดาและทารกสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศ (สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2556) 3) ปัญหาการไหลทะลักของสินค้าที่ทำลายสุขภาพ 4) ปัญหาการเข้าถึงไม่ถึงระบบบริการสาธารณสุขเนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความครอบคลุมเฉพาะคนที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น 5) ปัญหาแรงงานข้ามชาติ ในบริเวณแนวชายแดน ซึ่งเป็นช่องทาง เข้า-ออก และเป็นเมืองเขตเศรษฐกิจพิเศษ มีการอพยพเคลื่อนย้ายแรงงานตลอดเวลา 6) ปัญหาระบบการรายงานและจัดการข้อมูลเกี่ยวกับโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ทำให้ขาดข้อมูลในการวางแผนและควบคุมป้องกันโรค และ 7) การเพิ่มขึ้นของแรงงานข้ามชาติ มีผลต่ออัตราการครองเตียงของผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก ทำให้เพิ่มภาระค่ารักษาพยาบาลตลอดจนปัญหาในการสื่อสารที่ขาดความเข้าใจที่ตรงกัน จึงส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข (สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ, 2557)

สำหรับสถานการณ์สุขภาพชายแดนไทย-ลาว จากข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า หน่วยบริการสาธารณสุขของไทย มีการให้บริการด้านสุขภาพทั้งชาวไทยและชาวลาว โดยไม่กีดกันเชื้อชาติ ซึ่งชาวลาวส่วนใหญ่มารับบริการเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยจากโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable disease: NCD) ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่มีผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ความคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ที่หลากหลาย การบริโภคอาหารไม่ปลอดภัย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ที่เป็นสาเหตุการป่วยและตายที่สำคัญของประชากรในพื้นที่ ซึ่งเครือข่ายสุขภาพทุกภาคส่วนได้ให้ความสนใจและกำลังแสวงหาการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา (สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2555)

จากสถานการณ์ดังกล่าว มีการศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว: ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2557) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ (UCARE) ได้แก่ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity of district health team: U) 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation: C) 3) การชื่นชมคุณค่าการทำงานและเรียนรู้ร่วมกัน (Appreciative Inquiry: A) 4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development: R) และ 5) การบริการดูแลสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชน (Essential care: E) พบว่า ระบบสุขภาพของไทย มีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องและเปลี่ยนแปลงตามสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และกระแสโลกาภิวัตน์อย่างรวดเร็ว มีความเจริญเติบโตทั้งด้าน โครงสร้าง ระบบบริหารจัดการ ระบบบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานทันสมัย กอปรกับวัฒนธรรมการให้บริการด้วย

ความเข้มแข็งเข้มใส เอื้ออาทร มีจิตเมตตาคิดจะให้การสงเคราะห์แก่ผู้ยาก ลำบาก จึงเป็นที่นิยม เชื่อถือศรัทธาแก่ผู้รับบริการทั่วไป รวมทั้งภาครัฐ ซึ่งรัฐบาลทุกสมัยมีนโยบายการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อให้สอดคล้องและเอื้อต่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพของประชาชนได้อย่างยั่งยืน (ปัญญา ยงยิ่งและคณะ, 2560)

การประเมินระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว โดยสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานเขตบริการสุขภาพพื้นที่ ในรอบที่ 1/ 2560 ได้ใช้แนวทางการประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพอำเภออย่างเป็นระบบ ที่มุ่งเน้นการจัดการคุณภาพอย่างเป็นระบบ ทั้งองค์กร การบริหารจัดการร่วมกันและการประเมินเพื่อเสริมพลังในการพัฒนา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 (พันธุ์ทอง จันทร์สว่าง, 2557) โดยนำองค์ประกอบระบบการพัฒนาสุขภาพอำเภอเดิม ประกอบด้วย UCARE แล้วเพิ่มอีกหนึ่งองค์ประกอบ คือ การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) หรือผู้รับผลกระทบจากผลงานให้มากขึ้น ที่เรียกว่าการมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer focus) อักษรย่อ C: Customer มาเป็น UCCARE เป็นระบบประกันคุณภาพบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA) (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน, 2557) โดยพบว่า อำเภอขนาดใหญ่ ให้ความสำคัญกับการมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer focus) มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.88 คือ อำเภอเมืองหนองคาย มีผลการดำเนินงานสูงสุด มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.00 ส่วนอำเภอนากลางให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภคและการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็น มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 4.00 ได้แก่ อำเภอเชียงของ มีผลการดำเนินงานสูงสุด มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 5.00 สำหรับอำเภอนาตาล มีผลการพัฒนากระจายทุกองค์ประกอบ มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.78 คือ อำเภอภูซาง มีผลการดำเนินงานสูงสุด มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.66 เมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบ พบว่า การมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.90 รองลงมาคือ การจัดบริการสุขภาพที่จำเป็น และเอกภาพของทีมสุขภาพอำเภอ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.72 และ 3.65 ตามลำดับ สำหรับการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 3.44 (สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

เป็นที่ยอมรับว่าระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) เป็นกลยุทธ์สำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้เพื่อจัดการบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกมิติ (การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ) ทั่วประเทศ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมและต่อเนื่องมากขึ้น จึงเป็นกลยุทธ์ที่ปรากฏอยู่ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผนระยะยาวคือยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้วย กล่าวคือ



ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) กล่าวถึงประเด็นปัญหาความมั่นคงของโลก ที่ครอบคลุมทุกมิติ ในระยะ 20 ปี ข้างหน้า ได้แก่ ปัญหาความขัดแย้งด้านเขตชายแดน ปัญหาความมั่นคงอาหารและแหล่งน้ำ ซึ่งเป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติ ตามธรรมชาติที่รุนแรง ก่อให้เกิดความเสียหายของเศรษฐกิจอย่างรุนแรง โดยมีการคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2593 จะมีประชากรที่ประสบความหิวโหยมากถึง 130 ล้านคนและปัญหาความมั่นคง สาธารณสุขจะมีโรคร้ายแรงและโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้นเป็นระยะ สร้างความเสียหายและการติดต่อของระบบระหว่างผู้คนในหลายประเทศ จากการอพยพย้ายถิ่นและการเดินทางที่มีความเสรีมากขึ้น (กระทรวงมหาดไทย, 2559)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) อยู่ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ซึ่งเป็นกลไกที่เชื่อมต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งมีเป้าประสงค์เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เหมาะสม มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแล ประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมและมีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสมมี ประสิทธิภาพและประสิทธิผล (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) สอดคล้องกับนโยบายเกี่ยวกับระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งนักวิชาการได้เสนอแนวทางใน การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ด้วยความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของเครือข่ายโดยทีมงาน สุขภาพอำเภอ โดยเครือข่ายดังกล่าว มีการดำเนินการพัฒนางานให้บริการสุขภาพที่จำเป็นในพื้นที่ ของอำเภอ โดยทีมงานสุขภาพอำเภอ มีความเห็นร่วมกันว่า มีความจำเป็นในการดูแล (Essential care) เช่น โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และหรือโรคติดต่อ เป็นต้น จากการเรียนรู้ร่วมกันนำไปสู่การพัฒนา ตามบริบทของพื้นที่ (Context based learning) ทั้งนี้ อาจดำเนินการพัฒนาโดยใช้การวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (Action research) หรือการวิจัยจากงานประจำ (Routine to Research: R2R) เพื่อให้เกิด ผลลัพธ์ของการทำงานระบบสุขภาพอำเภอเพื่อประชาชน เพื่อลดอัตราการป่วย การตาย และการมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ให้ผู้รับบริการระบบสุขภาพอำเภอมีความพึงพอใจ มีความสุขและรู้สึกรับคุณค่า (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2553) สอดคล้องกับ ชดากร ศิริคุณ และวุฒิพงษ์ ภัคติกุล (2557) ที่ให้ ข้อเสนอแนะทำนองเดียวกันว่าควรใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ เช่นกัน

จะเห็นว่า การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ มีความสำคัญจำเป็นต่อการป้องกันและ แก้ปัญหาสภาวะสุขภาพของประชากรที่จะเกิดขึ้นในอนาคต 20 ปีข้างหน้า โดยเฉพาะประชากรใน พื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว มีหลักการดำเนินงานสำคัญของระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย

การสร้างเครือข่ายให้เกิดความร่วมมือทุกภาคส่วนในการจัดการสุขภาพชุมชน สนับสนุน ส่งเสริม ประชาชนและชุมชนร่วมกันดูแลสุขภาพให้สามารถพึ่งตนเองได้ไม่ทอดทิ้งกัน พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุม มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ รวมถึงพัฒนางานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อการพัฒนาที่สามารถตั้งรับกับความเสี่ยงจากปัจจัยทางสังคมที่คุกคามสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การใช้ระบบสุขภาพอำเภอที่เหมือนกับพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศนั้นอาจจะไม่ครอบคลุม ลักษณะเฉพาะบางประการตามบริบทของชายแดนซึ่งเป็นพื้นที่อ่อนไหว ถึงแม้พื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว จะมีบริบทที่คล้ายกันมากก็ตาม

ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์เพื่อใช้ในอนาคต เนื่องจากบริบททางวัฒนธรรมของพื้นที่ชายแดนของไทยและ สปป.ลาว มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด และมีความเป็นไปได้สูงในการที่จะศึกษาเพื่อให้ทราบถึง สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว แล้วนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนด กระบวนการ พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว และประเมินระบบสุขภาพอำเภอ ชายแดนไทย-ลาว ว่ามีความเหมาะสม และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและการนำไปใช้เพื่อพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว และชายแดนไทยด้านอื่น ๆ ได้ต่อไปในอนาคต

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว
2. เพื่อสังเคราะห์และพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

### กรอบแนวทางการศึกษาการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

การวิจัย การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ แนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (Desirable health system: Six building blocks ) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) และการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS: UCCARE) ของสุรเกียรติ์ อชานานุกาฬ (2557) มาเป็นแนวทางหลักใน กระบวนการศึกษาวิจัยโดยใช้เทคนิคกระบวนการสืบค้นเสริมพลังของ Cooperrider and Whitney (2005) เพิ่มเติม ดังภาพที่ 1-1

## กรอบแนวทางการศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว



ภาพที่ 1-1 แนวทางการศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ประยุกต์จาก World Health Organization (2010) สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2557) Cooperrider and Whitney (2005)

## ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. ภาคีเครือข่ายสุขภาพพระระดับอำเภอชายแดน ไทย-ลาว มีระบบการทำงานที่มีส่วนร่วมแบบเป็นหุ้นส่วนอย่างจริงจัง ร่วมเป็นพลังขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอไปสู่เป้าหมายด้วยความผูกพัน มั่นใจ ภาคภูมิใจ ร่วมกันดำเนินงานไปอย่างมีความสุข
2. ประชาชนในพื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน
3. นำระบบสุขภาพชายแดนไทย-ลาว ที่ได้ ไปขยายผลการพัฒนาระบบสุขภาพในชุมชนและสังคมของพื้นที่อำเภอชายแดนไทยด้านอื่น ๆ

## ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตเนื้อหา  
การวิจัยครั้งนี้ ใช้ขอบเขตเนื้อหาตามกรอบแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอที่ประยุกต์จากแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (Desirable health system: Six building blocks ) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) และระบบสุขภาพพระระดับอำเภอ (District Health System: DHS: UCCARE) ของสุราษฎร์ธานี อาชานานุภาพ (2557) โดยใช้เทคนิคกระบวนการสืบค้นเสริมพลังของ Cooperrider and Whitney (2005)

### 1.1 การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ

- 1.1.1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ
- 1.1.2 การมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค
- 1.1.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคเครือข่าย
- 1.1.4 การทำงานจนเกิดคุณค่า
- 1.1.5 การจัดการทรัพยากร
- 1.1.6 การให้บริการที่จำเป็น

### 1.2 กระบวนการสืบค้นเสริมพลัง ของ Cooperrider and Whitney (2005)

- 1.2.1 การสืบค้นสิ่งดี
- 1.2.2 การสืบค้นความฝันสร้างแรงบันดาลใจ
- 1.2.3 การออกแบบทางสู่ความฝัน
- 1.2.4 การปฏิบัติเพื่อถึงฝัน

## 2. ขอบเขตประชากร ประกอบด้วย

- 2.1 ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนาระบบสุขภาพพระระดับอำเภอในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) ได้แก่

2.1.1 ระดับจังหวัด จำนวน 3 คน ประกอบด้วย 1) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย 2) ท้องถิ่นจังหวัด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย 3) ประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัด หรือกลุ่มองค์กรด้านสุขภาพภาคประชาชนอื่น ๆ

2.1.2 ระดับอำเภอ จำนวน 7 คน ประกอบด้วย 1) นายอำเภอหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 3) สาธารณสุขอำเภอ 4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6) กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน 7) ผู้แทนภาคเอกชน

2.2 ผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ที่ทรงคุณวุฒิ มีความรู้ ประสบการณ์ในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว จาก 5 สาขา ได้แก่

2.2.1 สาขาการศึกษาจากสถาบันอุดมศึกษา

2.2.2 สาขานโยบายและการพัฒนาการแพทย์หรือการสาธารณสุข

2.2.3 สาขาการปกครองและความมั่นคง

2.2.4 สาขาการปกครองท้องถิ่น

2.2.5 สาขาวิชาการสาธารณสุข หรือนักพัฒนาจากองค์กรพัฒนาเอกชน

### 3. ระยะเวลา

ดำเนินการศึกษา ทบทวนสถานการณ์และปรากฏการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในช่วงเดือน มกราคม พ.ศ. 2558-พฤษภาคม พ.ศ. 2561

### 4. พื้นที่วิจัย

ผู้วิจัยได้เจาะจงเลือก (Purposive sampling) อำเภอชายแดนไทย-ลาว 12 จังหวัด ๆ ละ 1 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 12 อำเภอ โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าตามขนาดประชากร แบ่งได้ 3 ขนาด คือ ขนาดใหญ่ มีประชากร 100,000 คนขึ้นไป ขนาดกลาง ประชากร 50,000-100,000 คน และขนาดเล็ก ประชากร น้อยกว่า 50,000 คน ขนาดละ อำเภอ รวมทั้งสิ้น 12 อำเภอ

จากนั้น ใช้เกณฑ์คัดเข้า โดยเลือกเอาอำเภอที่มีผลงานในการพัฒนาระบบสุขภาพที่ได้รับการประเมินติดตามจากคณะผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำเขตสุขภาพ อำเภอที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และต่ำสุด ขนาดละ 2 อำเภอ รวมเป็น 6 อำเภอ ดังนี้

4.1 อำเภอผลงานระดับสูง กลุ่มละ 1 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคาย จังหวัดเชียงราย และจังหวัดพะเยา รวม 3 อำเภอ

4.2 อำเภอผลงานระดับต่ำกลุ่มละ 1 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอหนึ่งในจังหวัดมุกดาหาร จังหวัดน่าน และจังหวัดพิษณุโลก รวม 3 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 6 อำเภอ (สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) หมายถึง การทำงานร่วมกันของชุมชนและภาคีเครือข่าย ในการจัดการสุขภาพอย่างเข้าถึงบริการ เชื่อมโยงประสานบริการแบบเบ็ดเสร็จ ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1.1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity district health team) หมายถึง การที่องค์กรชุมชนและภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วนได้เข้ามาร่วมเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการวางแผน การปฏิบัติ การประเมินผลและการรับผลร่วมกัน

1.2 การมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer focus) หมายถึง การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holder) หรือผู้รับผลกระทบ โดยมีกลไกในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ที่สอดคล้องกับความต้องการ ในการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาตามความต้องการจำเป็นของผู้รับบริการ

1.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participations) หมายถึง การที่ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมรับรู้ปัญหา ร่วมวางแผน หาแนวทางการตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติการ ร่วมการประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขตลอดจนร่วมรับผลประโยชน์

1.4 การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation) หมายถึง ความรู้สึกที่ได้รับจากการทำงานร่วมกันของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จนเกิดการเรียนรู้อย่างมีความหมาย มีความดีงาม เกิดความผูกพันซึ่งกันและกัน

1.5 การจัดการทรัพยากร (Resource sharing) หมายถึง การวางแผน การจัดหาและการจัดสรรทรัพยากรทั้งบุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ เครื่องใช้ เทคโนโลยีและสารสนเทศ มาใช้ร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายของแผนพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ

1.6 การให้บริการที่จำเป็น (Essential care) หมายถึง การปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทของพื้นที่ตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (1A4C) ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (Accessibility) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity) การเชื่อมโยงประสาน (Coordination) การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) และชุมชนมีส่วนร่วม (Community participation)

2. อำเภอชายแดนไทย-ลาว หมายถึง พื้นที่อำเภอของประเทศไทย ที่มีพรมแดนติดต่อกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทั้งทางบกและทางน้ำ โดยแบ่งเป็น 3 ขนาด จำแนกตามขนาดประชากร คือ อำเภอขนาดใหญ่ มีประชากร 100,000 คนขึ้นไป อำเภอขนาดกลาง มีประชากรตั้งแต่ 50,000-100,000 คน และอำเภอขนาดเล็ก มีประชากรน้อยกว่า 50,000 คน

3. การสืบค้นเสริมพลัง (Appreciative inquiry) หมายถึง กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการสร้างความคุ้นเคย การตั้งคำถามในเชิงบวก การร่วมชื่นชมความสำเร็จ รวบรวมบทเรียนที่ดีเป็นข้อมูลในการวางแผนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพร่วมกัน

4. การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ หมายถึง กระบวนการยกระดับการดำเนินงานร่วมกันอย่างเชื่อมโยง สอดคล้องและต่อเนื่องของชุมชนและภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอในพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว ที่เกิดจากการวิจัย โดยใช้แนวคิดการสืบค้นเสริมพลัง สนับสนุนให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่ระบบสุขภาพอำเภอ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติการ ร่วมการประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข ตลอดจนร่วมรับผลประโยชน์

5. ปัจจัยอื่นๆ หมายถึง ข้อค้นพบใหม่ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญช่วยเสริมให้การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสาร หนังสือ แนวคิด ทฤษฎี นโยบาย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวด้วยการทบทวนเอกสาร เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ดังนี้

1. การจัดการระบบสุขภาพ
  - 1.1 ความหมายของสุขภาพ
  - 1.2 แนวคิดการจัดการระบบสุขภาพ
  - 1.3 รูปแบบของระบบสุขภาพ
  - 1.4 พัฒนาการระบบสุขภาพของไทย
2. การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS)
  - 2.1 ความเป็นมาและความสำคัญ
  - 2.2 แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ
3. ระบบสุขภาพตามแนวชายแดนประเทศไทย
  - 3.1 สถานการณ์สุขภาพบริเวณชายแดนประเทศไทย
  - 3.2 ระบบสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว
  - 3.3 การประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ
4. แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง
  - 4.1 แนวคิดเชิงระบบ
  - 4.2 การสืบค้นเสริมพลัง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### การจัดการระบบสุขภาพ

##### 1. ความหมายของสุขภาพ

สุขภาพ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552) สุขภาพ หรือ Health ในภาษาอังกฤษมีรากศัพท์มาจากคำว่า Whole หรือทั้งหมด นั่นคือ สุขภาพเกิดจากความเป็นองค์รวมทั้งหมดไม่ใช่แยกส่วน เนื่องจากสุขภาพในความหมายตามคติโบราณนั้น มีความหมายกว้างมาก ดังนั้น สุขภาพ จึงหมายถึงวิถีชีวิตทั้งหมด ไม่คับแคบอย่างที่เคยมีมุมมองเรื่อง



สุขภาพเป็นแค่เรื่องเทคนิคและเน้นที่โรคและการเจ็บป่วยมากกว่าภาวะสุขภาพ ยิ่งถ้าพิจารณาให้ละเอียด จะเห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องของความถูกต้องทั้งหมดก็ว่าได้ แต่เรื่องสุขภาพกลับถูกทำให้เป็นเฉพาะทางเทคนิคมากเกินไปและลดด้านคุณค่า จึงไม่มีพลังที่จะสร้างสุขภาพให้เกิดแก่คนทั้งมวลได้ (วสุธร ตันวัฒนกุล, 2550)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า “Health is a state of complete physical, mental, social and spiritual well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (สำลี เปลียนบางช้าง, 2558)

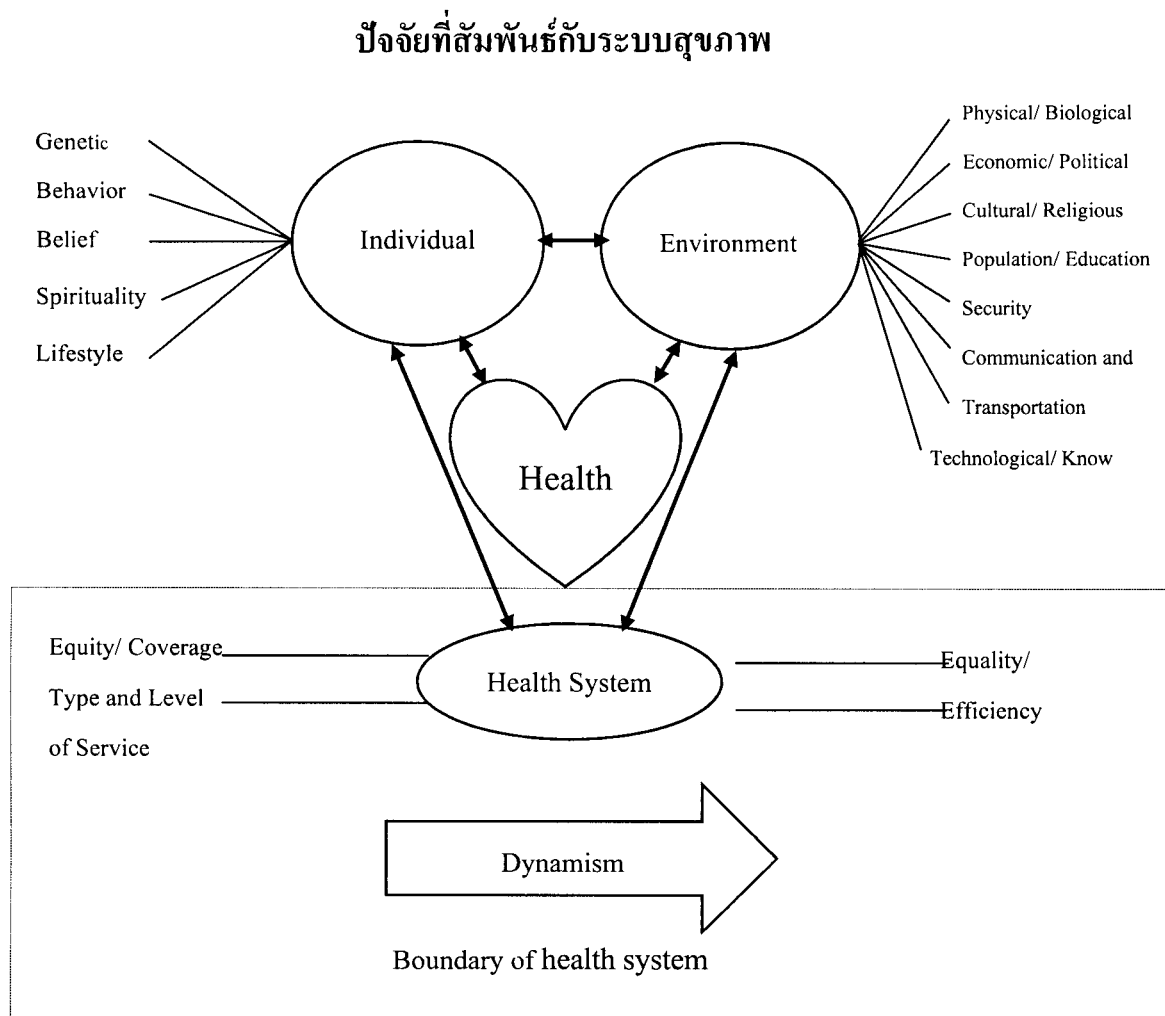
สุขภาพหรือสภาวะ หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญาหรือทางจิตวิญญาณ สุขภาพหรือสภาวะ ก็คือความสุขและคุณค่าของชีวิตซึ่งจะมีความหมายลึกซึ้งถึงการมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ไม่เจ็บป่วยและไม่พิการโดยไม่สมควร มีปัจจัยในการดำรงชีวิตที่พอเพียง มีจิตใจ เบิกบาน มีปัญญาดี ไม่เครียด ไม่ถูกบีบคั้น ครอบครัวยุบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สิ่งแวดล้อมดี สังคมอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข มีความเสมอภาคสมานฉันท์ จิตใจเปี่ยมสุข มีศาสนธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความเอื้อเพื่อเอื้ออาทรต่อกัน มีสภาวะของความอยู่เย็นเป็นสุขนั่นเอง สุขภาพจึงเป็นเรื่องใหญ่ที่บูรณาการอยู่ในการพัฒนามนุษย์และสังคมทั้งหมด (Health is integral in total human and social development) เป็นเรื่องที่อยู่เลยพรมแดนของกระทรวงสาธารณสุขออกไปมาก (ประเวศ วะสี, 2550)

สรุปได้ว่า สุขภาพ หรือ สภาวะ หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ปัญญา หรือ จิตวิญญาณ อย่างเป็นองค์รวม ที่มีปัจจัยทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมอย่างรู้สึกรักมีคุณค่าและเป็นปกติสุข

## 2. แนวคิดการจัดการระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพ (Health system) เป็นกระบวนการจัดการด้าน โครงสร้าง กลไกหรือ องค์ประกอบต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนดำเนินการให้สุขภาพของมนุษย์เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ ระบบสุขภาพจึงหมายถึง การจัดการปัจจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน (Fulop and Roemer, 1987) มีขอบเขตและความหมายที่กว้าง ทั้งสาเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ 1) ด้านปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย พันธุกรรม ความเชื่อ พฤติกรรม จิตวิญญาณ วิถีชีวิตประจำวัน 2) ด้านสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง ขนาดของประชากร การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ความปลอดภัย เทคโนโลยีการสื่อสาร การคมนาคมขนส่ง และ 3) ด้านการสาธารณสุข ประกอบด้วย ความครอบคลุมในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขและบริการสุขภาพทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนแต่ละระดับ มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ มาตรฐาน ความเสมอภาค ความเป็นธรรม ซึ่งล้วน

เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งสิ้น (สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ อ้างถึงในวสุธร ตันวัฒนกุล, 2551) ดังภาพที่ 2-1



ภาพที่ 2-1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระบบสุขภาพ (สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ อ้างถึงในวสุธร ตันวัฒนกุล, 2551)

### 3. รูปแบบของระบบสุขภาพ

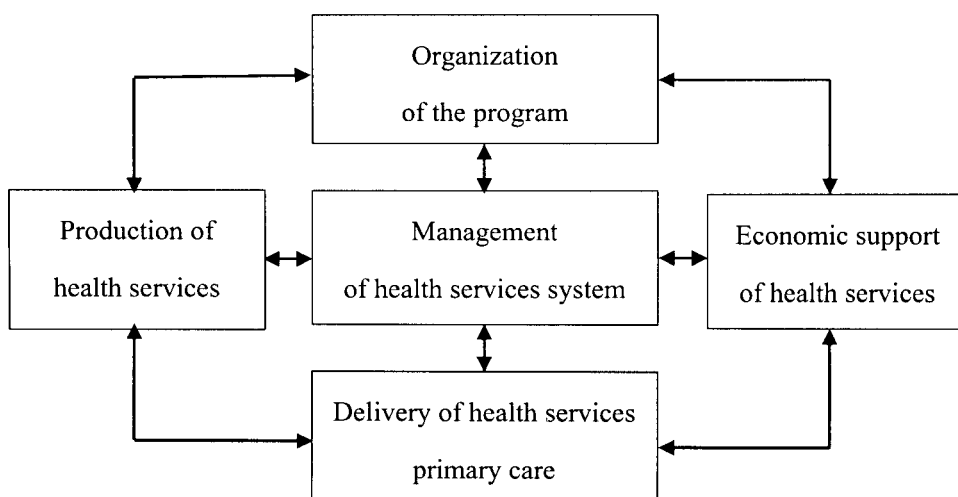
ระบบสุขภาพมีหลายรูปแบบโดยมีองค์ประกอบต่าง ๆ คล้ายคลึงหรือแตกต่างกันไปตามปัจจัยและเงื่อนไขของแต่ละประเทศ หรือแม้แต่เมื่อสถานการณ์ต่างออกไป เช่น ในภาวะภัยพิบัติ เป็นต้น ก็อาจจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบให้เหมาะสม อย่างไรก็ตามการจัดรูปแบบระบบสุขภาพในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยในปัจจุบันมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง แต่แนวคิดหลักนั้นมาจาก

Fulop and Roemer (1987) และองค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ในการนี้ผู้วิจัยจึงได้แจกแจงองค์ประกอบของระบบสุขภาพทั้งสองแนวคิดและพบว่าเมื่อนำองค์ประกอบเหล่านั้นมาบูรณาการกันจะได้รูปแบบที่สามารถอธิบายระบบสุขภาพที่ดำเนินการได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

Fulop and Roemer (1987) ได้เสนอไว้ว่า รูปแบบของระบบบริการสุขภาพเป็นกระบวนการจัดการที่มีความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ 5 ประการ คือ

1. การจัดโครงสร้างองค์กร (Organization of the program) ของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับรวมทั้งหน่วยงานราชการและองค์กรเอกชน
2. การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ (Management of health services system) ประกอบด้วย การวางแผนงาน การบริหารจัดการ การควบคุมกำกับ และการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
3. การสนับสนุนทางเศรษฐศาสตร์ (Economic support of health services) ได้แก่ การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ รายได้ การเงิน การคลัง ทุนและงบประมาณจากระดับบุคคล ครอบครัว องค์กรการกุศล ระบบประกันสุขภาพ (แบบสมัครใจ) ประกันสังคม งบประมาณจากรัฐบาลและต่างประเทศ
4. การผลิตทรัพยากรบริการสุขภาพด้านกำลังคน (Production of health services resources) การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก สินค้าโภคภัณฑ์ (เวชภัณฑ์ ยาและอุปกรณ์อื่นๆ) และองค์ความรู้ด้านสุขภาพ
5. การบริการด้านสุขภาพ (Delivery of health services primary care) การบริการสุขภาพเบื้องต้นที่จำเป็น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ การดูแลพิเศษสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส ดังภาพที่ 2-2

### Roemer's Model of Health Services System



ภาพที่ 2-2 องค์ประกอบระบบบริการสุขภาพของ Roemer's Model of Health Services System (Fulop & Roemer, 1987)

ต่อมา องค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ได้นำเสนอแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (Desirable health system) เพื่อให้ประเทศสมาชิกได้ใช้เป็นแนวทางการจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพตามบริบทของแต่ละประเทศในภูมิภาคต่าง ๆ มี 6 องค์ประกอบ (Six building blocks) ดังนี้

1. ระบบบริการ (Service delivery) เนื่องจากการบริการสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานนำไปสู่สุขภาพะ ของประชาชน ซึ่งอาจมีรูปแบบแตกต่างกันในแต่ละประเทศ แต่มีส่วนสำคัญ คือ การมีเครือข่ายให้บริการที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงงานป้องกัน งานรักษา งานฟื้นฟูสุขภาพ และงานส่งเสริมสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้อย่างปราศจากอุปสรรคในเรื่องค่าบริการ ภาษา วัฒนธรรมหรือภูมิประเทศ ระบบบริการมีความต่อเนื่องเชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ ตามมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย อย่างเหมาะสม เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ดี มุ่งเน้นที่ “คน” เป็นศูนย์กลางไม่ใช่ “โรค” หรือตัวเงิน ประชาชนควรมีส่วนร่วม

2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) มีความสำคัญในการบริหารจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี อาศัยบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ รับผิดชอบงาน และมีเพียงพอกับภารกิจเพื่อให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นตามเป้าหมาย รวมถึงบุคลากรด้านสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ที่ทำงานเต็มเวลาหรือกึ่งเวลา ได้รับหรือไม่ได้รับค่าจ้างก็ตาม นอกจากนี้ ยังรวมบุคลากรด้านการศึกษา งานวิจัยและงานส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น จึงต้องมีข้อมูลแลวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและทุกภาคส่วน แล้ว

ร่วมมือกันผลิตบุคลากรให้เพียงพอความต้องการ ดังกล่าว

3. การเงิน การคลัง ด้านสุขภาพ (Financing) มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพ ด้วยกลไก การจ่าย การสะสม หรือแบ่งปันไปให้เกิดงานบริการ หรือสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากร หรือจัดซื้อยา และเวชภัณฑ์ ให้ครอบคลุมบริการสุขภาพที่จำเป็น เพื่อทำให้มีความพร้อมในการบริการ ลดภาระ ค่าใช้จ่ายที่มากจนต้องล้มละลาย ดังนั้น การคลังสุขภาพจึงมิได้หมายถึงแค่มีกองทุนเท่านั้น แต่ยัง รวมถึงการจัดสรรงบประมาณ ระบบการซื้อและระบบการให้บริการ ซึ่งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแต่ละประเทศเทียบสัดส่วนกับผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Products:GDP) และ ตัวชี้วัดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในครัวเรือน คือ สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายเอง (Out-of-pocket payment) ต่อรายได้ทั้งหมด

4. สื่อองค์ความรู้/ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to essential medicines) การจัดการ ระบบสารสนเทศที่นำไปสู่การสร้าง ใจท้งงานวิจัยและพัฒนาแก้ไขปรับปรุงกระบวนการสื่อสาร เพื่อให้เกิดผลลัพธ์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการผลิตสื่อองค์ความรู้สารข่าวสารไปยังประชาชน กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในการบริการสุขภาพเพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและเจริญได้อย่างยั่งยืน

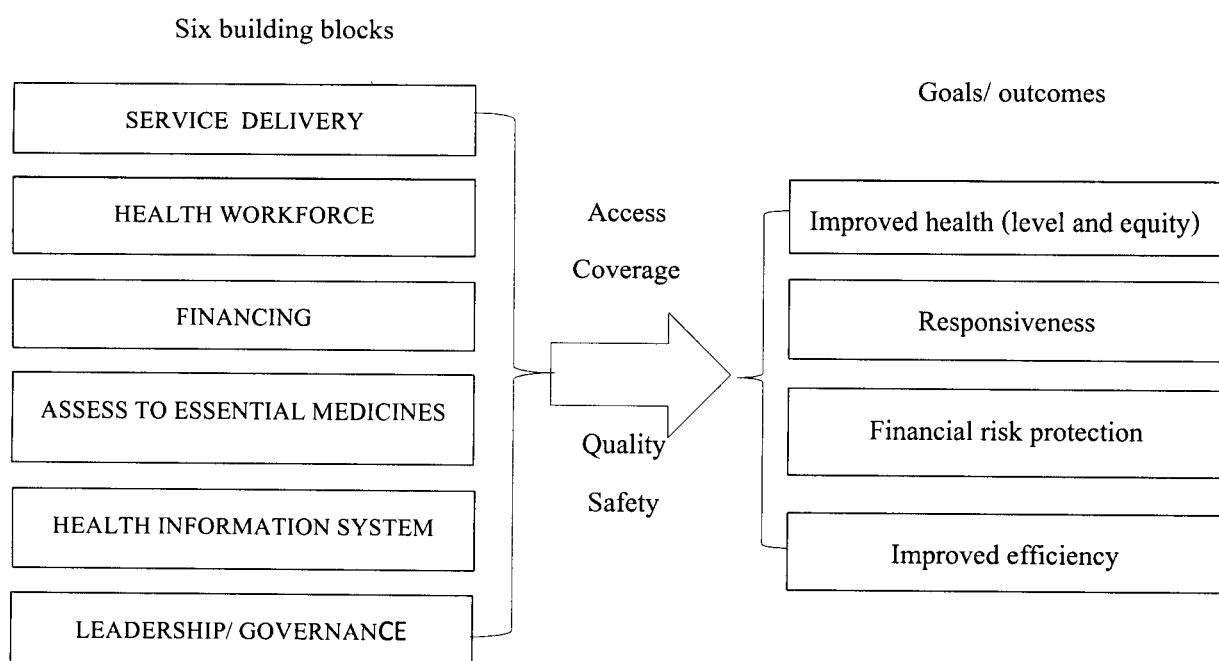
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health information system) ข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อถือได้ นำไปใช้ในการตัดสินใจดำเนินการระบบสุขภาพ ควบคุม กำกับ ประเมินผล และการวิจัยเพื่อพัฒนา แก้ไข ในประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ปัจจัยทั้งหมดที่นำเข้าสู่ระบบสุขภาพ ผลผลิตของ ระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงความพร้อม การเข้าถึง คุณภาพ ผู้ใช้ข้อมูลข่าวสาร และผลลัพธ์ของระบบ สุขภาพ อัตราตายและอัตราการเกิดทุพพลภาพ สุขภาวะ ความพิการ รวมไปถึงการไม่ได้รับความ เป็นธรรมจากการรับบริการสุขภาพ

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and governance) เนื่องจากธรรมาภิบาลเป็น หลักการบริหารที่สำคัญมากในปัจจุบัน จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้นำต้องใส่ใจการสร้างระบบสุขภาพที่ คาดหวังไว้ให้สำเร็จ โดยกำกับ ดูแล และควบคุม รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม เป็นธรรม โปร่งใส เนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม ผู้นำจึงมีความสำคัญมากในการเชื่อม ผสานบูรณาการทำงานระบบสุขภาพทุกภาคส่วน ให้เกิดความสมดุลและยั่งยืนต่อไป

เมื่อบูรณาการเชื่อมโยงทั้ง 6 องค์ประกอบดังกล่าว จะส่งผลไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญ คือการเข้าถึง (Accessibility) ความครอบคลุม (Coverage) คุณภาพ (Quality) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) เป็นธรรม (Equity) ปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงด้านสังคมและการเงิน (Accountability) รวมทั้งตอบสนองความต้องการของประชาชน (Customer focus) ดังนั้น เมื่อกระทรวงสาธารณสุข นำกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (Six building blocks ) ตามที่องค์การอนามัยโลกเสนอให้เป็น ส่วนหนึ่งในการปฏิรูปกระทรวงโดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพดีของประชาชน จึงต้องปรับ

บทบาทหน้าที่และปรับเปลี่ยนการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ปฏิรูปการคลังสุขภาพ บูรณาการกองทุนสุขภาพ กำหนดให้มีเขตสุขภาพ มีคณะ กรรมการเป็นกลไกการดำเนินงานตั้งแต่ระดับประเทศ เขต จังหวัด และอำเภอ ทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนากระบวนการสุขภาพพื้นที่ (ธีรพร สติรอังกูร, 2556) ดังภาพที่ 2-3

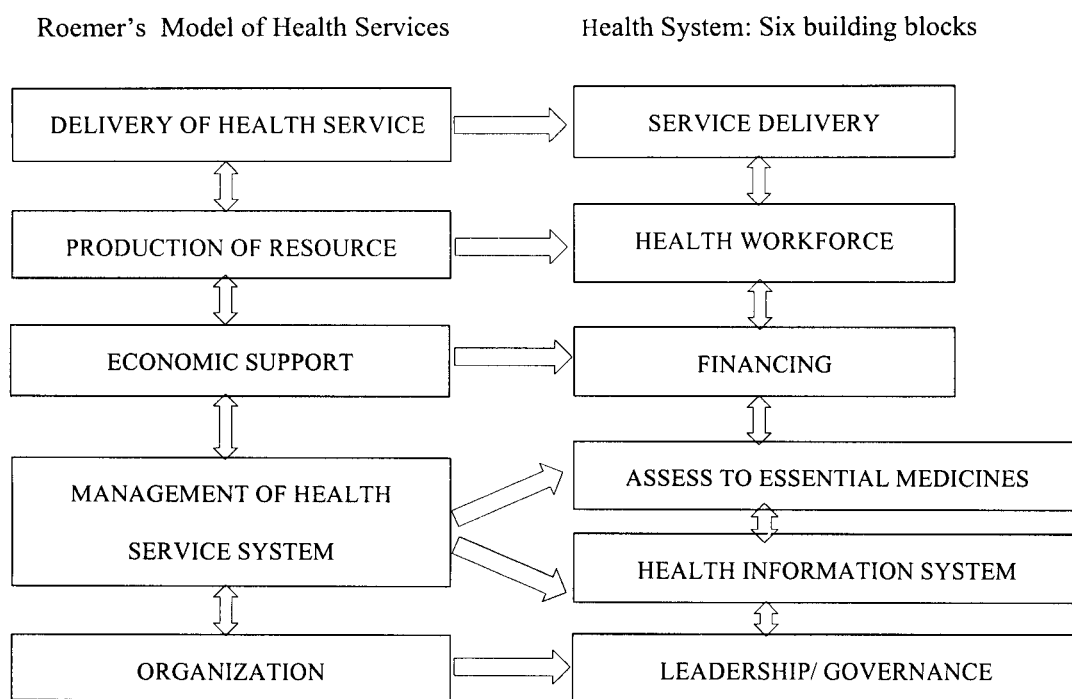
### กรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์โดยองค์การอนามัยโลก



ภาพที่ 2-3 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2010)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่ารูปแบบระบบบริการสุขภาพของโรเมอร์ 5 องค์ประกอบ (Fulop & Roemer, 1987) กับแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) จำนวน 6 องค์ประกอบ (Six building blocks) มีความสอดคล้องกันสามารถประยุกต์และเชื่อมโยงเข้ากันแล้วทำให้เกิดความชัดเจน ครอบคลุมสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันและแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ดังภาพที่ 2-4

**ความสัมพันธ์ของระบบสุขภาพสุขภาพ  
ระหว่าง Roemer's Model of Health Services กับ Six building blocks**



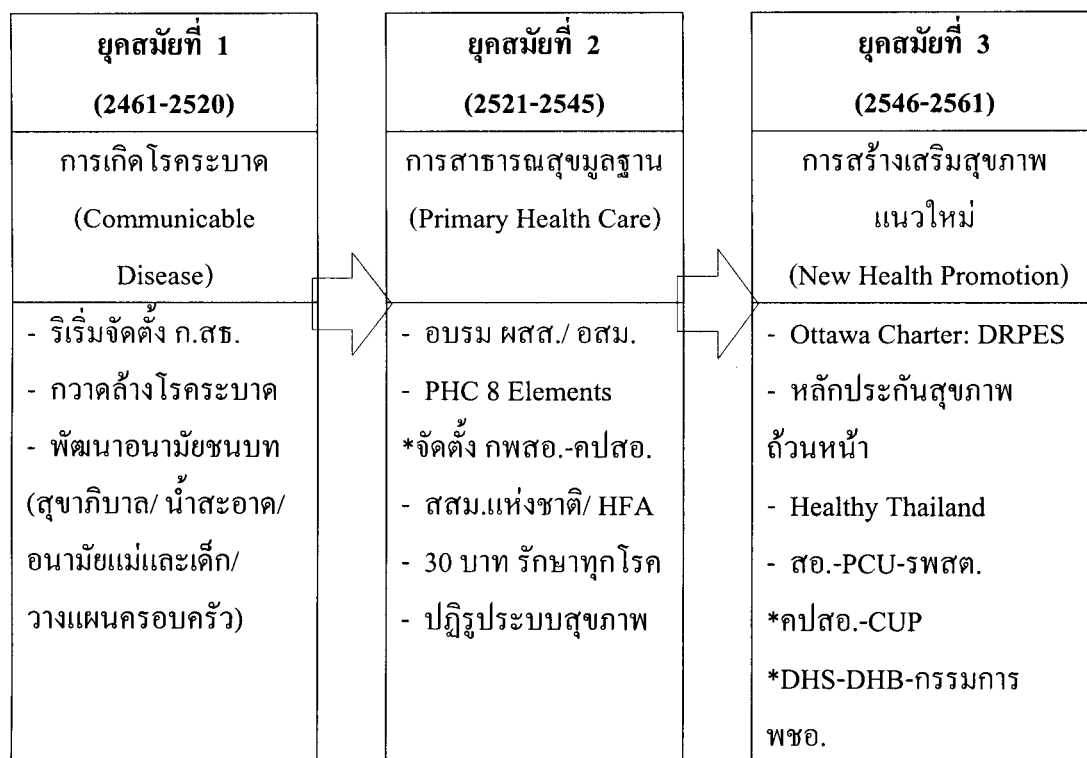
ภาพที่ 2-4 ความสัมพันธ์ของระบบสุขภาพสุขภาพ ระหว่าง Roemer's Model of Health Services กับ Six building blocks ประยุกต์จาก Fulop and Roemer (1987) และ WHO (2010)

#### 4. พัฒนาการระบบสุขภาพของไทย

##### 4.1 วิวัฒนาการของระบบสุขภาพกับการสาธารณสุขไทย

ระบบสุขภาพของไทย มีวิวัฒนาการความเป็นมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ควบคู่กับการสาธารณสุขไทยมาโดยตลอด ซึ่งสรุปได้เป็น 3 ยุคสมัย (วิชัย เทียนถาวร, 2555) ดังภาพที่ 2-5

วิวัฒนาการระบบสุขภาพกับการสาธารณสุขไทย



ภาพที่ 2-5 วิวัฒนาการระบบสุขภาพกับการสาธารณสุขไทย (ประยุกต์จากวิชัย เทียนถาวร, 2555)

ยุคสมัยที่ 1 การกวาดล้างโรคระบาด (พ.ศ. 2461-2520)

เมื่อปี พ.ศ. 2461 ได้จัดตั้งกระทรวงสาธารณสุข ต่อเกิดสถานการณ์สงครามโลกครั้งที่ 2 และการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 ส่งผลกระทบให้ประเทศไทยประสบปัญหาเศรษฐกิจ ภาวะข้าวยากหมากแพง เกิดโรคระบาด ประชาชนเจ็บป่วยได้รับความเดือดร้อน ในสมัยนั้นจอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์ ผู้นำรัฐบาลได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยริเริ่มโครงการพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ โดยมีการตราพระราชบัญญัติเศรษฐกิจแห่งชาติ และได้ก่อตั้งสภาเศรษฐกิจแห่งชาติขึ้นใน พ.ศ. 2502 ต่อมา พ.ศ. 2504 ได้เริ่มจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับแรก (พ.ศ. 2504-2509) เพื่อแก้ปัญหาความยากจนอดอยาก การขาดการศึกษา และกระทรวงสาธารณสุขก็ได้จัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 1 เน้นการกวาดล้างโรคระบาด การขยายบริการสาธารณสุข โดยก่อสร้างโรงพยาบาลขึ้นใหม่ ๆ หลายแห่ง แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 2 และ 3 เน้นการพัฒนานามัยชนบทด้านสุขาภิบาล จัดหาน้ำสะอาด การป้องกันโรคติดต่อ



พื้นฐานอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว เพิ่มการผลิตบุคลากรและการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย

ยุคสมัยที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐาน (พ.ศ. 2521-2545)

ในช่วงปลายของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 เมื่อปี พ.ศ. 2519 องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมที่เมืองอัลมาอะตา ประเทศรัสเซีย ได้เสนอแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC) เพื่อให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นกรอบการพัฒนาสุขภาพของประชากรโลก สำหรับประเทศไทยได้นำแนวคิดนี้มาทดลองดำเนินการสาธารณสุขแบบผสมผสาน (Integration) มีการฝึกอบรมอาสาสมัคร พสส./ อสม. ในโครงการสาธารณสุขเบื้องต้นให้เป็นกลไกสำคัญ เมื่อเห็นว่าโครงการประสบความสำเร็จจึงขยายผลเป็นโครงการสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5-8 โดยมีการพัฒนาต่อเนื่องและขยายความครอบคลุมของ พสส./ อสม. ทุกพื้นที่ทั้งเขตเมืองและชนบท พร้อมกับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (พบส.) และกลไกการสนับสนุนระดับอำเภอ เพื่อการบรรลุเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2543 (Health for all by the year 2000: HFA) การปฏิรูประบบสุขภาพตามแนวคิด “การสร้างสุขภาพดี นำการซ่อมสุขภาพเสีย” พร้อมกับการเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค รวมทั้งจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อนำมาพัฒนาระบบสุขภาพของคนไทยอีกด้วย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559)

ยุคสมัยที่ 3 การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ (พ.ศ. 2546-2561)

ในการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 9-10 เน้น “คน” เป็นศูนย์กลางการพัฒนาทุก ๆ ด้าน และให้ความสำคัญกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa charter for health promotion) 5 องค์ประกอบ คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (สินศักดิ์ชนม์ อุ๋นมี, 2556) มาใช้พัฒนาสุขภาพคนไทยภายใต้ปรัชญาแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง สร้างให้เมืองไทยเข้มแข็งคนไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียงด้วยการรวมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ (All for health) บนพื้นฐานความรู้ ต่อเนื่องด้วยการพัฒนาตามแผน ฯ ฉบับที่ 11-12 ที่เน้นการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศระดับภูมิภาคและชายแดนให้เข้มแข็ง เสริมสร้างระบบสุขภาพให้มีมาตรฐานทุกระดับ จัดบริการสุขภาพให้กลุ่มคนชายขอบ สร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายและพันธมิตร บูรณาการทุกภาคส่วน เชื่อมโยงระบบสุขภาพไทยกับนานาชาติ พัฒนาระบบเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ระบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมภัยสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพอำเภอและการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อเป็นกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเพื่อรากฐาน

การพัฒนาให้ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ตามแนวคิดการพัฒนาประเทศไทย 4.0 (Thailand 4.0) ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (สุวิทย์ เมษินทรีย์, 2559)

หากจะพิจารณาจากวิวัฒนาการการสาธารณสุขไทยที่ผ่านมาแต่ละยุคสมัย พบว่า ในยุคสมัยที่ 1 ที่เริ่มต้นในการพัฒนาการสาธารณสุขระดับประเทศนั้น เป็นไปเพื่อการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนเกี่ยวกับโรคระบาดและปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าตามบริบทและสถานการณ์ปัจจุบันในขณะนั้น ต่อมาเริ่มมีการวิเคราะห์สภาพปัญหา และแนวโน้มที่จะเกิดในอนาคตและจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่เป็นระบบขึ้น แต่ก็เป็นการกำหนดมาจากระดับนโยบาย (Top down) ซึ่งปรากฏตั้งแต่แผน ๕ ฉบับที่ 1-6 แต่ก็ไม่มีการกล่าวถึงระบบสุขภาพที่ชัดเจนนัก ต่อมาในยุคสมัยที่ 2 ถือว่าเป็นยุคใหม่ของการสาธารณสุขไทยที่แต่เดิมเรื่องสุขภาพขึ้นอยู่กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้นที่ เป็นผู้ดูแลสุขภาพของประชาชน

เมื่อเริ่มแผนพัฒนาฉบับที่ 5 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มนำเอาแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) ขององค์การอนามัยโลกมาทดลองใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพให้เข้ากับบริบทสังคมไทย (อมร นนทสุด, 2559) โดยใช้หลักการทำให้ทุกคนมีส่วนร่วม (People participation) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate technology) และมีความเป็นเจ้าของ (People involvement) เพื่อให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ และได้ขยายการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในยุคสมัยนี้ถือได้ว่าเป็นการเริ่มต้นการพัฒนาระบบสุขภาพที่แท้จริง เพราะมีทั้งการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (พบส.) และจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขอำเภอ (กพสอ.) ขึ้น ที่ต่อมาเป็นคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (กปสอ.) และมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องมาถึงยุคสมัยปัจจุบันเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) มีบทบาทหน้าที่เป็นกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในพื้นที่ระดับอำเภอ โดยมีระเบียบกฎหมายรับรองการปฏิบัติหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษรของการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภออย่างเป็นทางการ

สรุปได้ว่า แม้แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ตั้งแต่ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) จนถึงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ตลอดเวลา รวม 60 ปี ของการกำหนดนโยบายด้านบริการสาธารณสุขเพื่อพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ จะมีการปรับปรุง เพิ่มขยายทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ตลอดจนมาตรฐานของการบริการ แต่รัฐบาลไทยยังได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อความต่อเนื่องมีความคาดหวังอยากเห็นการบริการสุขภาพแห่งชาติ เน้นความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, prevention, protection excellence) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service excellence) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People excellence) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance excellence)

รัฐบาลให้ความสำคัญต่อยุทธศาสตร์การสร้างเสริมความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย และพันธมิตร รวมทั้งการบูรณาการทุกภาคส่วน เพื่อยกระดับสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่อำเภอ ซึ่งถือว่าหน่วยงานระดับอำเภอมีบทบาทหน้าที่ที่จะต้องนำนโยบายแปลงสู่การปฏิบัติ โดยเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อให้เกิดรูปธรรมในการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่าย สุขภาพระดับพื้นที่ได้อย่างยั่งยืนต่อไป

#### 4.2 การจัดการระบบสุขภาพของไทย

สืบเนื่องจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ได้ขับเคลื่อนงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ด้วยแนวคิด “สร้างนำซ่อม” โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมไทย จนกระทั่งมีการตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ขึ้นใช้เป็นกฎหมายแม่บท ซึ่งต่อมาได้มีประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่องธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ที่ได้กำหนดปรัชญาและแนวคิดหลักที่ว่า ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและระบบความมั่นคงของประเทศ ที่รัฐและทุกภาคส่วนในสังคมพึงให้ความสำคัญอย่างสูงต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และต้องให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคม จึงต้องคำนึงถึงการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล โดยมีเป้าหมายหลักในการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชน ที่ทุกภาคส่วนจะต้องมีหน้าที่ร่วมกันในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง รวมทั้งการดำเนินชีวิตตามหลักศาสนา เพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม ที่ต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมภิบาล ความรู้และปัญญา สอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรมทั้งระดับท้องถิ่น และในระดับประเทศ เพื่อเอื้ออำนวยให้บรรลุเป้าหมายแห่งสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพทุกประการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

ระบบสุขภาพตามนัยดังกล่าว มีระบบย่อย 10 องค์ประกอบ คือ 1) การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ 2) การสร้างเสริมสุขภาพ 3) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ 4) บริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ 5) การส่งเสริมสนับสนุน การใช้ และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ 6) การคุ้มครองผู้บริโภค 7) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ 8) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 9) การสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ และ 10) การเงินการคลังด้านสุขภาพ

## การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS)

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญ

ในยุคสมัยการพัฒนาการสาธารณสุขของไทยที่ใช้การสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) เป็นแนวคิดและกลวิธีในการพัฒนาเพื่อให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีนั้น การกระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวคิดที่จะทำงานแบบผสมผสานของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับอำเภอระหว่างโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ให้ทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็งและมีพลัง แม้ว่า จะต่างสายบังคับบัญชากัน กล่าวคือ โรงพยาบาลชุมชนอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ส่วนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีสถานีนอามัย (สอ.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขนั้นอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของนายอำเภอ จึงยากที่จะให้เกิดเอกภาพในทางปฏิบัติ ดังนั้น เพื่อให้มีองค์กรที่คอยเชื่อมประสานการทำงานในระดับพื้นที่ในการขับเคลื่อนโครงการสาธารณสุขมูลฐานที่เป็นนโยบายสำคัญในขณะนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีหนังสือที่ สธ 0217/ สช/ ว. 12 ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2526 เรื่องจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ (กพ.สอ.) เพื่อทำหน้าที่ประสานแผนงาน ประสานการปฏิบัติ และประเมินผลงานสาธารณสุขระดับอำเภอ แต่ผลการดำเนินงานโดย กพ.สอ. ไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ต่อมาจึงปรับปรุงองค์กรนี้เป็นคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) หรือชื่อเรียกภาษาอังกฤษว่า District Health Coordinating Committee: DHCC มีโครงสร้างประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ท่านหนึ่งท่านใดสลับกันเป็นประธานและ รองประธาน มีวาระคราวละ 2 ปี สำหรับเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการเลือกจากผู้แทนของ รพช. และ สสอ. ฝ่ายละ 1 คน คณะกรรมการรวมไม่ควรเกิน 12 คน หากมีหน่วยงานอื่นด้วยจะมีเพิ่มได้อีกไม่ควรเกิน 3 คน ในระยะต่อมามีการเพิ่มตัวแทน อสม. และตัวแทนประชาชนอีกอย่างละ 1 คน ด้วย (วรพล หนู่นุ่น, 2559)

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอมีมาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการปฏิรูประบบสุขภาพและมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างการบริหารและการบริการทั้งระบบก็ตาม แต่ คปสอ. ก็ยังทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (Contracting Unit of Primary Care: CUP) ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค) ที่มีสถานีนอามัยเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) ที่ปัจจุบันเรียกชื่อว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) นั่นเอง สำหรับการดำเนินงานในระดับอำเภอนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอว่าควรขับเคลื่อนเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (รสอ.) ทั้งนี้ เพราะเชื่อว่าสามารถเชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับอำเภอได้ เนื่องจากการดำเนินงานในระดับอำเภอมักมีความใกล้ชิด รับรู้ปัญหา ความต้องการ และ

ความจำเป็นในพื้นที่มากที่สุด สามารถประสานงานและกระจายทรัพยากรการบริหาร ได้แก่ คน เงิน ของ ตลอดจนการสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการและใช้ประโยชน์ระบบข้อมูลร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งในระยะต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นการพัฒนาบริการระบบสุขภาพอำเภอ เรียกสั้น ๆ ว่า รสอ. หรือ DHS (District Health System) โดยมีการต่อยอดการพัฒนาเป็น โครงการหนึ่งอำเภอหนึ่งโครงการ (One District One Project: ODOP) เพื่อเป็นกลไกการเสริมคุณค่าให้กับบุคลากรสุขภาพที่ทำงานในระบบบริการปฐมภูมิ (เดชา แซ่หลี่ และคณะ, 2557)

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้นำนโยบายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์มาแปลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนายกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ให้บรรลุตามเป้าหมายภายในทศวรรษหน้า คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพื่อความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน ผ่านทางแผนแม่บทการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พร้อมทั้งส่งเสริมและสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนด้วยกลไก “ระบบสุขภาพอำเภอ” ให้เข้มแข็งครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศไทยเปรียบเสมือนป้อมปราการด่านหน้าที่ยิ่งใหญ่ในการป้องกัน โรคและสร้างเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย ลดความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และพึ่งพาตนเองด้วยความร่วมมือร่วมใจ ประสานพลังของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ (เดชา แซ่หลี่ และคณะ, 2557)

เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 ภาคีเครือข่าย 4 หน่วยงานหลัก ประกอบด้วย กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ทำพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงร่วมกัน เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ตามแนวทางการดำเนินงานประชารัฐ ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทย 4.0 ของรัฐบาล เพื่อสนับสนุนให้ภาคส่วนชุมชนท้องถิ่นและภาคส่วนอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเองมากขึ้น ซึ่งนับเป็นก้าวที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นกลไกการทำงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ซึ่งได้นำรูปแบบประชารัฐเข้ามาดำเนินงาน โดยภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น โรงเรียน วัด และภาคส่วนอื่น ๆ ให้มีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดีของประชาชน ซึ่งไม่จำกัดเฉพาะมิติการรักษาโรคเพียงอย่างเดียว ภายใต้กลไกที่เรียกว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอ (District health board:DHB) ที่ยึดหลักการ “ใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพร่วมกัน โดยในระยะแรกมีเป้าหมายจัดตั้งเครือข่ายคณะกรรมการฯ จำนวน 73 พื้นที่

ทั่วประเทศ และเมื่อคณะกรรมการ ฯ ได้ร่วมกันดำเนินการ ไประยะหนึ่งแล้ว ภาติเครือข่ายทั้ง 4 หน่วยงาน จึงจัดประชุมชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนและขยายการดำเนินงานแก่คณะกรรมการ ระดับอำเภอประกอบด้วย นายอำเภอ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 200 พื้นที่ 650 คน เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2560 (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย, 2560)

ต่อมารัฐบาลโดยนายกรัฐมนตรี (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 โดยกฎหมายดังกล่าว กำหนดให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติการในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์ เป้าหมาย อย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของ ร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

## 2. แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอตามที่สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2557) ได้เสนอแนวคิด UCARE มีองค์ประกอบ 5 ประการ ดังนี้

2.1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity of district health team) เป็นการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสาธารณสุข กับหน่วยงานอื่น เช่น นายอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ วัด โรงเรียน การศึกษานอกโรงเรียน ชมรม สโมสรต่างๆ ที่อยู่ในอำเภอนั้น โดยทำงานร่วมเป็นทีมเดียวกัน อาจมีการจัดการและใช้ประโยชน์จากบุคลากรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ของใช้ ข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่ร่วมกันเพื่อเสริมการให้บริการที่ทุกหน่วยงานมีเป้าหมายร่วมกันคือ เพื่อสุขภาวะของประชาชน

2.2 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาติเครือข่าย (Community participation) เป็นการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำ ร่วมประเมินผลร่วมกัน จนกระทั่งเกิดการเรียนรู้ในการขับเคลื่อนในการให้บริการสุขภาพประสบผลสำเร็จ

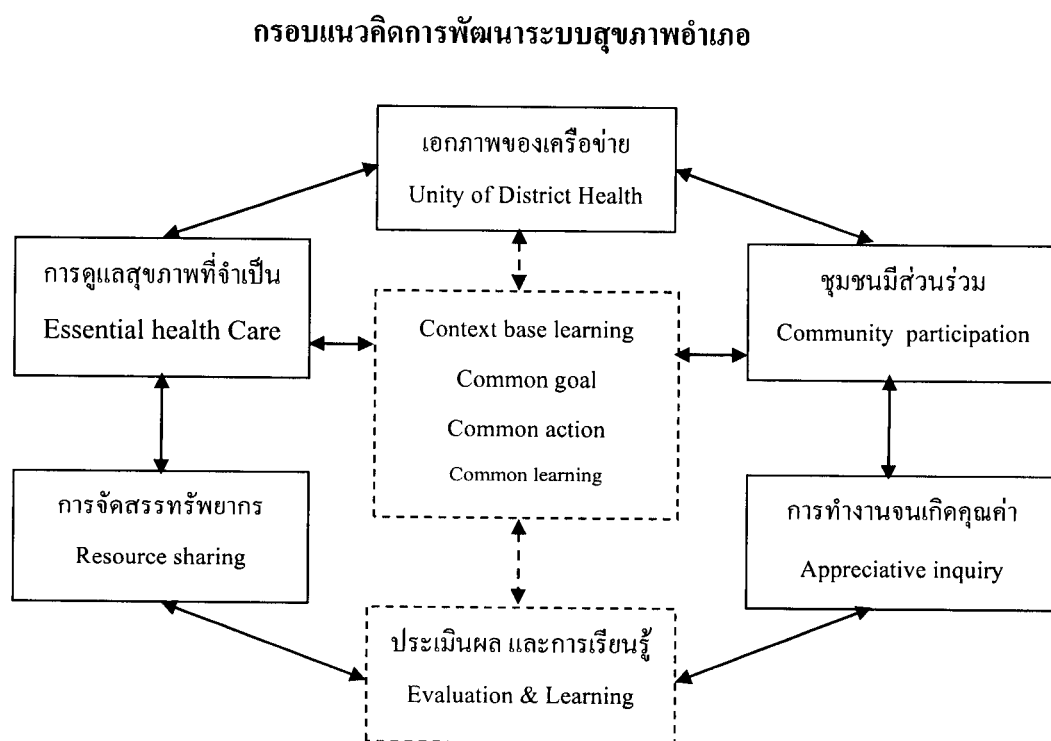
2.3 การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciative inquiry) เป็นการชื่นชมทีมงาน เพื่อสร้างความผูกพัน (Engagement) ของเครือข่ายบริการให้บรรลุเป้าหมายคือ สุขภาวะของประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้ทีมงานกระตือรือร้นในการปฏิบัติหน้าที่และงานที่ได้รับมอบหมาย มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ ปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร หรืออีกนัยหนึ่งคือ การสร้างคุณค่าให้บุคลากรอันเป็น

ผลมาจากการพัฒนาบุคลากร

2.4 การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing) ได้แก่ มีการวางแผนการใช้ทรัพยากร เช่น คน เงิน ของ ร่วมกัน เพื่อส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพอำเภอที่ยั่งยืนภายใต้การบริหารจัดการที่ดี มีการพัฒนาบุคลากรที่มีความหลากหลายตามบริบทและความต้องการ

2.5 การดูแลที่จำเป็นตามบริบท (Essential care) คือ การเลือกให้บริการสุขภาพตาม ปัญหาหรือความต้องการของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ (Accessibility) และสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง (Continuing care) โดยมีการเชื่อมโยงประสาน (Coordination) หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive) และชุมชนมีส่วนร่วม

ดังที่ สุรเกียรติ อชานานุภาพ (2557) สรุปเป็นภาพความสัมพันธ์ของ 5 องค์ประกอบเดิม ที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบตามแนวคิด UCARE ที่ทีมสุขภาพอำเภอได้ร่วมกันเรียนรู้จากบริบท (Context base learning) ดังภาพที่ 2-6



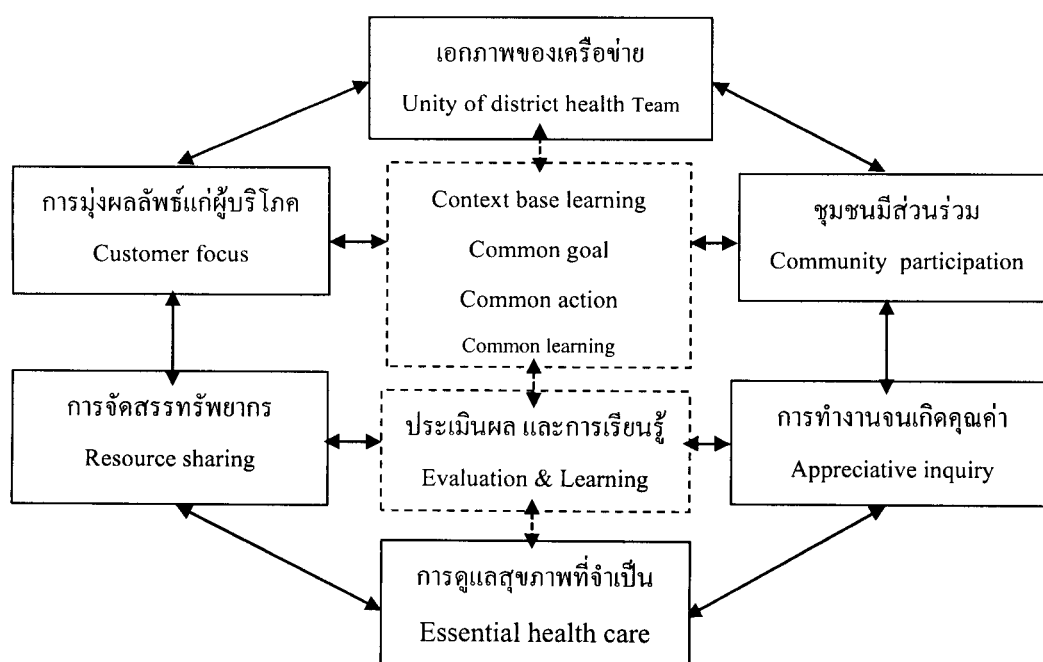
ภาพที่ 2-6 กรอบแนวคิดการพัฒนาสุขภาพอำเภอ (DHS: UCARE)

(สุรเกียรติ อชานานุภาพ, 2557)

เนื่องจากการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ เป็นการทำงานด้านสุขภาพร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งพาตนเองได้ ด้วยความเอื้ออาทรแบบไม่ทอดทิ้งกัน การติดตามผลการพัฒนาจึงเป็นกลไกที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ที่ใช้กระบวนการเชื่อมโยงแบบกัลยาณมิตรหรือการเชื่อมเสริมพลัง (จุฑาทิพย์ พิทักษ์, 2559) เพื่อชื่นชมผลงานความสำเร็จความสุขของผู้คนในแต่ละพื้นที่ดำเนินการ สำหรับความก้าวหน้าการพัฒนานั้น ทีมสุขภาพอำเภอของแต่ละพื้นที่สามารถประเมินตนเองเพื่อเปรียบเทียบความสำเร็จได้ตามเกณฑ์การพัฒนา DHS (เดชา แซ่หลี่ และคณะ, 2557) ต่อมาสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุขได้ดำเนินการวิจัยประเมินผลการพัฒนาระบบกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การประเมินกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ จากแนวคิดเดิมที่ประเมินเพื่อรับรองนั้นไม่เป็นไปเพื่อการส่งเสริมการพัฒนาอย่างแท้จริง ในทางกลับกันกลายเป็นการทำลายขวัญกำลังใจของคนทำงานในพื้นที่ให้เสื่อมถอยลง ดังนั้น จึงมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดการประเมินมามุ่งเน้นการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร โดยการประเมินแบบเสริมพลัง และเพิ่มอีกหนึ่งองค์ประกอบ คือ การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภค (Customer focus: C) ใช้เป็น UCCARE มาเป็นกรอบแนวคิดกระบวนการพัฒนา (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, 2557; สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข, 2557) ดังภาพที่ 2-7



### กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (เพิ่มองค์ประกอบ)



ภาพที่ 2-7 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ (เพิ่มใหม่) (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2557)

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างระบบสุขภาพระดับสากลกับระบบสุขภาพของไทย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี นโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทั้งระดับสากล และของประเทศไทย โดยวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 6 ประการ พบว่า ทั้งสองแนวคิดนี้มีองค์ประกอบที่มีสาระ และรายละเอียดที่สามารถบูรณาการเข้ากันได้ 5 องค์ประกอบ คือ

3.1 ภาวะผู้นำและการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลการทำงานร่วมกันระดับอำเภอ (Leadership & Governance + Unity of district health)

3.2 การบริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทพื้นที่ (Service delivery + Essential health care)

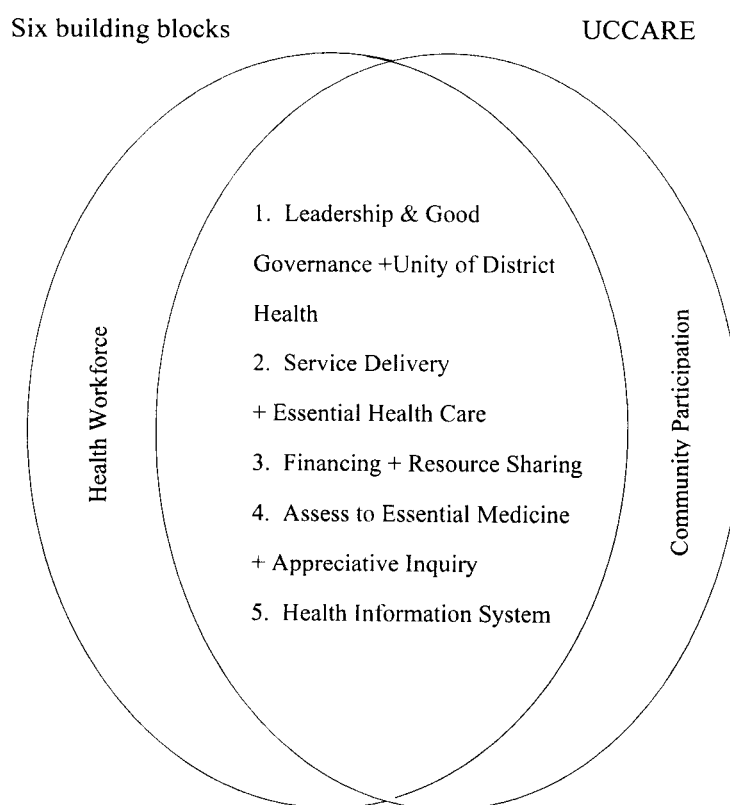
3.3 การจัดสรรทรัพยากรและระบบทุนทางสุขภาพที่ดี (Financing + Resource sharing)

3.4 สื่อและองค์ความรู้ในการปฏิบัติงานที่ดีส่งผลให้เกิดคุณค่าในการทำงาน (Assess to essential medicines + Appreciation and quality)

3.5 ระบบสารสนเทศและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสร้างให้ประชาชนผู้บริโภค  
รับรู้และเข้าร่วมเป็นเจ้าของ (Health information system + Customer focus)

ส่วนองค์ประกอบที่เหลืออีก 2 องค์ประกอบ คือ 1) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) และ 2) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) อาจมีข้อความแตกต่างกัน  
ด้านภาษาและข้อความแต่มีสาระและความหมายที่สามารถผนวกเข้ากันได้ เนื่องจากเป็นกลไกและ  
กำลังสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ดังภาพที่ 2-8

## ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบระบบสุขภาพระดับสากลกับระบบสุขภาพของไทย



ภาพที่ 2-8 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบระบบสุขภาพระหว่าง Six building blocks และ UCCARE ประยุกต์จาก WHO (2010) และสุรเกียรติ์ อชานานุกภาพ (2557)

### ระบบสุขภาพตามแนวชายแดนประเทศไทย

#### 1. สถานการณ์สุขภาพบริเวณชายแดนประเทศไทย

ประเทศไทยมีชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน 4 ประเทศ มีความยาวประมาณ 5,820 กิโลเมตร เป็นพรมแดนทางบก 3,205 กิโลเมตร พรมแดนทางน้ำและชายฝั่งทะเล 2,165 กิโลเมตร โดยมีพรมแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านรวม 33 จังหวัด ได้แก่

พรมแดนไทยติดต่อกับสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ 10 จังหวัด ประกอบด้วย

- 1) เชียงราย 2) เชียงใหม่ 3) แม่ฮ่องสอน 4) ตาก 5) กาญจนบุรี 6) ราชบุรี 7) เพชรบุรี
- 8) ประจวบคีรีขันธ์ 9) ชุมพร และ 10) ระนอง

พรมแดนไทยติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 12 จังหวัด ประกอบด้วย  
1) เชียงราย 2) พะเยา 3) น่าน 4) อุตรดิตถ์ 5) พิชณุโลก 6) เลย 7) หนองคาย 8) บึงกาฬ 9) นครพนม  
10) มุกดาหาร 11) อำนาจเจริญ และ 12) อุบลราชธานี

พรมแดนไทยติดต่อกับราชอาณาจักรกัมพูชา 7 จังหวัด ประกอบด้วย 1) อุบลราชธานี  
2) ศรีสะเกษ 3) สุรินทร์ 4) บุรีรัมย์ 5) สระแก้ว 6) จันทบุรี และ 7) ตราด

พรมแดนไทยติดต่อกับสหพันธรัฐมาเลเซีย 4 จังหวัด ประกอบด้วย 1) สงขลา  
2) นราธิวาส 3) ยะลา และ 4) สตูล

ทั้งนี้ ในแต่ละแนวชายแดนมีความแตกต่างกันทางด้านสภาพภูมิศาสตร์ สังคม  
วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีและภาษา กอปรกับบริเวณแนวชายแดนไทย ประกอบด้วย  
หลายกลุ่มชน มีทั้งคนไทย กลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ผู้หนีภัยจากการสู้รบ แรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน  
ตามกฎหมาย และหลบหนีเข้าเมือง รวมทั้งครอบครัวและผู้ติดตาม ประกอบกับนโยบายการเข้าสู่  
ประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งคาดว่าจะมีการเคลื่อนย้ายของประชากรเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะ  
ส่งผลต่อสถานะสุขภาพของประชากรไทยในพื้นที่ชายแดนที่แตกต่างกัน

จากการศึกษาข้อมูลของสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค (2557)  
เรื่องปัญหาสาธารณสุขชายแดนประเทศไทย พบว่า มีสภาพปัญหาและสาเหตุที่แตกต่างกัน ดังนี้  
1) โรคติดต่อ และโรคอุบัติใหม่ รวมทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูงและ  
เบาหวาน 2) ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว พบว่า อัตราตายมารดาและทารก  
ยังสูงกว่าเป้าหมายของประเทศ 3) การไหลทะลักของสินค้าทำลายสุขภาพ เมื่อเปิดอาเซียน เช่น  
เหล้า สุรา ฯลฯ อาหารและยาที่ไม่ได้มาตรฐานเข้ามามาก 4) ปัญหาเนื่องจากหลักประกันสุขภาพ  
ถ้วนหน้ามีความครอบคลุมการให้บริการสุขภาพเฉพาะคนที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น ส่งผลให้ชนกลุ่ม  
น้อย กลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ และแรงงานข้ามชาติ ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้ จึง  
กลายเป็นรังโรค 5) อัตราการครองเตียงของแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มี  
แรงงานข้ามชาติจำนวนมาก (ชายแดน เขตอุตสาหกรรม) ที่เพิ่มภาระค่ารักษาพยาบาล และปัญหา  
การสื่อสารที่พูดไม่เข้าใจภาษาถิ่น 6) ปัญหาแรงงานข้ามชาติมีการอพยพเคลื่อนย้ายตลอดเวลา 7)  
ไม่มีระบบการรายงานจัดการข้อมูลเกี่ยวกับโรคในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ ทำให้ขาดข้อมูล  
ในการวางแผนและควบคุมป้องกันโรค 8) ปัญหาอื่น ๆ ได้แก่ ปัญหาความไม่สงบใน 3 จังหวัด  
ชายแดนภาคใต้ ทำให้ระบบบริการสาธารณสุขดำเนินงานอย่างยากลำบาก และ 9) ปัญหาการ  
ติดตามการรักษาโรคไม่ต่อเนื่องสำหรับโรคบางชนิดจำเป็นต้องรักษาหรือ ติดตามการรักษาเป็น  
ระยะเวลานาน เป็นสาเหตุให้เกิดเชื้อดื้อยาตามมาได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ

จากสถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพบริเวณชายแดน ดังกล่าว วิเคราะห์ได้ว่าเกิดจากสาเหตุที่สำคัญ 2 ประการ กล่าวคือ 1) ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นในประเทศใดประเทศหนึ่งที่มีพรมแดนติดต่อกันย่อมมีผลกระทบต่อประเทศไทยทุกด้าน ที่สำคัญคือความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจและค่าครองชีพ รัฐบาลจึงมีนโยบายส่งเสริมการค้าชายแดน การเชื่อมโยงเส้นทางคมนาคมและการท่องเที่ยว เพื่อแก้ปัญหาความแตกต่างของระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมระหว่างประเทศ ส่งผลให้บริเวณแนวชายแดนมีการเคลื่อนย้ายของประชากรในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก จึงส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของประชากรในพื้นที่ชายแดน 2) ปัญหาสาธารณสุขชายแดนมีความซับซ้อนละเอียดอ่อนเชื่อมโยงกับปัจจัยหลายด้าน มีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น ๆ มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ความเชื่อ วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี กระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินงานเพียงลำพังย่อมไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้น การพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน จำเป็นต้องอาศัยการประสานความร่วมมือกันระหว่างจังหวัดชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ดำเนินกิจกรรมร่วมกันทั้งหน่วยงานภาครัฐ องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### 3.2 ระบบสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว

จากกรณีศึกษาผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย: สวปก. และเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: สวรส. (2555) โดยศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐที่ให้บริการสุขภาพระดับ 10 เติงขึ้นไป ในพื้นที่ 11 จังหวัดของไทยที่พรมแดนติดต่อกับ สปป.ลาว พบว่า ข้อมูลสำหรับการให้บริการสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามการวินิจฉัยโรคตาม International statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10) ของ World Health Organization (2007) และหัตถการที่ให้บริการตาม Classification of Procedures (ICD-9-CM) (2005) ในช่วงระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง จะเห็นว่า 5 อันดับแรกของโรคที่ผู้ป่วยข้ามพรมแดนมาใช้บริการเป็นโรคที่ไม่ได้มีความซับซ้อน ยกตัวอย่างเช่น Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11), Dyspepsia (K30), Essential(primary) hypertension (I10), Supervision of normal pregnancy, unspecified (Z349), Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09) เป็นต้น

สำหรับหัตถการที่ให้บริการก็เป็นหัตถการแบบไม่ซับซ้อนเป็นส่วนใหญ่ ยกตัวอย่างเช่น Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, TR (6632), Other appendectomy (4709), Low cervical cesarean section (741), Reduction of fracture and dislocation (79) เป็นต้น

โดยหัตถการที่มีความซับซ้อนต้องใช้ความชำนาญสูงจะให้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ จากข้อมูล พบว่า ลักษณะของ โรคที่ผู้ป่วยมาใช้บริการมี 5 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มโรคเรื้อรังต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11), Essential (primary) hypertension (I10), Dyspepsia (K30)
2. กลุ่มโรคติดต่อ ได้แก่ Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin(A09), Acute upper respiratory infection, unspecified (J06.9), Dengue hemorrhagic fever (A91)
3. กลุ่มโรคที่เกิดจากการติดเชื้อหรือการอักเสบ ได้แก่ Septicemia, unspecified, septic shock (A419), Urinary tract infection, site not specified (390), Acute appendicitis, unspecified (K359)
4. กลุ่มโรคหรืออาการบาดเจ็บที่รุนแรงต้องการรักษาขั้นสูง ซึ่งมีจำนวนน้อยและมีการใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่านั้น ได้แก่ intracranial injury, unspecified (S069), Reduction of fracture and Dislocation (79)
5. กลุ่มบริการโดยไม่ได้มีสาเหตุจากความเจ็บป่วย ได้แก่ General medical examination (Z0), Spontaneous vertex delivery (O800), Low cervical cesarean section (741) และเป็นที่น่าสนใจพบว่า แนวโน้มการให้บริการเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในลักษณะที่มาใช้บริการโดยไม่ได้มีสาเหตุมาจากความเจ็บป่วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการในประเทศไทย ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณภาพของระบบบริการ ประกอบด้วย อันดับหนึ่งคือ มีหมอเก่ง อันดับสองคือ รักษาโรคที่ยากได้ และอันดับสามคือ มีเครื่องมือที่พร้อมและทันสมัย ทั้งนี้เมื่อจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลพบว่า นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้ว ปัจจัยทางเศรษฐกิจก็ส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการด้วย

จากข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพโดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มผู้นำเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ 12 จังหวัด เรื่อง ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว:สถานการณ์และสภาพปัญหาที่สำคัญ (ปัญญา ยงยิ่ง และคณะ, 2560) พบว่า ปัญหาสาธารณสุขร่วมของพื้นที่ คือ การเจ็บป่วยจากโรคติดต่อยังมีเกิดขึ้นแต่อยู่ในวิสัยที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพสามารถจัดการได้ เนื่องจากทั้งสองประเทศมีนโยบายดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาระหว่างประเทศ IHR 2005 (International Health Regulation 2005) ได้จัดทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างไทย-ลาว โดยมีคณะกรรมการร่วมในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อที่เข้มแข็ง ส่วนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ที่มีผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ความคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ที่หลากหลาย การบริโภคอาหารไม่ปลอดภัย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และเป็นสาเหตุการป่วยและตาย

ที่สำคัญของประชากรในพื้นที่

### 3.3 การประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (2560) มีคณะกรรมการประจำเขตบริการสุขภาพ คอยให้การสนับสนุน นิเทศชี้แนะการพัฒนาและการแก้ปัญหา พร้อมทั้งติดตามประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ส่วนการประเมินผลนั้นมี 3 รูปแบบด้วยกัน คือ 1) การประเมินตนเอง 2) การประเมินแบบเยี่ยมเสริมพลัง และ 3) การประเมินโดยการตรวจราชการสาธารณสุขประจำปี ซึ่งมีแนวทางการประเมินและเกณฑ์การวัดผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข, 2557) ดังตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 ระดับคะแนนและเกณฑ์การประเมินการพัฒนา DHS ตามแนวทาง UCCARE

| คะแนน | ผลการดำเนินงาน   |
|-------|--|
| 1     | มีแนวทางที่ชัดเจน และ/ หรือ เริ่มดำเนินการ<br>แนวทาง ประกอบด้วย 1) วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร 2) แผนงาน ขั้นตอนเป็นอย่างไร และ 3) เป้าหมาย วิธีติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร   |
| 2     | มีการขยายพื้นที่แต่ยังไม่ครอบคลุม  |
| 3     | ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/ หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุง<br>กระบวนการที่สำคัญ และ/ หรือ มีการดำเนินงานครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) การดำเนินการ ประกอบด้วย 1) ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่ อย่างไร 2) คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่ อย่างไร และ 3) คนที่ทำ ๆ อย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร |
| 4     | มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุง โดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับ<br>พัฒนาให้ดีขึ้นการเรียนรู้ ประกอบด้วย 1) ผลลัพธ์ตรงเป้าหมายหรือไม่อย่างไร 2) มี<br>การแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และ 3) มีการนำบทเรียนไปปรับปรุง<br>หรือไม่อย่างไร   |

## ตารางที่ 2-1 (ต่อ)

| คะแนน | ผลการดำเนินงาน   |
|-------|--|
| 5     | <p>มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/ พันธกิจขององค์กร</p> <p>การบูรณาการ ประกอบด้วย 1) ความสอดคล้องของเป้าหมาย แผนงาน การปฏิบัติการวัด/ ปรับปรุง 2) ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และ 3) ความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ</p> |

ที่มา: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (2557)

ต่อมาเกิดการทบทวนแนวทางการประเมินการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภออย่างเป็นระบบ โดยเปลี่ยนจากแนวคิดการประเมินเพื่อรับรอง มุ่งเน้นการจัดการคุณภาพที่เป็นระบบทั้งองค์กร เป็นการประเมินเพื่อเสริมพลังในการพัฒนา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 (พันธุ์ทอง จันทร์สว่าง, 2557) โดยการนำแนวคิด UCCARE มาเป็นแนวทางการประเมินที่มีรายละเอียดที่ชัดเจน (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2557) ดังตารางที่ 2-2



ตารางที่ 2-2 แนวทางการทบทวนและประเมินเพื่อพัฒนาต่อยอด DHS

| UCCARE                          | 1. เริ่มมีแนวทางและหรือเริ่มดำเนินการ  | 2. ขยายการดำเนินการ   | 3.ดำเนินการเป็นระบบ และหรือครอบคลุม   | 4. เรียนรู้  | 5. บูรณาการ  | คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ  |
|---------------------------------|--|---|---|--|--|--|
| Unity of didistrict health team | มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินการตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ                  | มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็นและหรือมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย  | Cross functional เป็นทีมระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน                                       | Fully integrate เป็นโครงข่ายทีมเดียวกันทั้งแนวตั้งและแนวนอน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย                 | ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่าง ๆ ร่วมเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพในทุกประเด็นสุขภาพสำคัญ   | ทีมสุขภาพ หมายถึงทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน (ทีมรพ.กับรพ. ทีม รพสต.กับ รพสต.) ทีมระหว่างหน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีม รพสต.กับ รพสต.) ทีมแนวตั้งและทีมแนวนอน และหรือทีมข้ามสายงาน (ภาคีภาคส่วนต่าง ๆ)   |
| Customer focus                  | มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ เป็นแบบ reactive | มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลายอย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง | มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการแต่ละกลุ่มให้สอดคล้องและมีประสิทธิภาพมาก และนำมาปรับปรุงแก้ไขระบบงาน | มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทาง การรับรู้ความต้องการของประชาชนแต่ ละกลุ่มให้สอดคล้องและมีประสิทธิภาพมาก | ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่าง ๆ จนทำให้ประชาชนเชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายชุมชน | ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ (Health need) หมายถึงประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนาที่ประชาชนหรือผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับ โดยหมายรวมถึงในส่วนของ felt need (เช่น การรักษาฟื้นฟู) หรือ unmet need (เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน) |

ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

| UCCARE                  | 1. เริ่มมีแนวทาง และหรือเริ่มดำเนินการ   | 2. ขยายการดำเนินการ  | 3. ดำเนินการเป็นระบบ และหรือครอบคลุม  | 4. เรียนรู้   | 5. บูรณาการ   | คำสำคัญและนิยาม ปฏิบัติการ   |
|-------------------------|--|--|---|---|---|--|
| Community participation | มีแนวทาง หรือเริ่มให้ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ  | ดำเนินการให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมรับรู้ ร่วม ดำเนินการด้านสุขภาพ ในงานที่หลากหลาย และ ขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น   | ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ อย่างเป็นระบบ และ มีบริการ ทวน เรียนรู้ปรับปรุง กระบวนการมีส่วนร่วม ให้เหมาะสมขึ้น | ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วม วางแผน ร่วม ดำเนินการด้านสุขภาพ และ มีบริการ ทวน เรียนรู้ปรับปรุง กระบวนการมีส่วนร่วม ให้เหมาะสมขึ้น | ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วม ดำเนินการอย่างครบวงจร รวมถึงการประเมินผล จนร่วม เป็น เจ้าของการดำเนินงาน เครือข่าย บริการปฐมภูมิ | ความผูกพัน (Engagement) หมายถึง การที่บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ในหน้าที่ และงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุพันธกิจ |
| Appreciative inquiry    | มีแนวทางหรือวิธีการที่ ชัดเจน หรือเริ่มดำเนินการในการดูแลพัฒนา และ สร้างความพึงพอใจของบุคลากร เพิ่มขึ้นในแต่ละหน่วยงาน หรือในแต่ละหน่วยงานของบุคลากร ระดับ | มีการขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการ และ สร้างความพึงพอใจของบุคลากร เพิ่มขึ้นในแต่ละหน่วยงาน หรือในแต่ละหน่วยงานของบุคลากร ให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ | ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนา และ สร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน (Engagement) ของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ               | เครือข่ายสุขภาพมี การเรียนรู้บทบาท กระบวนการดูแล พัฒนา และสร้าง ความผูกพันของ บุคลากรให้ สอดคล้อง กับบริบท ปฐมภูมิ              | สร้างวัฒนธรรม เครือข่ายให้บุคลากร มีความสุขุมใจ รับรู้คุณค่าและเกิด ความผูกพันในงาน ของ เครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ             | ความผูกพัน (Engagement) หมายถึง การที่บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ในหน้าที่ และงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุพันธกิจ |

ตารางที่ 2-2 (ต่อ)

| UCCARE                | 1. เริ่มมีแนวทาง และหรือเริ่มดำเนินการ        | 2. ขยายการดำเนินการ   | 3. ดำเนินการเป็นระบบ และหรือครอบคลุม   | 4. เรียนรู้  | 5. บูรณาการ  | คำสำคัญและนิยาม ปฏิบัติการ  |
|-----------------------|---|---|--|--|--|---|
| Resource sharing      | มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน | มีการดำเนินการร่วมกัน ใน การใช้ทรัพยากร และ พัฒนาบุคลากร ในบางประเด็น หรือบางระบบ                                     | มีการจัดการทรัพยากร และ พัฒนาศักยภาพร่วมกัน อย่างเป็นระบบ และ ครอบคลุม ตามบริบท และความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อ สนับสนุนให้บรรลุตาม เป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ | การทบทวนและปรับปรุงการจัดการทรัพยากร และ พัฒนาบุคลากร ให้เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น                              | มีการจัดการทรัพยากร ร่วมกัน โดยยึด เป้าหมายของเครือข่าย สุขภาพ (ไม่มีกำแพงกัน) และมี การใช้ ทรัพยากรจากชุมชน ส่งผลให้เกิด ระบบ สุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน | Resource หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้ง ข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (Input) ของการทำงาน  |
| Essential health care | มีแนวทาง หรือเริ่มดำเนินการ                   | มีการจัดระบบดูแล สุขภาพ ตามบริบท และ ตามความต้องการ ผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชน บางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มที่มี ปัญหาสูง | มีการจัดระบบดูแล สุขภาพ ตามบริบท ตาม ความ ต้องการของ ผู้รับบริการ ประชาชนแต่ ละกลุ่ม และ ชุมชน ที่ ครอบคลุม ประชากรส่วน ใหญ่                                 | มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบดูแล สุขภาพ และพัฒนา อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ เกิดการดูแลสุขภาพที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น | มีการจัดระบบดูแล สุขภาพอย่างบูรณาการ ร่วมกับประชาชน ชุมชน ภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ประชาชนมี สถานะสุขภาพดี                                   | Essential Care หมายถึง บริการดูแลสุขภาพที่ จำเป็น สำหรับประชาชน โดย สอดคล้องกับบริบท ของชุมชน และเป็น ไป ตามศักยภาพของ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ |

ที่มา: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (2557)

สำหรับผลการประเมินระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว โดยสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานเขตบริการสุขภาพพื้นที่ ในรอบที่ 1/2560 ตาม UCCARE จำแนกรายอำเภอ มีผลการประเมิน ดังตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2-3 ผลการประเมินการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ DHS ตามแนวคิด UCCARE อำเภอชายแดนไทย-ลาว

| อำเภอ<br>หนึ่งใน<br>จังหวัด | U:<br>Unity<br>Health<br>Team | C:<br>Customer<br>Focus | C:<br>Community<br>participation | A:<br>Appreciative<br>Inquiry | R: Resource<br>sharing | E:<br>Essential<br>health care | เฉลี่ยรวม |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------------|--------------------------------|-----------|
| หนองคาย                     | 4                             | 4                       | 4                                | 4                             | 4                      | 4                              | 4         |
| นครพนม                      | 4                             | 5                       | 3                                | 3                             | 4                      | 4                              | 3.83      |
| มุกดาหาร                    | 3                             | 3                       | 3                                | 3                             | 3                      | 3                              | 3         |
| บึงกาฬ                      | 3.5                           | 3.5                     | 3                                | 3                             | 4                      | 3.5                            | 3.41      |
| เลย                         | 4                             | 4                       | 3                                | 3                             | 3                      | 4                              | 3.5       |
| อุบลราชธานี                 | 4                             | 4                       | 4                                | 4.5                           | 4                      | 4                              | 4.08      |
| เข็ญราย                     | 5                             | 5                       | 5                                | 5                             | 5                      | 5                              | 5         |
| น่าน                        | 3                             | 3                       | 3                                | 3                             | 3                      | 3                              | 3         |
| อำนาจเจริญ                  | 3.3                           | 3.6                     | 3.3                              | 3                             | 3.16                   | 3.16                           | 3.25      |
| พะเยา                       | 4                             | 5                       | 5                                | 5                             | 4                      | 5                              | 4.66      |
| พิษณุโลก                    | 2                             | 2                       | 2                                | 2                             | 2.5                    | 2                              | 2.08      |
| อุดรดิตถ์                   | 4                             | 4.5                     | 3                                | 4                             | 4                      | 4                              | 3.91      |
| เฉลี่ยรวม                   | 3.65                          | 3.90                    | 3.44                             | 3.54                          | 3.64                   | 3.72                           | 3.64      |

ที่มา: [http://krabihospital.go.th/e-insreport/fr\\_report.php](http://krabihospital.go.th/e-insreport/fr_report.php)

จากตารางที่ 2-3 พบว่า ผลการประเมินการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว มีดังนี้

กลุ่มที่ 1 ให้ความสำคัญกับการมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer Focus) ตามด้วยการแบ่งปันทรัพยากร การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ตามลำดับ โดยคะแนนอยู่ระดับ 4 ทุกอำเภอ ซึ่งอำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคายมีผลงานอยู่ในระดับ 4 ทุกองค์ประกอบ และต่ำสุดที่อำเภอหนึ่งในจังหวัดมุกดาหาร (ระดับ 3)

กลุ่มที่ 2 ให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ความมุ่งมั่นผลลัพธ์ที่เกิดกับ ผู้บริโภค และการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็น ที่มีคะแนนอยู่ที่ระดับ 4 ทั้ง 3 องค์ประกอบ คะแนนเฉลี่ย สูงสุดที่อำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงราย อยู่ที่ระดับ 5 ทุกองค์ประกอบ

กลุ่มที่ 3 ผลการพัฒนากระจายทุกองค์ประกอบ การมุ่งมั่นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค คะแนนอยู่ในระดับ 3.77 ผลการพัฒนาสูงสุดอยู่ที่อำเภอหนึ่งในจังหวัดพะเยา (4.66) ต่ำสุดที่อำเภอ หนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก

สรุปว่า องค์ประกอบร่วมที่พบมากในทุกกลุ่มอำเภอ คือ การมุ่งมั่นผลลัพธ์ที่เกิดกับ ผู้บริโภค รองลงมาคือ การจัดบริการสุขภาพที่จำเป็น การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การแบ่งปัน ทรัพยากร การทำงานจนเกิดคุณค่า และน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย

เมื่อพิจารณาความหมายของระบบสุขภาพอำเภอตามที่ สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2557) ได้กล่าวไว้ และผลการประเมินการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอของสำนักตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุข (2560) นั้น ระบบสุขภาพอำเภอ (District health system) จึงหมายถึง การทำงานร่วมกัน ของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เช่น โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) วัด โรงเรียน หน่วยงานเอกชน ส่วนราชการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ประโยชน์ด้านทรัพยากร คน เงิน ของ ร่วมกันตามสภาพปัญหา ของพื้นที่ ทั้งนี้หัวใจสำคัญของการดำเนินงานอยู่บนพื้นฐานแนวคิด UCCARE ทั้ง 6 องค์ประกอบ คือ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity district health team: U) 2) การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับ ผู้บริโภค (Customer focus:C) 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation: C) 4) การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciative inquiry: A) 5) การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing: R) และ 6) การดูแลสุขภาพที่จำเป็นตามบริบท (Essential care: E) ที่มีการขับเคลื่อน การทำงานด้านสุขภาพร่วมกัน ด้วยการประสานเชื่อมโยงกันแบบบูรณาการของทุกภาคส่วนอย่างเป็น ระบบ (Systematic) ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชน สามารถพึ่งตนเองได้แบบไม่ทอดทิ้งกันเป็นกัลยาณมิตรติดตามเยี่ยมเยือนชื่นชมผลงาน ดูความสำเร็จ ความสุขของผู้คนในแต่ละพื้นที่ โดยใช้เทคนิคกระบวนการสืบค้นเสริมพลัง (จุฬาทิพย์ พิทักษ์, 2559)

## แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง

### 1. แนวคิดทฤษฎีระบบ (Systematic Theory)

ทฤษฎีระบบ (Systematic Theory) มีการกล่าวถึงครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1920 โดย Ludwig Von Bertalanffy นักชีววิทยา (Putt, 1978; Robbin, Chatter, & Canda, 1998 อ้างถึงในวิลลาวัลย์ ชมวิรัตน์, 2551) ต่อมาแนวคิดนี้เริ่มแพร่หลายในปี ค.ศ. 1940 และพัฒนาไปสู่สาขาวิชาอื่น ๆ เช่น

ฟิสิกส์ Cybernetic กลศาสตร์การควบคุมกลไก โดยพัฒนาเป็นทฤษฎีความซับซ้อน (Complexity theory) ที่มีการผุดบังเกิด (Emergence) เป็นลักษณะสำคัญ หมายถึงคุณสมบัติของระบบรวมทั้งที่แตกต่างไปจากผลรวมทั้งหมด บางส่วนก็พัฒนาเป็นทฤษฎีไร้ระเบียบ (Chaos theory) จุดสำคัญของทฤษฎีระบบคือ การมองแบบไม่แยกส่วนหรือมีมุมมองว่าทุกสิ่งมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ส่วนย่อยสัมพันธ์กับส่วนใหญ่ คือ การคิดอย่างกระบวนระบบ (Systematic thinking) (ชัยวัฒน์ ติระพันธ์, ม.ป.ป.) ดังนั้น จึงต่างกับวิธีคิดแบบเส้นตรง (Linear thinking) คือ การคิดว่าเหตุเป็นอย่างไรและผลจะต้องเป็นอย่างไรอย่างสิ้นเชิง เพราะว่าทฤษฎีระบบ มีความคิดอยู่บนพื้นฐานของระบบที่มีความสลับซับซ้อน (Complex system) คือ ถ้าเป็นอย่างนี้ก็สมารถเป็นอย่างนั้น หรือเป็นอย่างอื่นได้หลายอย่างไม่ตายตัว หัวใจของทฤษฎีระบบ จึงไม่ได้อยู่ที่การวิเคราะห์ วิจัยส่วนนั้น ๆ เท่านั้น แต่เป็นการพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยสิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดว่ามีความสัมพันธ์กัน

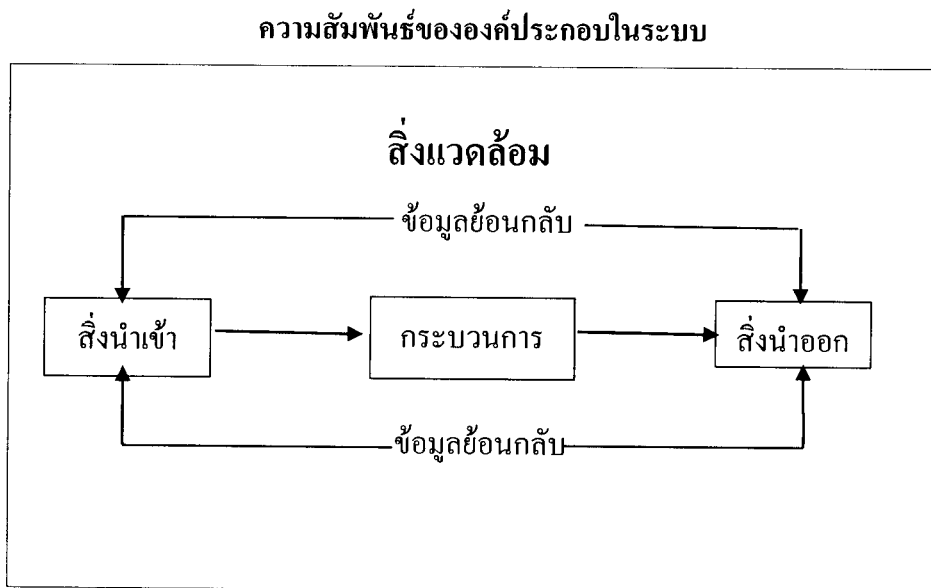
ต่อมาได้มีผู้ให้ความหมายระบบ (System) ว่า หมายถึง การรวบรวมสิ่งต่างๆ ทั้งหลายที่มนุษย์ได้ลอกแบบและสร้างสรรค์ขึ้นมา เพื่อสามารถนำสิ่งเหล่านั้นมาจัดการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งสิ่งเหล่านั้นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันด้วยการกำหนดวิธีการปฏิบัติ เพื่อให้เป็นเอกภาพหรือบรรลุวัตถุประสงค์ ระบบเป็นเหมือนชุดของสิ่งที่มีปฏิสัมพันธ์ หรือการพึ่งพาซึ่งกันและกันของสิ่งที่มีการดำรงอยู่ที่แตกต่างและอย่างเป็นอิสระ ที่ได้ถูกควมรวมในรูปแบบบูรณาการของส่วนรวมทั้งหมดซึ่งประกอบด้วยส่วนย่อยหรือสิ่งต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กัน อาจจะเกิดโดยธรรมชาติ เช่น ร่างกายมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วยระบบการหายใจ การย่อยอาหาร เป็นต้น โดยระบบต่างทำงานในระบบนั้น ๆ แล้วมาปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อให้ร่างกายสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ หรือเป็นสิ่งที่มนุษย์ลอกแบบและสร้างสรรค์ขึ้น อย่างมีระเบียบแล้วนำสิ่งเหล่านั้นมารวมกัน เพื่อให้การดำเนินงานสามารถบรรลุได้ตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ (กิดานันท์ มลิทอง, 2543, หน้า 74)

เมื่อกล่าวถึงลักษณะของระบบอาจมองได้เป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านนามธรรม หมายถึง วิธีการ (Method) การปฏิบัติงานที่มีรูปแบบและขั้นตอนที่ไม่ตายตัว ผันแปรไปตามสภาพสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่กำหนดให้ 2) ด้านรูปธรรม หมายถึง สรรพสิ่ง (Entity) ที่ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์และพึ่งพาอาศัยกัน โดยมีส่วนหนึ่งเป็นศูนย์กลางของระบบ นอกนั้นในระบบจะมีระบบย่อยที่มีโครงสร้างและหน้าที่เฉพาะ มีความสัมพันธ์กับระบบใหญ่ โดยการทำงานของระบบย่อยจะมีวัตถุประสงค์เฉพาะ แต่จะส่งผลไปยังระบบใหญ่ด้วย (ประชุม รอดประเสริฐ, 2543, หน้า 66)

ระบบมีโครงสร้างที่ซ้อนกันอยู่เป็นชั้น ๆ (Hierarchy) และทุกอย่างสามารถเชื่อมโยงกัน จะทำหน้าที่แลกเปลี่ยนข้อมูล พลังงานและสิ่งต่าง ๆ ให้ผลที่ออกมาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ทั้งในและนอกระบบ (รุจา ภูโพลย์, 2541) ดังนั้น การวิเคราะห์ระบบจะสามารถพิจารณาปัญหาที่

ซับซ้อน มองเห็นภาพรวมของปัญหา ทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกระบบ ที่มีผลต่อการทำงานของระบบ

องค์ประกอบของระบบที่สำคัญ ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์ 2) สิ่งนำเข้า 3) กระบวนการ 4) สิ่งนำออก 5) การส่งข้อมูลย้อนกลับ 6) การควบคุม และ 7) สิ่งแวดล้อม องค์ประกอบต่างๆ จะทำหน้าที่สัมพันธ์กันและมีวัตถุประสงค์ของระบบเป็นตัวกำหนดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ดังภาพ ที่ 2-9



ภาพที่ 2-9 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในระบบ (ปรับปรุงจาก Beth & Friedman, 1986, p. 83)

สรุปได้ว่า ระบบ เป็นรูปแบบแนวคิดการจัดการที่มองภาพเป็นองค์รวม โดยมีระบบย่อย ๆ ประกอบอยู่ในระบบใหญ่ มีความสัมพันธ์กันและทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน ขั้นตอนการปฏิบัตินั้นต้องชัดเจน ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลิตผลและข้อมูลป้อนกลับซึ่งมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน

การนำทฤษฎีระบบ (Systematic theory) เป็นแนวคิดในการชี้้นำการวิจัยครั้งนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจ แนวคิดเชิงระบบเพื่อให้สามารถวิเคราะห์ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้ครอบคลุมในทุกมิติ

## 2. การสืบค้นเสริมพลัง

การสืบค้นเสริมพลัง (Appreciative inquiry:AI) เป็นกระบวนการที่พัฒนาขึ้นโดยศาสตราจารย์เดวิด โคออปเพอไรเดอร์ (Coopperrider & Whitney, 2005) เป็นกระบวนการศึกษา

ค้นหาสิ่งที่ดีที่สุดในตัวคน ชุมชน องค์กร หรือ โลกที่อยู่รอบตัวของเขา ด้วยการใช้ความคิดเชิงบวกเพื่อสร้างจินตนาการและนวัตกรรมโดยไม่ใช้ความคิดด้านลบ กระบวนการนี้เปิดโอกาสให้ทุกคนเสนอความคิดเห็นด้านบวก และดีที่สุด เกิดแรงบันดาลใจเพื่อขยายผลขับเคลื่อนสังคม (ภิญโญ รัตนพันธ์, 2555) หรืออีกนัยหนึ่ง คือ ศิลปะการใช้คำถามเพื่อส่งเสริมให้องค์กรพัฒนาศักยภาพไปสู่จุดสูงสุดและประสบความสำเร็จ ดังที่ Boyd and Bright (2007) ให้ความเห็นว่าเป็นจิตวิทยาของการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สามารถนำไปสู่การขับเคลื่อน เปลี่ยนแปลงสังคมโดยใช้ศิลปะของการตั้งคำถามว่า “อะไร” เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ระบบดำเนินไปอย่างดีที่สุด นำไปสู่การส่งเสริมให้ระบบมีศักยภาพเพียงพอที่จะช่วยพัฒนาไปสู่ศักยภาพสูงสุด

การดำเนินการสี่ขั้นเสริมพลังมี 4 ขั้นตอน คือ

1. การสืบค้นสิ่งดี (Discovery) คือการสืบค้นหาสิ่งที่ดีที่สุด ความสำเร็จ ความสำเร็จ ความดีเลิศ ความภาคภูมิใจ ช่วงเวลาที่เกิดขึ้นของสิ่งนั้น เกิดขึ้นได้อย่างไร อะไรเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ การหาโอกาส จุดแข็ง ศักยภาพ พรสวรรค์ อุปสรรคที่ซ่อนเร้น ซึ่งการค้นหานั้น อาจมาจากความเป็นผู้นำ ความสัมพันธ์ เทคโนโลยี กระบวนการ โครงสร้าง คุณค่าการเรียนรู้ การเชื่อมโยงกับภายนอก ผ่านการบอกเล่าด้านบวก

2. การค้นหาพลังฝันสร้างแรงบันดาลใจ (Dream) คือ การกำหนดวิสัยทัศน์ด้วยการตั้งคำถามถึงความฝันต่อองค์กร เป็นการจินตนาการถึงภาพฝันในอนาคตที่จะบังเกิดขึ้นบนพื้นฐานของความเป็นมาทางประวัติศาสตร์ของชุมชนหรือองค์กร และถูกนำเสนอใหม่อย่างท้าทายความเป็นไปได้

3. การออกแบบเส้นทางสู่ฝัน (Design) คือการออกแบบกลยุทธ์ โครงสร้าง และกระบวนการ ที่จะทำให้วิสัยทัศน์เป็นจริงด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่ค้นพบ และเลือกหนทางที่ดีที่สุด เพื่อให้ความฝันนั้นเกิดเป็นจริงได้ทั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว

4. การปฏิบัติเพื่อถึงฝั่งฝัน (Destiny) คือ การไปให้ถึงเป้าหมาย เป็นขั้นที่ต้องนำกลยุทธ์ไปสู่การลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ มีการตั้งกฎเกณฑ์ พัฒนายุทธศาสตร์ เชื่อมโยง และระดมทรัพยากรเพื่อทำให้ความฝันนั้นบังเกิดเป็นจริง

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขนำการสืบค้นเสริมพลังมาใช้เป็นกระบวนการติดตามประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ จึงนับเป็นการบุกเบิกรูปแบบการนิเทศงานในลักษณะใหม่อันทำให้ทั้งผู้รับการเยี่ยมและผู้เยี่ยมได้รับความสุข ต่างให้ความเคารพศรัทธซึ่งกันและกัน ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ให้เกียรติและรับฟังกัน ลักษณะการเยี่ยมเสริมพลังนี้สามารถกล่าวได้ว่าเป็นการปลดล็อกวิธีการนิเทศแบบเดิมๆ ก่อให้ผู้มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนทั้งบุคลากรสาธารณสุขภาคีเครือข่ายและประชาชนได้ร่วมกันสะท้อนสิ่งที่มีคุณค่าในพื้นที่และช่วยกันสร้าง



พลังการทำงานอันนำไปสู่ความสุขของประชาชนให้ได้รับบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพทั่วถึงและเป็นธรรม ตามแนวทางประชารัฐโดยประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืนต่อไป (จุฑาทิพย์ พิทักษ์, 2559)

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนองค์ความรู้ในงานวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอตามแนวคิด UCCARE ที่มีอยู่ พบผลการวิจัยที่สามารถแสดงให้เห็นถึงปัจจัยความสำเร็จในองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

**การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ** พบว่า ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของการทำงานคือการมีโครงสร้างบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการที่เรียกว่า “สภาสุขภาพอำเภอ” ซึ่งเป็นคำสั่งที่มีลายลักษณ์อักษร พร้อมกับการเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายปัญหาสังคม การเร่งรัดการดำเนินงานตามนโยบายที่สำคัญ (ชดาภร ศิริคุณ และ วุทธิพงษ์ ภักดีกุล, 2557) ทีมเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอมีความสามารถในการบริหารจัดการและการประสานเชื่อมโยงกันได้ทั้งแนวดิ่งและแนวราบ (ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร มานพ คณะโต และกิตติมา โมะเมน, 2556) รวมทั้งมีกระบวนการสร้างและการพัฒนาเครือข่ายในการดำเนินงานและประสานการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่เป็นแนวปฏิบัติที่ดีของรูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (สุรัชย์ รุจิวรรณกุล สงครามชัย ลีทองดี และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์, 2558)

**การมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค** พบว่า ช่องทางการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ประชาชนนั้น ควรสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่เข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือที่ใช้อย่างทั่วถึงผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกิดความเข้าใจตระหนัก ใส่ใจสุขภาพของตนเองมากขึ้น ด้วยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสูง โดยเฉพาะหากผู้ส่งสาร (Sender) มีทักษะในการสื่อสารที่ดี และสาระเนื้อหาของสารเป็นประโยชน์ (Message) โดยวิธีการหรือช่องทางที่เหมาะสมและเป็นกันเอง (Chanel) ทำให้ผู้รับสาร (Receiver) ทำให้การถ่ายทอดสื่อถึงตัวผู้รับ มีความเข้าใจ นำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (วิชัย เทียนถาวร, 2558) ทำนองเดียวกัน ควรสร้างช่องทางการรับรู้ที่ทำให้เข้าใจในปัญหาของผู้ใช้บริการสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันทีที่ต้องการ สร้างให้เกิดความสนใจและความเอาใจใส่ต่อปัญหาสุขภาพ โดยผู้ให้บริการมีเวลาพูดคุยเกี่ยวกับความรู้และปัญหาสุขภาพ (บุญสืบ โส โสสม และคณะ, 2559) มีทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายภาคประชาชนร่วมกันดูแลสุขภาพของประชาชน มีช่องทางการสื่อสารโดยใช้ไลน์กลุ่ม ผู้ให้บริการและผู้รับบริการรู้สึกมีคุณค่าและสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน (เนาวรัตน์ เจียรวิวัฒน์วงศ์ และคณะ, 2559)

**การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย** ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ นั้น เป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการบวนการทุกขั้นตอน ตั้งแต่ ร่วมกันระบุปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมลงมือปฏิบัติ ร่วมประเมินผลและรับผลประโยชน์และนำข้อบกพร่องไปปรับปรุงแก้ไข ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขมีขีดความสามารถเพิ่มขึ้น (เนาวรัตน์ เจียรวิวัฒนวงศ์ และคณะ, 2559) และ พบปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ คือ การเรียนรู้ร่วมกัน โดยทำเวทีประชาคมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง สอดคล้องกับปัญหา มีการเสนอแผนแก้ปัญหาเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อแก้ปัญหา ได้ถูกต้อง (สุรัชย์ รุจิวรรณกุล สงครามชัย ลีทองดี และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์, 2558)

**การทำงานจนเกิดคุณค่า** แนวทางปฏิบัติที่ดีในการทำงานระบบสุขภาพอำเภอที่ก่อให้เกิด ความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับ คือ มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนรู้มาเป็นกระบวนการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม การร่วมปฏิบัติจริงในพื้นที่ (Active learning) และการใช้เครือข่ายการทำงานที่มีความ เข้าใจภาษาและวัฒนธรรมท้องถิ่น (สุรัชย์ รุจิวรรณกุล สงครามชัย ลีทองดี และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์, 2558) และสร้างความรู้สึภาคภูมิใจ ความรู้สึกเป็นหนึ่งในเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง และรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวของทีมที่ต้องการเดินไปพร้อม ๆ กัน (บุญสืบ โสโสม และคณะ, 2559) หลัง การปฏิบัติงานแล้วมีถอดบทเรียน (After action review: AAR) เพื่อถอดประสบการณ์หาองค์ความรู้ ปัจจัยสู่ความสำเร็จและอุปสรรค เป็นการทำงานวิจัยจากงานประจำ จึงทำให้เกิดการทำงานที่ ต่อเนื่อง รวมทั้งมีกระบวนการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ประเมิน คปสอ. ดิดดาว เป็นเครื่องมือ ในการกำกับงาน (ชดากร ศิริคุณ และวุฒิพงษ์ ภัคดีกุล, 2557)

**การจัดสรรทรัพยากร** พบว่าปัจจัยของความสำเร็จเกิดจากทุนทางสังคมที่มีมาก่อนได้แก่ ทุนทางสังคมที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการบริหารแบบ คปสอ. ทุนทางความเชื่อทาง ศาสนา วัฒนธรรมที่ให้คุณค่ากับการช่วยเหลือเกื้อกูลกันด้วยความเอื้ออาทรมีความเป็นญาติพี่น้อง รู้สึกว่าการช่วยเหลือกันเป็นการสร้างบุญกุศล (บุญสืบ โสโสม และคณะ, 2559) เมื่อมีผู้ศรัทธาให้ การเสียสละแบ่งปันและอุทิศเวลาในการทำงานเพื่อสาธารณะประโยชน์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพึง จัดการประกาศถึงคุณงามความดีเพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติ ซึ่งจะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและมีความ ผูกพันต่อการทำงานเครือข่ายสุขภาพอย่างยั่งยืน (ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร มานพ คณะโต และกิตติมา โมะเมน, 2556)

**การให้บริการสุขภาพที่จำเป็น** ประเด็นที่พบส่วนใหญ่ คือ การให้บริการดูแลสุขภาพและ สังคมแก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต หัวใจ หลอดเลือด และมะเร็ง ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีการขับเคลื่อนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การแก้ไขปัญหามะเร็งท่อน้ำดี นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ

ขยายไปสู่การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปนเปื้อนสารเคมี และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยต่อยอดงานเดิมที่ทำไว้อย่างต่อเนื่อง (ชดากร ศิริคุณ และ วุฒิพงษ์ ภักดีกุล, 2557) โดยให้ความสำคัญในระดับต้น ๆ ในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ การเลือกใช้จังหวะโอกาสที่เหมาะสมในผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล (วิชัย เทียนถาวร, 2558)

สรุปข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ พบว่าความสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ คือ การทำงานและการเรียนรู้ร่วมกันของทีม ในบริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทในทุกชั้นตอน โดยมีประชาชนผู้รับบริการและภาคีเครือข่ายเป็นผู้รับผลประโยชน์และในขณะเดียวกันก็เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบ ได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพตนเอง ด้วยความรักความสามัคคีตาบริบททางวัฒนธรรมท้องถิ่นที่มีเอกลักษณ์ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและมีความผูกพันในการพัฒนาได้อย่างยั่งยืน

### บทสรุป

ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้สะท้อนให้เห็นกรอบแนวคิดของการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ที่ใช้ UCCARE เป็นองค์ประกอบสำคัญ ในกระบวนการพัฒนานั้น ผลการดำเนินงานในพื้นที่ต่าง ๆ มีความสำเร็จไม่เหมือนกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทชุมชนและวัฒนธรรมท้องถิ่นแต่ละแห่งที่มีทุนทางสังคมแตกต่างกันและความพร้อมด้านทรัพยากร ผู้วิจัยสนใจพื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว เนื่องจากประเทศไทยและสปป.ลาว มีบริบทชุมชนมิติทางวัฒนธรรมด้านต่างๆ ที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด มีความสะดวกทั้งการสื่อสารและการคมนาคม หากได้ศึกษาเป็นผลสำเร็จก็สามารถนำไปขยายผลยังชายแดนไทยด้านอื่น ๆ ได้ต่อไป

จึงสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอไทย-ลาว ตามแนวคิด UCCARE ด้วยการทำงานเป็นระบบอย่างครอบคลุมทุกมิติ เพื่อการยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมท้องถิ่นในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว ด้วยการนำเอาแนวคิดเชิงระบบ (Systematic Theory) และการสืบค้นเสริมพลัง (Appreciative inquiry: AI) มาประยุกต์ใช้กับการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงอนาคตด้วยเทคนิคเดลฟาย (Ethnographic Delphi Future Research: EDFR) และการวิจัยเชิงปริมาณอธิบายประกอบ

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบประยุกต์โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) การวิจัยเชิงอนาคต (Future research) ด้วยเทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group) และเทคนิค EDFR (Ethnographic Delphi Future Research) และการวิจัยเชิงปริมาณอธิบายประกอบ เพื่อมุ่งพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ซึ่งมีรายละเอียดและขั้นตอนในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

ระยะที่ 2 การสังเคราะห์และพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์ โดยมีรายละเอียดในการวิจัย ดังนี้

**ขั้นเตรียมการ** (ก่อนดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1)

การค้นคว้าศึกษาทบทวนและวิเคราะห์วรรณกรรม (Literature review) จากเอกสาร รายงาน และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักการ แนวคิด ทฤษฎี นโยบายและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ซึ่งเป็นเอกสารที่มีคุณภาพทั้งไทยและต่างประเทศ ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2560

การศึกษานำร่องเพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์สภาพปัญหาที่สำคัญของอำเภอชายแดนไทย-ลาว โดยการสัมภาษณ์กลุ่ม (Group interview) แล้วนำข้อมูลมารวบรวม ประมวลผล และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) จัดหมวดหมู่ตามประเด็นที่ต้องการเพื่อสรุปข้อมูลนำเข้าในการวิจัยทั้งประเด็นกรอบความคิดและการสร้างเครื่องมือการวิจัย

**ขั้นดำเนินการ**

**ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว**

การวิจัยในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ด้านบริบทชุมชน ลักษณะประชากร การเมืองการปกครอง สภาพเศรษฐกิจ สังคม การคมนาคม สภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

**การศึกษภาคสนาม** (Field study) เพื่อเรียนรู้สถานการณ์ สภาพปัญหาที่สำคัญและความต้องการการพัฒนาระบบสุขภาพชายแดนไทย-ลาว ในอนาคต ด้วยการเก็บรวบรวม ตามกรอบแนวคิด Six building blocks (WHO, 2010) และ UCCARE (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2557) ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับกลุ่มผู้นำภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับจังหวัด และ

ระดับอำเภอ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาระบบสุขภาพชายแดนไทย-ลาว ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชน ตามประเด็นสนทนาแบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น สำหรับนำมา วิเคราะห์เชิงเนื้อหา นำไปสู่การสังเคราะห์และสร้างประเด็นคำถามการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ในการวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป

### 1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญและการคัดเลือก (Key informants and selection)

การวิจัยในระยะที่ 1 การเลือกอำเภอชายแดนไทย-ลาว ซึ่งเป็นพื้นที่เป้าหมายจาก 12 จังหวัดที่มีพื้นที่ติดประเทศ สปป.ลาว จังหวัดละ 1 อำเภอ โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

เกณฑ์การเลือกรอบที่ 1 โดยพิจารณาตามขนาดประชากรแต่ละอำเภอ แล้วจำแนก ออกเป็น 3 กลุ่มคือ อำเภอขนาดใหญ่มีประชากรตั้งแต่ 100,000 คนขึ้นไป อำเภอขนาดกลางมี ประชากร 50,000-100,000 คน และอำเภอขนาดเล็กมีประชากรน้อยกว่า 50,000 คน ได้กลุ่มละ 4 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 12 อำเภอ

เกณฑ์การเลือกรอบที่ 2 พิจารณาคะแนนเฉลี่ยของอำเภอแต่ละกลุ่มจากคะแนนผล การประเมินการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอในปี พ.ศ. 2560 ของสำนักตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุข จากอำเภอที่มีผลการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพที่มีคะแนนสูงที่สุดและต่ำที่สุด ของแต่ละกลุ่ม จึงได้กลุ่มละ 2 อำเภอ รวมเป็น 6 อำเภอ เป็นพื้นที่เป้าหมายในการวิจัย ดังแผนภาพ ต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเลือกรอบที่ 1: ตามขนาดประชากร

เกณฑ์คัดเลือกรอบที่ 2: ตามคะแนนประเมิน

|      |   |            |   |
|------|---|------------|---|
| ใหญ่ | 1. อำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคาย<br>2. อำเภอหนึ่งในจังหวัดนครพนม<br>3. อำเภอหนึ่งในจังหวัดมุกดาหาร<br>4. อำเภอหนึ่งในจังหวัดบึงกาฬ         | สูง<br>ต่ำ | 1. อำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคาย<br>2. อำเภอหนึ่งในจังหวัดมุกดาหาร |
| กลาง | 5. อำเภอหนึ่งในจังหวัดเลย<br>6. อำเภอหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี<br>7. อำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงราย<br>8. อำเภอหนึ่งในจังหวัดน่าน          | สูง<br>ต่ำ | 3. อำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงราย<br>4. อำเภอหนึ่งในจังหวัดน่าน    |
| เล็ก | 9. อำเภอหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ<br>10. อำเภอหนึ่งในจังหวัดพะเยา<br>11. อำเภอหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก<br>12. อำเภอหนึ่งในจังหวัดอุตรดิตถ์ | สูง<br>ต่ำ | 5. อำเภอหนึ่งในจังหวัดพะเยา<br>6. อำเภอหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก   |

ภาพที่ 3-1 ขั้นตอนการคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย รอบที่ 1 และรอบที่ 2

ต่อจากนั้นเมื่อได้อำเภอเป้าหมายแล้ว ผู้วิจัยได้เลือกผู้นำเครือข่ายที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องหรือเป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเข้าร่วมเวทีสนทนากลุ่มอำเภอละ 10 คน ให้เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) ที่ครอบคลุมภาคีเครือข่ายสุขภาพทั้งภาครัฐภาคเอกชน และภาคประชาชน ทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอจาก 6 อำเภอ ๆ ละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน ประกอบด้วย ระดับจังหวัด จำนวน 3 คน (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้ได้รับมอบหมายท้องถิ่นจังหวัดหรือผู้ได้รับมอบหมาย และประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัด) และระดับอำเภอ จำนวน 7 คน (นายอำเภอหรือผู้ได้รับมอบหมาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน และผู้แทนภาคเอกชน) เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ มีรายละเอียดบุคคล ดังตารางที่ 3-1

ตารางที่ 3-1 รายละเอียดรหัสบุคคลผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์พัฒนาระบบสุขภาพ  
อำเภอชายแดนไทย-ลาว

| รหัส<br>บุคคล                  | ตำแหน่ง                     | เพศ  | อายุ<br>(ปี) | ระยะ<br>เวลาการ<br>ทำงาน | บทบาทเกี่ยวกับการพัฒนา<br>ระบบสุขภาพอำเภอ<br>ชายแดนไทย-ลาว |
|--------------------------------|-----------------------------|------|--------------|--------------------------|--|
| 1. อำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคาย  |                             |      |              |                          |  |
| DHS01                          | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด | ชาย  | 58           | 38                       | ติดตามกำกับสนับสนุน  |
| DHS02                          | ผู้แทนท้องถิ่นจังหวัด       | ชาย  | 43           | 4                        | ส่งเสริมสนับสนุน   |
| DHS03                          | ประธานชมรม อสม.จังหวัด      | ชาย  | 70           | 30                       | ร่วมมือสนับสนุน  |
| DHS04                          | ผู้แทนนายอำเภอ              | ชาย  | 50           | 7                        | ปช.กรรมการอำนวยการ   |
| DHS05                          | ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล  | หญิง | 52           | 20                       | รองประธานกรรมการ   |
| DHS06                          | สาธารณสุขอำเภอ              | ชาย  | 49           | 10                       | รองประธานกรรมการ   |
| DHS07                          | ผอ.รพสต.                    | หญิง | 47           | 24                       | กรรมการ/บริการสุขภาพ                                       |
| DHS08                          | หัวหน้าสำนักงานปลัดเทศบาล   | ชาย  | 42           | 7                        | กรรมการ/สนับสนุน   |
| DHS09                          | กำนัน                       | ชาย  | 27           | 3                        | กรรมการ/สนับสนุน   |
| DHS10                          | ประธาน อสม.อำเภอ            | หญิง | 40           | 15                       | กรรมการ/พลังมวลชน<br>กรรมการผู้รับประโยชน์                 |
| 2. อำเภอหนึ่งในจังหวัดมุกดาหาร |                             |      |              |                          |  |
| DHS11                          | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด | หญิง | 51           | 30                       | ติดตามกำกับสนับสนุน  |
| DHS12                          | ผู้แทนท้องถิ่นจังหวัด       | ชาย  | 40           | 7                        | ส่งเสริมสนับสนุน   |
| DHS13                          | ประธานชมรม อสม.จังหวัด      | หญิง | 63           | 30                       | ร่วมมือสนับสนุน  |
| DHS14                          | ผู้แทนนายอำเภอ              | ชาย  | 48           | 7                        | ปช.กรรมการอำนวยการ   |
| DHS15                          | ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล  | ชาย  | 40           | 20                       | รองประธานกรรมการ   |
| DHS16                          | สาธารณสุขอำเภอ              | หญิง | 52           | 30                       | รองประธานกรรมการ   |
| DHS17                          | ผอ.รพสต.                    | หญิง | 47           | 24                       | กรรมการ/บริการสุขภาพ                                       |
| DHS18                          | นายกเทศมนตรี                | หญิง | 48           | 15                       | กรรมการ/สนับสนุน   |
| DHS19                          | ผู้ใหญ่บ้าน                 | ชาย  | 52           | 15                       | กรรมการ/สนับสนุน   |
| DHS20                          | ประธาน อสม.อำเภอ            | ชาย  | 49           | 17                       | กรรมการ/พลังมวลชน<br>กรรมการผู้รับประโยชน์                 |

ตารางที่ 3-1 (ต่อ)

| รหัส<br>บุคคล                  | ตำแหน่ง                     | เพศ  | อายุ<br>(ปี) | ระยะ<br>เวลาการ<br>ทำงาน | บทบาทเกี่ยวกับการพัฒนา<br>ระบบสุขภาพอำเภอ<br>ชายแดนไทย-ลาว |
|--------------------------------|-----------------------------|------|--------------|--------------------------|--|
| 3. อำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงราย |                             |      |              |                          |  |
| DHS21                          | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด | ชาย  | 50           | 30                       | ติดตามกำกับสนับสนุน  |
| DHS22                          | ผู้แทนท้องถิ่นจังหวัด       | ชาย  | 52           | 15                       | ส่งเสริมสนับสนุน   |
| DHS23                          | ประธานชมรม อสม.จังหวัด      | ชาย  | 53           | 20                       | ร่วมมือสนับสนุน  |
| DHS24                          | นายอำเภอ                    | ชาย  | 47           | 7                        | ปช.กรรมการอำนวยการ   |
| DHS25                          | ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล  | หญิง | 46           | 20                       | รองประธานกรรมการ   |
| DHS26                          | สาธารณสุขอำเภอ              | ชาย  | 51           | 10                       | รองประธานกรรมการ   |
| DHS27                          | ผอ.รพสต.                    | หญิง | 46           | 24                       | กรรมการ/บริการสุขภาพ                                       |
| DHS88                          | สมาชิกสภาเทศบาล             | ชาย  | 50           | 8                        | กรรมการ/สนับสนุน   |
| DHS29                          | กำนัน                       | ชาย  | 46           | 10                       | กรรมการ/สนับสนุน   |
| DHS30                          | ประธาน อสม.อำเภอ            | หญิง | 58           | 20                       | กรรมการ/พลังมวลชน<br>กรรมการผู้รับประโยชน์                 |
| 4. อำเภอหนึ่งในจังหวัดน่าน     |                             |      |              |                          |  |
| DHS31                          | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด | หญิง | 56           | 30                       | ติดตามกำกับสนับสนุน  |
| DHS32                          | ผู้แทนท้องถิ่นจังหวัด       | ชาย  | 44           | 14                       | ส่งเสริมสนับสนุน   |
| DHS33                          | ประธานชมรม อสม.จังหวัด      | ชาย  | 55           | 30                       | ร่วมมือสนับสนุน  |
| DHS34                          | นายอำเภอ                    | ชาย  | 44           | 20                       | ปช.กรรมการอำนวยการ   |
| DHS35                          | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล        | ชาย  | 38           | 10                       | รองประธานกรรมการ   |
| DHS36                          | สาธารณสุขอำเภอ              | หญิง | 40           | 16                       | รองประธานกรรมการ   |
| DHS37                          | ผอ.รพสต.                    | หญิง | 42           | 18                       | กรรมการ/บริการสุขภาพ                                       |
| DHS38                          | หัวหน้าสำนักปลัด อบต.       | ชาย  | 43           | 10                       | กรรมการ/สนับสนุน   |
| DHS39                          | กำนัน                       | ชาย  | 50           | 20                       | กรรมการ/สนับสนุน   |
| DHS40                          | ประธาน อสม.อำเภอ            | ชาย  | 49           | 20                       | กรรมการ/พลังมวลชน<br>กรรมการผู้รับประโยชน์                 |



ตารางที่ 3-1 (ต่อ)

| รหัสบุคคล                      | ตำแหน่ง                     | เพศ  | อายุ (ปี) | ระยะเวลาการทำงาน | บทบาทเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว |
|--------------------------------|-----------------------------|------|-----------|------------------|--|
| 5. อำเภอหนึ่งในจังหวัดพะเยา    |                             |      |           |                  |  |
| DHS41                          | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด | หญิง | 58        | 38               | ติดตามกำกับสนับสนุน                                |
| DHS42                          | ผู้แทนท้องถิ่นจังหวัด       | ชาย  | 43        | 14               | ส่งเสริมสนับสนุน                                   |
| DHS43                          | ประธานชมรม อสม.จังหวัด      | ชาย  | 70        | 30               | ร่วมมือสนับสนุน                                    |
| DHS44                          | ผู้แทนนายอำเภอ              | ชาย  | 45        | 10               | ปช.กรรมการอำนวยการ                                 |
| DHS45                          | ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล  | ชาย  | 53        | 20               | รองประธานกรรมการ                                   |
| DHS46                          | สาธารณสุขอำเภอ              | ชาย  | 49        | 10               | รองประธานกรรมการ                                   |
| DHS47                          | ผอ.รพ.สต.                   | หญิง | 46        | 24               | กรรมการ/บริการสุขภาพ                               |
| DHS48                          | นายกองค์การบริหารส่วนตำบล   | ชาย  | 48        | 8                | กรรมการ/สนับสนุน                                   |
| DHS49                          | กำนัน                       | ชาย  | 34        | 9                | กรรมการ/สนับสนุน                                   |
| DHS50                          | ประธาน อสม.อำเภอ            | ชาย  | 50        | 20               | กรรมการ/พลังมวลชน<br>กรรมการผู้รับประโยชน์         |
| 6. อำเภอหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก |                             |      |           |                  |  |
| DHS51                          | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด | หญิง | 45        | 30               | ติดตามกำกับสนับสนุน                                |
| DHS52                          | ผู้แทนท้องถิ่นจังหวัด       | ชาย  | 40        | 10               | ส่งเสริมสนับสนุน                                   |
| DHS53                          | ประธานชมรม อสม.จังหวัด      | ชาย  | 47        | 19               | ร่วมมือสนับสนุน                                    |
| DHS54                          | นายอำเภอ                    | ชาย  | 59        | 15               | ปช.กรรมการอำนวยการ                                 |
| DHS55                          | ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล  | หญิง | 40        | 12               | รองประธานกรรมการ                                   |
| DHS56                          | สาธารณสุขอำเภอ              | ชาย  | 49        | 10               | รองประธานกรรมการ                                   |
| DHS57                          | ผอ.รพ.สต.                   | หญิง | 47        | 24               | กรรมการ/บริการสุขภาพ                               |
| DHS58                          | นายกองค์การบริหารส่วนตำบล   | ชาย  | 50        | 8                | กรรมการ/สนับสนุน                                   |
| DHS59                          | กำนัน                       | ชาย  | 46        | 16               | กรรมการ/สนับสนุน                                   |
| DHS60                          | ประธาน อสม.อำเภอ            | หญิง | 40        | 14               | กรรมการ/พลังมวลชน<br>กรรมการผู้รับประโยชน์         |

หมายเหตุ DHS1-60 หมายถึง รหัสบุคคลของภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เป็นผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

## 1.2 เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยในระยะนี้ เป็นแนวคำถาม (Question guideline) ตามประเด็น การสนทนากลุ่มเกี่ยวกับข้อมูลสถานการณ์สภาพปัญหาการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน ไทย-ลาว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากผลการวิเคราะห์ สังเคราะห์ หลักการ นโยบาย แนวคิด ทฤษฎี และวิธีการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ตามกรอบแนวคิด Six building blocks และ UCCARE

เครื่องมือฉบับที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว โดยใช้แนวคิด Six building blocks และ UCCARE ประกอบด้วยข้อคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 2 ข้อใหญ่ 12 ข้อย่อย 25 ประเด็น

เครื่องมือฉบับที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคาดหวัง ความต้องการ และแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว โดยใช้แนวคิด Six building blocks และ UCCARE ประกอบด้วยข้อคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 2 ข้อใหญ่ 12 ข้อย่อย 32 ประเด็น ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสาธารณสุข และด้านการพัฒนาระบบสุขภาพชายแดน ในภาพรวมด้านภาษาและด้านเนื้อหา

## 1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับนักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบ โดยโทรศัพท์เพื่อ นัดหมายวัน เวลา สถานที่และส่งจดหมายเชิญผู้นำเครือข่ายเข้าร่วมเวทีการสนทนากลุ่มล่วงหน้า ประมาณ 1 เดือน พร้อมทั้งติดต่อประสานงานและขออนุญาตเข้าพบนายอำเภอเพื่อแนะนำทีมวิจัย ทำความรู้จักคุ้นเคย แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้นำเครือข่ายสุขภาพในแต่ละอำเภอ

เมื่อถึงเวลาดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยแนะนำตนเองและทีมงาน แจงเรื่องการวิจัย วัตถุประสงค์ กระบวนการ และสาระสำคัญให้กลุ่มผู้นำเครือข่ายสุขภาพทราบ พร้อมทั้งขออนุญาต บันทึกภาพถ่ายและเสียงในการพูดคุย โดยขอใช้เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มประมาณ 2 ชั่วโมง โดยแบ่งเวลาออกเป็น 2 ช่วง คือ ชั่วโมงแรกเกี่ยวกับประเด็นสถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว (เครื่องมือฉบับที่ 1) ชั่วโมงที่สองเกี่ยวกับความคาดหวัง ความต้องการ และแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว (เครื่องมือฉบับที่ 2)

ก่อนการสนทนากลุ่มนั้น ผู้นำเครือข่ายสุขภาพได้แนะนำตัวทีละคน โดยบอกถึง ตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว แล้วจึงพูดคุยสนทนาตามประเด็นที่ผู้วิจัยตั้งคำถามเชิงบวกโดยใช้เทคนิคกระบวนการสืบค้น เสริมพลัง (Appreciative inquiry: AI) มีกำหนดการตามวันเวลาและสถานที่ ดังตารางที่ 3-2

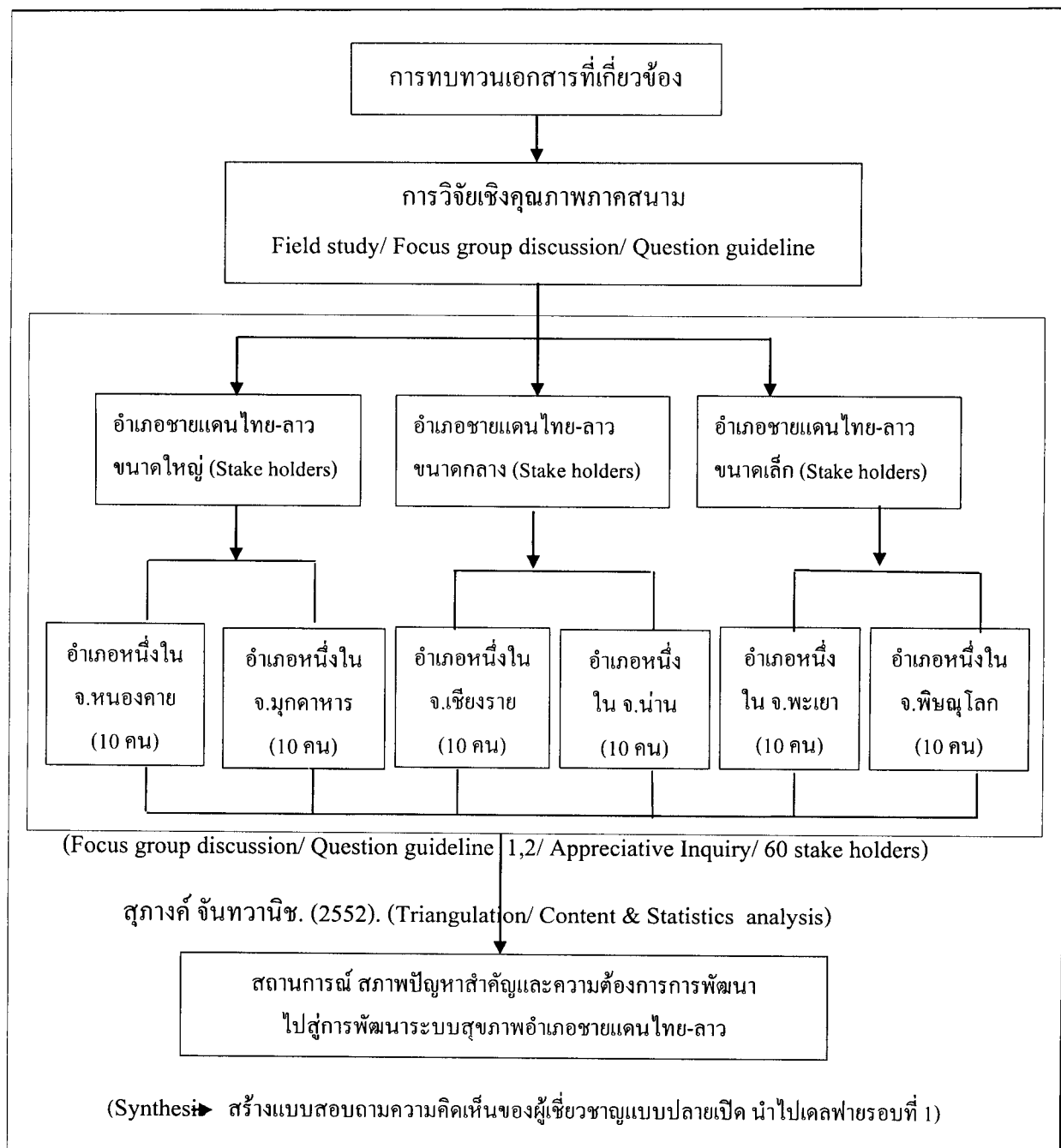
ตารางที่ 3-2 กำหนดการจัดประชุมสนทนากลุ่มผู้นำเครือข่ายสุขภาพเกี่ยวกับข้อมูลสถานการณ์  
สภาพปัญหาการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

| วัน/ เวลา                        | อำเภอ                           | สถานที่                                       | จำนวน<br>ผู้ร่วม<br>สนทนา | ทีมวิจัย และ<br>ผู้ร่วม<br>สังเกตการณ์ |
|----------------------------------|---------------------------------|---|---------------------------|--|
| 6 มกราคม 2561<br>13.00-16.00 น.  | อำเภอหนึ่งในจังหวัด<br>พะเยา    | ห้องประชุม<br>โรงพยาบาลส่งเสริม<br>สุขภาพตำบล | 10                        | 2+2                                    |
| 7 มกราคม 2561<br>13.00-16.00 น.  | อำเภอหนึ่งในจังหวัด<br>เชียงราย | ห้องประชุมสำนักงาน<br>สาธารณสุขอำเภอ          | 10                        | 2+3                                    |
| 9 มกราคม 2561<br>13.00-16.00 น.  | อำเภอหนึ่งในจังหวัด<br>พิจิตร   | ห้องประชุมสำนักงาน<br>สาธารณสุขอำเภอ          | 10                        | 2+2                                    |
| 17 มกราคม 2561<br>13.00-16.00 น. | อำเภอหนึ่งในจังหวัด<br>มุกดาหาร | ห้องประชุมสำนักงาน<br>สาธารณสุขอำเภอ          | 10                        | 4+3                                    |
| 19 มกราคม 2561<br>13.00-16.00 น. | อำเภอหนึ่งในจังหวัดน่าน         | ห้องประชุม<br>ที่ว่าการอำเภอ                  | 10                        | 3+2                                    |
| 28 มกราคม 2561<br>13.00-16.00 น. | อำเภอหนึ่งในจังหวัด<br>หนองคาย  | ห้องประชุมสำนักงาน<br>เทศบาล                  | 10                        | 2+3                                    |

#### 1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลจากการวิจัยระยะที่ 1 ทั้ง 6 องค์กรประกอบตามกรอบแนวคิด Six building blocks และ UCCARE ที่ได้บันทึกไว้ในแบบบันทึกและการบันทึกเสียงมาถอดเป็นข้อความ โดยนำมาตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) (สุภางค์ จันทวานิช, 2552). วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และวิเคราะห์สถิติหาค่าร้อยละเพื่อให้ทราบสถานการณ์ สภาพปัญหาสำคัญ ความต้องการและประเด็นแนวทางการพัฒนา และนำไปใช้ในการสร้างเป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว สังเคราะห์เป็นประเด็นคำถามเพื่อนำไปถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป ตามกระบวนการขั้นตอนการวิจัยรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในระยะที่ 1 ดังภาพที่ 3-2

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว



ภาพที่ 3-2 กระบวนการขั้นตอนการวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ระยะที่ 1

## ระยะที่ 2 การสังเคราะห์และพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์

การวิจัยระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อการสังเคราะห์และพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในการปฏิบัติโดยผู้วิจัยนำผลการวิจัยระยะที่ 1 มาสังเคราะห์สร้างเป็นประเด็นคำถามเกี่ยวกับแนวทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวที่พึงประสงค์ สำหรับสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1 โดยในระยะที่ 2 นี้ ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงอนาคตแบบเทคนิค EDFR (Ethnographic Delphi Future Research) (Poolpatarachewin, 2003) โดยการสอบถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เพื่อหาแนวทางและวิธีการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว (Model formulation) ที่พึงประสงค์และเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นเทคนิคการวิจัยที่ใช้ทำนายเหตุการณ์ต่าง ๆ หรือความเป็นไปได้ในอนาคตโดยอาศัยความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน (Consensus) ของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้รูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่มีความสมบูรณ์เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติด้วยวิธีการสอบถามผู้เชี่ยวชาญตามประเด็นคำถาม แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา ประมวลผล จัดกลุ่มและจัดลำดับประเด็น สร้างเป็นคำถามปลายปิดแบบประมาณค่า (Rating scale) เพื่อนำไปสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 สรุปนำเสนอเป็นระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติต่อไป โดยมีลำดับขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

### 2.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญและการคัดเลือก (Key informants and selection)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยระยะที่ 2 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว จำนวน 5 สาขา ประกอบด้วย 1) สาขาการศึกษาจากสถาบันอุดมศึกษา ซึ่งเป็นอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษาที่มีประสบการณ์การสอน การศึกษาวิจัย การบริการวิชาการด้านการศึกษาสาธารณสุข 4 คน 2) สาขาการพัฒนานโยบายการแพทย์และการสาธารณสุข เป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ และมีประสบการณ์ในการพัฒนาระบบสุขภาพ 3 คน 3) สาขาการปกครองและความมั่นคง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ มีบทบาทหน้าที่อำนาจการควบคุม กำกับ ผลักดันนโยบาย การปกครองและความมั่นคงในระดับพื้นที่ 3 คน 4) สาขาการปกครองท้องถิ่น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการดูแลอำนาจการควบคุม กำกับ ผลักดันนโยบายการปกครอง และการพัฒนาท้องถิ่น 3 คน 5) สาขาวิชาการสาธารณสุข หรือนักพัฒนาองค์กรพัฒนาเอกชนเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการพัฒนาการสาธารณสุข ในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ 4 คน รวมจำนวนผู้ให้

ข้อมูลสำคัญ จำนวน 17 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญที่สามารถอุทิศเวลาให้กับการตอบคำถามตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเลือกผู้เชี่ยวชาญเพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยใช้วิธีเลือกแบบสโนว์บอล (Snowball technique) (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2554) ด้วยการเข้าพบผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาเพื่อขอให้ท่านแนะนำผู้เชี่ยวชาญท่านต่อไปจนครบจำนวนของแต่ละกลุ่ม รวมจำนวน 17 คน ตามรายชื่อ ดังนี้

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 1. แพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง         | อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข   |
| 2. นายธนา ชันทรโกวิท                | รองอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น<br>กระทรวงพัฒนาสังคมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์           |
| 3. นายนิมิต วันไชยธนวงศ์            | ผู้ว่าราชการจังหวัดสุพรรณบุรี  |
| 4. ดร.รัฐพล ชูระพันธ์               | ทนายอำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์   |
| 5. นายชรินทร์ ทองสุข                | นายอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี   |
| 6. ดร.เยาวดี สุวรรณนาคะ             | ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี<br>พระพุทธบาท สระบุรี                               |
| 7. นายปรีดาศักดิ์ หนูแก้ว           | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ  |
| 8. นายแพทย์สันติ ลาภเบญจกุล         | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี  |
| 9. นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร    | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี   |
| 10. รศ.ดร.นรินทร์ สังข์รักษา        | คณะวิทยาการจัดการ (สาขาวิชาการจัดการชุมชน)<br>มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตสารสนเทศ เพชรบุรี |
| 11. รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี         | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  |
| 12. ผศ.ดร.ถาวร มาดั้น               | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง<br>วิทยาเขตสุโขทัย                                  |
| 13. ดร.สมคิด จูหว่า                 | รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา   |
| 14. นายแพทย์สมนึก ชีวาเกียรติยิ่งยง | โรงพยาบาลพะเยา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 65000   |
| 15. นายสุรกิจ สุวรรณเกษม            | นายกองค์การบริหารตำบลคอนหม่อนนาง อ.ภาชี<br>จ.พระนครศรีอยุธยา 13140                         |
| 16. นางสกุลตรา บุตรีที              | นายกองค์การบริหารตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก<br>จังหวัดอุตรดิตถ์                                |
| 17. ดร.จุฑาทิพย์ พิทักษ์            | สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง<br>สาธารณสุข                                   |

## 2.2 เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยในระยะนี้ มี 3 ฉบับ เพื่อใช้ในการทำเดลฟายแต่ละรอบ ดังนี้

2.2.1 แบบสอบถามปลายเปิด (เครื่องมือฉบับที่ 3) สำหรับสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (เดลฟาย รอบที่ 1) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1 เป็นประเด็นสัมพันธภาพเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพอำเภอชายแดน ไทย-ลาว ที่พึงประสงค์ โดยพิจารณาจากความเหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์ การปฏิบัติงาน และระดับการศึกษาสูงสุด ประกอบด้วยข้อคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 แนวคำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว (2.1) ความคิดเห็นตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (Six building blocks ) และ (2.2) ความคิดเห็นตามกรอบแนวคิด UCCARE เป็นข้อคำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อใหญ่ 12 ข้อย่อย 22 ประเด็น

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ สำหรับนำไปสอบถามขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 2 ข้อใหญ่ 7 ข้อย่อย

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมด้านภาษา ความตรง และความสมบูรณ์เชิงเนื้อหา (Content validity) แล้วจึงนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่จริง

2.2.2 เครื่องมือฉบับที่ 4 เป็นแบบสอบถามปลายปิดให้เลือกความเหมาะสมและความเป็นไปได้ที่ประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ซึ่งใช้สำหรับการทำเดลฟาย รอบที่ 2 โดยแบบสอบถามรอบนี้พัฒนามาจากรอบที่ 1 ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความเหมาะสมของระบบสุขภาพในอนาคต (มี 2 ตัวเลือกโดยให้เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง) ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้หรือโอกาสที่จะเกิดขึ้น แบบประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ ที่ผู้เชี่ยวชาญสามารถให้ความคิดเห็นอย่างอิสระ

2.2.3 เครื่องมือฉบับที่ 5 เป็นแบบสอบถามปลายปิดใช้สำหรับการทำเดลฟายรอบที่ 3 สร้างโดยการนำความคิดเห็นทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญทุกคนจากเครื่องมือฉบับที่ 4 ตัดข้อความที่ซ้ำซ้อนหรือเกินจากกรอบที่กำหนดออกไป ได้ประโยชน์ข้อความเหมือนกับแบบสอบถามฉบับที่ 4 แต่มีการระบุผลค่าฐานนิยมรอบที่ผ่านมาให้ผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อมูลตอบแบบ สอบถามได้ทราบ

ความคิดเห็นของกลุ่ม โดยการระบุตำแหน่งของค่าฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ ในแต่ละประโยคข้อคำถาม รวมทั้งระบุระดับคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นตอบในรอบที่ผ่านมา เพื่อให้โอกาสผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความแตกต่างหรือความเหมือนของคำตอบของตนเมื่อเทียบกับคำตอบของกลุ่มและสามารถเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนได้ถ้าต้องการ หรือหากยืนยันคำตอบเดิมต้องแสดงเหตุผลประกอบ

### 2.3 การรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2 ดำเนินการสอบถามข้อมูลความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi) จำนวน 3 รอบ ตามขั้นตอน ดังนี้

2.3.1 เดลฟายรอบที่ 1 ผู้วิจัยส่งหนังสือที่ออกโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาไปทางไปรษณีย์ เพื่อเชิญผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นตามแบบสอบถามปลายเปิด (เครื่องมือฉบับที่ 3) โดยขอความกรุณาให้ผู้เชี่ยวชาญส่งกลับคืนภายในระยะเวลา 1 เดือน ในระหว่างที่รอนั้นผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์เป็นระยะ ๆ เมื่อได้ข้อมูลมา จึงได้ตรวจสอบความครบถ้วน และบันทึกข้อมูลเพื่อเตรียมวิเคราะห์ต่อไป

2.3.2 เดลฟายรอบที่ 2 ส่งคำถามปลายปิดแบบประเมินค่า 5 ระดับ (Rating scale) ให้ผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเห็นเกี่ยวกับร่างระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เลือกความเหมาะสมและระบุค่าความคิดเห็นในแบบประเมินและได้ขอความกรุณาให้ผู้เชี่ยวชาญส่งกลับคืนภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อรวบรวมข้อมูลนำไปวิเคราะห์หาค่าสถิติต่อไป

2.3.3 เดลฟายรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญได้รับข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ (Statistical feedbacks) ที่เป็นภาพรวมของกลุ่ม ในรูปค่าร้อยละ ค่าฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ของกลุ่มพร้อมด้วยคำตอบเดิมของตนเอง ตามเครื่องมือฉบับที่ 4 โดยขอให้ผู้เชี่ยวชาญตอบใหม่เป็นการประเมินความสอดคล้องกันของความคิดเห็นร่วมกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Experts judgment) ต่อระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความแตกต่างหรือความเหมือนของคำตอบของตนกับคำตอบของกลุ่มและสามารถเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนให้สอดคล้องกับของกลุ่มหรือยืนยันคำตอบเดิมได้

### 2.4 การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยระยะที่ 2

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 2 มาวิเคราะห์ตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

2.4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากการเดลฟาย รอบที่ 1 ดำเนินการโดยการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เพื่อสังเคราะห์สร้างเป็น (ร่าง) ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์ และ



เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ใช้สำหรับนำไปสอบถามผู้เชี่ยวชาญในเคลฟายรอบที่ 2

#### 2.4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากการเคลฟาย รอบที่ 2

ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้มาหาค่าร้อยละค่าฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

1) การวิเคราะห์ความเหมาะสมของระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในอนาคต โดยพิจารณาจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

2) การวิเคราะห์ความเป็นไปได้/ โอกาสที่จะเกิดขึ้น พิจารณาจากฐานนิยมที่ผู้ทรงคุณวุฒิเลือก ตั้งแต่ระดับมาก (4) ขึ้นไป

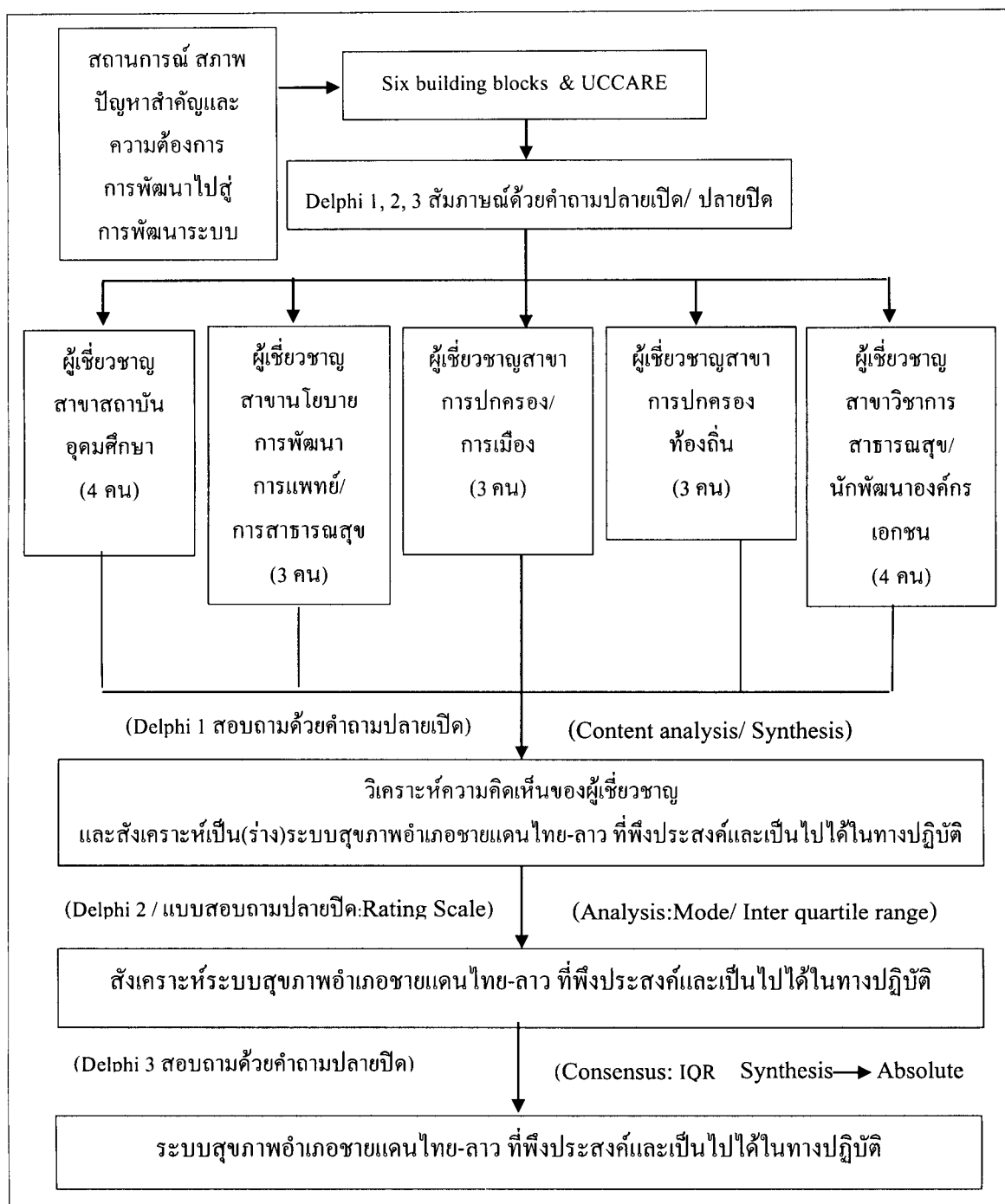
3) การวิเคราะห์ความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน (Consensus) พิจารณาจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quatile range) ที่ไม่เกิน 1.00

#### 2.4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลในการเคลฟายรอบที่ 3

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามในรอบนี้มาคำนวณหาค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ในรอบที่ 3

ผลวิเคราะห์ที่ได้ นำเสนอในรูปแบบของเกณฑ์สัมบูรณ์ (Absolute criterion) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่พิจารณาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ การตัดสินใจกำหนดของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งสรุปว่ามีความคิดเห็นที่สอดคล้องร่วมกันนั้นจะใช้ค่าฐานนิยมที่มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ขึ้นไป (แสดงว่าข้อความนั้น ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นเช่นเดียวกันเป็นส่วนใหญ่ มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่ไม่เกิน 1 แสดงว่าข้อความนั้น ผู้เชี่ยวชาญให้ความสอดคล้องหรือคิดเห็นไปในทางเดียวกัน และนำข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันในขอบเขตแต่ละด้านมาพิจารณาเสนอเป็นรูปแบบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

## ระยะที่ 2 การสังเคราะห์และพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์



ภาพที่ 3-3 กระบวนการขั้นตอนการวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ระยะที่ 2

ตารางที่ 3-3 ขั้นตอน วัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้ร่วมวิจัย เครื่องมือวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล และวิธีวิเคราะห์ข้อมูล

| ระยะการวิจัย/<br>วัตถุประสงค์ | ผู้ร่วมวิจัย/ ประชากรกลุ่มตัวอย่าง/<br>จำนวน  | เครื่องมือวิจัย  | วิธีรวบรวมข้อมูล  | วิธีวิเคราะห์<br>ข้อมูล                                     |
|-------------------------------|---|--|---|---|
| ระยะที่ 1                     | เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว (ศึกษาระหว่างเดือน มกราคม 2558-พฤศจิกายน 2560) |  |   |   |
| ขั้นเตรียมการ                 | เอกสารที่มีคุณภาพทั้งไทยและต่างประเทศ ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2560                                    | - แบบบันทึกและแบบวิเคราะห์ประเด็นเนื้อหา   | ทบทวนวรรณกรรม (Literature review) เอกสารงานวิจัย ทฤษฎี นโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว                          | - วิเคราะห์เนื้อหา  |
| ขั้นเตรียมการ                 | ผู้นำภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว 12 จังหวัด ๑ ละ 1 อำเภอ ๑ เป็น 12 อำเภอ จำนวน 41 คน              | - แบบสัมภาษณ์กลุ่มที่สร้างเป็นแนวคำถาม (Question guideline)  | การวิจัยเชิงคุณภาพ/ การศึกษานำร่อง (Pilot study)<br>- สัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group interview)<br>- การสังเกต                                  | - วิเคราะห์เนื้อหา  |
| ขั้นตอนการวิจัย               | ผู้นำภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว 6 อำเภอ ๑ ละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน                             | - แบบสนทนากลุ่มที่สร้างเป็นแนวคำถาม (Question guideline)<br>เครื่องมือฉบับที่ 1<br>เครื่องมือฉบับที่ 2 | การวิจัยเชิงคุณภาพ/ ศึกษากาสนาม (Field study)<br>- สนทนากลุ่มด้วยเทคนิคการสืบค้นแบบเสริมพลัง (Focus group discussion: Appreciative inquiry) | - วิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์สถิติขั้นพื้นฐาน (ค่าร้อยละ) |

ตารางที่ 3-3 (ต่อ)

| รายการ   | ผู้ร่วมวิจัย/ ประชากรกลุ่มตัวอย่าง/<br>วิจัย/<br>จำนวน | เครื่องมือวิจัย                             | วิธีรวบรวมข้อมูล   | วิธีวิเคราะห์ข้อมูล   |
|--|--|---|--|---|
| <b>วัตถุประสงค์</b>  |  |   |  |   |
| ระยะที่ 2 เพื่อสังเคราะห์และพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (ศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2560-มกราคม 2561) |  |   |  |   |
| รอบที่ 1   | ผู้เชี่ยวชาญจาก 5 สาขา จำนวน 17 คน                     | - แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด (เครื่องมือฉบับที่ 3) | การวิจัยเชิงอนาคตแบบเทคนิค EDR - สัมภาษณ์ความคิด เห็นของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1 โดยส่งแบบไปทางไปรษณีย์ แล้ว โทรศัพท์ประสานเพื่อขอคำตอบ | - วิเคราะห์เนื้อหา เพื่อนำไปจัดหมวดหมู่ เป็นประเด็นคำถาม ปลายเปิดแบบมาตรา ส่วน (Rating scale) นำไปสังเคราะห์เป็น ร่างรูปแบบระบบ สุขภาพอำเภอชายแดน ไทย-ลาว |
|  |  |   | - รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเพื่อ เปรียบการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป  |   |

ตารางที่ 3-3 (ต่อ)

| ระยะการวิจัย/<br>วัตถุประสงค์  | ผู้ร่วมวิจัย/<br>จำนวน                                     | ประชากรกลุ่มตัวอย่าง/<br>จำนวน  | เครื่องมือวิจัย  | วิธีรวบรวมข้อมูล  | วิธีวิเคราะห์ข้อมูล |
|--|--|---|--|---|---------------------|
| ระยะที่ 2 เพื่อสังเคราะห์และพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (ศึกษาระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-มีนาคม 2561) |  |   |  |   |                     |
| รอบที่ 2   | ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดียวกับขั้นตอนที่ 1 จำนวน 17 คน เท่าเดิม | - แบบสอบถามปลายปิด<br>ที่ลำดับประเด็นคำตอบ<br>เป็นแบบมาตราส่วน<br>(Rating scale)<br>(เครื่องมือฉบับที่ 4) | การวิจัยเชิงอนาคตแบบเทคนิค EDR - สอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2 | วิเคราะห์สถิติขั้นพื้นฐานเพื่อหาค่าร้อยละ ฐานนิยม มัธยฐาน ค่าพิสัย ระหว่างควอไทล์ เพื่อแจกแจง<br>หาต้นทุน |                     |

ตารางที่ 3-3 (ต่อ)

| ระยะการวิจัย/<br>วัตถุประสงค์  | ผู้ร่วมวิจัย/<br>จำนวน | ประชากรกลุ่มตัวอย่าง/<br>จำนวน   | เครื่องมือวิจัย  | วิธีรวบรวมข้อมูล  | วิธีวิเคราะห์ข้อมูล |
|--|------------------------|--|--|---|---------------------|
| <p>ระยะที่ 2 เพื่อสังเคราะห์และพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์ และเป็นไปในทางปฏิบัติ (ศึกษาระหว่างเดือน เมษายน-พฤษภาคม 2561)</p> |                        |  |  |   |                     |
| <p>รอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดียวกับขั้นตอนที่ 2 จำนวน 17 คน เท่าเดิม</p>   |                        | <p>- แบบสอบถามปลายปิด ที่ระบุคำตอบเป็นประเด็น แนวโน้มความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน</p> | <p>การวิจัยเชิงอนาคตแบบเทคนิค EDR - สอบถาม รอบที่ 3 เพื่อให้ท่านผู้เชี่ยวชาญ ยืนยันความคิดเห็นที่เป็นคำตอบของตนเอง</p> | <p>วิเคราะห์สถิติขั้นพื้นฐาน เพื่อหาค่าร้อยละ นัยนัย ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัย ระหว่างควอไทล์ เพื่อ แยกแยะหาฉันทมติ (Consensus)</p> |                     |

4. นำผลวิจัยที่ได้ตามเกณฑ์สัมบูรณ์ (Absolute criterion) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่พิจารณาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เสนอเป็นรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวต่อไป

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่องการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการดำเนินงานวิจัยเป็น 2 ระยะ ดังนี้

#### 1. ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

ผลการศึกษาสถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ตามกรอบแนวคิด UCCARE ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงประจักษ์ 2 ส่วน คือ

- 1.1 บริบทชุมชนของอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่ศึกษาวิจัย 6 อำเภอ
- 1.2 ผลการศึกษาสถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในปัจจุบัน ดังนี้
  - 1.2.1 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคาย
  - 1.2.2 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดมุกดาหาร
  - 1.2.3 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงราย
  - 1.2.4 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดน่าน
  - 1.2.5 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดพะเยา
  - 1.2.6 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก
  - 1.2.7 สรุปภาพรวมของสถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

#### 2. ระยะที่ 2 การสังเคราะห์และพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

2.1 ผลการสังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว แบ่งออกเป็น 3 รอบ ดังนี้

- 2.1.1 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากการสอบถามในรอบที่ 1 (Delphi รอบที่ 1)
- 2.1.2 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว รอบที่ 2 (Delphi รอบที่ 2)
- 2.1.3 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว รอบที่ 3 (Delphi รอบที่ 3)
- 2.1.4 สรุปผลการวิจัยระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่เหมาะสม และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ



## ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

จากการศึกษาสถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว 6 จังหวัด ๆ ละ 1 อำเภอ เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS: UCCARE) พบประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

### 1.1 บริบทชุมชนของอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่ศึกษาวิจัย 6 อำเภอ

อำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่เป็นพื้นที่ศึกษาวิจัย จำนวน 6 อำเภอ มีอาณาเขตติดต่อกันระหว่างประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) ที่เป็นพรมแดนทางบกเป็นป่าเขา 3 อำเภอ และทางน้ำที่มีแม่น้ำโขงกั้นอาณาเขตอีก 3 อำเภอ โดยแบ่งกลุ่มอำเภอตามขนาดของประชากรได้ 3 ขนาด ๆ ละ 2 อำเภอ คือ 1) ขนาดใหญ่ ประชากรแสนคนขึ้นไป 2) ขนาดกลางประชากร 50,000-100,000 คน และ 3) ขนาดเล็กประชากรไม่เกิน 50,000 คน

ที่ตั้งของอำเภอขนาดใหญ่เป็นศูนย์กลางบริหารราชการของจังหวัด ลักษณะเป็นชุมชนเมืองที่มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การคมนาคม การท่องเที่ยวและศูนย์การค้าชายแดน อำเภอขนาดกลางที่ตั้งอยู่ทั้งในชุมชนเมืองและชนบท เป็นเมืองการค้าชายแดนและช่องทางผ่านแดนถาวรที่กำลังมีความเจริญเติบโตทางสังคม เศรษฐกิจ และการท่องเที่ยว ส่วนอำเภอขนาดเล็ก ตั้งอยู่ในพื้นที่ชายแดนชนบทในตำบลหมู่บ้านเล็ก ๆ มีจุดผ่อนปรนเป็นช่องทางผ่านแดนชั่วคราว และมีการค้าชายแลกเปลี่ยนสินค้าอุปโภคบริโภคสัปดาห์ละครั้ง

ลักษณะสังคมและวัฒนธรรมของอำเภอชายแดน แม้จะมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของภูมิภาค และที่อยู่อาศัย กล่าวคือ ชายแดนทางตอนเหนือที่มีเขตติดต่อเป็นภูเขาสูงชันก็มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและชาติพันธุ์ ที่ส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าอาศัยอยู่ในพื้นที่สูง จึงมีความแตกต่างกันทางด้านความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี แต่สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุข ส่วนอำเภอชายแดนไทย-ลาวตอนกลางและใต้ เป็นชุมชนเมืองที่มีความเจริญทุก ๆ ด้าน ประชาชนทั้งสองฝั่งบางชุมชนก็เป็นเครือญาติกัน เมื่อมีงานบุญประเพณีตามเทศกาลต่าง ๆ ก็ข้ามไปร่วมงานกันเสมอ โดยสามารถติดต่อไปมาหาสู่และค้าขายกันมาตั้งแต่อดีต ปัจจุบันเป็นเมืองที่มีความเจริญรุดหน้า มีศูนย์การค้าชายแดนและการท่องเที่ยวไปสู่อินโดจีน มีสะพานมิตรภาพเชื่อม โยงการคมนาคมได้สะดวก และมีวัฒนธรรมร่วมที่เหมือนและใกล้ชิดกันเกือบทุกด้าน

ดังนั้น บริบทชุมชนของอำเภอชายแดนไทย-ลาว ทั้งทางด้านกายภาพ ภูมิภาค สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนชายแดนไทย-ลาว มีลักษณะโดดเด่นเป็นเอกลักษณ์ โดยเฉพาะบริบททางวัฒนธรรมที่เป็นเครื่องมือในการหลอมรวมใจพี่น้องไทย-ลาว พื้นที่ให้มีความรักความสามัคคี เป็นพลังร่วมกันสร้างสรรค์สิ่งดีดีแก่ชุมชนท้องถิ่นให้ได้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขสืบไป

## 1.2 ผลการศึกษาสถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคาย

### 1.2.1 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคาย

อำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคาย พบประวัติก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. 2370 ในรัชสมัยรัชกาลที่ 3 แห่ง กรุงรัตนโกสินทร์ ได้พระราชทาน บำเหน็จให้ท้าวสุวอธรรมมา ในการสร้างเมืองจากเหตุการณ์ปราบกบฏเจ้าอนุวงศ์แห่งเมืองเวียงจันทน์ ปี พ.ศ. 2443 ได้จัดตั้งมณฑลอุดร มีฐานะเป็นเมืองหนึ่งของมณฑลอุดร ต่อมามียกเลิกการปกครองแบบมณฑลเทศาภิบาล ในปี พ.ศ. 2476 จึงได้แยกตัวออกมาเป็นจังหวัดหนองคายจนถึงปัจจุบัน และเป็นอำเภอหนึ่งในจำนวน 9 อำเภอของจังหวัดหนองคาย ตั้งอยู่ตอนกลางก่อนไปทางเหนือ ตรงข้ามเมืองท่าเดื่อ นครเวียงจันทน์ ทอดแนวยาวตามลำน้ำโขง ประมาณ 49 กิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพมหานคร ประมาณ 616 กิโลเมตร สภาพพื้นที่ ประมาณร้อยละ 85 เป็นที่ลุ่ม มีสภาพเป็นดินทราย ป่ามีน้อยมาก ไม่มีภูเขา แหล่งน้ำสำคัญ คือ แม่น้ำโขง , ลำน้ำสวย , ลำห้วยคุก บึงหนองคาย และหนองกอมเกาะ การปกครอง แบ่งออกเป็น 16 ตำบล 181 หมู่บ้าน/ชุมชน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 16 แห่ง ประกอบด้วย 1) เทศบาลเมือง 1 แห่ง 2) เทศบาลตำบล 8 แห่ง และ 3) องค์การบริหารส่วนตำบล 7 แห่ง จำนวนประชากร 151,843 คน เป็นชาย 75,19 คน หญิง 76,652 คน มี 44,736 หลังคาเรือน ประชากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.44 นับถือศาสนาพุทธ นอกจากนั้นนับถือศาสนาคริสต์ และอิสลาม มีหน่วยบริการสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 17 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง คลินิกเอกชน 71 แห่ง อสม. 2,413 คน สถานศึกษามี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 27 แห่ง โรงเรียนระดับอนุบาล 26 แห่ง ระดับประถมศึกษา 48 แห่ง ระดับขยายโอกาส 7 แห่ง ระดับมัธยมศึกษา 14 แห่ง และระดับ อุดมศึกษา 6 แห่ง

ด้านเศรษฐกิจ รายร้อยละ 85 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ผลผลิตที่สำคัญ ได้แก่ ข้าว ยาสูบ ถั่ว และมะเขือเทศ การปลูสดัก การประมง รวมทั้งมีอาชีพในกิจกรรมอุตสาหกรรม การพาณิชย์กรผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาการปกครองและความมั่นคง เพศชาย อายุ 47 ปีรม การค้าชายแดนไทยลาว การคมนาคมสะดวกโดยมีสะพานมิตรภาพไทยลาวแห่งที่ 1 และด่านสากล

ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้นำเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ตามแนวคิด UCCARE พบว่า บางกิจกรรมไม่มีผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากเป็นอำเภอใหญ่มีหน่วยงานหลายระดับและต่างสายบังคับบัญชา ดังตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคาย

| 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ   | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Unity District Health Team: U)  | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Customer Focus: C)   | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation Inquiry: A)  | 5. การจัดการทรัพยากร (Resource Sharing: R)  | 6. การให้บริการที่จำเป็น (Essential Care: E)   |
|--|---|--|--|---|--|
| <p>1.1 การจัดโครงสร้าง</p> <p>รูปแบบองค์กร</p> <p>1) ทีมสุขภาพออกทำงานในชุมชนต่อเนื่องมาหลายปี</p> <p>2) มีคำสั่งคณะกรรมการ</p> <p>3) อำเภอเมื่อทำงานยากเพราะอยู่ในที่ตั้งตัวจังหวัดมีเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดอำเภอ</p> | <p>2.1 มีช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ</p> <p>1) ประชาสัมพันธ์ในขณะให้บริการของหน่วยงาน</p> <p>2) ประชาสัมพันธ์</p> <p>3) พุดคุยกันอย่างสม่ำเสมอ</p> | <p>3.1 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการวางแผนงาน</p> <p>1) เริ่มพุดคุยรับทราบปัญหา</p> <p>2) ไม่มีแผนกลยุทธ์</p> <p>3) ร่วมทำแผนปฏิบัติ</p> <p>การของ รพสต. ซึ่งเทศบาลสนับสนุนงบประมาณ</p> | <p>4.1 วิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ</p> <p>1) งานแบบไม่ต้องรอคำสั่ง</p> <p>2) ลงพื้นที่ด้วยใจอย่างจริงจัง</p> <p>3) มุ่งทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์ที่เป็นรูปธรรม</p> <p>4) ทำงานร่วมกันเป็นทีม</p> | <p>5.1 การร่วมกันวางแผนการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร</p> <p>1) กองทุน สปสช. ตำบล + LTC บรรจุในแผนงานสาธารณสุข</p> <p>2) เทศบาลเติมเต็มส่วนที่ขาด</p> <p>3) กองทุน อสม. ช่วยชุมชน</p> | <p>6.1 การเข้าถึงการบริการสุขภาพพื้นฐานตามบริบท</p> <p>1) ปัญหาปากท้อง</p> <p>2) ดูแล ผส./ผู้ป่วยติดเตียง DM</p> <p>3) อนามัยแม่และเด็ก</p> <p>4) ศก.พอเพียง-ผักปลอดสาร</p> <p>5) ลดดื่มสุรา-การพนัน</p> |

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

| 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ<br>(Unity District Health Team: U)   | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค<br>(Customer Focus: C)   | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย<br>(Community Participation: C)   | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า<br>(Appreciation Inquiry: A)  | 5. การจัดการทรัพยากร<br>(Resource Sharing: R)   | 6. การให้บริการที่จำเป็น<br>(Essential Care: E)  |
|---|---|--|---|---|--|
| 1.2 การทำงานเป็นทีม<br>1) รพสต. + เทศบาล + อสม. + ผู้นำชุมชนเป็นทีมหลักทำงานร่วมกัน<br>ทุกประเด็น<br>2) หน่วยงานอื่นและมูลนิธิต่าง ๆ นอกนั้นเข้าร่วมเป็นบางกิจกรรม<br>3) พมจ. + อาสาประชา รัฐ เป็นทีมค้นหาช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง | 2.2 การขยายและปรับปรุงช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ<br>1) สื่อสารทางกลุ่มไลน์<br>2) เยี่ยมเยือนถึงบ้านผู้ป่วย<br>ผู้ป่วย เป็นเจ้าภาพหลัก | 3.2 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม<br>ดำเนินงาน<br>1) ภาคีเครือข่ายร่วมกิจกรรมให้บริการ โดยมีเทศบาล + อสม. + อสม. เป็นเจ้าภาพหลัก | 4.2 วิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน<br>1) ผู้นำกล้าเสียงที่จะริเริ่มการแก้ปัญหาให้ประชาชน<br>2) ทีมลงเยี่ยมดูแลเสมือนเป็นสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วย | 5.2 การร่วมกันจัดการ การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร<br>1) งบประมาณสุขภาพ สุขภาพ<br>2) งบประมาณช่วยปรับปรุงสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ | 6.2 การให้บริการ เบ็ดเสร็จครบคลุมประชากรส่วนใหญ่<br>1) อนามัยแม่-เด็ก<br>2) วัยเรียน-วัยรุ่น (ร.ร.เทศบาล)<br>3) วัยทำงาน: เศรษฐกิจพอเพียง<br>4) คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ LTC |

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

| 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ<br>(Unity District<br>Health Team: U) | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภค<br>(Customer Focus: C)      | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย<br>(Community<br>Participation: C) | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า<br>(Appreciation Inquiry: A)                            | 5. การจัดการทรัพยากร<br>(Resource<br>Sharing: R)  | 6. การให้บริการที่จำเป็น<br>(Essential Care: E)  |
|--|--|---|---|---|--|
| 1.3 การบริหารจัดการ  | 2.3 การบูรณาการกับงานอื่น ๆ ให้มีช่องทาง                             | 3.3 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมประเมิผลและเป็นเจ้าของ       | 4.3 การสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน                             | 5.3 การร่วมกันทบทวนปรับปรุงการแบ่งปันทรัพยากรและ  | 6.3 การจัดระบบบริการแบบบูรณาการให้ยั่งยืน  |
| 1) สาธารณสุข + เทศบาล + ผู้นำชุมชน + อสม. เป็นทีม                    | การรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเกิดความมั่นใจและผูกพัน | ร่วมประเมิผลและเป็นที่ปรึกษา  | 1) สร้างจิตสำนึกรักสุขภาพ และ “จิตสาธารณะ”                                      | การพัฒนาศักยภาพ 1) ปรับปรุงศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ 2) พัฒนาบุคลากร                                  | 1) พัฒนาคอนิเฟ้ฟงตนเอง 2) ฝึกทางสุขภาพเศรษฐกิจ   |
| 2) ภาคอื่น ๆ เป็นเครือข่ายแบบหลวม ๆ คอยสนับสนุนและเข้าร่วมกิจกรรม    | 1) สื่อสารข้อมูลเฉพาะร่วมกันประเภท ๆ ในชุมชน 2) ทำงานแบบ “Real time” | 2) ร่วมกันประเมินผลงานจากคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม     | 2) เชิญชวนทำดีให้มีเกียรติ 3) เชื้อมนัศรัทธาผู้นำในชุมชนท้องถิ่นว่า “พึ่งพาได้” | 1) ปรับปรุงศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ 2) พัฒนาศักยภาพด้านทักษะ/ ส่งเสริมสวัสดิการ (ยูนิฟอร์ม) ของ อสม. | 2) ดูแลคนตั้งแต่เกิด-ตาย แม่และเด็ก (เกิดรอดปลอดภัย) 3) พัฒนาการศึกษา (ร.ร. อนุบาลเทศบาล) 4) พัฒนาสวัสดิการ อสม. |

### 1.2.2 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดมุกดาหาร

เป็นอำเภอหนึ่งใน 7 อำเภอของจังหวัดมุกดาหาร มีเนื้อที่ 1,2356 ตารางกิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพมหานคร ประมาณ 650 กิโลเมตร

แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 13 ตำบล 149 หมู่บ้าน จำนวนประชากรทั้งสิ้น 129,830 คน เป็นชาย 65,164 คน หญิง 64,666 คน มี 39,587 หลังคาเรือน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 ระดับ ได้แก่ เทศบาลเมือง 1 แห่ง เทศบาลตำบล 10 แห่งและองค์การบริหารส่วนตำบล 2 แห่ง

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การพาณิชย์กรรมมีตลาดอินโดจีน เป็นศูนย์กลางการค้าและการท่องเที่ยวชายแดนไทย-ลาว ปัจจุบันรัฐบาลกำหนดเป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษ มีสะพานมิตรภาพไทย-ลาว แห่งที่ 2 เชื่อมต่อกับแขวงสะหวันนะเขต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เป็นประตูสู่อินโดจีน ประเทศเวียดนาม และประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

ด้านสังคมและวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เป็นเมืองที่มีเอกลักษณ์โดดเด่น 3 ด้าน คือ 1) เมืองธรรมะ เนื่องจากมีวัดวาอารามสถานศึกษาปริยัติธรรมทางพระพุทธศาสนาหลายแห่ง มีสถานปฏิบัติธรรมวิปัสสนากัมมัฏฐานและพระสงฆ์ผู้เป็นต้นแบบการปฏิบัติอยู่หลายรูป ซึ่งเป็นที่เคารพศรัทธาของพุทธศาสนิกชนทั้งชาวไทยและชาวลาว 2) เมืองวัฒนธรรม-ภูมิปัญญาท้องถิ่น เนื่องจากเมืองนี้เป็นศูนย์รวมแห่งชาติพันธุ์ของชนเผ่าต่าง ๆ มีถึง 7 ชชาติพันธุ์ จึงเป็นเอกลักษณ์แห่งความแตกต่างที่สวยงาม และ 3) เมืองธรรมชาติ เนื่องจากเป็นเมืองที่รายล้อมด้วยด้วยทรัพยากรธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์ด้วยป่าไม้ ภูเขา พืชพรรณธัญญาหาร ผักพื้นบ้าน พืชสมุนไพร และแม่น้ำโขงเป็นแหล่งน้ำที่หล่อเลี้ยงชีวิตผู้คนและสัตว์ทั้งสองฝั่ง มาแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอ ตามแนวคิด UCCARE จากการสนทนากลุ่มผู้นำเครือข่ายสุขภาพ พบว่า เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอได้ร่วมกันดำเนินงานประสบความสำเร็จหลายองค์ประกอบ มีเพียงการระดมทุนจากภาคเอกชนเท่านั้น ที่ต้องให้โอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาเพิ่มขึ้น ดังรายละเอียดในตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดมุกดาหาร

| 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team: U) | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer Focus: C)   | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation: C) | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation Inquiry: A) | 5. การจัดการทรัพยากร (Resource Sharing: R) | 6. การให้บริการที่จำเป็น (Essential Care: E) |
|--|--|---|---|--|--|
| 1.1 การจัดโครงสร้างรูปแบบองค์กร                                | 2.1 มีช่องทางบริการของความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ | 3.1 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการวางแผนงาน         | 4.1 วิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ          | 5.1 การร่วมกันวางแผนการแบ่งปันทรัพยากรและ  | 6.1 การเข้าถึงการบริการสุขภาพพื้นฐานตามบริบท |
| 1) ทำงานต่อเนื่องจากคปสอ. มากกว่า 1 ปี                         | ประชาชนและผู้รับบริการ                                     | 1) ร่วมสำรวจปัญหา   | 1) ทำงานในพื้นที่แบบเชิงรุก                       | การพัฒนาบุคลากร                            | 1) แก้ปัญหา                                  |
| 2) มีคำสั่งแต่งตั้งกรรมการอำนวยความสะดวก                       | 1) แจ้งแก่ผู้รับบริการที่รอคอย                             | 1) ร่วมสำรวจปัญหาโดยทีม “อาสาตำบลละคร”                                | 2) ชื่นชมยินดี ยกย่องให้เกียรติความเป็นมนุษย์     | 1) วางแผนการร่วมกันระหว่างสาธารณสุขกับ     | การระบาดโรค                                  |
| 3) มีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ             | 2) เติงตามสายข้อมูล  | 2) ร่วมคิดวิเคราะห์   | 3) ให้รางวัลเป็นสินน้ำใจ                          | เทศบาลเรื่องการดูแล                        | ใช้เลือดออก                                  |
|  | 3) ประชุมคณะกรรมการ  | 3) ร่วมจัดทำแผนแก้ปัญหา   | 4) ประกาศเกียรติคุณแก่ผู้เสียสละ                  | ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง                 | 2) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง                        |
|  | 4) ประชุมหัวหน้าส่วน                                       |   |   | ผู้ยากลำบาก                                | เบาหวาน ความดัน                              |
|  |  |   |   |  | คตหิตสูง                                     |
|  |  |   |   |  | 3) แก้ปัญหา                                  |
|  |  |   |   |  | อุบัติเหตุ                                   |

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

| 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ<br>(Unity District Health Team: U)   | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค<br>(Customer Focus: C)   | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย<br>(Community Participation: C)                                  | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า<br>(Appreciation Inquiry: A)   | 5. การจัดการทรัพยากร<br>(Resource Sharing: R)   | 6. การให้บริการที่จำเป็น<br>(Essential Care: E)  |
|---|---|---|--|---|--|
| 1.2 การทำงานเป็นทีม<br>1) มีอนุกรรมการรับผิดชอบ ครบทั้ง 5 กลุ่มอายุ + 1 คณะ<br>2) หัวหน้าหน่วยงานระดับจังหวัดเป็นประธาน และมีผู้แทนองค์กรทุกภาค | 2.2 การขยายและปรับปรุงช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ<br>1) เว็บไซต์แคมเปญชุมชน<br>2) เวทีทำแผนแก้ปัญหา<br>3) เวทีนำเสนอโครงการพัฒนาระดับอำเภอ | 3.2 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม<br>ดำเนินงาน<br>1) ร่วมทำงาน<br>2) เชื่อมต่อกันแบบดิจิทัล | 4.2 วิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน<br>1) ภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ที่ยากไร้<br>2) ใช้หัวใจความเป็นอาสาสมัครทำงานแบบ “จิตอาสา”<br>3) ภูมิใจที่เกิดมาเป็น “ลูกสาวราชรสสุ” ได้ดูแลมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย (ส่งสะกาน) | 5.2 การร่วมกันจัดการ<br>การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร<br>1) เทศบาลสนับสนุน<br>2) จัดสรรตามแผนงานของหน่วยงาน<br>3) ยังไม่มีการสมทบ | 6.2 การให้บริการ<br>เปิดเสรีจรรยาบรรณประชากรส่วนใหญ่<br>1) ออกเยี่ยมผู้ป่วย<br>2) กิจกรรมด้านยาเสพติด และชมรมกีฬาของเยาวชน<br>3) ชุมชนปลอดภัย โรค อสม. และผู้นำชุมชน |



ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

| 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team: U)   | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer Focus: C)  | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคเครือข่าย (Community Participation: C)  | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation Inquiry: A)  | 5. การจัดการทรัพยากร (Resource Sharing: R)   | 6. การให้บริการที่จำเป็น (Essential Care: E)   |
|--|---|---|--|--|--|
| <p>1.3 การบริหารจัดการ</p> <p>1) เป็นทีมแบบเครือข่ายเดียวกัน 4 หน่วยงาน (ศส, อสปท, อสม, โรงเรียน)</p> <p>2) นอกนั้นเป็นทีมเครือข่ายแบบหลวม ๆ ขาดความชัดเจนและความต่อเนื่อง เพราะหัวหน้าส่วนราชการเปลี่ยนบ่อย (นอก./ ศสอ.)</p> <p>3) กรรมการมีส่วนร่วมทั้งแนวคิดและแนวทาง</p> | <p>2.3 การบูรณาการกับงานอื่น ๆ ที่มีช่องทาง การรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเกิดความมั่นใจและผู้พ้น 1) สื่อมวลชน/ วิทยุ 2) จัดชุมชนีทรศการ เสนอผลงานของ 3) นำเสนอผลงานของ อสม.</p> | <p>3.3 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคเครือข่ายมีส่วนร่วม ประเมินผลและเป็นเจ้าของ</p> <p>1) ร่วมประชุม ติดตามประเมินผล</p> <p>2) ร่วมจัดการ นำเสนอผลงาน</p> | <p>4.3 การสร้างวัฒนธรรมการทำงาน ที่ก่อให้เกิดความผูกพัน</p> <p>1) ผู้นำภาคีเครือข่าย ลงพื้นที่</p> <p>2) เป็นเพื่อนร่วมทุกข์ เป็นใจ เป็นกำลังใจให้เขายามโศกเศร้า</p> | <p>5.3 การร่วมกัน ทบทวนปรับปรุงการแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร</p> <p>1) ระดมทุนจากภาคอื่น ๆ</p> <p>2) การบริหารพัฒนาบุคลากร</p> | <p>6.3 การจัดระบบบริการแบบบูรณาการให้ยั่งยืน</p> <p>1) พัฒนาเมือง 3 ธรรม (ธรรมชาติ/ ธรรม/ วัฒนธรรมชนเผ่า 7ชาติพันธุ์)</p> <p>2) ทีมเยี่ยมพื้นที่อย่างต่อเนื่อง</p> |

### 1.2.3 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงราย

อำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงราย ที่มีชายแดนติดกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีแม่น้ำโขงเป็นเส้นแบ่งเขตแดน ความยาวถึง 42 กิโลเมตร อยู่ห่างจากอำเภอเมืองเชียงราย 141 กิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ 950 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 836.90 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 523,062.50 ไร่ มีชื่อเสียงในเรื่องการจับ “ปลาบึก” และฤดูการจับปลาบึกระหว่างกลางเดือนเมษายนถึงพฤษภาคมของทุกปี

ลักษณะภูมิประเทศพื้นที่ราบ สลับกับเทือกเขา มีพื้นที่ด้านทิศตะวันออกบางส่วนติดกับแม่น้ำโขง ซึ่งฝั่งตรงข้ามคือ เมืองห้วยทราย แขวงบ่อแก้ว ประเทศลาว มีประชากรอาศัยอยู่ในพื้นที่หลายเชื้อชาติ เช่น ไทลื้อ ขมุ ชาวมูเซอ แม้ว เย้า โดยกลุ่มไทลื้อโดยมากจะอาศัยอยู่ที่บ้านห้วยเม็ง และบ้านศรีดอนชัย อพยพมาจากทาง สิบสองปันนา ทางตอนใต้ของประเทศไทย ปัจจุบันยึดอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก เคยทำสวนส้มกันจนมีชื่อเสียงโด่งดังแต่ปัจจุบันด้วยโรคภัยเยาะชาวบ้านเลยเลิกทำสวนส้มไปหลายราย หันไปทำไร่ข้าวโพดเหมือนกับชาวบ้านใกล้เคียงแทน เชื้อชาติขมุ ตั้งอยู่ที่บ้านห้วยกอกเป็นหมู่บ้านเล็ก ๆ ที่มีประชากรไม่มากนัก

ประชากรในอำเภอนี้โดยส่วนมากทำอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนา ไร่ข้าวโพด สวนส้ม สวนลิ้นจี่ สวนส้มโอ และพืชผักต่าง ๆ เป็นต้นมีลักษณะภูมิประเทศเป็นภูเขา โดยมีพื้นที่ราบลุ่มอยู่ตอนกลาง ความสูงจากระดับน้ำทะเลประมาณ 1,000 ฟุต พื้นที่ป่าไม้ร้อยละ 61 ของพื้นที่

แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 7 ตำบล 117 หมู่บ้าน ประชากรรวม 62,117 คน เป็นชาย 31,018 คน เป็นหญิง 31,099 คน ประกอบด้วยคนเชื้อชาติ ไทยพื้นเมือง ไทลื้อ และชาวไทยภูเขาเผ่าต่าง ๆ เช่น ม้ง ลาหู่ (มูเซอ) ขมุ อาข่า เป็นต้น ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลัก เกษตรกรรม (ข้าว ลำไย ส้มเขียวหวาน ข้าวโพด จิง) อาชีพรองคือ ประมงน้ำจืด รับจ้าง ค้าขาย ชายแดน

ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอ จากการสนทนากลุ่มของผู้นำเครือข่ายสุขภาพอำเภอ พบว่า ผู้นำเครือข่ายได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอต่อเนื่องเรื่อยมา ทั้งเป็นนักการปกครองและนักยุทธศาสตร์ที่มีความสามารถบริหารจัดการประสานงาน สร้างแรงบันดาลใจในการทำงานแก่ทีมงานรวมทั้งภาคส่วนต่าง ๆ และ ประชาชนให้ความศรัทธาต่อระบบบริการ เข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงราย

| 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ  | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer Focus: Unity District Health)  | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation: C)   | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation Inquiry: A)   | 5. การจัดการทรัพยากร (Resource Sharing: R)  | 6. การให้บริการที่จำเป็น (Essential Care: E)  |
|---|---|---|---|---|---|
| <p>1) การจัดโครงสร้างรูปแบบองค์กร</p> <p>1) ต่อเนื่องมาจากคปสอ.ที่มีเครือข่าย</p> <p>2) มีคำสั่ง คกก.พชอ.</p> <p>3) กรรมการยังขาดภาคเอกชนและภาคส่วนอื่น ๆ</p> <p>4) ยังไม่มีคณะกรรมการระดับตำบล</p> | <p>2.1 มีช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ</p> <p>1) ปชส.แก่ผู้รับบริการ</p> <p>2) ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ และผู้นำชุมชน</p> <p>3) ประชุม อสม.</p> | <p>3.1 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคเครือข่ายมีส่วนร่วมในการวางแผนงาน</p> <p>1) ร่วมสำรวจข้อมูล</p> <p>2) ร่วมประชุมรับทราบปัญหา</p> <p>3) ร่วมเวทีจัดทำแผน</p> | <p>4.1 วิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ</p> <p>1) ปรับวิถีคิดของทีม</p> <p>“เราต่างกันเพียงหน้าที่แต่มีประชาชนเป็นเป้าหมายเดียวกัน”</p> <p>2) ทำพร้อม ๆ กัน จะมีพลังเหมือนน้ำที่ไหลไปทิศทางเดียวกัน</p> | <p>5.1 การร่วมกันวางแผนการแบ่งปันทรัพยากรและ</p> <p>1) เริ่มจากรับทุนจากกองทุน สสส.</p> <p>2) จัดทำแผนงานแต่ละหน่วยงานแล้วนำมาประสานการปฏิบัติร่วมกัน</p> | <p>6.1 การเข้าถึงการบริการสุขภาพพื้นฐานตามบริบท</p> <p>1) ดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้ยากไร้</p> <p>2) พัฒนาให้เมืองสะอาด</p> <p>3) พัฒนาเมืองปลอดภัยจากอุบัติเหตุ</p> <p>4) ท่องเที่ยววัฒนธรรมสองฝั่งโขง</p> |

ตารางที่ 4-3 (ต่อ)

| 1. การทำงานร่วมกัน   | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer Focus: C)  | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation: C)  | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation Inquiry: A)  | 5. การจัดการทรัพยากร (Resource Sharing: R)  | 6. การให้บริการที่จำเป็น (Essential Care: E)   |
|--|---|--|--|---|--|
| <p>ในระดับอำเภอ (Unity District Health Team: U)</p> <p>1.2 การทำงานเป็นทีม</p> <p>1) แบ่งทีม</p> <p>รับผิดชอบตามกลุ่มอายุ 5 ทีม มีหัวหน้าหน่วยงานเป็น</p> <p>ประธาน</p> <p>2) มีทีมเลขานุการแต่ละคณะ</p> | <p>2.2 การขยายและปรับปรุงช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ</p> <p>1) สํารวจข้อมูลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>2) ประสานงานกับผู้นำชุมชน</p> | <p>3.2 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมดำเนินงาน</p> <p>1) ร่วมออกเยี่ยมผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>ผู้คอยโอกาส</p> <p>2) นิมนต์พระสงฆ์เยี่ยมผู้เกษมณผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล</p> | <p>4.2 วิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน</p> <p>1) ทำเพื่อคนเชียงใหม่ พี่น้องเรา</p> <p>2) ทำด้วยความเต็มใจ สักได้รับน้ำใจจากคนในชุมชนท้องถิ่น</p> | <p>5.2 การร่วมกันจัดการการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร</p> <p>1) ภาคเอกชน สนับสนุนอุปกรณ์เพื่อปรับปรุงที่อยู่อาศัย</p> <p>2) ระดมทุนชุมชน: คนดี-ทำดี</p> <p>3) กองทุนเครื่องมือแพทย์ตำบลเพื่อแพทย์ท้องถิ่น</p> | <p>6.2 การให้บริการ</p> <p>เปิดเสร็จครบคลุมประชากรส่วนใหญ่ (5 กลุ่มอายุ/ 5 ดวงใจ สายใยสุขภาพ)</p> <p>1) เยาวชนสตรีโส</p> <p>2) สตรีสูงอายุ</p> <p>3) วิทยาลัยสงฆ์</p> <p>4) ศูนย์สุขภาพ</p> <p>5) เยาวชนผู้ด้อยโอกาส</p> |

ตารางที่ 4-3 (ต่อ)

| 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team: U)  | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer Focus: C)   | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation: C)  | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation Inquiry: A)  | 5. การจัดการทรัพยากร (Resource Sharing: R)  | 6. การให้บริการที่จำเป็น (Essential Care: E)   |
|---|--|--|--|---|--|
| <p>1.3 การบริหารจัดการ</p> <p>1) จัดทำยุทธศาสตร์และแผนงาน ตามวิสัยทัศน์ “เสียงของรวมใจ อนามัยสมบูรณ์”</p> <p>2) จัดให้มีผู้แทนองค์กรร่วมเป็นกรรมการทุกคณะเพื่อจะได้ทำงานไปพร้อม ๆ กัน</p> | <p>2.3 การบูรณาการกับงานอื่น ๆ ให้มีช่องทาง การรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเกิดความมั่นใจและผูกพัน</p> <p>1) ประชาสัมพันธ์ในงานทำบุญตามวัดต่าง ๆ</p> | <p>3.3 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมประมิณผลและเป็นเจ้าของ</p> <p>1) พบปะพูดคุยหรือกัน อย่างสม่ำเสมอ</p> <p>2) ทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือออกดำเนินการในพื้นที่</p> | <p>4.3 การสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน</p> <p>1) บริการด้วยหัวใจ</p> <p>สร้างความประทับใจ</p> <p>จึงได้นำใจจากชุมชน</p> <p>อย่างเหลือคณานับ</p> <p>2) ทำความดีเป็นแบบอย่าง</p> | <p>5.3 การร่วมกัน</p> <p>พบทวนปรับปรุงการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร</p> <p>1) รับบริจาคทุนอาหารเช้าแก่ผู้รับบริการตรวจเบาหวานจากงานเลี้ยงสังสรรค์ที่จัดในชุมชน</p> | <p>6.3 การจัดระบบบริการแบบบูรณาการให้ยั่งยืน</p> <p>1) พระสงฆ์เป็นผู้นำเปิดร. ผู้สูงอายุ</p> <p>2) สร้างคน สร้างผู้นำ สร้างชุมชนเข้มแข็ง</p> |

#### 1.2.4 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดน่าน

อำเภอหนึ่งในจังหวัดน่าน ห่างจากตัวจังหวัดไปทางทิศเหนือเป็นระยะทาง 138 กิโลเมตร เป็นอำเภอที่มีพื้นที่แนวชายแดนติดกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ระยะทางยาวประมาณ 98 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 518.7 ตารางกิโลเมตร พื้นที่ส่วนมากมีสภาพเป็นภูเขาสูงสลับซับซ้อนร้อยละ 89 ของพื้นที่ทั้งหมด ที่เหลือเป็นพื้นที่ราบเชิงเขา พื้นที่ทั้งหมดตั้งอยู่ในเขตป่าสงวนแห่งชาติป่าดอยภูคา ซึ่งเป็นแหล่งต้นน้ำ (ขุนน้ำ) ของแม่น้ำน่าน

พื้นที่การปกครอง แบ่งออกเป็น 2 ตำบล 22 หมู่บ้าน มีองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 แห่ง จำนวนประชากรทั้งสิ้น 9,659 คน เป็นชาย 4,918 คน หญิง 4, คน มี 3,029 หลังคาเรือน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ อาชีพหลักได้แก่ การปลูกข้าวไร่ ข้าวโพด และการเลี้ยงโค กระบือ สุกร ไก่ ปลูกผักสวนครัว เลี้ยงปลาในบ่อ การทำไม้กวาดจากดอกกล้วยและอาชีพเสริมคือ หาของป่า

ด้านเศรษฐกิจ การค้า เนื่องจากเป็นอำเภอในพื้นที่ชนบทห่างไกลและทุรกันดาร อยู่ในพื้นที่ป่าสงวนแห่งชาติ จึงยังไม่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจ มีเพียงการผลิตจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรมเท่านั้น แต่เนื่องจากเป็นช่องทางผ่านแดนที่มีด่านสากล จึงมีการขนส่งสินค้าและวัสดุก่อสร้างผ่านเส้นทางนี้ และมีการเปิดตลาดนัดชายแดนในวันเสาร์-อาทิตย์ เพื่อการค้าขายสินค้าที่จำเป็นในการอุปโภคบริโภคทุกสัปดาห์

ด้านสังคมและวัฒนธรรม เนื่องจากเป็นชายแดนในพื้นที่สูง จึงเป็นสังคมของความหลากหลายทางชาติพันธุ์ มีชนเผ่าต่าง ๆ อาทิ ม้ง ขมุ ไทลื้อ ที่ปะปนกันอยู่ในพื้นที่ และคนเมืองในฝั่งประเทศไทย ซึ่งต่างมีความเชื่อและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน แต่ก็ยอมรับซึ่งกันและกัน ไม่มีความขัดแย้งใด ๆ

ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับระบบสุขภาพอำเภอ จากการสนทนากลุ่มผู้นำเครือข่ายสุขภาพ ตามแนวคิด UCCARE พบว่า แม้จะเป็นอำเภอเล็ก ๆ ที่หัวหน้าส่วนราชการสับเปลี่ยนโยกย้ายบ่อยมาก แต่ด้วยความศรัทธาที่ประชาชนมีต่อบุคลากรภาครัฐที่ทำงานอุทิศตนเพื่อชุมชนท้องถิ่นด้วย “หัวใจ” ที่ได้ให้ความรักเอื้ออาทรซึ่งกันและกันคุณญาติ เรื่องเงิน จึงเป็นรอง “ใจ” ต้องมาก่อน “สิ่งที่ได้ คือ สิ่งที่ให้” ถ้าสามารถเข้าไปนั่งในใจเขาได้ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4-4

ตารางที่ 4-4 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดน่าน

| 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team: U)  | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer Focus: C)   | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคเครือข่าย (Community Participation: C)  | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation Inquiry: A)  | 5. การจัดการทรัพยากร (Resource Sharing: R)  | 6. การให้บริการที่จำเป็น (Essential Care: E)  |
|---|--|---|--|---|---|
| 1.1 การจัดโครงสร้าง<br>รูปแบบองค์กร<br>1) มีคำสั่งแต่งตั้ง<br>กรรมการ<br>2) กรรมการมีเฉพาะ<br>ภาคส่วนสาธารณสุข<br>กับองค์กรปกครอง<br>ส่วนท้องถิ่น<br>3) เป็นพื้นที่กันดารที่<br>หัวหน้าส่วนราชการ<br>สับเปลี่ยนบ่อย | 2.1 มีช่องทางรับรู้<br>ความต้องการของ<br>ประชาชนและผู้รับ<br>บริการ<br>1) การประชุมหัวหน้า<br>ส่วน<br>2) ประชุมเจ้าหน้าที่<br>สาธารณสุขและประ<br>ชุม อสม.<br>3) ประชุมกรรมการ<br>DHS | 3.1 วิธีการทำให้ชุมชน<br>และภาคเครือข่ายมีส่วน<br>ร่วมในการวางแผนงาน<br>1) สาธารณสุขและ<br>ท้องถิ่นร่วมสำรวจ<br>ปัญหาและวางแผนงาน<br>2) ภาคส่วนอื่นไม่ได้<br>เข้าร่วม | 4.1 วิธีการทำงานที่<br>ก่อให้เกิดความพึง<br>พอใจ<br>1) งานเป็นเรื่อง<br>จริงใจ<br>2) ให้เขาด้วยความ<br>จริงใจ<br>3) ภาคีเครือข่าย<br>ทำงานแบบไม่เป็น<br>ทางการ “ออกทำงาน<br>แต่ละทีไม่ต้องมี<br>หนังสือเชิญ” | 5.1 การร่วมกันวางแผน<br>การแบ่งปันทรัพยากร<br>และการพัฒนาบุคลากร<br>1) ไม่มีทุนเป็นตัวเงิน<br>สำหรับ DHS<br>2) มีแผนงบประมาณ<br>เฉพาะหน่วยงาน<br>สาธารณสุข<br>3) ใช้ทุนสังคม “ความดี<br>ความรัก ความเสียสละ”<br>NCD<br>4) การคุ้มครอง | 6.1 การเข้าถึงการ<br>บริการสุขภาพพื้นฐาน<br>ตามบริบท<br>1) ความเป็นอยู่ คุณภาพ<br>ชีวิตความยากจน<br>การศึกษา ความเจ็บป่วย<br>2) การใช้สารเคมี<br>การเกษตร<br>3) ปัญหาสุขภาพเด็ก,<br>NCD<br>4) การคุ้มครอง |

ตารางที่ 4-4 (ต่อ)

| 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team: U)  | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer Focus: C)   | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation: C)   | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation Inquiry: A)  | 5. การจัดการทรัพยากร (Resource Sharing: R)  | 6. การให้บริการที่จำเป็น (Essential Care: E)   |
|---|--|---|--|---|--|
| <p>1.2 การทำงานเป็นทีม</p> <p>1) ภาคีเครือข่ายอื่น</p> <p>เป็นทีมแบบหลวม ๆ</p> <p>2) มีการรณรงค์ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ</p> <p>3) มีการรณรงค์ควบคุมโรคอำเภอ</p> <p>เข้มแข็ง</p> | <p>2.2 การขยายและปรับปรุงช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ</p> <p>1) ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง</p> <p>ข่าวสารในขณะเกิดเหตุฉุกเฉิน</p> <p>2) ประชาสัมพันธ์ในโอกาสไปร่วมกับงานอื่น ๆ</p> | <p>3.2 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมดำเนินงาน</p> <p>1) สาธารณสุขและท้องถิ่นร่วมกันเป็นเจ้าภาพในงานด้านสุขภาพ</p> <p>2) ภาคส่วนอื่นร่วมมือปฏิบัติ</p> <p>3) ภาคเอกชนยังไม่ได้รวมตัว</p> | <p>4.2 วิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน</p> <p>1) เสียสละเวลาอุทิศตนทำงานเพื่อชาวบ้านด้วยความเมตตาตาสงสารคนที่อยู่บนดอย</p> <p>2) ชื่นชม คนที่ดีเสียสละ มอบรางวัลเพื่อสร้างแรงจูงใจ</p> | <p>5.2 การร่วมกันจัดการการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร</p> <p>1) มีแผนงานของแต่ละหน่วย</p> <p>3) ท้องถิ่นจัดงบประมาณให้หน่วยสาธารณสุขดำเนินการ</p> <p>4) โครงการ “อำเภอยิ้ม” ออกบริการประชาชนโดยไม่ใช้งบประมาณ</p> | <p>6.2 การให้บริการ</p> <p>เปิดเสร็จจรดรอบคลุมประชากรส่วนใหญ่</p> <p>1) แม่และเด็ก: Mobile NCD, ANC, Nutrition, LBW.</p> <p>2) วัยรุ่น</p> <p>3) วัยทำงาน</p> <p>4) ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง</p> |



ตารางที่ 4-4 (ต่อ)

| 1. การทำงานร่วมกัน   | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer Focus: C)   | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation: C)  | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation Inquiry: A)   | 5. การจัดจรรยาพยากร (Resource Sharing: R)   | 6. การให้บริการที่จำเป็น (Essential Care: E)   |
|--|--|--|---|---|--|
| <p>ในระดับอำเภอ (Unity District Health Team: U)</p> <p>1.3 การบริหารจัดการ</p> <p>1) มีทีมสำรวจทำงานแบบจับคู่เป็นบัดดี้เจ้าหน้าที่เพื่อให้รู้งานกันและกัน</p> <p>2) มีความสัมพันธ์แบบไม่ใช่โครงสร้างเดียวกัน</p> | <p>การบูรณาการกับงานอื่น ๆ ให้มีช่องทาง</p> <p>การรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเกิดความมั่นใจและผูกพัน</p> <p>1) ห้องฉีดยาฉีดวัคซีน</p> <p>2) เวทีจัดทำแผนชุมชน</p> | <p>3.3 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม</p> <p>ประเมินผลและเป็นเจ้าของ</p> <p>1) ภาคส่วนต่าง ๆ ได้เข้าร่วมบางขั้นตอน</p> <p>2) ภาคเอกชน + ประชาชนเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรม</p> | <p>4.3 การสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน</p> <p>1) พบปะพูดคุยกันสม่ำเสมอ</p> <p>2) อยู่ด้วยความผูกพัน</p> <p>พื้นที่พี่น้องแบบสังคมชนบทไม่ถือว่าเราเป็นราชากร มีอะไรก็ช่วยเหลือเขาได้ถือว่าสำเร็จ</p> | <p>5.3 การร่วมกันทบทวนปรับปรุงการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร</p> <p>1) งบประมาณเป็นเรื่องต้องเข้าไปหาเขา</p> <p>2) ศูนย์กลางการคุยกับผู้นำชุมชน/กลุ่มชาวบ้าน “ไปนั่งในบ้านเขาได้ถือว่าสำเร็จ”</p> | <p>6.3 การจัดระบบบริการแบบบูรณาการให้ยั่งยืน</p> <p>1) ทำงานเชิงรุก ลงพื้นที่พูดคุยกับกลุ่มสนใจเรื่องสุขภาพ/ลดการใช้สารเคมี</p> <p>2) ศูนย์กลางการท้องที่เยวเชิงธรรมชาติ พักโฮมสเตย์กินอาหารปลอดภัย/การค้า</p> |

ตารางที่ 4-4 (ต่อ)

|  |  |   |   |   |  |
|--|--|---|---|---|--|
| 1. การทำงานร่วมกัน                           | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer Focus: C) | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation: C) | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation Inquiry: A)   | 5. การจัดการทรัพยากร (Resource Sharing: R)  | 6. การให้บริการที่จำเป็น (Essential Care: E)               |
| ในระดับอำเภอ (Unity District Health Team: U) |  |   |   |   |  |
|  |  |   | 3) สิ่งที่เราได้คือ สิ่งที่เราให้ ภูมิใจที่ได้ช่วยชาวบ้านได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้ชีวิตเขาดีขึ้น | 2) จนท. ไม่มีทุนแต่สามารถระดมจากภาคส่วนอื่นมาช่วยเหลือชาวบ้านได้ “ทำงานไปก็ได้ทำบุญไปด้วย | 3) การส่งเสริมป้องกันโรคเป็นการลงทุนน้อยกว่าการรักษาพยาบาล |

### 1.2.5 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดพะเยา

อำเภอหนึ่งที่ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัดพะเยา ระยะทางห่างจากตัวจังหวัด 85 กิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพมหานคร ประมาณ 822 กิโลเมตร มีพรมแดนติดสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ระยะทางยาว 26 กิโลเมตร มีขนาดพื้นที่ประมาณ 293.486 ตารางกิโลเมตร หรือ 183,428.75 ไร่ ภูมิประเทศกว่าร้อยละ 70 เป็นภูเขา อากาศร้อนชื้น

มีประชากร จำนวน 31,945 คน เป็นชาย 15,955 คน หญิง 15,999 คน มี 11,530 หลังคาเรือน แบ่งการปกครองออกเป็น 5 ตำบล 58 หมู่บ้าน 1 เทศบาล 4 อบต. มีแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติที่สำคัญหลายแห่ง

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รับราชการเป็นส่วนน้อย และค้าขายบางส่วนเนื่องเป็นอำเภอชายแดนที่ความสัมพันธ์อันดีระหว่างภาครัฐระดับท้องถิ่นทั้งไทยและลาว จึงมีประชาชนที่เป็นเพื่อนบ้านเดินทางไปมาเพื่อซื้อขายสินค้าที่จำเป็น และสินค้าพื้นเมือง ของที่ระลึก จากตลาดชายแดนไทย-ลาว ในวันหยุดทุกสัปดาห์ โดยผ่านเข้า-ออกที่จุดผ่อนปรนเป็นด่านเข้าออกชั่วคราวเส้นทางธรรมชาติตามช่องภูเขา

ด้านสังคมและวัฒนธรรม เนื่องจากเป็นชายแดนอยู่ทางตอนเหนือมีภูเขาสูง สังคมและวัฒนธรรมจึงเป็นแบบของคนที่อยู่ตามพื้นที่สูง ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ความเชื่อขนบธรรมเนียมประเพณีเฉพาะชนเผ่า มีความเป็นอยู่เรียบง่าย มีความเชื่อถือผู้นำ มีความอดทน สามัคคี และเอื้ออาทรกันและกัน

ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอ ที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้นำเครือข่ายสุขภาพ ตามแนวคิด UCCARE พบว่า เครือข่ายสุขภาพอำเภอให้ความสำคัญต่อผู้นำเนื่องจากเห็นว่าเป็นผู้ที่ให้ความสำคัญและสนใจในการพัฒนาระบบสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง นำทีมลงทำงานในพื้นที่ด้วยตนเอง บริการดูแลด้านสุขภาพและสังคมอย่างต่อเนื่อง สามารถประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้การดูแล “แบบไร้รอยต่อ” ดังรายละเอียดในตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4-5 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดพะเยา

| 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ   | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Unity District Health Team: U)   | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation: C)  | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation Inquiry: A)   | 5. การจัดการทรัพยากร (Resource Sharing: R)  | 6. การให้บริการที่จำเป็น (Essential Care: E)  |
|--|--|--|---|---|---|
| <p>1. การจัดโครงสร้าง</p> <p>รูปแบบองค์กร</p> <p>1) เริ่มมาได้ 4-5 ปี</p> <p>ตั้งแต่มีนโยบายการพัฒน DHS</p> <p>2) ทหารเรือแนวททางกับ นายอำเภอ</p> <p>3) มีการปรับปรุงคำสั่ง กค.สุขภาพระดับอำเภอทุก ๆ ปี</p> <p>4) มีทุกภาคส่วนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ</p> | <p>2.1 มีช่องทางรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ</p> <p>1) นำเสนอในที่ประชุม หัวหน้าส่วนประจําทุกเดือน</p> <p>2) ประชุม คณะกรรมการ</p> <p>3) ประชุม อสม./ ผู้พิการ</p> | <p>3.1 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการวางแผนงาน</p> <p>1) ภาติเครือข่ายร่วมรับรู้</p> <p>2) ร่วมเสนอแนวทางการแก้ไขและจัดทำแผนงาน</p> <p>3) อบต.จัดประชุมเวทีประชาคมเพื่อแก้ไข ปัญหา</p> | <p>4.1 วิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ</p> <p>1) เข้าถึง เข้าใจ ชุมชนก่อน จึงเริ่มดำเนินกิจกรรม</p> <p>2) ให้เกียรติ ยกย่อง ผู้มีผลงานดีเป็นแบบอย่าง</p> <p>3) ส่งเสริมพัฒนา ศักยภาพ</p> | <p>5.1 การร่วมกันวางแผนการแบ่งปันทรัพยากร และ การพัฒนาบุคลากร</p> <p>1) ไม่มี ง/ ป DHS โดยเฉพาะ</p> <p>2) มีแผนงานแต่ละหน่วยงาน</p> <p>3) ภาวะฉุกเฉินระดมทุนมาช่วยกันตาม ศักยภาพของหน่วยงาน</p> | <p>6.1 การเข้าถึงการบริการสุขภาพพื้นฐานตามบริบท</p> <p>1) ควบคุมโรคไข้เลือดออก</p> <p>2) เยี่ยมผู้สูงอายุวัยติดเตียง</p> <p>3) เฝ้าระวัง คบส. ยา-อาหาร</p> <p>4) ส่งเสริมการออกกำลังกาย</p> <p>5) ส่งเสริมเศรษฐกิจพอเพียง-ฝึกปลอดภัย/ห้องเที่ยววัฒนธรรม</p> |

ตารางที่ 4-5 (ต่อ)

| 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ<br>(Unity District Health Team: U)  | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค<br>(Customer Focus: C)   | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย<br>(Community Participation: C)  | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า<br>(Appreciation Inquiry: A)   | 5. การจัดการทรัพยากร<br>(Resource Sharing: R)   | 6. การให้บริการที่จำเป็น<br>(Essential Care: E)  |
|--|---|---|--|---|--|
| 1.2 การทำงานเป็นทีม<br>1) ได้ภาคส่วนอื่นมาร่วมทีมมากขึ้น<br>2) บางภาคส่วนมาเป็นทีมในบางประเด็น อาทิ การออกกำลังกายโดย กศน.<br>3) สส. + ท้องถิ่น + ผู้นำชุมชน + อสม. ร่วมทุกประเด็น | 2.2 การขยายและปรับปรุงช่องทาง การรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ<br>1) ทางกลุ่มไลน์/ facebook<br>2) ปชส. ทางหอกระจายข่าว | 3.2 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม<br>ดำเนินงาน<br>1) ในภาวะฉุกเฉินทุกภาคส่วนร่วมมือปฏิบัติอย่างดี<br>2) ยามปกติร่วมปฏิบัติบางเรื่อง | 4.2 วิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน<br>1) เข้าไปเยี่ยมถึงบ้าน<br>2) ดูแลทุกมิติมากกว่าสุขภาพทั้งที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม อาชีพ รายได้ สิทธิประโยชน์<br>3) บำเหน็จรางวัล/ เงินเดือน | 5.2 การร่วมกันจัดการ การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร<br>1) ท้องถิ่นจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ อาหาร ของใช้ที่จำเป็น<br>2) ผู้นำชุมชน หน่วยงาน จัดกำลังคนสนับสนุน<br>3) สส.สนับสนุนวิชาการ | 6.2 การให้บริการ เปิดเสรีครอบครัวรอบคอบ ประชารัฐส่วนใหญ่<br>1) กลุ่มเด็กและเยาวชน<br>2) วิทยากร<br>3) ผู้สูงอายุ พิจารณาค้อยโอกาส<br>4) กลุ่มผู้ป่วย/ กลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพ |

ตารางที่ 4-5 (ต่อ)

| 1. การทำงานร่วมกัน  | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer Focus: C)  | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation: C)   | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation Inquiry: A)  | 5. การจัดการทรัพยากร (Resource Sharing: R)  | 6. การให้บริการที่จำเป็น (Essential Care: E)   |
|---|---|---|--|---|--|
| <p><b>ในระดับอำเภอ (Unity District Health Team: U)</b></p> <p>1.3 การบริหารจัดการ</p> <p>1) เป็นโครงการเดียวกันบางประเด็น</p> | <p>2.3 การบูรณาการกับงานอื่น ๆ ให้มีช่องทาง การรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเกิดความมั่นใจและผูกพัน</p> <p>1) ในคราวติดตามเยี่ยมเยือน</p> <p>2) ร่วมกิจกรรมในงานอื่น ๆ</p> | <p>3.3 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมประเมิณผลและเป็นเจ้าของ</p> <p>1) ร่วมรับทราบผลการดำเนินงานจากที่ประชุมหัวหน้าส่วนประจําทุกเดือน</p> <p>2) ร่วมกิจกรรมในงานอื่น ๆ</p> | <p>4.3 การสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน</p> <p>1) ราชการทำงานเชิงรุก เอื้อระยะสั้นที่ไม่รีรอ</p> <p>2) ผู้นำสร้างศรัทธา นำพาปฏิบัติเป็นแบบอย่าง</p> | <p>5.3 การร่วมกันทบทวนปรับปรุงการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร</p> <p>1) ขาด ง/ป ในระดับพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหาแบบเบ็ดเสร็จ และการพัฒนาบุคลากร</p> | <p>6.3 การจัดระบบบริการแบบบูรณาการให้ยั่งยืน</p> <p>1) ดูแลแบบไร้รอยต่อ</p> <p>2) ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง</p> <p>3) วัฒนธรรมสองแผ่นดิน</p> |

### 1.2.6 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก

อำเภอหนึ่งที่ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของจังหวัดพิษณุโลก ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 118 กิโลเมตร เป็นอำเภอชายแดนอยู่ท่ามกลางภูเขาล้อมรอบติดต่อกับแขวงไซบูนูรี สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีพรมแดนติดต่อกับภูเขาสองชั้น ตามช่องทางธรรมชาติ และจุดผ่อนปรนที่หมู่บ้านฝั่งไทย ที่มีการแลกเปลี่ยนสินค้าอุปโภคบริโภค และเดินไปมาหาสู่กันได้สะดวก เนื่องจากมีพื้นที่ติดต่อกันหมู่บ้านต่อหมู่บ้าน

พื้นที่การปกครองทั้งสิ้น 6 ตำบล มีประชากร จำนวน 41,300 คน เป็นชาย 20,874 คน หญิง 20,426 คน มี 5,77 หลังคาเรือน อาชีพหลักของประชาชน คือการเกษตรกรรมส่วนใหญ่ นิยมประกอบอาชีพเกษตรตามวิธีแบบเก่า คือพึ่งพาอาศัยธรรมชาติ หากปีใดฝนตกต้องตามฤดูกาล ผลผลิตก็จะดีตามไปด้วย หากปีใดฝนตกน้อยผลผลิตก็จะลดลง

ด้านสังคมและวัฒนธรรม เนื่องจากในอดีตอำเภอนี้เคยเป็นชุมชนเมืองในสมัยโบราณพร้อมกับเมืองนครไทย (อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก) มีการค้นพบโบราณวัตถุสถานหลายอย่าง อาทิ พระพุทธรูปปรางนั่งสมาธิสมัยทวารวดีลพบุรีตอนปลาย และเป็นเมืองแดนต่อแดนคั่นเป็นเส้นทางคมนาคมสมัยโบราณระหว่างกรุงสุโขทัย ล้านช้าง ไชยบุรี หลวงพระบาง ไปมาค้าขายระหว่างกัน ดังนั้น วัฒนธรรมชุมชนของอำเภอนี้จึงเป็นวัฒนธรรมร่วมระหว่างสุโขทัยกับล้านช้าง ซึ่งในปัจจุบันปรากฏชัดที่สุดคือ วัฒนธรรมลาวเงี้ยว หรือลาวลุ่ม ลาวหล่ม (อำเภอหล่มเก่า อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์) มีสำเนียงภาษาพูดลงท้ายว่า “ฮั่นเนี้ยว” และมีความศรัทธาเชื่อถือยึดมั่นตามหลักพระพุทธศาสนาอย่างเคร่งครัด ชุมชนท้องถิ่นจะเข้าร่วมกิจกรรมสำคัญทางประเพณีและวันสำคัญตามเทศกาลงานบุญอย่างยิ่งใหญ่ อาทิ งานประเพณีบุญผะเหวด (เทศน์มหาชาติชาดก)

ข้อมูลเชิงประจักษ์จากกาสนทนากลุ่มผู้นำเครือข่ายสุขภาพเกี่ยวกับสถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอ ตามแนวคิด UCCARE พบว่า การดำเนินงานของอำเภอนี้ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน มีเพียงแผนงานประจำของหน่วยงานสาธารณสุข และการสนับสนุนทรัพยากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่ร้องขอ แต่หากมีกรณีฉุกเฉิน เช่น สาธารณภัย น้ำท่วม ดินถล่มเกิดขึ้น นายอำเภอจะออกคำสั่งขอความร่วมมือหน่วยงานต่าง ๆ ออกปฏิบัติงานช่วยเหลือประชาชน โดยผู้นำจากส่วนราชการ ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครออกปฏิบัติงานอย่างพร้อมเพรียง และร่วมงานประเพณีในชุมชนอย่างต่อเนื่อง จนประชาชนเกิดศรัทธาเชื่อมั่นในการทำงานของราชการที่เสียสละและอุทิศเวลา สร้างให้เกิดความรัก ความสามัคคีระหว่างรัฐและประชาชน และความรักหวงแหนในวัฒนธรรมชุมชนตนเอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4-6 สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก

| 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ                      | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค          | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย                      | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า                  | 5. การจัดการทรัพยากร (Resource Sharing: R)               | 6. การให้บริการที่จำเป็น (Essential Care: E) |
|---|---|---|--|--|--|
| (Unity District Health Team: U)                     | (Customer Focus: C)                           | (Community Participation: C)                                  | (Appreciation Inquiry: A)                |  |  |
| 1.1 การจัดโครงสร้างระบบองค์กร                       | 2.1 มีช่องทางบริการของประชาชนและผู้รับบริการ  | 3.1 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการวางแผนงาน | 4.1 วิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ | 5.1 การร่วมกันวางแผนการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร | 6.1 การเข้าถึงการบริการสุขภาพพื้นฐานตามบริบท |
| 1) มีคำสั่งแต่งตั้งกรรมการทำให้ทำงานเป็นระบบมากขึ้น | 1) ได้รับความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ | 1) ร่วมรับรู้ปัญหาจากการประชุมต่าง ๆ                          | 1) ผู้นำที่ทำงานเป็นแบบอย่างเอาใจใส่     | 1) ไม่มีแผนงบประมาณ DHS                                  | 1) ควบคุมโรคไข้เลือดออก                      |
| 2) ทุกภาคส่วนเป็นกรรมการ                            | 2) ประชาชนและอาสาสมัคร                        | 2) ร่วมประชุมชมแผนชุมชน                                       | 2) มีปิยวาจา พูดสร้างเสียดลเวลา          | 2) มีแต่แผนของหน่วยงาน                                   | 2) ควบคุมโรคระบาด                            |
| 3) มีกฎหมายรองรับอำนาจหน้าที่ทำให้ทำงานสะดวกขึ้น    | 3) ประกาศหอกระจายข่าว/เสียงตามสาย             | 3) มีแผนปกติขององค์กร   | 3) พุดและทำอย่างจริงจังไปตรงมา           | 3) ภาวะฉุกเฉินมีแผนปฏิบัติการร่วมกันทุกภาคส่วน           | 3) ดูแลผู้สูงอายุผู้พิการ                    |
| 4) ประสานงานชัดเจนขึ้นอีก                           | 4) แจ้งข่าวสารแก่ผู้รับบริการ                 | 4) ร่วมแสดงความคิดเห็นจนตกผลึกความคิดก่อนลงมือทำ              | 4) ทุกคนทำงานด้วยสมัครใจถือว่าได้ทำบุญ   |  | 4) ปรารถนาสาธารณสุขนำทวม ดินถล่ม ไฟป่า       |



ตารางที่ 4-6 (ต่อ)

| 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team: U) | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer Focus: C)                    | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation: C) | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation Inquiry: A)                                | 5. การจัดการทรัพยากร (Resource Sharing: R)                 | 6. การให้บริการที่จำเป็น (Essential Care: E) |
|--|---|---|--|--|--|
| 1.2 การทำงานเป็นทีม  | 2.2 การขยายและปรับปรุงช่องทาง การรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ | 3.2 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมดำเนินงาน              | 4.2 วิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน  | 5.2 การร่วมกันจัดการ                                       | 6.2 การให้บริการ                             |
| 1) สาธารณสุข + ท้องถิ่น เป็นทีมหลัก                            | การรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ                               | 1) เปิดประชุมสหภาคีเมื่อมีปัญหาเร่งด่วน/ภาวะฉุกเฉิน                   | 1) ทีมงานได้รับสินน้ำใจจากผู้นำมาเพียงเล็กน้อย แต่มีค่ามากกว่าความรู้สึกทางจิตใจ | การแบ่งปันทรัพยากร และ การพัฒนาบุคลากร                     | เปิดเสรีจรรยาบรรณประชากรส่วนใหญ่             |
| 2) ภาคส่วนเป็นทีมเฉพาะกิจในยามเกิดภาวะฉุกเฉิน                  | ผู้รับบริการ  | 2) ภาวะฉุกเฉินมีแต่คำสั่ง   | 2) เห็นข้าราชการทำงานเพื่อประชาชนด้วยความทุ่มเทอย่างไม่เหน็ดเหนื่อย              | 1) ภาวะฉุกเฉินใช้/ป  | 1) ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มอายุทั้งหมด            |
| 3) ผู้นำชุมชน อสม. ช่วยประสานงานกับประชาชน                     | 1) นายอำเภอติดต่อทางไลน์  | 3) ภาวะฉุกเฉินมีแต่คำสั่ง   | 2) เห็นข้าราชการทำงานเพื่อประชาชนด้วยความทุ่มเทอย่างไม่เหน็ดเหนื่อย              | ของท้องถิ่น สนับสนุน เป็นคำวิญญูชน                         |  |
|  | 2) เยี่ยม พูดคุย กินข้าวแบบกับผู้นำ/ประชาชน ร่วมงาน                         | ให้แต่ละทีมปฏิบัติงานร่วมกัน  | 3) มีคณะกรรมการอำนวยความสะดวก  | 2) ภาวะปกติแต่ละหน่วยงานมีแผน ง/ป เพื่อปฏิบัติเป็นงานประจำ |  |
|  | มรดกต่างๆ   | อำนาจ การคอย  | จึงรู้สึกภูมิใจ  |  |  |
|  | ในหมู่บ้าน  | สนับสนุน  |  |  |  |

ตารางที่ 4-6 (ต่อ)

| 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team: U)   | 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer Focus: C)  | 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation: C)   | 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation Inquiry: A)   | 5. การจัดการทรัพยากร (Resource Sharing: R)  | 6. การให้บริการที่จำเป็น (Essential Care: E)   |
|--|---|---|---|---|--|
| <p>1.3 การบริหารจัดการ</p> <p>1) เป็นโครงข่ายเดียวกันแบบมีคำสั่งเดียว ที่มีกรรมการ และ อำนวยการ และ หัวหน้าส่วนแต่ละส่วนรับผิดชอบเชิงพื้นที่</p> <p>2) ภาคส่วนต่าง ๆ ร่วมเป็นทีมปฏิบัติการ</p> | <p>2.3 การบูรณาการช่องทาง การรับรู้กับงานอื่น ๆ</p> <p>1) ร่วมประชุมกัน/ ผน. สัจจร เพื่อ รับทราบปัญหา</p> <p>2) เวทีประชาคมทำแผนชุมชนของเทศบาล</p> <p>3) จัดทำนิทรรศการ ภาพถ่ายผลงานไว้บนที่ว่าการอำเภอ</p> | <p>3.3 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ประเมินผลและเป็นเจ้าของ</p> <p>1) ร่วมฟังรายงาน ผลงานในที่ประชุม</p> <p>อำเภอ/ กองทุนตำบล</p> <p>2) ร่วมเสนอผลในงาน ประจักษ์ประชาิตระการสัมพันธ์ “ฮันเนิว..”</p> | <p>4.3 การสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน</p> <p>1) เกิดบรรยากาศการทำงานที่ดี</p> <p>2) ทุกคนหลอมรวมเป็นหนึ่งเดียว</p> <p>3) ลงทำงานในพื้นที่จริง ไม่เพียงแต่สั่งการ</p> <p>4) เกิดจากความรัก-สามัคคีในชุมชนท้องถิ่น</p> | <p>5.3 การร่วมกันทบทวนปรับปรุงการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร</p> <p>1) จัดทำแผนระดับอำเภอ โดยแต่ละหน่วยงานกำหนดแผน</p> <p>ง/ป แล้วมาดูภาพรวมกันทั้งอำเภอ</p> <p>2) ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ</p> | <p>6.3 การจัดระบบบริการแบบบูรณาการให้ยั่งยืน</p> <p>1) ให้สอดคล้องกับ ประเพณีวัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่น</p> <p>2) ผนวกเข้ากับงานของภาคส่วนอื่น ๆ</p> <p>3) สร้างความรัก-สามัคคีของคนในท้องถิ่น</p> |

### 1.2.7 สรุปภาพรวมของสถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1 เกี่ยวกับสถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว พบว่า การดำเนินงานของทุกพื้นที่นั้นครอบคลุมภารกิจตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมด้วยระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ที่สร้างสมดุลทั้งระบบ UC-CARE จึงพบว่า องค์ประกอบสำคัญที่จำเป็นดังกล่าวได้รับการพัฒนาทั้ง 6 องค์ประกอบหลัก และยังพบอีกว่าแต่ละองค์ประกอบหลักนั้นมีประเด็นที่เหมือนแนวคิดเดิม และมีประเด็นที่เพิ่มเติมจากเดิมอีกหลายประเด็น ดังรายละเอียดสถานการณ์ ทิศทางและกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่ได้จากเวทีสนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ ดังต่อไปนี้

#### องค์ประกอบที่ 1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (U)

การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอของไทยมีการจัดโครงสร้างรูปแบบองค์กรต่อเนื่องมาจากคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอในอดีตที่มีคณะกรรมการจากส่วนสาธารณสุขเท่านั้น แต่ปัจจุบันภาคีเครือข่ายในพื้นที่มาร่วมเป็นกรรมการบริหารเพื่อกำหนดทิศทางจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ มีคำสั่งแต่งตั้งระบุนุบทบาทหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน มีการดำเนินงานตามกรอบกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation, 2005) มีข้อตกลงร่วมกัน มีคณะกรรมการควบคุมโรคชายแดนไทย-ลาว ในภาวะปกติมีหน่วยงานสาธารณสุข อปท. ผู้นำชุมชน และ อสม. เป็นภาคีหลักรับผิดชอบทุกประเด็นทำงานเชื่อมโยงแบบโครงข่ายเดียวกัน ส่วนภาคีอื่นเป็นเครือข่ายแบบหลวม ๆ รับผิดชอบบางประเด็น ในยามฉุกเฉินทุกภาคีทั้งไทยและลาวจะร่วมมือกันปฏิบัติอย่างเข้มแข็ง ดังที่ผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาการปกครองและความมั่นคง เพศชาย อายุ 47 ปี กล่าวว่า

“เดี๋ยวนี้ทำงานร่วมกันในอำเภออย่างง่ายกว่าเดิมมาก เพราะมีกฎหมายรองรับแลมอบภารกิจให้นักปกครองเป็นผู้นำทีมในการทำงานระบบสุขภาพ เนื่องจากเป็นนักประสานสิบทิศอยู่แล้ว แลยังมีเครือข่ายข้าราชการ ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครและจิตอาสาอยู่ทุกพื้นที่” (สัมภาษณ์เมื่อ 7 มกราคม 2561, DHS24)

สำหรับทิศทางและกระบวนการพัฒนาการทำงานร่วมกันนั้น เห็นว่าควรมีคณะกรรมการในพื้นที่แบบพหุภาคี (รัฐ เอกชน ประชาชนและภาคีอื่นๆ) ที่ทำงานเชื่อมโยงกันทุกระดับแบบเป็นหุ้นส่วน (partnership) ภาคีเครือข่ายมีการประสานสัมพันธ์โครงข่ายทั้งแนวดิ่งและแนวราบ ผู้นำเครือข่ายที่มีวิสัยทัศน์ก้าวไกล เสียสละ สร้างศรัทธาได้ มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันสามารถดำเนินไปตามทิศทางนโยบาย มีการรักษาทีมสุขภาพเก่าเอาไว้ พร้อมกับการสร้างทีมสุขภาพใหม่ขึ้นมาเพื่อทดแทน และมีส่วนอำนวยความสะดวกเป็นหน่วยกลางเชื่อมระบบโดยมอบอำนาจการตัดสินใจ

ไว้ที่นายอำเภอและเจ้าเมือง ส่วนปัญหาอุปสรรคที่พบในอำเภอที่หัวหน้าส่วนราชการย้ายสับเปลี่ยนบ่อย ๆ ทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่อง ดังคำกล่าว

“พื้นที่ชายแดนห่างไกลอย่างนี้ บางอำเภอก็ทุรกันดารส่วนใหญ่ผู้นำที่เป็นหัวหน้าหน่วยงานจะมาทำงานอยู่ไม่นานก็ต้องย้ายไป หรืออาจจะมาอยู่เป็นทางผ่านเพื่อเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้นก็ได้นะ ทำให้การทำงานตามนโยบายสะดุดลง” (ผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาการปกครองท้องถิ่น เพศชาย อายุ 43 ปี, DHS38, 28 มกราคม 2561, สัมภาษณ์)

และผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาอาสาสมัครสาธารณสุข เพศหญิง อายุ 50 ปี กล่าวว่า

“อำเภอเราถือว่าโชคดีแม้จะมีการโยกย้ายผู้นำบ่อย ๆ ก็ไม่มีผลมากนัก เพราะผู้นำที่มาอยู่แต่ละคนท่านทำตัวน่ารักและฟังได้ ชาวบ้านจึงมีความศรัทธาและให้ความร่วมมือกันดี” (DHS50, 19 มกราคม 2561, สัมภาษณ์)

## องค์ประกอบที่ 2 การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (C)

การทำงานเพื่อมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภคนั้น มีช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการด้วยการประชุมหัวหน้าส่วน/ คณะกรรมการระดับอำเภอ การเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคชายแดนไทย-ลาว การแจ้งข่าวสารเรื่องประโยชน์ที่ประชาชนทั้งสองประเทศจะได้รับรู้ข้อมูลระบบสุขภาพของตนเองในขณะที่หน่วยงานให้บริการ และได้ขยายช่องทางการรับรู้โดยแจ้งข่าวสารในขณะที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยถึงบ้าน รองลงมา คือ การสื่อสารทางไลน์กลุ่ม รวมทั้งได้บูรณาการเข้ากับงานอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและผูกพันแก่ประชาชนและผู้รับบริการ โดยการเข้าไปร่วมงานบุญประเพณีต่าง ๆ ในชุมชนตามวิถีวัฒนธรรมอย่างสม่ำเสมอ ดังคำกล่าวที่ว่า

“สมัยนี้ต้องทำงานแบบเรียลไทม์ (Real time) ไม่งั้นตามเขาไม่ทัน ราชการก็เหมือนกันทำงานหรือมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นต้องรายงานเจ้านายทางโซเชี่ยลทันที ก็ดีนะข่าวสารจะได้รวดเร็ว ประชาชนก็รู้และช่วยกันได้ทัน..” (ผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาการปกครองและความมั่นคง เพศชาย อายุ 59 ปี, DHS54, 9 มกราคม 2561, สัมภาษณ์)

สำหรับทิศทางและกระบวนการพัฒนาประชาชนให้มีความรู้ ความเข้าใจ เจตคติที่ดี และการปฏิบัติ โดยการสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลาย ทั้งสิ่งพิมพ์ สื่อสารมวลชน สื่อออนไลน์ สื่อบุคคลต่าง ๆ ตามแนวคิดหลักการทรงงานของในหลวงรัชกาลที่ 9 คือ “ระเบิดจากข้างใน” ที่ทุกขั้นตอนมาจากความคิดเห็นของคนในพื้นที่ ทำความเข้าใจแก่ประชาชนด้วยรูปแบบที่เหมาะสม ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชาวบ้านเสนอการปรับปรุงแก้ไขระบบสุขภาพด้วยตนเองผ่านที่ประชุมเพื่อให้เกิดความภูมิใจและรู้สึกเป็นเจ้าของ ให้ความสำคัญกับคุณค่าความเป็นมนุษย์ ทุกคนมีสิทธิที่เท่าเทียมเสมอภาค มีส่วนร่วมทุกขั้นตอนเพื่อสร้างความผูกพันกับระบบสุขภาพของตนเอง มีการคืนข้อมูล

ด้วยการจัดกิจกรรมตามวิถีวัฒนธรรมของท้องถิ่น ดังคำกล่าวที่ว่า

“เวลาท่านนายกฯ ไปร่วมงานในชุมชน หรือ ฟังพระสวดอภิธรรมศพที่ชาวบ้านเสียชีวิต ด้วยสาเหตุการตายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น มะเร็งตับ เบาหวาน ความดัน หรืออุบัติเหตุ ท่านก็จะคืนข้อมูลโดยพูดเพื่อให้ผู้มาร่วมงาน ได้รู้ข้อมูลและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น” (ผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาการปกครองและความมั่นคง เพศชาย อายุ 42 ปี, DHS08, 28 มกราคม 2561, สัมภาษณ์)

### องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (C)

วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในส่วนของไทย พบว่า ทุกอำเภอร่วมกัน ดำรวจข้อมูลเพื่อรับรู้ปัญหาความต้องการของพื้นที่ รองลงมา คือ การเข้าร่วมทำแผนระดับอำเภอ และเวทีจัดทำแผนชุมชนของท้องถิ่น การปฏิบัติในภาวะฉุกเฉินทุกภาคีทั้งไทยและลาวจะร่วมกัน อย่างเข้มแข็ง ส่วนในยามปกติจะมีทีมสาธารณสุข ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และ อสม. ร่วมดำเนินการ เป็นภาคีหลัก ภาคส่วนอื่นจะร่วมในบางเรื่อง สำหรับการมีส่วนร่วมการประเมินผลและร่วมรับ ผลประโยชน์นั้น ภาคีเครือข่ายมีการลงพื้นที่ติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งเข้าร่วมประชุม คณะกรรมการ และการพบปะพูดคุยกันอย่างสม่ำเสมอ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ทีมอำเภอเราจะช่วยกันดีมาก อย่างเช่น ไข้เลือดออกเมื่อปีที่แล้วทุกส่วนช่วยกัน โดยมี ท่านนายกอำเภอเป็นหัวเรือใหญ่พาลงพื้นที่ อบต.เตรียมเสบียง อสม. ประชาสัมพันธ์ หน่วยงานทั้ง ทหาร ตำรวจมาร่วม สาธารณสุขฝ่ายวิชาการ กำหนดผู้ใหญ่พามวลชนชาวบ้านมาเป็นกำลัง ครู นักเรียนมาร่วมกันรณรงค์ ทำให้จัดการได้เรียบร้อย” (ผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาผู้นำชุมชน เพศชาย อายุ 34 ปี, DHS49, 28 มกราคม 2561, สัมภาษณ์)

ส่วนทิศทางและกระบวนการพัฒนานั้น ทุกภาคีเป็นกรรมการร่วมพบปะและทำหน้าที่ได้ อย่างอิสระ คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกทุกเรื่อง ร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุนำไปสู่ การแก้ไข มองเห็นคุณค่า สร้างความภูมิใจให้ทุกคนอยากร่วมงานมากขึ้น เพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่ ชุมชน โดยการเยี่ยมเยียนพบปะบ่อย ๆ แบบปะทะสังสรรค์ คิดวางแผนร่วมกัน ไปอย่างต่อเนื่อง สร้างการมีส่วนร่วมที่ภาคีเครือข่ายเข้าถึงได้ง่าย ผู้นำในพื้นที่มีส่วนร่วมดูแลระบบสุขภาพ มีการทำงานเป็นทีม และส่งเสริมให้ อสม. มีทักษะการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ด้วยกระบวนการ บริหารงานแบบ P-D-C-A ของเคมิง ที่ทุกภาคีมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ใช้ KM เป็นเครื่องมือ การเรียนรู้ร่วมกันเพื่อพัฒนาคนสร้างชุมชนให้เข้มแข็งอย่างยั่งยืน ที่ทุกคนทำงานแบบจิตอาสา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ทำงานก็มีใช้จะนั่งบริหารอยู่แต่สำนักงานนะ ตกเย็นผมก็ออกไปกินข้าวกับชาวบ้านที่ บ้านกำนันผู้ใหญ่ ไม่ได้ไปมือเปล่าหรอก ถีอะไรติดไม้ติดมือไปด้วย เดี่ยวใครไม่รู้จะหาว่า

ข้าราชการเบียดเบียนประชาชน.เวลาเขาทำงานกันก็ซื้อขนม เครื่องดื่ม ไปฝาก เสร็จแล้วก็นั่งพูดคุยกัน ทำอย่างเป็นประจำ..” (ผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาการปกครองและความมั่นคง เพศชาย อายุ 59 ปี, DHS54, 28 มกราคม 2561, สัมภาษณ์)

#### องค์ประกอบที่ 4 การทำงานจนเกิดคุณค่า (A)

การทำงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยผู้นำทีมได้ปรับแนวคิดในการทำงานใหม่ และได้กล่าวว่า

“ต้องทำงานด้วยหัวใจ.. และสร้างแรงบันดาลใจให้ทีมทำงานไปพร้อม ๆ กัน โดยมีเป้าหมายเดียวกัน เสมือนน้ำที่ไหลรวมไปทิศทางเดียวกัน จึงจะมีพลังและประสบความสำเร็จ (ผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาการปกครองและความมั่นคง เพศชาย อายุ 47 ปี, DHS24, 28 มกราคม 2561, สัมภาษณ์)

และผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาปกครองท้องถิ่น เพศหญิง อายุ 48 ปี กล่าวว่า

“การทำงานเพื่อให้เกิดความผูกพันนั้น ต้องลงพื้นที่ไปเยี่ยมเขาถึงบ้านสม่ำเสมอเหมือนเป็นญาติของเรา ด้วยความเสียสละอุทิศตนทำงานเพื่อคนในชุมชน ใครทำดีมีผลงานก็ยกย่องชื่นชม ทำแบบเชิงรุกเข้าถึงปัญหาให้เขาเชื่อมั่นว่า “ผู้นำฟังได้จริง” (DHS18, 17 มกราคม 2561, สัมภาษณ์) และค้ำถ้วผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาสาธารณสุข เพศหญิง อายุ 42 ปี ที่ว่า

“ทำงานบริการด้วยหัวใจเพื่อสร้างความประทับใจ โดยถือคติว่า “สิ่งที่เราได้มา คือ สิ่งที่เราให้ไป” ถือว่าประชาชนตามแนวชายแดนทั้งสองประเทศเป็นเสมือนญาติพี่น้องกัน” (DHS37, 19 มกราคม 2561, สัมภาษณ์)

สำหรับทิศทางและกระบวนการพัฒนา ควรเป็นองค์กรที่มีความสัมพันธ์แนวราบ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง (Active learning) มีการค้นหาผู้รู้ในชุมชนเปิดโอกาสให้ได้ถ่ายทอดประสบการณ์เพื่อเนี่ยวนำคนอื่น ๆ การจัดประชุมวิชาการเพื่อยกระดับความรู้ทักษะสร้างความภูมิใจแก่ภาคีเครือข่าย ให้คำปรึกษา ชี้แนะ แก่ทีมในการปฏิบัติ ด้วยการศึกษาเพื่อการพัฒนาแบบสหวิทยาการ การชื่นชมยินดีต่อความสำเร็จจากบุคคลรอบข้าง การให้เกียรติเท่าเทียมกันด้วยการแสดงความเคารพนับถือในการรับฟังความคิดเห็น การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงานแก่ทีม การมีเวทีเรียนรู้การทำงานที่มีบรรยากาศอบอุ่นผูกพันแบบ “ฉันทพี่น้อง” การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HRD) ตามหลักธรรมาภิบาลของทุกภาคส่วน การค้นหาทุนทางสังคมที่มีในชุมชนร่วมกัน การมีระบบสวัสดิการด้านการศึกษาและในยามเจ็บป่วยให้ทีม ดังที่ผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาสาธารณสุข เพศหญิง อายุ 46 ปี กล่าวว่า

“การพัฒนานุคลิกภาพด้วยการมียูนิฟอร์มที่มีเอกลักษณ์แสดงถึงเอกภาพของทีมงาน และการร่วมกันสรุปบทเรียนเพื่อบันทึกประสบการณ์ความทรงจำใน “สิ่งที่ดีงาม” ที่เกิดขึ้นจากการ

ทำงานในพื้นที่นั้น สร้างให้เกิดความผูกพันกันระหว่างชุมชนกับภาคส่วนต่าง ๆ”

(DHS47, 6 มกราคม 2561, สัมภาษณ์)

### องค์ประกอบที่ 5 การจัดสรรทรัพยากร ( R )

การจัดสรรทรัพยากรของระบบสุขภาพอำเภอ แม้ว่าจะไม่มีงบประมาณสำหรับการนี้ โดยเฉพาะ ภาาติเครือข่ายได้ใช้แผนงานประจำของหน่วยงาน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสมทบงบประมาณส่วนขาดแล้วนำมาปฏิบัติร่วมกัน และมีการระดมทุนทางสังคมมาช่วยกันหลายทาง อาทิ ผู้ประกอบการค้าชายแดน มูลนิธิ สโมสร องค์กรการกุศล จัดหาวัสดุอุปกรณ์การดูแลสิ่งจำเป็น ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ช่วยเหลือกันแบบ “พี่มีสอง น้องมีหนึ่ง” โดยไม่บังคับคาย มีการระดมทุนกันหลายรูปแบบเพื่อจัดตั้งกองทุนเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ประจำตำบล มีทั้งทอดผ้าป่า และกิจกรรมทำบุญที่วัดตามเทศกาลประเพณีของท้องถิ่น จนสามารถดำเนินการแก้ปัญหาได้อย่างเบ็ดเสร็จ ดังคำกล่าวว่

“ต้องทำดีเป็นตัวอย่าง และบริการดีให้เขาประทับใจจนเกิดศรัทธาแล้วจะมาช่วยเราเอง อย่างผมตั้งใจว่าจะรวมเงินตั้งกองทุนเพื่อดูแลผู้ป่วยติดเตียงสักประมาณแสนบาท วิธีการก็คือ เราบริการเชิงรุกไปถึงเฮือนเขา ต่อมาวันหนึ่งมีคนคนหนึ่งมาวัดความดันเสร็จแล้วบริจาคตั้งหมื่นทำเอา ผมขนลุกเลย..” (ผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาสาธารณสุข เพศชาย อายุ 46 ปี, DHS27, 7 มกราคม 2561, สัมภาษณ์)

สำหรับทิศทางและกระบวนการพัฒนานั้น จะใช้หลักการบริหารทรัพยากรในเขตปกครองแบบบูรณาการ ภาาติเครือข่ายร่วมกันระดมสมองเพื่อจัดทำแผนระดับอำเภอ การกำหนดแผนงานที่ตอบสนองการแก้ปัญหาของพื้นที่ รวมทั้งการระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วนในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ให้รวดเร็วและครอบคลุมมากขึ้น หน่วยงานระดับบนควรจัดทรัพยากรสนับสนุนแก่พื้นที่อย่างเพียงพอเหมาะสม ภาาติเครือข่ายร่วมกันคิดวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายก่อนและหลังการดำเนินงาน การจัดสรรทรัพยากรที่เป็นธรรมนำมาสู่ความรักความสามัคคี มีเอื้อโย มีสายสัมพันธ์อันดีต่อกัน มีการจัดทำศูนย์ข้อมูลอำเภอเพื่อให้การบริหารมีประสิทธิภาพ เครือข่ายระดับอำเภอควรได้รับจัดสรรงบประมาณเพื่อการบริหารและการพัฒนาบุคลากรอย่างเท่าเทียมเป็นธรรมทั่วประเทศ และควรสนับสนุนการศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนระหว่างพื้นที่เพื่อให้มีการพัฒนาที่เท่าเทียมกัน แต่ยังมีอำเภอที่ไม่มีการระดมทุนทางสังคมเนื่องจากขาดความคิดริเริ่ม และบางอำเภออยู่ในถิ่นทุรกันดารสภาพเศรษฐกิจยังไม่เอื้ออำนวย แต่ก็เริ่มมีแนวคิดการระดมทุนทางสังคมในโอกาสต่อไป

### องค์ประกอบที่ 6 การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชน ( E )

การให้บริการสุขภาพพื้นฐานตามบริบทของชุมชนของไทยนั้น มีการดูแลคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมทุกมิติตั้งแต่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม

การแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดโรคระบาดและเกิดสาธารณภัย อนามัยแม่และเด็ก การศึกษา พัฒนาอาชีพ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และปัญหาสังคมครอบคลุมทุกกลุ่มอายุตั้งแต่เกิดจนตาย และการพัฒนา “คน” ให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างสอดคล้องกับศักยภาพทุนให้สามารถพึ่งตนเองได้ อย่างยั่งยืน ส่วนผู้รับบริการชาวลาวนั้น ก็ให้จัดให้ตามที่อยู่อาศัยของมาทั้งการรักษา การส่งเสริม ป้องกันโรค ส่วนการควบคุมโรคในภาวะฉุกเฉินก็ดำเนินการร่วมกันทั้งไทยและลาว ดังคำกล่าวที่ว่า “รู้สึกภูมิใจมาก เพราะเมื่อก่อนนี้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีเรากับ อสม.เท่านั้น เดียวนี้มีหน่วยงาน องค์ทุกภาคส่วนมาร่วมด้วย ได้รู้ว่าหน่วยงานอื่นเขาทำงานกันอย่างไร ทำให้รักและ เข้าใจกันมากขึ้น แถมยังได้บทเรียนดี ๆ และที่สำคัญคือทำให้ดูแลเขาได้มากกว่าเรื่องสุขภาพเสียอีก คุณภาพชีวิตเขาดีขึ้นกว่าแต่ก่อนเยอะเลย” (ผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาสาธารณสุข เพศหญิง อายุ 46 ปี, DHS25, 7 มกราคม 2561, สัมภาษณ์)

ทิศทางและกระบวนการพัฒนาการบริการพื้นฐานนั้น ควรมีประเด็นร่วมที่ทุกภาคส่วน สามารถทำและเรียนรู้ร่วมกันได้สะดวก การดูแลด้านสังคมผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง สงเคราะห์ ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้ยากไร้ การเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อที่ระบาดตามแนวชายแดน ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ที่ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูล การบริโภค อาหารปนเปื้อนสารเคมีที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การสร้างผู้นำเพื่อดูแลด้านสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม คุณภาพชีวิตแบบองค์รวม เนื่องจากการดูแลด้านสุขภาพอย่างเดียวทำให้ขาดความร่วมมือจาก เครือข่ายอื่นๆ การส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้มีองค์ความรู้สามารถดูแลเบื้องต้น แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชน การส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนด้วยการสร้างผู้นำให้สามารถร่วมกันจัดการ ดูแลคุณภาพชีวิตชุมชน วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้วนำมาหาแนวทางแก้ไข ร่วมกันตามบริบทวิถีวัฒนธรรมของท้องถิ่น ดังที่ผู้นำเครือข่ายสุขภาพสาขาการปกครองและความ มั่นคง เพศชาย อายุ 47 ปี กล่าวว่า

“ปัจจุบันยังมีบางตำบลได้ทำ แต่อีกหลายแห่งไม่ได้ทำ ดังนั้น การที่จะดูแลสุขภาพหรือ บริการประชาชนได้อย่างทั่วถึงและยั่งยืนในระยะยาวนั้น ต้องเริ่มที่การพัฒนาผู้นำเพื่อสร้างคน สร้างให้ชุมชนเข้มแข็ง และต้องทำกับเด็กและเยาวชนด้วย” (DHS25, 7 มกราคม 2561, สัมภาษณ์)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำผลการค้นพบในขั้นตอนนี้มีมาเรียบเรียงและสังเคราะห์องค์ประกอบ ของระบบสุขภาพแล้วกร่างระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวที่เหมาะสมในอนาคต มีจำนวน 6 องค์ ประกอบหลัก 18 องค์ ประกอบรอง และ 98 ประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

**องค์ประกอบที่ 1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (U) ประกอบด้วย 19 ประเด็นสำคัญ**  
ได้แก่

### 1.1 การจัดโครงสร้างรูปแบบองค์กร



- 1.1.1 การมีคณะกรรมการและคณะทำงานในพื้นที่เชื่อมโยงกันทุกระดับ
- 1.1.2 การมีภาคีเครือข่ายร่วมเป็นกรรมการแบบพหุภาคี (รัฐ + เอกชน + ประชาชน และภาคีอื่น ๆ)
- 1.1.3 การมีข้อตกลง (MOU) ร่วมกัน
- 1.1.4 การมีคำสั่งคณะกรรมการที่กำหนดบทบาทหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร
- 1.1.5 การมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์สามารถบูรณาการและประสานงานเชื่อมโยงได้ทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบในระดับอำเภอ
- 1.1.6 การมีผู้นำที่ทุ่มเทและสามารถสร้างศรัทธาได้
- 1.1.7 การตั้งเป้าหมายความสำเร็จร่วมกัน
- 1.1.8 การที่ทีมสุขภาพไทย-ลาว เป็นองค์กรที่มีระดับเท่าเทียมกัน
- 1.1.9 การมีทีมสหวิชาชีพสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรการกุศลที่ไม่แสวงหาผลกำไร และ NGO อื่นๆ ในพื้นที่ เป็นคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ

## 1.2 การทำงานเป็นทีม

- 1.2.1 การมีภาคีเครือข่ายในพื้นที่ส่งผู้แทนร่วมเป็นทีมจัดการสุขภาพอำเภอ
- 1.2.2 การมีหน่วยภาครัฐทุกกระทรวงร่วมเป็นทีมสุขภาพอำเภอ
- 1.2.3 การมีหัวหน้าส่วน ผู้นำองค์กร เป็นกรรมการอำนวยการกำหนดทิศทางนโยบายและให้การสนับสนุน
- 1.2.4 การมีผู้ปฏิบัติจากภาคีต่างๆ ร่วมเป็นคณะทำงานดำเนินไปตามทิศทางนโยบาย
- 1.2.5 การมีส่วนอำนวยการเป็นหน่วยกลางเชื่อมระบบโดยมอบอำนาจการตัดสินใจไว้ที่นายอำเภอและเจ้าเมือง
- 1.2.6 การมีอนุกรรมการจากภาคีต่างๆ ร่วมเป็นเจ้าภาพวางระบบการติดตามประเมินผล

## 1.3 การบริหารจัดการ

- 1.3.1 การมีระบบการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน (Partnership)
- 1.3.2 การเป็นองค์กรที่มีความสัมพันธ์แบบแนวราบ
- 1.3.3 การประสานโครงข่ายทั้งแนวดิ่งและแนวราบ
- 1.3.4 การรักษาทีมสุขภาพเก่าเอาไว้ พร้อมกับการสร้างทีมสุขภาพขึ้นมาใหม่เพื่อทดแทน

องค์ประกอบที่ 2 การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (C) ประกอบด้วย 11 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

## 2.1 ช่องทางการรับรู้การมีส่วนร่วมของประชาชน

2.1.1 การสร้างให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เจตคติที่ดี และการปฏิบัติ รวมทั้งประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ

2.1.2 การที่ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับข้อมูลเกี่ยวกับระบบสุขภาพของตนเอง

2.1.3 การให้ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางที่หลากหลาย ทั้งสิ่งพิมพ์ สื่อสารมวลชน สื่อออนไลน์ และสื่อบุคคล

## 2.2 การขยายปรับปรุงช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชน

2.2.1 การใช้หลักการทรงงานของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 คือ “ระเบิดจากข้างใน” ทุกขั้นตอนมาจากความคิดเห็นของคนในพื้นที่

2.2.2 การประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนด้วยรูปแบบที่เหมาะสม และใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย

2.2.3 การที่ชาวบ้านเสนอการแก้ไขปรับปรุงระบบสุขภาพด้วยตนเองผ่านที่ประชุม เพื่อให้เกิดความภูมิใจและรู้สึกเป็นเจ้าของ

2.2.4 สมาชิกทุกคนในชุมชนมีความสำคัญ มีความเสมอภาค และมีความเท่าเทียมกัน

## 2.3 การบูรณาการช่องทางการรับรู้ของประชาชนกับงานอื่น ๆ

2.3.1 ให้ความสำคัญกับคุณค่าความเป็นมนุษย์ ทุกคนมีสิทธิ์เท่าเทียมเสมอภาคจึงเป็นผู้กำหนด/ปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพด้วยตนเอง

2.3.2 ประชาชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในเพื่อสร้างความผูกพันกับระบบสุขภาพของตนเอง

2.3.3 การคืนข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และใช้ในการตัดสินใจดำเนินการด้วยตนเอง

2.3.4 การจัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ในระดับท้องถิ่นตามวิถีชีวิตวัฒนธรรม ประเพณีและการเล่นพื้นบ้าน

**องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (C) ประกอบด้วย 15 ประเด็นสำคัญ ได้แก่**

### 3.1 การมีส่วนร่วมการวางแผนงาน

3.1.1 ทุกภาคที่ร่วมเป็นกรรมการรู้บทบาทสามารถทำหน้าที่ได้อิสระอย่างคล่องตัว

3.1.2 คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกทุกเรื่อง แล้ววิเคราะห์หาสาเหตุ นำไปสู่การแก้ไข มองเห็นคุณค่า สร้างความภูมิใจให้ทุกคนอยากร่วมงานมากขึ้น

3.1.3 สร้างความเชื่อมั่นให้ชุมชน โดยการพบปะกันบ่อย ๆ แบบปะทะสังสรรค์ คิดกัน ไปคุยกันไปวางแผนร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

3.1.4 การให้สมาชิกเครือข่ายเข้าเป็นคณะกรรมการตั้งแต่ระดับชุมชน หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ

3.1.5 การใช้หลักการ “ระเบิดจากข้างใน” เพื่อค้นหาผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่จะเป็นผู้นำ ในการขับเคลื่อน

### 3.2 การมีส่วนร่วมดำเนินการ

3.2.1 การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมที่ภาคีเครือข่ายเข้าถึงได้ง่ายและเข้าร่วมได้  
ทุกขั้นตอน

3.2.2 ผู้นำชุมชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

3.2.3 การใช้ระบบการทำงานเป็นทีม

3.2.4 อสม. มีทักษะการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

3.2.5 คณะกรรมการมีการประชุม พูดคุย แล้วนำไปสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

### 3.3 การมีส่วนร่วมประเมินผลและเป็นเจ้าของ

3.3.1 ใช้กระบวนการบริหารงานแบบ P-D-C-A ของเดมมิง ที่ทุกภาคีมีส่วนร่วม  
ทุกขั้นตอน

3.3.2 ใช้ KM เป็นเครื่องมือการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

3.3.3 ใช้การพัฒนาคนเพื่อสร้างชุมชนให้เข้มแข็งอย่างยั่งยืน

3.3.4 ทุกคนทำงานแบบจิตอาสา

3.3.5 การสร้างความสัมพันธ์แบบองค์กรแนวราบ

**องค์ประกอบที่ 4 การทำงานจนเกิดคุณค่า (A) ประกอบด้วย 20 ประเด็นสำคัญ ได้แก่**

#### 4.1 การทำงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ

4.1.1 การทำงานแบบองค์กรที่ความสัมพันธ์แนวราบมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง (Active learning)

4.1.2 การค้นหาผู้รู้ในชุมชนเพื่อเปิดโอกาสให้ถ่ายทอดประสบการณ์เป็นผู้  
เหนี่ยวนำเพื่อนบ้านคนอื่น ๆ

4.1.3 การจัดประชุมวิชาการเพื่อยกระดับความรู้ทักษะและสร้างความภูมิใจแก่  
ภาคีเครือข่าย

4.1.4 การให้คำปรึกษา ชี้นำ แก่ทีมปฏิบัติกรณที่อาจทำงานผิดพลาดเกิดผล  
ด้านลบ

4.1.5 การเลือกระบบสุขภาพที่เป็นธรรมตามความรู้ความสามารถที่แท้จริง

## 4.2 การทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน

4.2.1 การใช้การศึกษาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาแบบสหวิทยาการ

4.2.2 การได้รับความชื่นชมยินดีต่อความสำเร็จจากบุคคลอื่น ๆ รอบข้าง

4.2.3 การให้เกียรติเท่าเทียมกันด้วยการแสดงความเคารพนับถือในการรับฟัง

ความคิดเห็น

4.2.4 การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงานแก่ทีม

4.2.5 การมีเวทีเรียนรู้การทำงาน ที่มีบรรยากาศอบอุ่นผูกพันแบบ “ฉันท์พี่น้อง”

4.2.6 การชื่นชมยินดีกับผลงานความสำเร็จของทีมงาน

4.2.7 การมีบรรยากาศทำงานแบบพี่น้อง

4.2.8 การจัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์เพื่อสืบสานเชื่อมโยงประเพณีวัฒนธรรม

สองฝั่งโขง

## 4.3 การสร้างวัฒนธรรมในการทำงาน

4.3.1 การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HRD) ตามหลักธรรมาภิบาลของทุกภาคส่วน

4.3.2 การค้นหา/ สร้างทุนทางสังคมที่มีในชุมชนร่วมกัน

4.3.3 การมีระบบสวัสดิการให้ทีม ด้านการศึกษา และเยี่ยมในยามเจ็บป่วย

4.3.4 การพัฒนาบุคลากรภาพด้วยการมียูนิฟอร์มที่มีเอกลักษณ์แสดงถึงเอกภาพของ

ทีมงาน

4.3.5 การร่วมกันสรุปบทเรียนและบันทึกประสบการณ์ สิ่งที่ดีงามที่เกิดขึ้นใน

พื้นที่

4.3.6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบ่งปันประสบการณ์กันและกันจากเวทีการประชุมที่

สม่ำเสมอ

4.3.7 การประชุมสรุปบทเรียนว่าตนเอง ทีมงาน ประชาชน ชุมชน สังคม

ประเทศชาติ ได้รับประโยชน์จากการทำงานนี้อย่างไร

**องค์ประกอบที่ 5 การจัดสรรทรัพยากร (R) ประกอบด้วย 16 ประเด็นสำคัญ ได้แก่**

### 5.1 การร่วมกันวางแผนจัดหาทรัพยากร

5.1.1 การใช้หลักการบริหารทรัพยากร (คน เงิน ของ) ในเขตปกครองแบบ

บูรณาการ

- 5.1.2 ภาคิเครือข่ายร่วมกันระดมสมองเพื่อจัดสรรทรัพยากรในการทำแผนระดับ  
อำเภอ
- 5.1.3 การกำหนดแผนงานที่ตอบสนองการแก้ปัญหาของพื้นที่
- 5.1.4 การระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วนเพื่อการแก้ปัญหาได้รวดเร็วครอบคลุม  
มากขึ้น
- 5.1.5 การระดมสมองเพื่อจัดทำแผนงานร่วมกัน

## 5.2 การร่วมกันจัดสรรทรัพยากร

- 5.2.1 หน่วยงานระดับบนจัดสรรงบประมาณให้การสนับสนุนทรัพยากรแก่พื้นที่  
อย่างเพียงพอเหมาะสม
- 5.2.2 ภาคิเครือข่ายร่วมกันคิดวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย ก่อน-หลังการดำเนินงานระบบ  
สุขภาพ
- 5.2.3 การแบ่งปันทรัพยากรกันนำมาสู่ความรักความสามัคคี เห็นอกเห็นใจ มีเชื่อ  
ใจ มีสายสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน
- 5.2.4 ทีมที่ทำงานด้วยใจ สร้างความประทับใจในคุณค่าแบบบริการ  
“ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” จะได้รับศรัทธาใส่ใจจากชุมชนสนับสนุนทุน
- 5.2.5 การมีคณะกรรมการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ

## 5.3 การร่วมกันทบทวนปรับปรุงการจัดการทรัพยากร

- 5.3.1 จัดทำศูนย์ข้อมูลอำเภอเพื่อการบริหารเกิดประสิทธิภาพ
- 5.3.2 เครือข่ายระดับอำเภอควรมีงบประมาณเพื่อบริหาร DHS
- 5.3.3 ควรจัดสรรงบประมาณให้พื้นที่อย่างเท่าเทียมเป็นธรรมทั่วประเทศ
- 5.3.4 งบประมาณพัฒนาบุคลากรควรได้รับอย่างเพียงพอเหมาะสม
- 5.3.5 ควรสนับสนุนการศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนระหว่างพื้นที่เพื่อให้มีการพัฒนา  
เท่าเทียมกัน
- 5.3.6 การสามารถสร้างศรัทธาและระดมทุนในชุมชนช่วยการแก้ปัญหาการขาด  
แคลนงบประมาณได้มาก

**องค์ประกอบที่ 6 การดูแลสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทของชุมชน (E) ประกอบด้วย**  
17 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

### 6.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานตามบริบท

- 6.1.1 การบริการพื้นฐาน/ ประเด็นร่วมที่ทุกภาคส่วนสามารถเรียนรู้ร่วมกันได้  
สะดวก

6.1.2 การดูแลด้านสังคมผู้สูงอายุ/ ผู้ป่วยติดเตียง/ ผู้ด้อยโอกาส/ ผู้พิการ/ ผู้ยากไร้

6.1.3 การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคติดเชื้อที่ระบาดตามแนวชายแดนที่ขาด  
การเชื่อมโยงข้อมูล

6.1.4 การเฝ้าระวังดูแลปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง)

6.1.5 การบริโภคอาหารปนเปื้อนสารเคมีที่มากเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

6.1.6 การฟื้นฟูดูแลสมรรถภาพผู้พิการ

## 6.2 การให้บริการเบ็ดเสร็จครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่

6.2.1 สร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เน้นสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อม

6.2.2 การช่วยเหลือดูแลด้านสังคม สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจคุณภาพชีวิตแบบ  
องค์รวม

6.2.3 การดูแลด้านสุขภาพอย่างเดียวทำให้ขาดความร่วมมือจากเครือข่ายอื่นๆ

6.2.4 การป้องกันอุบัติเหตุจราจร

6.2.5 การแก้ไขปัญหายาเสพติดในเยาวชน

## 6.3 การจัดระบบบริการแบบบูรณาการให้ยั่งยืน

6.3.1 การส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้มีองค์ความรู้สามารถดูแลเบื้องต้น  
แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชน

6.3.2 การส่งเสริมความเข้มแข็งแก่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ชุมชนด้วยการสร้างผู้นำ  
การเปลี่ยนแปลงให้สามารถร่วมกันจัดการดูแลคุณภาพชีวิตชุมชน

6.3.3 การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้นด้วยสถิติย้อนหลัง แล้วนำมา  
หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

6.3.4 การมีคณะกรรมการสุขภาพระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เพื่อตรวจสอบ  
คุณภาพอาหาร เพื่อสร้างเครือข่ายผู้บริโภค

6.3.5 ภาคีเครือข่ายสามารถดูแลสุขภาพได้ตามบริบทแห่งวิถีวัฒนธรรมของตนๆ

6.3.6 การเลือกประเด็นกลางๆ ที่ทุกภาคส่วนสามารถร่วมทำกันได้ในลักษณะที่  
ทุกคนเป็นเจ้าของภาพร่วมกัน

การพิจารณาองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบหลัก 18 องค์ประกอบรอง 98 ประเด็น  
สำคัญของระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่มีบริบทชุมชนและขนาดประชากรต่างกัน พบว่า  
สถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพแต่ละองค์ประกอบมีความต่างกัน ดังนั้น เพื่อแสดงให้เห็น  
องค์ประกอบหลัก องค์ประกอบรอง และประเด็นสำคัญชัดเจนขึ้น จึงสรุปได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (U) พบว่า อำเภอหนึ่งในจังหวัด เชียงรายและจังหวัดพะเยา ให้ความสำคัญประเด็นต่างๆ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.74 สอดคล้องกับ ผลการประเมินของสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รองลงมาเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัด มุกดาหารและจังหวัดน่าน ร้อยละ 89.74 และ 68.42 ตามลำดับ และปานกลาง คือ ร้อยละ 57.89 เท่ากันมี 2 อำเภอ คือ อำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคาย (ไม่สอดคล้อง) และจังหวัดพิษณุโลก (สอดคล้อง)

องค์ประกอบที่ 2 การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (C) พบว่า ทุกอำเภอให้ความสำคัญใน การดำเนินงานทุกประเด็นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.73-100 สอดคล้องกับผลการประเมินของ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (C) พบว่า อำเภอส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญอยู่ระดับสูงทุกประเด็น ร้อยละ 66.67-100 มีเพียงอำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคาย ที่ ให้ความสำคัญประเด็นในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.33 อำเภอที่ให้ความสำคัญไม่สอดคล้องกับผล การประเมินของสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข มี 2 อำเภอ คือ อำเภอหนึ่งในจังหวัด หนองคายและจังหวัดพิษณุโลก

องค์ประกอบที่ 4 การทำงานจนเกิดคุณค่า (A) พบว่าอำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงรายให้ ให้ความสำคัญครบทุกประเด็น นอกนั้นอยู่ในระดับมาก ส่วนอำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคายอยู่ใน ระดับกลาง ร้อยละ 50 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการประเมินของสำนักตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุข

องค์ประกอบที่ 5 การจัดสรรทรัพยากร (R) พบว่า อำเภอส่วนใหญ่ให้ความสำคัญใน ประเด็นต่างๆ อยู่ในระดับสูง มีเพียงอำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคายแห่งเดียวที่ให้ความสำคัญ ระดับปานกลาง

องค์ประกอบที่ 6 การดูแลสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทของชุมชน (E) พบว่า อำเภอส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ ในระดับสูงทุกประเด็น แต่มี 2 อำเภอ คือ อำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคายและ จังหวัดพิษณุโลก ที่ให้ความสำคัญประเด็นต่าง ๆ ในระดับปานกลาง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์จากการสนทนากลุ่มผู้นำภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับ สถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในประเด็นสำคัญต่างๆ ตามองค์ประกอบหลัก พบว่า ในภาพรวมแล้วอำเภอส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อการดำเนินการดำเนินงานพัฒนาระบบ สุขภาพอำเภอทั้ง 6 องค์ประกอบ อยู่ในระดับกลางถึงระดับสูง หากพิจารณารายอำเภอ พบว่า อำเภอ หนึ่งในจังหวัดเชียงรายให้ความสำคัญในการพัฒนาประเด็นต่างๆ ทุกองค์ประกอบในระดับสูง ที่สุดร้อยละ 95.91 ส่วนอำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคายให้ความสำคัญประเด็นต่าง ๆ ทุก

องค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.12 ซึ่งต่ำที่สุดในกลุ่ม และไม่สอดคล้องกับผลการประเมินของสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความคิดเห็นที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมจากการจัดสนทนากลุ่ม โดยในวันเวลาดำเนินการนั้นผู้นำเครือข่ายสุขภาพที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอหลายท่านติดงานราชการสำคัญไม่ได้มาให้ข้อมูลด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ผู้ที่มาร่วมสนทนาและให้ข้อมูลเป็นตัวแทนจึงไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนชัดเจน กอรปกับการดำเนินงานในพื้นที่จริงนั้นมีปัญหาอุปสรรคค่อนข้างมาก ดังที่ผู้นำเครือข่ายสาขาสาธารณสุข เพศชาย อายุ 58 ปี ให้ข้อมูลว่า

“อำเภอใหญ่มีหน่วยงานมาก และเป็นหน่วยงานต่างระดับที่มีสายบังคับบัญชาต่างกัน เหมือนมีเจ้านายหลายคน การประสานในการทำงานยากมาก ไม่เหมือนอำเภอเล็กๆ แต่ว่าหน่วยงานท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และภาคประชาชนให้ความร่วมมือดี” (DHS01, 21 มกราคม 2561, สัมภาษณ์)

ซึ่งมีรายละเอียดในองค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบรอง 18 และประเด็นสำคัญ 98 ประเด็น ได้นำมาวิเคราะห์หาความครอบคลุม (ร้อยละ) และระดับผลการดำเนินงานของแต่ละอำเภอ ดังตารางที่ 4-7



ตารางที่ 4-7 วิเคราะห์องค์ประกอบหลัก องค์ประกอบรอง และประเด็นสำคัญของสถานการณ์ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในปัจจุบัน

| องค์ประกอบหลัก | องค์ประกอบรอง  | ประเด็นสำคัญ | อำเภอขนาดใหญ่             |                            |                            | อำเภอขนาดกลาง          |                         |                          | อำเภอขนาดเล็ก              |   |  |
|----------------|--|--------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|---|--|
|                |  |              | อำเภอหนึ่งใน<br>จ.หนองคาย | อำเภอหนึ่งใน<br>จ.มุกดาหาร | อำเภอหนึ่งใน<br>จ.เขียงราย | อำเภอหนึ่งใน<br>จ.น่าน | อำเภอหนึ่งใน<br>จ.พะเยา | อำเภอหนึ่งใน<br>จ.พิจิตร | อำเภอหนึ่งใน<br>จ.พิษณุโลก |   |  |
| 1              | การมีคณะกรรมการและ<br>คณะทำงานในพื้นที่เชื่อมโยง<br>กันตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ<br>จังหวัด | ✓            | ✓                         | ✓                          | ✓                          | ✓                      | ✓                       | ✓                        | ✓                          | ✓ |  |
|                |  |              | ✓                         | ✓                          | ✓                          | ✓                      | ✓                       | ✓                        | ✓                          |   |  |
| 2              | I. การจัด<br>โครงสร้างรูปแบบ<br>องค์กร   | ✓            | ✓                         | ✓                          | ✓                          | ✓                      | ✓                       | ✓                        | ✓                          | ✓ |  |
|                |  |              | ✓                         | ✓                          | ✓                          | ✓                      | ✓                       | ✓                        | ✓                          |   |  |
| 3              | การมีข้อตกลง (MOU)<br>ร่วมกัน  | ✓            | ✓                         | ✓                          | ✓                          | ✓                      | ✓                       | ✓                        | ✓                          | ✓ |  |
| 4              | มีคำสั่งคณะกรรมการที่<br>กำหนดบทบาทหน้าที่เป็น<br>ลายลักษณ์อักษร                         | ✓            | ✓                         | ✓                          | ✓                          | ✓                      | ✓                       | ✓                        | ✓                          | ✓ |  |

Unity District Health Team: U

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก | อำเภอขนาดใหญ่  |              |              |              | อำเภอขนาดกลาง |              | อำเภอขนาดเล็ก |              |
|----------------|--|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
|                | ประเด็นสำคัญ   | อำเภอหนึ่งใจ | อำเภอหนึ่งใจ | อำเภอหนึ่งใจ | อำเภอหนึ่งใจ  | อำเภอหนึ่งใจ | อำเภอหนึ่งใจ  | อำเภอหนึ่งใจ |
| องค์ประกอบรอง  | จ. หงษ์คา  | จ. มุกดาหาร  | จ. เขียวราย  | จ. น่าน      | จ. พะเยา      | จ. พิชญ์โลก  |               |              |
| 5              | การมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์<br>สามารถบูรณาการและ<br>ประสานเชื่อมโยงการทำงาน<br>ร่วมกัน ได้ทุกภาคส่วน | ✓            | ✓            | ✓            | ✓             | ✓            |               | ✓            |
| 6              | การมีผู้นำที่ทุ่มเท สามารถ<br>สร้างศรัทธาได้   | ✓            | ✓            | ✓            | ✓             | ✓            |               | ✓            |
| 7              | การตั้งเป้าหมายความสำเร็จ<br>ร่วมกัน   | ✓            | ✓            | ✓            | ✓             | ✓            |               | ✓            |
| 8              | การที่ทีมสุขภาพ ไทย-ลาว เป็น<br>องค์กรที่มีระดับเท่าเทียมกัน                                       | ✓            | ✓            | ✓            | ✓             | ✓            |               | ✓            |
| 9              | การมีผู้นำส่วนผู้นำองค์กรเป็น<br>กรรมการอำนวยความสะดวก<br>ทิศทาง นโยบายและให้<br>การสนับสนุน       | ✓            | ✓            | ✓            | ✓             | ✓            |               | ✓            |

Unity District Health Team: U

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก | องค์ประกอบรอง  | อำเภอขนาดใหญ่  |                        |                         |                    |                            | อำเภอขนาดกลาง          |                          |                          | อำเภอขนาดเล็ก           |                      |
|----------------|--|--|------------------------|-------------------------|--------------------|----------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------|
|                |  | ประเด็นสำคัญ   | อำเภอหนึ่งใน จ.หนองคาย | อำเภอหนึ่งใน จ.มุกดาหาร | อำเภอหนึ่งใน จ.เลย | อำเภอหนึ่งใน จ.หนองบัวลำภู | อำเภอหนึ่งใน จ.ขอนแก่น | อำเภอหนึ่งใน จ.มหาสารคาม | อำเภอหนึ่งใน จ.กาฬสินธุ์ | อำเภอหนึ่งใน จ.ร้อยเอ็ด | อำเภอหนึ่งใน จ.ยโสธร |
| 10             | ทีมสหวิชาชีพสาธารณสุขและทุกภาคีเครือข่ายในพื้นที่ส่งผู้แทนร่วมเป็นกรรมการและคณะทำงาน | ✓  | ✓                      | ✓                       | ✓                  | ✓                          | ✓                      | ✓                        | ✓                        | ✓                       | ✓                    |
|                | 11   | มีหน่วยภาครัฐทุกกระทรวงร่วมเป็นทีมสุขภาพอำเภอ  |                        | ✓                       |                    |                            | ✓                      |                          |                          |                         | ✓                    |
| 12             | มีผู้ปฏิบัติจากภาคีต่างๆ ร่วมเป็นคณะทำงานดำเนินไปตามทิศทางนโยบาย                     | ✓  |                        | ✓                       |                    |                            | ✓                      |                          |                          | ✓                       | ✓                    |
|                | 13   | มีส่วนอำนวยความสะดวกเป็นหน่วยกลางเชื่อมระบบ โดยมอบอำนาจการตัดสินใจไว้ที่นายอำเภอและเจ้าเมือง |                        |                         | ✓                  |                            |                        | ✓                        |                          |                         | ✓                    |
| 14             | ภาคีเครือข่ายส่งตัวแทนเข้าร่วมเป็นทีม  |  |                        |                         |                    |                            |                        |                          | ✓                        |                         | ✓                    |

Unity District Health Team: U

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก                                  | องค์ประกอบรอง   | ประเด็นสำคัญ | อำเภอขนาดใหญ่          |                         |                    | อำเภอขนาดกลาง              |                        |                         | อำเภอขนาดเล็ก            |                          |
|---|---|--------------|------------------------|-------------------------|--------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   |   |              | อำเภอหนึ่งใน จ.หนองคาย | อำเภอหนึ่งใน จ.มุกดาหาร | อำเภอหนึ่งใน จ.เลย | อำเภอหนึ่งใน จ.หนองบัวลำภู | อำเภอหนึ่งใน จ.ขอนแก่น | อำเภอหนึ่งใน จ.อุดรธานี | อำเภอหนึ่งใน จ.กาฬสินธุ์ | อำเภอหนึ่งใน จ.มหาสารคาม |
| 2. การทำงานเป็นทีม (ต่อ)                        | 15 การมีนุกรรมการจากภาคีต่างๆ ร่วมเป็นเจ้าภาพวงระบบการติดตาม ประเมินผล        |              | ✓                      |                         |                    |                            |                        |                         |                          |                          |
|   | 16 การมีระบบการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน (Partnership)                             |              | ✓                      |                         |                    | ✓                          |                        |                         |                          |                          |
|   | 17 การที่ภาคีเครือข่ายมีความสัมพันธ์แบบแนวราบ                                 |              | ✓                      |                         |                    | ✓                          |                        |                         |                          |                          |
| 3. การบริหารจัดการ                              | 18 การประสานโครงการฯ ทั้งแนวดิ่งและแนวราบ                                     |              | ✓                      |                         |                    | ✓                          |                        |                         |                          |                          |
|   | 19 การรักษามิติสุขภาพเก่าเอาไว้ พร้อมกับการสร้างทีมสุขภาพขึ้นมาใหม่เพื่อทดแทน |              |                        | ✓                       |                    |                            | ✓                      |                         |                          |                          |
| จำนวน (ร้อยละ) การดำเนินงานทั้ง 19 ประเด็นสำคัญ |   |              | 11(57.89)              | 17(89.47)               | 18(94.74)          | 13(68.42)                  | 18(94.74)              | 11(57.89)               |                          |                          |

Unity District Health Team: U

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก                             | ประเด็นสำคัญ   | อำเภอขนาดใหญ่         |                        |                        |                    | อำเภอมานกลาง        |                        | อำเภอขนาดเล็ก |  |
|--|--|-----------------------|------------------------|------------------------|--------------------|---------------------|------------------------|---------------|--|
|  |  | อำเภอหนึ่งในจ.หนองคาย | อำเภอหนึ่งในจ.มุกดาหาร | อำเภอหนึ่งในจ.เขียงราย | อำเภอหนึ่งในจ.น่าน | อำเภอหนึ่งในจ.พะเยา | อำเภอหนึ่งในจ.พิษณุโลก |               |  |
| 20   | การสร้างความรู้สึก   |                       |                        |                        |                    |                     |                        |               |  |
|  | ความเข้าใจ เจตคติที่ดี และการปฏิบัติ รวมทั้งประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ   | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓             |  |
| 4. ช่องทางการรับรู้การมีส่วนร่วมของประชาชน | ประชาชนมีส่วนร่วมได้ส่วนเสีย   | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓             |  |
|  | ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับระบบสุขภาพของตนเอง  |                       |                        |                        |                    |                     |                        |               |  |
| 22   | การให้ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางที่หลากหลาย ทั้งสิ่งพิมพ์ สื่อสารมวลชน ใช้ออนไลน์ และสื่อบุคคล                               | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓             |  |
|  | 5. การขยายและปรับปรุงช่องทาง การรับรู้ความต้องการของประชาชน  | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓             |  |
| 23   | การใช้หลักการทรงงานของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 คือ "ระเบิดจากข้างใน" ทุกชั้นตอนมาจากความคิดเห็นของคนในพื้นที่ | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓             |  |
|  |  |                       |                        |                        |                    |                     |                        |               |  |

Customers Focus: C

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก                                       | ประเด็นสำคัญ  | อำเภอขนาดใหญ่ |              |              |              | อำเภอขนาดกลาง |              | อำเภอขนาดเล็ก |              |
|--|---|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
|  |   | อำเภอหนึ่งใบ  | อำเภอหนึ่งใบ | อำเภอหนึ่งใบ | อำเภอหนึ่งใบ | อำเภอหนึ่งใบ  | อำเภอหนึ่งใบ | อำเภอหนึ่งใบ  | อำเภอหนึ่งใบ |
|  |   | จ.หนองคาย     | จ.มุกดาหาร   | จ.เขียงราย   | จ.น่าน       | จ.พะเยา       | จ.พิษณุโลก   |               |              |
| 5. การขยายและปรับปรุงช่องทาง                         | 24 การประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจแก่ประชาชนด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย                        | ✓             | ✓            | ✓            | ✓            | ✓             | ✓            |               | ✓            |
|  | 25 การที่ชาวบ้านเสนอการแก้ไขปรับปรุงระบบสุขภาพด้วยตนเองผ่านที่ประชุมเพื่อให้เกิดความภูมิใจและรู้สึกเป็นเจ้าของ    | ✓             | ✓            | ✓            | ✓            | ✓             | ✓            | ✓             | ✓            |
| 6. การบูรณาการช่องทางการรับรู้ของประชาชนกับงานอื่น ๆ | 26 สมาชิกทุกคนในชุมชนมีความสำคัญ มีความเสมอภาค และมีความเท่าเทียมกัน  | ✓             | ✓            | ✓            | ✓            | ✓             | ✓            | ✓             | ✓            |
|  | 27 ให้ความสำคัญกับคุณค่าความเป็นมนุษย์ ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมเสมอภาคจึงเป็นผู้กำหนด/ปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพด้วยตนเอง | ✓             | ✓            | ✓            | ✓            | ✓             | ✓            | ✓             | ✓            |

Customers Focus: C

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก   | ประเด็นสำคัญ | อำเภอขนาดใหญ่ |              |              |              | อำเภอขนาดกลาง |              | อำเภอขนาดเล็ก |              |
|--|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
|  |              | อำเภอหนึ่งใน  | อำเภอหนึ่งใน | อำเภอหนึ่งใน | อำเภอหนึ่งใน | อำเภอหนึ่งใน  | อำเภอหนึ่งใน | อำเภอหนึ่งใน  | อำเภอหนึ่งใน |
|  |              | จ. หนองคาย    | จ. มุกดาหาร  | จ. เชียงราย  | จ. น่าน      | จ. พะเยา      | จ. พิษณุโลก  |               |              |
| 28 ประชาชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน<br>ในเพื่อสร้างความผูกพันกับระบบ<br>สุขภาพของตนเอง                        |              |               | √            | √            | √            | √             | √            |               |              |
| 29 การคืนข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อ<br>ตรวจสอบความถูกต้อง และใช้<br>ในการตัดสินใจดำเนินการด้วย<br>ตนเอง         |              | √             | √            | √            | √            |               | √            |               |              |
| 30 การจัดการกรมสร้าง<br>ความสัมพันธ์ในระดับท้องถิ่น<br>ตามวิถีชีวิตวัฒนธรรมประเพณี<br>และการเล่นพื้นบ้าน |              |               | √            | √            | √            | √             | √            |               |              |
| 6. การบูรณาการ<br>ช่องทางการรับรู้ของ<br>ประชาชนกับงาน<br>อื่น ๆ (ต่อ)                                   |              |               |              |              |              |               |              |               |              |
| จำนวน(ร้อยละ) การดำเนินงานทั้ง 11 ประเด็นสำคัญ   |              | 8 (72.73)     | 11 (100.00)  | 11 (100.00)  | 10 (90.91)   | 10 (90.91)    | 11 (100.00)  |               |              |

Customers Focus: C

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก           | ประเด็นสำคัญ   | อำเภอขนาดใหญ่          |                         |                    |                     |                      | อำเภอขนาดกลาง           |   |   | อำเภอขนาดเล็ก |   |
|--------------------------|--|------------------------|-------------------------|--------------------|---------------------|----------------------|-------------------------|---|---|---------------|---|
|                          |  | อำเภอหนึ่งใน จ.หนองคาย | อำเภอหนึ่งใน จ.มุกดาหาร | อำเภอหนึ่งใน จ.เลย | อำเภอหนึ่งใน จ.น่าน | อำเภอหนึ่งใน จ.พะเยา | อำเภอหนึ่งใน จ.พิษณุโลก |   |   |               |   |
| 7. มีส่วนรวมการวางแผนงาน | 31 ทุกภาคีที่ร่วมเป็นกรรมกรู้บทบาทสามารถทำหน้าที่ได้ อีกระอย่างคล่องตัว  | ✓                      | ✓                       | ✓                  |                     |                      | ✓                       |   |   |               |   |
|                          | 32 คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกทุกเรื่อง แล้ววิเคราะห์หาสาเหตุ นำไปสู่การแก้ไข มองเห็นคุณค่า สร้างความภูมิใจให้ทุกคนอยากร่วมงานมากขึ้น | ✓                      | ✓                       | ✓                  |                     |                      | ✓                       |   |   |               |   |
| 33                       | สร้างความเชื่อมั่นให้ชุมชน โดยการพบปะกันบ่อย ๆ แบบปะทะสังสรรค์ คิดกันไปด้วยกันไปวางแผนร่วมกันอย่างต่อเนื่อง                                    | ✓                      | ✓                       | ✓                  | ✓                   | ✓                    | ✓                       | ✓ | ✓ | ✓             | ✓ |
|                          | 34 การใช้หลักการระเบิดจากข้างใน เพื่อค้นหาผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่จะเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน   | ✓                      | ✓                       | ✓                  | ✓                   | ✓                    | ✓                       | ✓ | ✓ | ✓             | ✓ |

Community Participation: C



ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก                  | องค์ประกอบรอง | ประเด็นสำคัญ  | อำเภอขนาดใหญ่   |            |              |               |              | อำเภอขนาดกลาง |              |             | อำเภอขนาดเล็ก |         |               |
|---------------------------------|---------------|---|---|------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|-------------|---------------|---------|---------------|
|                                 |               |   | อำเภอหนึ่งใน  |            | อำเภอหนึ่งใน |               | อำเภอหนึ่งใน |               | อำเภอหนึ่งใน |             | อำเภอหนึ่งใน  |         |               |
|                                 |               |   | จ.หนองคาย   | จ.มุกดาหาร | จ.เลย        | จ.หนองบัวลำภู | จ.ขอนแก่น    | จ.อุดรธานี    | จ.มหาสารคาม  | จ.กาฬสินธุ์ | จ.ร้อยเอ็ด    | จ.ยโสธร | จ.อุบลราชธานี |
| 7. มีส่วนร่วมการวางแผนงาน (ต่อ) | 35            | คณะกรรมการมีการพูดคุยแล้ว                                 | ✓   | ✓          | ✓            | ✓             | ✓            | ✓             | ✓            | ✓           | ✓             | ✓       |               |
|                                 |               | นำไปสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ                            |   |            |              |               |              |               |              |             |               |         |               |
| 8. มีส่วนร่วมการดำเนินงาน       | 36            | การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมที่ภาคีเครือข่ายเข้าถึงได้ง่าย | ✓   | ✓          | ✓            | ✓             | ✓            | ✓             | ✓            | ✓           | ✓             | ✓       |               |
|                                 |               | ผู้นำชุมชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ              | ✓   | ✓          | ✓            | ✓             | ✓            | ✓             | ✓            | ✓           | ✓             | ✓       |               |
| 8. มีส่วนร่วมการดำเนินงาน       | 38            | มีระบบการทำงานเป็นทีม                                     | ✓   | ✓          | ✓            | ✓             | ✓            | ✓             | ✓            | ✓           | ✓             | ✓       |               |
|                                 |               | 39  | อสม. มีทักษะการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม   | ✓          | ✓            | ✓             | ✓            | ✓             | ✓            | ✓           | ✓             | ✓       | ✓             |
| 8. มีส่วนร่วมการดำเนินงาน       | 40            | การสร้างความสัมพันธ์แบบองค์กรแนวราบ                       | ✓   | ✓          | ✓            | ✓             | ✓            | ✓             | ✓            | ✓           | ✓             | ✓       |               |
|                                 |               | 41  | การให้สมาชิกเครือข่ายเข้าเป็นคณะกรรมการตั้งแต่ระดับชุมชนหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ | ✓          | ✓            | ✓             | ✓            | ✓             | ✓            | ✓           | ✓             | ✓       | ✓             |

Community Participation: C

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก                          | องค์ประกอบรอง                                   | ประเด็นสำคัญ  | อำเภอขนาดใหญ่          |                         |                    | อำเภอขนาดกลาง       |                      |                         | อำเภอขนาดเล็ก |   |   |
|---|---|---|------------------------|-------------------------|--------------------|---------------------|----------------------|-------------------------|---------------|---|---|
|   |   |   | อำเภอหนึ่งใน จ.หนองคาย | อำเภอหนึ่งใน จ.มุกดาหาร | อำเภอหนึ่งใน จ.เลย | อำเภอหนึ่งใน จ.น่าน | อำเภอหนึ่งใน จ.พะเยา | อำเภอหนึ่งใน จ.พิษณุโลก |               |   |   |
| 9. มีส่วนร่วมการประเมินผลและเป็นเจ้าของ | 42  | ใช้กระบวนการบริหารงานแบบ P-D-C-A ของเดมมิ่ง ที่ทุกภาคมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน | ✓                      | ✓                       | ✓                  | ✓                   | ✓                    | ✓                       | ✓             | ✓ | ✓ |
|   | 43  | ใช้ KM เป็นเครื่องมือการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม                             |                        | ✓                       |                    | ✓                   |                      | ✓                       |               | ✓ | ✓ |
|   | 44  | ใช้การพัฒนาคนเพื่อสร้างชุมชนให้เข้มแข็งอย่างยั่งยืน                       |                        | ✓                       |                    | ✓                   |                      | ✓                       |               | ✓ | ✓ |
|   | 45  | ทุกคนทำงานแบบจิตอาสา  | ✓                      | ✓                       | ✓                  | ✓                   | ✓                    | ✓                       | ✓             | ✓ | ✓ |
|   | จำนวน (ร้อยละ) การดำเนินงานทั้ง 15 ประเด็นสำคัญ |   |                        | 8 (53.33)               | 14 (93.33)         | 14 (93.33)          | 10 (66.67)           | 15 (100.00)             | 11 (73.33)    |   |   |

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก                               | องค์ประกอบรอง | ประเด็นสำคัญ  | อำเภอขนาดใหญ่ |                |                | อำเภอขนาดกลาง  |                |                | อำเภอขนาดเล็ก  |                |                |
|--|---------------|---|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|  |               |   | อำเภอหนึ่งใจ  | อำเภอหนึ่งใจใน | อำเภอหนึ่งใจใน | อำเภอหนึ่งใจใน | อำเภอหนึ่งใจใน | อำเภอหนึ่งใจใน | อำเภอหนึ่งใจใน | อำเภอหนึ่งใจใน | อำเภอหนึ่งใจใน |
|  |               | 46 การทำงานแบบองค์กรที่ความสามัคคี<br>แนวราบมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้<br>แบ่งปันประสบการณ์จากการปฏิบัติ<br>จริง (Active learning) | ✓             | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              |
|  |               | 47 การค้นหาผู้รู้ในชุมชนเพื่อเปิดโอกาส<br>ให้ถ่ายทอดประสบการณ์เป็น<br>ผู้พื่อนำเพื่อนบ้านคนอื่น ๆ                               | ✓             | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              |
| 10. การทำงาน<br>ที่ก่อให้เกิด<br>ความพึงพอใจ |               | 48 การจัดประชุมวิชาการเพื่อยกระดับ<br>ความรู้ทักษะและสร้างความภูมิใจแก่<br>ภาคีเครือข่าย  | ✓             | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              |
|  |               | 49 การให้คำปรึกษา ชี้แนะ แก้ไขปฏิบัติ<br>กรณีตัวอย่างงานผิดพลาดเกิดผล<br>ดีน่าย   | ✓             | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              |
|  |               | 50 การคัดเลือกกระบวนการที่เป็นธรรม<br>ตามความรู้ความสามารถที่แท้จริง  | ✓             | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              | ✓              |

Appreciative Inquiry: A

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก                      | องค์ประกอบรอง | ประเด็นสำคัญ  | อำเภอขนาดใหญ่         |                        |                        |                    | อำเภอขนาดกลาง       |                        |   |   | อำเภอขนาดเล็ก |   |   |  |
|-------------------------------------|---------------|---|-----------------------|------------------------|------------------------|--------------------|---------------------|------------------------|---|---|---------------|---|---|--|
|                                     |               |   | อำเภอหนึ่งในจ.หนองคาย | อำเภอหนึ่งในจ.มุกดาหาร | อำเภอหนึ่งในจ.เซียงราย | อำเภอหนึ่งในจ.น่าน | อำเภอหนึ่งในจ.พะเยา | อำเภอหนึ่งในจ.พิษณุโลก |   |   |               |   |   |  |
| 11. การทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน | 51            | การใช้การศึกษาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาแบบสหวิทยาการ                       | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓ | ✓ | ✓             | ✓ | ✓ |  |
|                                     | 52            | การได้รับความชื่นชมยินดีต่อความสำเร็จจากบุคคลอื่น ๆ รอบข้าง               | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓ | ✓ | ✓             | ✓ | ✓ |  |
|                                     | 53            | การให้เกียรติเท่าเทียมกันด้วยการแสดงความเคารพนับถือในการรับฟังความคิดเห็น | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓ | ✓ | ✓             | ✓ | ✓ |  |
|                                     | 54            | การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงานแก่ทีม                            | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓ | ✓ | ✓             | ✓ | ✓ |  |
|                                     | 55            | การมีเวทีเรียนรู้การทำงาน ที่มีบรรยากาศอบอุ่นผ่านแบบ “ฉันที่พี่น้อง”      | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓ | ✓ | ✓             | ✓ | ✓ |  |
|                                     | 56            | การชื่นชมยินดีกับผลงานความสำเร็จของทีมงาน                                 | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓ | ✓ | ✓             | ✓ | ✓ |  |
|                                     | 57            | การมีบรรยากาศทำงานแบบพี่น้อง  | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓ | ✓ | ✓             | ✓ | ✓ |  |
|                                     | 58            | การจัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์เพื่อสืบสานเชื่อมโยงประเพณีวัฒนธรรมต่างของ  | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓ | ✓ | ✓             | ✓ | ✓ |  |

Appreciative Inquiry: A

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก                                  | องค์ประกอบรอง   | ประเด็นสำคัญ  | อำเภอขนาดใหญ่             |                            |                            | อำเภอขนาดกลาง          |                         |                            | อำเภอขนาดเล็ก |   |   |
|---|---|---|---------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------|---------------|---|---|
|   |   |   | อำเภอหนึ่งใจ<br>จ.หนองคาย | อำเภอหนึ่งใจ<br>จ.มุกดาหาร | อำเภอหนึ่งใจ<br>จ.เชียงราย | อำเภอหนึ่งใจ<br>จ.น่าน | อำเภอหนึ่งใจ<br>จ.พะเยา | อำเภอหนึ่งใจ<br>จ.พิษณุโลก |               |   |   |
| 12. การสร้างวัฒนธรรมในการทำงาน                  | 59  | การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HRD) ตามหลัก<br>ธรรมาภิบาลของทุกภาคส่วน                         | ✓                         | ✓                          | ✓                          | ✓                      | ✓                       | ✓                          | ✓             | ✓ | ✓ |
|   | 60  | การค้นหา/ สร้างทุนทางสังคมที่มีในชุมชน<br>ร่วมกัน                                       | ✓                         | ✓                          | ✓                          | ✓                      | ✓                       | ✓                          | ✓             | ✓ | ✓ |
|   | 61  | การมีระบบสวัสดิการให้ทีม ด้านการศึกษา<br>และเชื่อมโยงในยามเจ็บป่วย                      | ✓                         | ✓                          | ✓                          | ✓                      | ✓                       | ✓                          | ✓             | ✓ | ✓ |
|   | 62  | การพัฒนาบุคลิกภาพด้วยการมีผู้นำที่มี<br>เอกลักษณ์แสดงถึงเอกภาพของทีมงาน                 | ✓                         | ✓                          | ✓                          | ✓                      | ✓                       | ✓                          | ✓             | ✓ | ✓ |
|   | 63  | ร่วมกันสรุปบทเรียนและบันทึก<br>ประสบการณ์ “สิ่งที่ตั้งงาบที่เกิดขึ้นจาก<br>การในพื้นที่ | ✓                         | ✓                          | ✓                          | ✓                      | ✓                       | ✓                          | ✓             | ✓ | ✓ |
| 64  | การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์<br>กันและกัน จากเวทีการประชุมที่สม่ำเสมอ                        | ✓   | ✓                         | ✓                          | ✓                          | ✓                      | ✓                       | ✓                          | ✓             | ✓ |   |
| 65  | การสรุปทริบทเรียนว่าตนเอง ทีมงาน<br>ประชาชน ชุมชน สังคม ประเทศชาติ ได้รับ<br>ประโยชน์จากการทำงานอย่างไร | ✓   | ✓                         | ✓                          | ✓                          | ✓                      | ✓                       | ✓                          | ✓             | ✓ |   |
| จำนวน (ร้อยละ) การดำเนินงานทั้ง 20 ประเด็นสำคัญ |   |   | 10 (50)                   | 19 (95)                    | 20 (100)                   | 13 (65)                | 19 (95)                 | 15 (75)                    |               |   |   |

Appreciative Inquiry: A

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก                    | องค์ประกอบรอง                      | ประเด็นสำคัญ  | อำเภอขนาดใหญ่         |                        |                        |                    | อำเภอขนาดกลาง       |                        |   |   | อำเภอขนาดเล็ก |   |   |  |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|-----------------------|------------------------|------------------------|--------------------|---------------------|------------------------|---|---|---------------|---|---|--|
|                                   |                                    |   | อำเภอหนึ่งในจ.หนองคาย | อำเภอหนึ่งในจ.มุกดาหาร | อำเภอหนึ่งในจ.เขียงราย | อำเภอหนึ่งในจ.น่าน | อำเภอหนึ่งในจ.พะเยา | อำเภอหนึ่งในจ.พิษณุโลก |   |   |               |   |   |  |
| 13. การร่วมกันวางแผนจัดหาทรัพยากร | 66                                 | ใช้หลักการบริหารทรัพยากร (คน เงิน ของ) ในเขตปกครองแบบบูรณาการ           | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓ | ✓ | ✓             | ✓ | ✓ |  |
|                                   | 67                                 | ภาคีเครือข่ายร่วมกันระดมสมองเพื่อจัดสรรทรัพยากรในการทำหน้าที่ระดับอำเภอ | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓ | ✓ | ✓             | ✓ | ✓ |  |
| 68                                | การกำหนดแผนงานที่ตอบสนองทรัพยากร   | การแก้ปัญหาของพื้นที่   | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓ | ✓ | ✓             | ✓ | ✓ |  |
|                                   | 69                                 | การระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วนเพื่อการแก้ปัญหาได้รวดเร็วครอบคลุมมากขึ้น   | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓ | ✓ | ✓             | ✓ | ✓ |  |
| 70                                | การระดมสมองเพื่อจัดทำแผนงานร่วมกัน | ✓   | ✓                     | ✓                      | ✓                      | ✓                  | ✓                   | ✓                      | ✓ | ✓ | ✓             | ✓ | ✓ |  |

Resource Sharing: R

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก                           | องค์ประกอบรอง | ประเด็นสำคัญ   | อำเภอขนาดใหญ่         |                        |                        | อำเภอนากลาง        |                     |                        | อำเภอนาเด็กลี |   |  |
|--|---------------|--|-----------------------|------------------------|------------------------|--------------------|---------------------|------------------------|---------------|---|--|
|  |               |  | อำเภอหนึ่งในจ.หนองคาย | อำเภอหนึ่งในจ.มุกดาหาร | อำเภอหนึ่งในจ.เซียงราย | อำเภอหนึ่งในจ.น่าน | อำเภอหนึ่งในจ.พะเยา | อำเภอหนึ่งในจ.พิษณุโลก |               |   |  |
|  | 71            | หน่วยงานระดับบัณฑิตสร<br>งประมาณให้การสนับสนุน<br>ทรัพยากรแก่พื้นที่อย่างเพียงพอ<br>เหมาะสม  |                       | ✓                      |                        | ✓                  |                     | ✓                      |               | ✓ |  |
|  | 72            | ภาคีเครือข่ายร่วมกันคิดวิเคราะห์<br>ค่าใช้จ่ายก่อน-หลังการดำเนินงาน<br>ระบบสุขภาพ  | ✓                     |                        | ✓                      |                    | ✓                   |                        | ✓             |   |  |
| 14. การ<br>ร่วมกัน<br>จัดสรร<br>ทรัพยากร | 73            | การแบ่งปันทรัพยากรกันนำมาดู<br>ความรักความสามัคคี เห็นอกเห็นใจ<br>มีเชื้อ โย มีสายสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน                                  |                       | ✓                      |                        | ✓                  |                     | ✓                      |               | ✓ |  |
|  | 74            | ทีมที่ทำงานด้วยความหัวใจสร้าง<br>ความประทับใจในคุณค่าแบบบริการ<br>“ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” จะได้รับ<br>ศรัทธา นำใจจากชุมชนสนับสนุนทุน | ✓                     |                        | ✓                      |                    | ✓                   |                        | ✓             | ✓ |  |
|  | 75            | การมีคณะกรรมการนำแผนไปสู่<br>การปฏิบัติ  | ✓                     |                        | ✓                      |                    | ✓                   |                        | ✓             | ✓ |  |

Resource Sharing: R

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก                            | องค์ประกอบรอง | ประเด็นสำคัญ  | อำเภอขนาดใหญ่ |            |            | อำเภอขนาดกลาง |         |          | อำเภอขนาดเล็ก |          |   |
|---|---------------|---|---------------|------------|------------|---------------|---------|----------|---------------|----------|---|
|   |               |   | อำเภอหนึ่งใน  |            |            | อำเภอหนึ่งใน  |         |          | อำเภอหนึ่งใน  |          |   |
|   |               |   | จ.หนองคาย     | จ.มุกดาหาร | จ.เขียงราย | จ.น่าน        | จ.พะเยา | จ.พิจิตร | จ.พิจิตร      | จ.พิจิตร |   |
| 16. การเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานตามบริบท | 82            | การบริหารพื้นฐาน/ ประเด็นร่วมที่ทุกภาคส่วนสามารถทำและเรียนรู้ร่วมกันได้สะดวก            | ✓             | ✓          | ✓          | ✓             | ✓       | ✓        | ✓             | ✓        | ✓ |
|   | 83            | การดูแลด้านสังคมผู้สูงอายุ/ ผู้ป่วยติดเตียง/ สงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาส/ ผู้พิการ/ ผู้ยากไร้ | ✓             | ✓          | ✓          | ✓             | ✓       | ✓        | ✓             | ✓        | ✓ |
|   | 84            | การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคติดต่อที่ระบาดตามแนวชายแดนที่ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล        | ✓             | ✓          | ✓          | ✓             | ✓       | ✓        | ✓             | ✓        | ✓ |
|   | 85            | ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานความดันโลหิตสูง)                                      | ✓             | ✓          | ✓          | ✓             | ✓       | ✓        | ✓             | ✓        | ✓ |
|   | 86            | การบริโภคอาหารปนเปื้อนสารเคมีที่มากเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ                                    | ✓             | ✓          | ✓          | ✓             | ✓       | ✓        | ✓             | ✓        | ✓ |
|   | 87            | การฟื้นฟูดูแลสมรรถภาพผู้พิการ   | ✓             | ✓          | ✓          | ✓             | ✓       | ✓        | ✓             | ✓        | ✓ |



ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก | ประเด็นสำคัญ   | อำเภอขนาดใหญ่ |              |              |              | อำเภอกึ่งกลาง |              |              | อำเภอขนาดเล็ก |              |
|----------------|--|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
|                |  | อำเภอหนึ่งใบ  | อำเภอหนึ่งใบ | อำเภอหนึ่งใบ | อำเภอหนึ่งใบ | อำเภอหนึ่งใบ  | อำเภอหนึ่งใบ | อำเภอหนึ่งใบ | อำเภอหนึ่งใบ  | อำเภอหนึ่งใบ |
| องค์ประกอบรอง  |  | จ.หนองคาย     | จ.มุกดาหาร   | จ.เซียงราย   | จ.น่าน       | จ.พะเยา       | จ.พิษณุโลก   |              |               |              |
| 88             | สร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เน้นสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อม                      | ✓             | ✓            | ✓            | ✓            | ✓             | ✓            |              |               |              |
| 89             | การช่วยเหลือดูแลด้านสังคม<br>สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ<br>คุณภาพชีวิตแบบองค์รวม | ✓             | ✓            | ✓            | ✓            | ✓             | ✓            |              |               |              |
| 90             | การดูแลด้านสุขภาพอย่างเดียว<br>ทำให้ขาดความร่วมมือจาก<br>เครือข่ายอื่น ๆ   |               | ✓            | ✓            | ✓            | ✓             | ✓            |              |               |              |
| 91             | การป้องกันอุบัติเหตุจราจร  |               | ✓            | ✓            | ✓            | ✓             | ✓            |              |               |              |
| 92             | การแก้ไขปัญหาเสพคดีใน<br>เยาวชน  | ✓             | ✓            | ✓            | ✓            | ✓             | ✓            |              |               |              |

Essential Health Care: E

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก                            | องค์ประกอบรอง  | ประเด็นสำคัญ | อำเภอขนาดใหญ่          |                         |                         |                     | อำเภอขนาดกลาง        |                         |   |   | อำเภอขนาดเล็ก |  |
|---|--|--------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|-------------------------|---|---|---------------|--|
|   |  |              | อำเภอหนึ่งใน จ.หนองคาย | อำเภอหนึ่งใน จ.มุกดาหาร | อำเภอหนึ่งใน จ.เขียงราย | อำเภอหนึ่งใน จ.น่าน | อำเภอหนึ่งใน จ.พะเยา | อำเภอหนึ่งใน จ.พิษณุโลก |   |   |               |  |
| 18. การจัดระบบบริการแบบบูรณาการให้ยั่งยืน | การส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้มีองค์ความรู้สามารถดูแลเบื้องต้นแก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชน                                 | 93           | ✓                      | ✓                       | ✓                       | ✓                   | ✓                    | ✓                       | ✓ | ✓ | ✓             |  |
|   |  |              | ✓                      | ✓                       | ✓                       | ✓                   | ✓                    | ✓                       |   |   |               |  |
| 94  | การส่งเสริมความเข้มแข็งแก่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ชุมชนด้วยการสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้สามารถร่วมกันจัดการดูแลคุณภาพชีวิตชุมชน | 95           | ✓                      | ✓                       | ✓                       | ✓                   | ✓                    | ✓                       | ✓ | ✓ | ✓             |  |
|   |  |              | ✓                      | ✓                       | ✓                       | ✓                   | ✓                    | ✓                       |   |   |               |  |
| 96  | การมีคณะกรรมการสุขภาพระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เพื่อตรวจสอบคุณภาพอาหาร เพื่อสร้างเครือข่ายผู้บริโภค                             | 97           | ✓                      | ✓                       | ✓                       | ✓                   | ✓                    | ✓                       | ✓ | ✓ | ✓             |  |
|   |  |              | ✓                      | ✓                       | ✓                       | ✓                   | ✓                    | ✓                       |   |   |               |  |

Essential Health Care: E

ตารางที่ 4-7 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก                                     | ประเด็นสำคัญ  | อำเภอขนาดใหญ่ |              |              |              | อำเภอขนาดกลาง |              |              | อำเภอขนาดเล็ก |              |
|--|---|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
|  |   | อำเภอหนึ่งใบ  | อำเภอหนึ่งใบ | อำเภอหนึ่งใบ | อำเภอหนึ่งใบ | อำเภอหนึ่งใบ  | อำเภอหนึ่งใบ | อำเภอหนึ่งใบ | อำเภอหนึ่งใบ  | อำเภอหนึ่งใบ |
|  |   | จ.หนองคาย     | จ.มุกดาหาร   | จ.เขียงราย   | จ.น่าน       | จ.พะเยา       | จ.พิษณุโลก   |              |               |              |
| 18. การจัดระบบบริการแบบบูรณาการให้ยั่งยืน (ต่อ)    | 97 ภาครัฐเรือข่ายสามารถดูแลสุขภาพได้ตาม ปริปทแห่งวิถีวัฒนธรรมของตน ำ                        | √             | √            | √            | √            | √             | √            |              |               | √            |
|  | 98 การเลือกประเด็นกลาง ๆ ที่ทุกภาคส่วนสามารถร่วมกันทำได้ ในลักษณะที่ทุกคนเป็นเจ้าของร่วมกัน | √             | √            | √            | √            | √             | √            |              |               | √            |
| จำนวน (ร้อยละ) การดำเนินงานทั้ง 17 ประเด็นสำคัญ    |   | 11 (64.71)    | 15 (88.24)   | 16 (94.12)   | 16 (94.12)   | 16 (94.12)    | 11 (64.71)   |              |               |              |
| จำนวน (ร้อยละ) การดำเนินงานทั้งหมด 98 ประเด็นสำคัญ |   | 55 (56.12)    | 86 (87.76)   | 93 (94.90)   | 74 (75.51)   | 88 (89.80)    | 72 (73.47)   |              |               |              |

## ระยะที่ 2 การสังเคราะห์และพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

การสังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในการวิจัยระยะที่ 2 แบ่งเป็น 3 รอบ คือ

### 2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากการสอบถามในรอบที่ 1 (Delphi รอบที่ 1)

จากการนำร่างระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวที่ได้จากระยะที่ 1 จำนวน 98 ประเด็นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาในรอบที่ 1 ได้ผลความคิดเห็นร่วมของผู้เชี่ยวชาญตลอดจนได้รับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับองค์ประกอบและประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

#### 1. รูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

ซึ่งมีรูปแบบที่สามารถจัดเป็นระบบ (System) ได้ดังนี้

1.1 ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ “การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ” (Unity of District Health Team: U) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ การทำงานเป็นทีม และการบริหารจัดการ ดังนี้

1.1.1 โครงสร้างและบทบาทหน้าที่: หน่วยงานภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน ประชาชน อาสาสมัคร มูลนิธิ สโมสร และภาคส่วนอื่น ๆ ในอำเภอชายแดนไทย-ลาวส่วนใหญ่จะคุ้นเคยและทำงานประสานกันอยู่แล้วเป็นปกติ ดังนั้น เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอขึ้น อำเภอชายแดนไทย-ลาวส่วนใหญ่จึงเห็นว่า “เป็น โอกาส” ที่จะได้เกิดการดำเนินงานร่วมกันในระดับอำเภออย่าง “เป็นทางการ” (ที่มีระเบียบรองรับ) และเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น โดยมีรูปแบบองค์การการทำงานร่วมกันในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

1.1.1.1 การมีภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน ประชาชน อาสาสมัคร มูลนิธิ สโมสร และภาคส่วนอื่น ๆ ร่วมเป็นกรรมการและคณะทำงานแบบพหุภาคีเชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด เป็นกลไกขับเคลื่อนการทำงานที่สอดคล้องประสานสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างเข้มแข็ง

1.1.1.2 การมีคำสั่งคณะกรรมการที่กำหนดบทบาทหน้าที่ และมีข้อตกลง (MOU) ร่วมกัน เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ทำให้ทีมสุขภาพไทย-ลาว มีการทำงานอย่างมีฐานะเท่าเทียมกันอย่างเป็นทางการ

1.1.1.3 การมีนายอำเภอเป็นผู้นำเครือข่ายที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกล เป็นนักยุทธศาสตร์มีความสามารถด้านการบริหาร การวางแผนเป็นนักสื่อสารสามารถสร้างแรงบันดาลใจแก่คณะกรรมการ มีภาวะการนำองค์กร มีความเสียสละมุ่งมั่นทุ่มเทและสามารถสร้างศรัทธาได้

สามารถบูรณาการและประสานงานเชื่อมโยงได้ทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบในระดับอำเภออย่างเกิดพลัง

1.1.1.4 มีการตั้งเป้าหมายให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพเห็นภาพความสำเร็จของการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอร่วมกันได้อย่างชัดเจน

1.1.2 การทำงานเป็นทีม: อำเภอชายแดนไทย-ลาวส่วนใหญ่จะอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทุรกันดาร การคมนาคมไม่สะดวก ประชาชนลำบากยากจน ขาดโอกาสในด้านต่าง ๆ ในขณะเดียวกันทั้งหน่วยงานภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน ประชาชน อาสาสมัคร มูลนิธิ สโมสร และภาคส่วนอื่น ๆ ต่างก็ขาดทรัพยากร จึงเป็น “ข้อจำกัด” ที่สำคัญที่ทำให้ภาคีเครือข่ายในอำเภอชายแดนไทย-ลาว รู้สึกตระหนักถึง “ความขาดแคลน” ทรัพยากร ส่งผลให้เกิด “ความเห็นอกเห็นใจ” ห่วงใยเอื้ออาทรกันและกัน โดยเฉพาะความรู้สึกร่วมที่มีต่อประชาชนที่มีความขาดแคลนยิ่งกว่า จึงเป็นที่มาของการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็งในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

1.1.2.1 การมีสหวิชาชีพสาธารณสุขทำงานร่วมกับส่วนราชการทุกระดับ องค์กรการกุศลที่ไม่แสวงหาผลกำไร ผู้ประกอบการเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชนอื่น ๆ ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น องค์กรชุมชน อาสาสมัคร และประชาชนในพื้นที่ร่วมเป็นคณะกรรมการและทีมสุขภาพอำเภอ

1.1.2.2 การมีหัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำองค์กร เป็นกรรมการอำนวยการ กำหนดทิศทางนโยบาย ให้การสนับสนุน และการมีผู้ปฏิบัติจากภาคีต่าง ๆ ร่วมเป็นคณะทำงานดำเนินไปตามทิศทางนโยบาย

1.1.2.3 การมีส่วนอำนวยการเป็นหน่วยกลางทำหน้าที่เชื่อมประสานระบบและให้การสนับสนุนการดำเนินงานของทีมปฏิบัติการ โดยมอบอำนาจการตัดสินใจไว้ที่นายอำเภอและเจ้าเมือง

1.1.2.4 การมีอนุกรรมการจากภาคีต่าง ๆ ร่วมเป็นเจ้าภาพรับผิดชอบการวางระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

1.1.3 การบริหารจัดการ: การบริหารจัดการองค์กรของหน่วยงาน และภาคส่วนอื่น ๆ ในอำเภอชายแดนไทย-ลาว นับว่าเป็นความท้าทายความสามารถของผู้นำเครือข่ายอย่างยิ่ง เนื่องจากแต่ละหน่วยมีพันธกิจที่แตกต่างกัน ทุกคนต่างกันเพียงหน้าที่ แต่มี “เป้าหมายเดียวกัน” คือ “ประชาชน” ดังนั้น การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว จึงใช้ระบบการทำงานแบบ “เป็นหุ้นส่วน” ที่ทุกภาคีมีลักษณะเป็น “เจ้าภาพ” เป็นเจ้าของที่ร่วมกันรับผิดชอบในทุกขั้นตอน เป็นองค์กรที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงได้ทั้งแนวดิ่งและแนวราบ โดยการรักษาทีมสุขภาพเก่าเอาไว้พร้อมกับสร้างทีมใหม่เพื่อทดแทน โดยมีการบริหารจัดการระบบ

สุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

1.1.3.1 การมีระบบการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน (Partnership) ของภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีลักษณะเป็นเจ้าภาพ คือ ทุกภาคส่วนเป็นเจ้าของปัญหา มีความรับผิดชอบ ดำเนินการ แก้ไข ดูแล และรับผล ประโยชน์ร่วมกันแบบได้ประโยชน์ร่วมกัน (Win Win approach) ที่แสดงบทบาทหน้าที่ได้อย่างสอดคล้องประสานสัมพันธ์กัน

1.1.3.2 การเป็นองค์กรที่มีโครงข่ายความสัมพันธ์แบบแนวนอน (Horizontal) แม้จะมีสายบังคับบัญชาต่างสังกัด แต่ภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอชายแดน ไทย-ลาว ก็สามารถประสานโครงข่ายกัน ได้ทั้งแนวดิ่งและแนวนอน ทำให้การบริหารจัดการมีลักษณะ “ถักทอ” กัน อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.1.3.3 การรักษาทีมสุขภาพเก่าเอาไว้ พร้อมกับการสร้างทีมสุขภาพขึ้นมาใหม่ เพื่อทดแทน โดยชักชวนคนหรือเครือข่ายที่พร้อมและสนใจที่จะเข้ามาเรียนรู้การทำงานเป็นทีมสุขภาพ

1.2 กระบวนการ (Process) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ดังนี้

1.2.1 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation: C) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ

1.2.1.1 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการวางแผนงาน: ชุมชนที่อยู่ห่างไกลตามแนวชายแดนไทย-ลาว นั้น มีศักยภาพในระดับหนึ่งที่จะดูแลชุมชนและมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวจึงสามารถรักษาความเป็นชุมชนมาได้จนถึงปัจจุบัน ดังนั้น การมีนโยบายที่เน้นการพัฒนาสุขภาพอำเภอขึ้นจึงเป็น “การสร้างโอกาส” จาก “ภายนอก” ที่ทำหน้าที่เป็น “ตานอก” เป็นการจัดการกระบวนการ เอื้ออำนวย กระตุ้น ส่งเสริม เดิมพลัง ให้โอกาส “คนใน” หรือ “ตานอน” ที่เป็นเจ้าของปัญหา เป็นผู้ได้แสดงบทบาทการแก้ปัญหาและการพัฒนาจนเกิดการ “ระเบิดจากข้างใน” โดยมีวิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการวางแผนงาน ดังนี้

1) การให้สมาชิกเครือข่ายเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการตั้งแต่ระดับชุมชน หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และทุกคนรู้บทบาทหน้าที่ที่สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างอิสระและคล่องตัว

2) คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกในชุมชนทุกเรื่อง แล้ววิเคราะห์หาสาเหตุ นำไปสู่การแก้ไข ด้วยการมองเห็นคุณค่า สร้างความภูมิใจให้ทุกคนอยากร่วมงานมากขึ้น

3) สร้างความเชื่อมั่นให้ชุมชน เนื่องจากชุมชนที่อยู่ห่างไกลตามแนวชายแดนมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวด้านศักยภาพความสามารถปรับตัวการเอาตัวรอดในท่ามกลางความยากลำบาก โดยเชื่ออย่างมั่นใจว่าชุมชนสามารถจัดการปัญหาตนเองได้หากได้รับโอกาส

จึงควรเอื้ออำนวยให้มีชุมชนแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ในการพบปะพูดคุยกันบ่อยๆ แบบปะทะสังสรรค์ คิดกันไปคุยกันไปวางแผนร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

4) การใช้หลักการ “ระเบิดจากข้างใน” เพื่อค้นหาผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่จะเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ โดยภาคีเครือข่ายที่เป็นบุคคลภายนอกชุมชน เป็นนักจัดกระบวนการเพื่อเอื้ออำนวยและกระตุ้นให้คนในชุมชน ได้มองปัญหาของตนเอง และเกิดความต้องการที่จะคิดแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง ตามศักยภาพของชุมชนที่เขามีอยู่

1.2.1.2 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมดำเนินงาน: การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เริ่มจากการปรับวิธีคิดว่า จะต้องทำงาน “ด้วยหัวใจ” ทุกภาคส่วนต้องรู้สึก “เป็นเจ้าของ” ทุกคนทำงานไปด้วยกัน พร้อมกัน เหมือนกระแสน้ำไหลไปในเวลาและทิศทางเดียวกัน จึงจะ “ทรงพลัง” ทำงานประสบความสำเร็จ โดยมี “ผู้นำเป็นแบบอย่าง” ในการทำความดี โดยมีวิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมดำเนินงานในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

1) การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมที่ภาคีเครือข่ายเข้าถึงได้ง่าย โดยปรับวิธีคิดให้ทำงานด้วยใจ เปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น กองทุนมูลนิธิ และประชาชน เป็นเจ้าของกิจกรรมร่วมกัน สามารถเข้าร่วมได้ตามบทบาทหน้าที่และศักยภาพ ใครมีอะไรก็นำมาช่วยกัน

2) ผู้นำภาคีเครือข่ายทั้งนายอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำท้องถิ่น และผู้นำชุมชนในพื้นที่ให้ความสำคัญในการทำงานแบบมีส่วนร่วม ลงพื้นที่ดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยตนเอง เมื่อมีผู้นำเป็นแบบอย่างที่ดีก็ย่อมมีผู้ตามที่มีระบบการทำงานเป็นทีม มีการประชุม พูดคุย แล้วนำไปสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

3) อสม. เป็นภาคีเครือข่ายสำคัญที่เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน มีทักษะการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

1.2.1.3 วิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมประเมินผลและเป็นเจ้าของการให้ “คนในชุมชน” ที่รู้ข้อมูลและปัญหาของตนเอง มีบทบาทเป็นผู้ประเมินผล การปฏิบัติงานระบบสุขภาพอำเภอ เป็นการสร้างและยกระดับให้เกิดการตระหนักถึงคุณค่าตนเอง และเป็นที่ยอมรับว่า “ชุมชนมีศักยภาพ” ที่สามารถตัดสินใจร่วมกับภาครัฐได้อย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ได้ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความรับผิดชอบในระบบสุขภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจาก “ฉันทำเอง ฉันตรวจสอบและประเมินเอง ดีหรือไม่ดี ฉันรับผลเอง” โดยมีวิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมประเมินผลและเป็นเจ้าของในระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

1) ใช้กระบวนการบริหารงานแบบ P-D-C-A ของเดมมิ่ง ที่ทุกภาคีมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบสุขภาพอำเภอทุกขั้นตอน ตั้งแต่ 1) การสำรวจปัญหาแล้วนำมาวางแผนหาแนวทางแก้ไข 2) การดำเนินการ และ 3) การประเมินผลตรวจสอบ และ 4) การปรับปรุงแก้ไขและรับผลประโยชน์ร่วมกัน

2) ใช้การพัฒนาคนเพื่อสร้างชุมชนให้เข้มแข็งอย่างยั่งยืน โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนสำคัญที่สุดในการยกระดับการพัฒนา “คน” เพื่อพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งอย่างยั่งยืน เนื่องจากอดีตภาคประชาชนจะได้รับการตัดสินใจโดยภาครัฐตลอดมา จึงรู้สึกด้อยคุณค่า ในทางกลับกันเมื่อประชาชนได้ทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจบ้าง ก็ได้ถูกยกระดับมุมมองให้เห็นคุณค่าตนเอง เห็นประโยชน์ รู้สึกเป็นเจ้าของ แล้วนำผลการตรวจสอบไปวางแผนพัฒนาแก้ไขปัญหาให้ดียิ่งขึ้น และไม่ปฏิเสธที่จะร่วมวางแผนร่วมดำเนินการ และมีส่วนร่วมในขั้นตอนอื่นๆ ต่อไป

3) ใช้การถอดบทเรียนและการจัดการความรู้ (KM) เป็นเครื่องมือการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนและภาคีเครือข่ายที่ได้จากการประเมินผลการปฏิบัติ แล้วนำมาเล่าประสบการณ์ ซึ่งประเด็น ข้อดี ข้อด้อย สกัดเป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำไปเป็น “แบบอย่าง” ใช้ขยายผลในการพัฒนาต่อไป

1.2.2 การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing: R) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญคือ

1.2.2.1 การร่วมกันวางแผนการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร: การที่ผู้นำภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ใช้หลักการบริหารทรัพยากร (คน เงิน สิ่งของ) ในเขตปกครองอำเภอแบบบูรณาการ ภายใต้การปรับแนวคิดการบูรณาการในการทำงาน เพื่อสร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการ จนเกิด “ศรัทธา” ต่อหน่วยบริการของรัฐ และภาคีเครือข่าย ได้ใช้วิธีการแบ่งปันทรัพยากรแบบ “พื้มีสอง..น้องมีหนึ่ง” ใครมีอะไรก็นำมาช่วยเหลือกัน โดยการร่วมกันวางแผนการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากรในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

1) การใช้หลักการบริหารทรัพยากร (คน เงิน สิ่งของ) ในเขตปกครองอำเภอแบบบูรณาการ โดยภาคีเครือข่ายร่วมกันระดมสมองเพื่อจัดสรรทรัพยากรในการทำหน้าที่ตอบสนองการแก้ปัญหาของพื้นที่ เริ่มจากแต่ละหน่วยนำแผนเงิน แผนงาน และแผนกำลังคน มาเข้าร่วมประชุมเพื่อ “เติมส่วนขาด” ให้เป็นภาพเดียวกันรวมเป็นแผนใหญ่ทั้งอำเภอ และมีคณะกรรมการนำแผนไปสู่การปฏิบัติได้จริง

2) การระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วนเพื่อการแก้ปัญหาได้รวดเร็วและครอบคลุมมากขึ้น โดยที่ภาคีภาครัฐก็จัดสรรงบประมาณตามแผนประจำปี เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน



องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็เปิดสภาเพื่อขออนุมัติงบประมาณมาช่วยเติม ในส่วนผู้ประกอบการค้าชายแดนที่ระดมทั้งเงินและวัสดุที่จำเป็น องค์กรสาธารณกุศลก็ระดมกำลังเข้าช่วยเหลือ พระสงฆ์คหบดี รวมทั้งประชาชนผู้มีศรัทธาได้ร่วมบริจาคเงินทุนและสิ่งของในการตั้ง “กองทุนวัสดุการแพทย์” เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการผู้ยากไร้ ผู้ด้อยโอกาส เนื่องจากเกิด “ความศรัทธา” ต่อภาคีเครือข่ายสุขภาพที่ให้บริการอย่างประทับใจ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้มากขึ้น

1.2.2.2 การร่วมกันจัดการการแบ่งปันทรัพยากร คำว่า ทรัพยากร ที่ถือว่าเป็นทุนการดำเนินงานทางสังคมนั้นมีความหมายมากกว่า “คน เงิน สิ่งของ” หากเริ่มที่การทำงานแบบ “ใจ ถึง ใจ” อย่างคนมี “หัวใจความเป็นมนุษย์” เข้าไปนั่งในใจประชาชนได้แล้วจะพบคำว่า “สิ่งที่ให้ คือ สิ่งที่ได้” โดยมีการร่วมกันจัดการการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากรในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

- 1) การที่หน่วยงานระดับบนจัดสรรงบประมาณและให้การสนับสนุน ทรัพยากรแก่พื้นที่อย่างเพียงพอเหมาะสม เป็นการสร้างขวัญกำลังใจและเติมจุดแข็งแก่หน่วยงานเพิ่มขึ้น
- 2) การแบ่งปันทรัพยากรกันนำมาสู่ความรักความสามัคคี เห็นอกเห็นใจ มีเยื่อใย มีสายสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เนื่องจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว มีภาวะความขาดแคลนคล้ายคลึงกัน จึงมีส่วนร่วมกันอย่างเข้มแข็ง ตั้งแต่การคิดวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายก่อนและหลังการดำเนินงานระบบสุขภาพ
- 3) ทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพทำงานด้วย “หัวใจความเป็นมนุษย์” สร้างให้เกิดความประทับใจแก่ผู้รับบริการจนทำให้เห็นคุณค่า จะได้รับศรัทธาธารน้ำใจจากชุมชนร่วมบริจาคทั้งเงินและวัสดุต่าง ๆ อย่างเกินความคาดหมาย เพราะว่า “สิ่งที่ให้ คือ สิ่งที่ได้” ถ้าเราเข้าไปนั่งในใจเขาได้ ก็ถือว่าเราทำงานสำเร็จ” (ภาคีเครือข่ายสาขาการสาธารณสุข เพศหญิง อายุ 40 ปี สัมภาษณ์ 19 มกราคม 2561, DHS36)

1.2.2.3 การร่วมกันทบทวนปรับปรุงการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร: ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว มีการระดมทุนจากภาคเอกชนและการจัดงานกิจกรรมสังคมในชุมชน เพื่อสามารถนำมาแบ่งปันเป็นทรัพยากรการบริหารได้ “แบบเบ็ดเสร็จ” และการจัดทำศูนย์ข้อมูลการพัฒนาสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวเพื่อ “เชิดชูเกียรติคุณ” และส่งเสริมการศึกษาดูงานเพื่อยกระดับการพัฒนาสุขภาพให้สูงขึ้นและ“เท่าเทียม” กัน โดยมีการร่วมกันทบทวนปรับปรุงการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากรในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

1) การระดมทุนจากภาคเอกชนในชุมชนท้องถิ่นเพื่อเป็นทรัพยากรในการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) “แบบเบ็ดเสร็จ” โดยการรับบริจาคเงินทุนจากการระดมของเอกชนหรือชุมชน เช่นเงินจากงานเลี้ยงสังสรรค์วันเกิดของคนในชุมชนนำมาเป็นทุนจัดสวัสดิการอาหารเช้าแก่ผู้ป่วยเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส ที่มารับบริการในแต่ละเดือน เป็นต้น

2) การจัดทำศูนย์ข้อมูลอำเภอ จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ ภาพถ่ายกิจกรรมระดมทุน หรือโลโก้เกียรติคุณ อนุโมทนาบัตร โดยการจัดงานประจำปีเพื่อ “เชิดชูเกียรติคุณ” แสดงความขอบคุณแก่บุคคล องค์กร หน่วยงาน หรือเอกชน ที่บริจาคตั้งกองทุนช่วยเหลือการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เพื่อให้สาธารณชนรับทราบทั่วกันเป็นงานประจำปีของท้องถิ่น

3) การศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนระหว่างพื้นที่เพื่อให้มีการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว อย่าง “เท่าเทียม” กัน

1.2.3 การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation Inquiry: A) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ

1.2.3.1 การทำงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ: การทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพในอำเภอชายแดนไทย-ลาวส่วนใหญ่เป็น “การเรียนรู้จากการปฏิบัติ” ในพื้นที่ โดยมีกระบวนการแบบบันไดเวียน ทำไป พุดไป คิดทบทวนไป ให้ความสำคัญกับการ “เตรียมการก่อนการจัดกิจกรรม (Before Action Review: BAR)” และ “สรุปผลหลังจัดกิจกรรม (After Action Review: AAR)” เพื่อให้ได้ “ผู้นำการเปลี่ยนแปลง” ที่ชุมชนเชื่อถือศรัทธา โดยมีความเป็นมาและการก่อเกิดการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

1) การทำงานแบบองค์กรที่ความสัมพันธ์แนวราบมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง (Interactive Learning Through Action: ILTA) เนื่องจากภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอแต่ละหน่วยงานมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์การปฏิบัติต่างกัน เมื่อได้มาทำงานร่วมกันก็เป็นโอกาสที่จะได้เห็นและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งทุกคนรู้สึว่าได้ความรู้และประสบการณ์ใหม่เพิ่มขึ้น จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบ่งปันประสบการณ์กันและกันของภาคีเครือข่ายจากเวทีการประชุม “เตรียมการก่อนการจัดกิจกรรม (Before Action Review: BAR)” และ “สรุปผลหลังจัดกิจกรรม (After Action Review: AAR)” ที่จัดอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการจัดประชุมวิชาการเพื่อยกระดับความรู้ทักษะและการสร้างความภูมิใจแก่ภาคีเครือข่าย

2) การค้นหาผู้รู้ในชุมชนเพื่อเปิดโอกาสให้ถ่ายทอดประสบการณ์เป็นผู้เหนี่ยวนำเพื่อนบ้านคนอื่นๆ เป็นวิธีการทำงานมีส่วนร่วมและเกิดความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายในชุมชน ที่เกิดจากความเชื่อเบื้องต้นว่า ชุมชนมี “ผู้นำการเปลี่ยนแปลง” ที่มีศักยภาพที่ชุมชนให้ความศรัทธาเชื่อถือสามารถสื่อสารสร้างแรงบันดาลใจให้คนในชุมชนฟังแล้วเข้าใจ เกิดความเชื่อ

และชวนให้เกิดการปฏิบัตินำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพได้ดี

3) การให้คำปรึกษา ชี้นำ แก่ทีมปฏิบัติกรณที่อาจทำงานผิดพลาดเกิดผลด้านลบ โดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกคอยให้คำปรึกษา ชี้นำ ในการปฏิบัติเพื่อกำจัดจุดอ่อนที่เป็นอุปสรรค และสร้างความมั่นใจแก่ทีมระดับปฏิบัติว่า ยังมีพี่เลี้ยงดูแลคอยประคับประคอง

1.2.3.2 การทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน: “การเคารพศักดิ์ศรี” ในคุณค่าความเป็นมนุษย์เป็นพื้นฐานความคิดของภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอ มีความเชื่อว่า ทุกคนมีสิทธิเสมอภาค และสามารถการเรียนรู้ได้ และ “การเรียนรู้จากการปฏิบัติ” จากข้อมูลปัญหาจริงในชุมชน ก็จัดได้สำหรับคนทุกกลุ่มวัยทั้งในระบบและนอกระบบ และหากจัดภายใต้บรรยากาศแบบ “ฉันทพี่น้อง” จะทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของกันและกัน เกิดความรักความผูกพันต่อชุมชนท้องถิ่นของเขา จึงมีวิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพันในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

1) การให้คุณค่าความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน ด้วยการแสดง “ความเคารพนับถือในศักดิ์ศรี” ของเพื่อนมนุษย์ทั้งภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เป็นผู้ให้ และประชาชนผู้รับบริการที่เป็นผู้ปวดคิดเตียง หรือผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ของผู้นำเครือข่ายสุขภาพที่นำทีมลงพื้นที่เข้าไปเยี่ยมเยียนเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชนอย่างสม่ำเสมอ มีการปรับปรุงสภาวะแวดล้อมที่อยู่อาศัย เครื่องบริโภคน้ำดื่ม พร้อมสาธารณูปโภคเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และเมื่อมีสมาชิกเครือข่ายมีผลงานประสบความสำเร็จได้รับรางวัลก็มีการแสดงความชื่นชมยินดีจากบุคคลอื่น ๆ รอบข้างเพื่อสร้างขวัญกำลังใจ

2) การเลือกคณะกรรมการระบบสุขภาพที่เป็นธรรมได้คนที่มีความรู้ความสามารถอย่างแท้จริง เป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนได้เลือกสรรคนที่เหมาะสมเข้ามาเป็นตัวแทนในการดูแลสุขภาพตนเอง

3) การใช้การศึกษาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาแบบสหวิทยาการ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานภาครัฐส่งเสริมการศึกษาและพัฒนาสุขภาพคนทุกกลุ่มวัยทั้งในระบบและนอกระบบ เพื่อขจัดวงจรความทุกข์ยากของราษฎร คือ ความไม่รู้ ความเจ็บป่วย และความยากจน โดยการเปิดโรงเรียนระดับอนุบาลถึงมัธยมเป็นการศึกษาในระบบ ส่วนการศึกษานอกระบบนั้น กศน. จัดให้สำหรับเยาวชนและวัยทำงานที่ขาดโอกาสทางการศึกษา รวมทั้งเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุ โรงเรียน อสม. ที่จัดโดยวัดและชุมชน และการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติแก่ทีมงานซึ่งทั้งหมดเป็นการเรียนตลอดชีวิต ที่ให้คนในชุมชนได้ “เรียนรู้จากการปฏิบัติจริง” แล้วนำมาเปิดเวทีถอดบทเรียน จัดการความรู้ (KM) ที่มีบรรยากาศอบอุ่นผูกพันร่วมกันแบบ “ฉันทพี่น้อง”

1.2.3.3 การสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน: “คน” เป็น “ทุนทางสังคม” ที่สำคัญในการพัฒนาทุกๆ ด้าน เป็นกลไกที่จะสร้างและรักษาไว้ซึ่งทุนทางสังคม

เพื่อนำมาเป็นปัจจัยขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพอีกด้วย และการที่มีคนมาร่วมทำงาน “ด้วยจิตอาสา” เพียงหวังหิบบิ้นความสุขให้ผู้อื่น โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนอื่นใด จึงนับว่า “เป็นความดีงาม” ที่สังคมโลกอยากเห็นทั่วไป โดยมีการสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพันในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

1) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HRD) ตามหลักธรรมาภิบาลของทุกภาคส่วนนั้น นับว่ามีความสำคัญยิ่ง เนื่องจาก “คน” เป็นศูนย์กลางและเป็นทุนของการพัฒนาทุก ๆ ด้าน รวมถึงถึงคนทั้งทีมผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการ ที่เป็นกลไกการสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพันขึ้นมา ดังนั้น การค้นหาหรือการสร้าง “ทุนทางสังคม” ที่มีในชุมชนประกอบด้วย (1) มีคนดี คนรู้ คนเก่ง ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้ทรงภูมิปัญญาท้องถิ่นสาขาต่าง ๆ (2) มีแหล่งทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ดิน น้ำ ป่า แร่ธาตุ ต่าง ๆ ที่คนได้อยู่กินอาศัยและนำมาแปลงเป็นมูลค่าได้ (3) มีวัฒนธรรมประเพณีสองฝั่งโขงที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของคนในชุมชนท้องถิ่น และ (4) กลุ่มองค์กรชุมชนที่เข้มแข็ง หรือกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีอัตลักษณ์เป็นจุดแข็งและโอกาสในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นชายแดนไทย-ลาว

2) การมีระบบสวัสดิการให้ทีมสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานเสียสละไม่หวังสิ่งตอบแทน “ด้วยจิตอาสา” โดยมีการเยี่ยมให้กำลังใจในยามเจ็บป่วย สนับสนุนด้านการศึกษา ฝึกอบรมทักษะการปฏิบัติ และการพัฒนาบุคลิกภาพด้วยการจัดให้มียูนิฟอร์มที่มีเอกลักษณ์แสดงถึงเอกภาพของทีมงาน

3) การมีเวทีร่วมกันสรุปบทเรียนทุกครั้งสม่ำเสมอหลังจากจัดกิจกรรมเพื่อบันทึกประสบการณ์ “สิ่งที่ดีงาม” ที่เกิดขึ้นจากการทำงานในพื้นที่ แล้วนำมาจัดกิจกรรมให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพได้นำเสนอแลกเปลี่ยนเพื่อสร้างความสัมพันธ์ในการสืบสานเชื่อมโยงประเพณีวัฒนธรรมสองฝั่งโขงให้มันยืน

1.2.4 การให้บริการสุขภาพตามความจำเป็นในบริบทของชุมชน (Essential Health care: E) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ

1.2.4.1 การเข้าถึงการบริการสุขภาพพื้นฐานตามบริบท: ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้ยากไร้ ผู้อยู่ในภาวะเปราะบาง เป็นประเด็นร่วมที่ทุกภาคส่วนในพื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว ประกาศเป็นวาระเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ เพื่อให้เกิด “ระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยมีวิธีการเข้าถึงการบริการสุขภาพพื้นฐานตามบริบทในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

1) การเลือกการดูแลด้านสุขภาพและสังคมระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ/ ผู้ป่วยติดเตียง/ ผู้ด้อยโอกาส/ ผู้พิการ/ ผู้ยากไร้/ ผู้อยู่ในภาวะเปราะบาง เป็นประเด็นร่วมที่ทุกภาคส่วน

สามารถจัดบริการและเรียนรู้ร่วมกันได้สะดวก เนื่องจากเป็นปัญหาสำคัญและเป็นวาระเร่งด่วนของพื้นที่

2) การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคติดเชื้อที่ที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยด้วยโรค ติดต่อก็เกิดขึ้นบ้างแต่สถานการณ์ไม่รุนแรง ซึ่งทีม SRRT ของไทยและ สปป.ลาว ที่เป็นกรรมการควบคุมโรคชายแดนสามารถจัดการได้ในระดับเหมาะสม

3) การดูแลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง/ หัวใจ/ สมอ/ หลอดเลือด) ที่เป็นสาเหตุของการป่วยติดเตียง เกิดภาวะฉุกเฉินและตายหากช่วยเหลือไม่ทัน ที่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นในพื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาวทั้งปัจจุบันและอนาคต ซึ่งขาด “ระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญจัดการอย่างเร่งด่วน เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนตามบริบทที่จำเป็น

4) การบริโภคอาหารไม่ปลอดภัยเนื่องจากปนเปื้อนสารเคมีที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

1.2.4.2 การให้บริการเบ็ดเสร็จครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่: การสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยปรับแนวคิด “สุขภาพดีเริ่มที่ตัวเรา” เพื่อให้เกิดแนวคิดใหม่ “สุขภาพดีต้องมีกัลยาณมิตรร่วมคิดร่วมสร้าง” นำไปสู่การมี “สังคมสุขภาพที่ดีและยั่งยืน” โดยมีการให้บริการเบ็ดเสร็จครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

1) การสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เน้นตามแนวคิดการสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ เนื่องจากการสร้างสุขภาพนั้นลงทุนน้อยกว่าการซ่อมสุขภาพ และเกิดความเสียวว่า อาจซ่อมไม่ได้ โดยเริ่มจากการปรับแนวคิดว่า “สุขภาพดีเริ่มที่ตัวเรา” มีโซ่อยู่ที่หมอ แต่ยังมีบุคคลหน่วยงาน องค์กรอื่น ๆ ที่เป็นกัลยาณมิตรทางสุขภาพร่วมทำงานไปสู่สังคมสุขภาพที่ดี

2) การช่วยเหลือดูแลด้านสังคม สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตแบบองค์รวมทุกมิติ ทำให้มีเจ้าภาพร่วมทุกภาคส่วน ดังที่ผู้เชี่ยวชาญสาขาสาธารณสุข เพศชาย อายุ 47 ปี กล่าวไว้

“ต่างจากเมื่อก่อนที่มีแต่ทีมสาธารณสุขกับ อสม. พอมีภาคส่วนอื่นมาร่วมทีมด้วยทำให้ได้เพื่อนร่วมงานหลายสาขาวิชาชีพ สามารถดูแลประชาชนได้มากกว่าการเจ็บป่วย รวมไปถึงอาชีพรายได้ ที่อยู่อาศัย...” (ผู้เชี่ยวชาญสาขาสาธารณสุข เพศชาย อายุ 47 ปี, 6 กุมภาพันธ์ 2561, สัมภาษณ์)

และผู้เชี่ยวชาญสาขาการปกครองส่วนท้องถิ่น เพศหญิง อายุ 40 ปี กล่าวไว้

“มีโอกาสได้ออกเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ขาดการเหลียวแลในพื้นที่ พอ เห็นว่ามีคนนึกถึง ไปเยี่ยมก็ดีใจน้ำตาไหลเลย มากไปกว่านั้นคือบางรายที่เราไปพบว่า เขาพิการ แต่ไม่รู้ช่องทางที่จะได้ซึ่งสิทธิต่าง ๆ เราก็ไปทำให้ มันเป็นความภาคภูมิใจที่อย่างน้อยเราได้ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกันที่เขาขาดโอกาส ยังเข้าไม่ถึงการบริการ เป็นการบริการของภาครัฐที่เราร่วมกันไปถึงที่แล้วเห็นเป็นรูปธรรม..” (ผู้เชี่ยวชาญสาขาการปกครองส่วนท้องถิ่น เพศหญิง อายุ 40 ปี, 6 กุมภาพันธ์ 2561, สัมภาษณ์)

ส่วนการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บ ป่วย ตาย พิการ ที่อยู่ในระดับต้น ๆ ของอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่เป็นเมืองขนาดใหญ่ และขนาดกลาง มีด่านผ่านแดนถาวรและสะพานเชื่อมไป-มาสะดวก เป็นศูนย์กลางการค้าและการท่องเที่ยวชายแดนที่มีแนวโน้มของสภาพการคมนาคมขนส่งหนาแน่นมากขึ้น ภาครัฐหรือข่ายสุขภาพร่วมประกาศเรื่อง ความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เป็นวาระสำคัญเร่งด่วนของอำเภอ เพื่อคุ้มครองชีวิตทรัพย์สินของประชาชน และนักท่องเที่ยว ดังที่ผู้เชี่ยวชาญสาขาการปกครองและความมั่นคง เพศชาย อายุ 43 ปี กล่าวไว้ว่า

“เรามีโครงการรณรงค์ลดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ โดยร่วมมือกับสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด โรงเรียน ตำรวจ ร่วมกันหลายภาคส่วนเพื่อกำหนดเขต City limit ในเมืองของเรา..” (ผู้เชี่ยวชาญสาขาการปกครองและความมั่นคง เพศชาย อายุ 43 ปี, 8 กุมภาพันธ์ 2561, สัมภาษณ์)

3) การจัดระบบบริการแบบบูรณาการให้ยั่งยืน การสร้างโอกาสให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินงานระบบสุขภาพด้วยการ “ลงมือทำด้วยตนเอง” เป็นการจัด “ประสบการณ์ตรง” ให้เขาสามารถนำไปพัฒนาชุมชนที่ผู้คนมีความสัมพันธ์ “เป็นที่พึ่งเป็นน้อง” โดยจัดระบบบริการแบบบูรณาการให้ยั่งยืนในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

3.1) การส่งเสริมความเข้มแข็งแก่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ชุมชนด้วยการสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น โดยพัฒนาคนในชุมชนให้รู้ศักยภาพ (ทุกข์หรือทุน) ของตนเอง เมื่อรู้ว่าจะทำอะไร อย่างไร ชีวิตจึงจะดีขึ้น จึงตัดสินใจลงมือร่วมกันจัดการดูแลพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบครัว และชุมชนตนเองได้ ผ่านการ “ลงมือทำด้วยตนเอง” ในการมีส่วนร่วมดำเนินการระบบสุขภาพทุกขั้นตอน ทำให้ได้รับ “ประสบการณ์ตรง” และมีศักยภาพสูงขึ้น

3.2) การมีคณะกรรมการสุขภาพระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายผู้บริโภคร่วมตรวจสอบคุณภาพอาหาร และวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้นด้วยสถิติย้อนหลัง แล้วนำมาหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

3.3) การที่ภาคีเครือข่ายสามารถดูแลสุขภาพชุมชนได้ตามศักยภาพและบริบทแห่งวิถีวัฒนธรรมของตนๆ ดังผู้เชี่ยวชาญสาขาด้านสาธารณสุข เพศชาย อายุ 65 ปี กล่าวว่า “..คนในอำเภอของเรามีความรู้สึก “เป็นพี่เป็นน้อง” ไม่แบ่งกลุ่มแบ่งพวกแม้ชาติพันธุ์จะต่างกัน เรามีความรัก ความสามัคคี ห่วงแทนในชุมชนของเรา ซึ่งมีบุญประเพณีและวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมานาน..” (ผู้เชี่ยวชาญสาขาด้านสาธารณสุข เพศชาย อายุ 65 ปี, 11 กุมภาพันธ์ 2561, สัมภาษณ์)

1.3 ผลสัมฤทธิ์ (Result) การทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่เชื่อมโยงสอดคล้องประสานกันอย่างเป็นระบบนี้ ส่งผลให้เกิดความสำเร็จของการพัฒนาเป็น 2 ระดับ กล่าวคือ

1.3.1 ระดับผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ “การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค” (Customer focus: C) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ

1.3.1.1 มีช่องทางการรับรู้ความต้องการการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้รับบริการ การที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอใช้กระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ภาคประชาชนซึ่งเป็นผู้รับบริการ “ได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทุกขั้นตอน” รับรู้ข้อมูลระบบสุขภาพทำให้เขาารู้สึกตระหนักรหว่าง “เป็นเจ้าของ” สุขภาพตนเองและนำไปสู่การเข้ามามีส่วนร่วมแบบ “ไม่นั่งดูตาย” โดยมีช่องทางการรับรู้ความต้องการการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้รับบริการในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

1) การสร้างให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เจตคติที่ดี และการปฏิบัติ รวมทั้งประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ เป็นวิธีการให้ประชาชนมีส่วนร่วม “ได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทุกขั้นตอน” เมื่อได้รู้ได้เห็น ได้สัมผัสอยู่เป็นประจำ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และความภาคภูมิใจ

2) ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับข้อมูลเกี่ยวกับระบบสุขภาพของตนเอง จะเกิดความรู้สึกห่วงใย “เป็นเจ้าของ” สุขภาพตนเองและสุขภาพชุมชนมากขึ้น

3) การให้ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางที่หลากหลาย ทั้งสิ่งพิมพ์ สื่อสารมวลชน สื่อออนไลน์ และสื่อบุคคล เพื่อสร้างให้เกิดกระแสการรับรู้ทางสังคมได้ตระหนักร่วมกันถึงปัญหาของตนเอง นำไปสู่การร่วมมือการหาแนวทางแก้ไข แบบ “ไม่นั่งดูตาย” หรือไม่คอยเป็นผู้รับฝ่ายเดียว

1.3.1.2 การขยายและปรับปรุงช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ หลักการทรงงาน “ระเบิดจากข้างใน” เป็นการปฏิบัติตามหลัก “อริยสัจ 4” โดยให้

คนในชุมชน “รู้ทุกข์” “รู้ทუნ” ของตนเองก่อน แล้วเขาจะ “รู้ทาง” ได้พบ “แสงสว่าง” ด้วย “ตาใน” ของตนเอง ด้วยกระบวนการที่ “ผู้ส่งสาร (Sender) นำ “สาร (Message)” ไปยัง “ผู้รับสาร (Receiver)” โดย “ช่องทาง (Chanel)” ที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการขยายและปรับปรุงช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

1) การใช้หลักการทรงงานของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 คือ “ระเบิดจากข้างใน” ทุกขั้นตอนของกระบวนการมาจากความคิดเห็นของคนในพื้นที่ เมื่อชุมชนได้มีส่วนร่วมจัดการเรียนรู้การจัดการระบบสุขภาพทุกขั้นตอน จากวิธีง่าย ๆ ค่อยขยับยาก ๆ ขึ้นไป สร้างให้เกิดการรับ “รู้ทุกข์” ที่เป็นปัญหา “รู้ทუნ” ที่เป็นศักยภาพหรือความสามารถของตน ให้มองเห็นวิถีแก้ไข หรือ “รู้ทาง” รู้จักหลีกเลี่ยงข้อขัดข้องอุปสรรค เนื่องจากผ่านการที่ลงมือปฏิบัติจริง จนสามารถมองเห็นภาพเป้าหมายความสำเร็จประจักษ์พบ “แสงสว่าง” ที่เกิดด้วยปัญญา “ตาใน” ของตนเอง

2) การประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจแก่ประชาชนด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและใช้ภาษาที่ผู้รับสารเข้าใจได้ง่าย โดยผู้นำเครือข่ายสุขภาพ “ผู้ส่งสาร (Sender)” นำ “สาร (Message)” หรือเนื้อหาสื่อสารออกไปยัง “ผู้รับสาร (Receiver)” เพื่อให้เกิดความเคลื่อนไหวทางสังคมในระดับชุมชนท้องถิ่น ด้วยวิธีการหรือ “ช่องทาง (Chanel)” การพูดคุย สนทนา ประชาคม ประกาศ ประชาสัมพันธ์ ทางสื่อบุคคลและสื่อท้องถิ่น ในโอกาสต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3) การที่ชาวบ้านเสนอการแก้ไขปรับปรุงระบบสุขภาพด้วยตนเองผ่านที่ประชุม เพื่อให้เกิดความภูมิใจและรู้สึกเป็นเจ้าของ เนื่องจากประเด็นความคิดเห็นหรือความทุกข์ของชาวบ้านหากได้รับการตอบสนองแล้วจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินการยิ่งขึ้น

1.3.1.3 การบูรณาการกับงาน อื่น ๆ ให้มีช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเกิดความมั่นใจและผูกพัน

เคยมีผู้กล่าวว่า “พลังข้อมูล” คือ “พลังความเปลี่ยนแปลง” ดังนั้น การมีช่องทางการรับรู้ประชาชนโดยการคืนข้อมูลให้ชุมชนเป็นวิธีการ “สะท้อนข้อมูลกลับ” แบบการสื่อสารสองทางที่สร้างให้เกิดการใช้เป็นข้อมูลเป็นพลังผลักดันให้ประชาชนตัดสินใจ “มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจริงจัง” ด้วยตนเองโดยมีความเป็นมาและการก่อเกิดการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอชายแดนไทย-ลาว ดังนี้

1) การให้ความสำคัญกับคุณค่าความเป็นมนุษย์ ที่ทุกคนมีสิทธิ์เท่าเทียมเสมอภาคจึงเป็นผู้กำหนดหรือปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพด้วยตนเอง



2) การคืนข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เป็น “การสะท้อนข้อมูลกลับ” ทั้งสองทาง ที่ประชาชนผู้รับบริการจะใช้ตัดสินใจด้วยตนเองในการเข้ามา “มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจริงจัง”

3) การจัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ในระดับท้องถิ่นตามวิถีชีวิต วัฒนธรรมประเพณีและการเล่นพื้นบ้าน เนื่องจากวัฒนธรรมประเพณีนั้นเป็นตัวตนของเขา ที่ส่งผลให้เกิดความภูมิใจความรักในท้องถิ่นตนเอง

1.3.2 ระดับผลกระทบ (Impact) ความสำเร็จของการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่มาจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพอย่างเข้มแข็งและจริงจังนั้น สร้างให้เกิดผลผลิตเป็นรูปธรรมแก่ผู้บริโภคและเกิดผลลัพธ์ของการทำงานจนเกิดคุณค่าของภาคีเครือข่ายสุขภาพในเชิงประจักษ์ หากสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องก็จะส่งผลกระทบต่อสังคมสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน (Health For All, All For Health) ตามลำดับ ดังนี้

1.3.2.1 ชุมชนเกิดความผูกพันในระบบสุขภาพของตนเอง (Community Engagement) ทุกภาคส่วนร่วมกันเป็นเจ้าของ ให้ความสำคัญ และเอาใจใส่ร่วมกันดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

1.3.2.2 มีระบบการทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย (Health Networking System) ซึ่งกลุ่มองค์กรชุมชน และหน่วยงานทุกภาคส่วนทำงานประสานสัมพันธ์กันมากขึ้น

## 2. องค์ประกอบที่พบเพิ่มเติม

จากการวิเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ได้ตามประเด็นสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวแล้วนั้น ยังมีข้อค้นพบเพิ่มเติมที่ส่งผลให้กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น ดังนี้

2.1 การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ

2.1.1 ภาวะการนำองค์กรและการจัดการตามหลักธรรมาภิบาล (Leadership & governance) ของผู้นำที่ทำหน้าที่หัวหน้าทีม

หัวหน้าทีมที่เป็นผู้นำภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ต้องเป็น นักยุทธศาสตร์ที่มีภาวะผู้นำสามารถนำองค์กรภายใต้การจัดการความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมืองในทุกมิติคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป้าหมายให้เกิดประสิทธิผลอย่างมีประสิทธิภาพ เสมอภาค เท่าเทียมเป็นธรรม และมีคุณสมบัติอีกหลาย ๆ ด้าน ดังที่ผู้เชี่ยวชาญสาขาการศึกษา เพศชาย อายุ 40 ปี ให้สัมภาษณ์ไว้ว่า

“หัวหน้าทีมต้องมีแรงจูงใจส่วนตัวและมีความรู้อย่างน้อย 5 ศาสตร์ ที่อยู่ในตัวตน คือ 1) การวางแผนงานและยุทธศาสตร์ 2) จิตวิทยาบุคคล 3) วิชาการและการวิจัย 4) การบริหารจัดการ

องค์กร และ 5) การสื่อสารและการถ่ายทอดด้วยการพูดและการเขียนข่าว บทความ หนังสือ..”  
(สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2561)

และผู้เชี่ยวชาญสาขาการปกครองและความมั่นคง เพศชาย อายุ 43 ปี กล่าวว่า  
“ขอให้ทำงานเชิงรุก พูดคุยกันบ่อย ๆ คุยกันเรื่องสุขภาพ จะได้เรื่องความคิดเห็น  
และการปฏิบัติบำรุงขวัญกำลังใจ นายอำเภอทำเป็นตัวอย่าง ทำให้เห็น พูดแล้วต้องทำ ยิ้มแย้ม  
แจ่มใส..” (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 256.)

### 2.1.2 การสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration)

2.1.2.1 หัวหน้าทีมมีความสามารถในการปรับแนวคิดการทำงาน สร้างแรงบันดาลใจ  
เหนี่ยวนำให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างทรงพลัง เหมือนกระแสน้ำ ดังคำพูดของ  
ผู้เชี่ยวชาญสาขาการปกครองและความมั่นคง เพศชาย อายุ 40 ปี ว่า

“เราต่างกันเพียงหน้าที่ แต่มีเป้าหมายเดียวกัน คือ การดูแลประชาชนคนเดียวกัน  
ที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกันหลายฝ่าย..จึงต้องทำไปพร้อม ๆ กัน เหมือนกระแสน้ำที่ไหลไปทิศทาง  
เดียวกัน แล้วจะมีพลังและพบความสำเร็จ...” (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2561)

ผู้เชี่ยวชาญสาขาการปกครองและความมั่นคง เพศชาย อายุ 43 ปี กล่าวว่า  
“เงินเป็นเรื่องรอง หัวใจต้องมาก่อน ต้องเข้าไปหาเขา ไปนั่งในบ้านเขาได้ก็ถือว่า  
สำเร็จ ซึ่งเป็นผลทางจิตวิทยา ผมไม่ค่อยอยู่ห้องทำงาน นื่อง ๆ รพ.สต. เห็นเราพาหัวหน้า  
ส่วนราชการเข้าไปหาชาวบ้านเขาก็ดีใจ...” (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 256.)

2.1.2.2 หัวหน้าทีมมีวิธีเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงานสามารถกระตุ้นให้ทีมมี  
พลังทำงานร่วมกัน ดังผู้เชี่ยวชาญสาขาการปกครองและความมั่นคง เพศชาย อายุ 59 ปี กล่าวว่า

“การทำงานก็เหมือนผมเป็นพระเอกลิเก เป็นตัวร้ายตัวโกงก็ได้ พระเอกก็ได้  
เวลาเขามาทำงานก็ชื่นชมให้กำลังใจ โอ้โฮ...ผู้ใหญ่ขยันจังเลย คำพูดเด่นทีเดียว กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน  
ขยันกันใหญ่เลย.. เนี่ยผมเอากระทิงแดงมาช่วย 2 โหล พอมีขี้ ไม้พอเดียวให้ท่านนายกเทศมนตรี  
เขาช่วย มันก็จะเป็นท้องถิ่นท้องถิ่นที่มาช่วยกัน...” (ผู้เชี่ยวชาญสาขาการปกครองและความมั่นคง  
เพศชาย อายุ 59 ปี, 9 กุมภาพันธ์ 2561, สัมภาษณ์)

ผู้เชี่ยวชาญสาขาด้านสาธารณสุข เพศชาย อายุ 53 ปี กล่าวว่า

“สิ่งแรกต้องเปลี่ยนระบบความคิดในการทำงาน โดยการจัดบริการที่พึงพอใจ  
ให้ชาวบ้าน แม้ว่าเราจะมีประชากรจำนวนมากและบริการหลายอย่าง ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้..เป็น  
ผู้นำต้องทำเป็นตัวอย่าง เข้าพรรษาถึงคเหล้า เราทำจริง ๆ รู้ว่าประชาชนต้องการอะไร บริการ  
อย่างไร จะเกิดความประทับใจ และไปบริการถึงชุมชนหมู่บ้านผมจึงจะเห็นสภาพความเป็นอยู่และ  
ข้อมูลต่าง ๆ ตามข้อเท็จจริง เมื่อปีที่แล้วมีคหบดีคนหนึ่งมาวัดความดันโลหิตครั้งเดียว ท่านเห็นเรา

ทำอย่างนี้ได้บริจาคเงินถึง 1 หมื่นบาท ดังนั้น เราทำด้วยใจ เราก็ได้น้ำใจจากประชาชน..”  
(สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2561)

### 2.1.3 การทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanity)

การทำงานเพื่อมวลชนให้เกิดความสุขแก่สาธารณชนแบบ “จิตอาสา” หรือทำงานด้วย “จิตอาสา” นั้น ผู้ทำงานล้วนเป็นผู้ที่มีจิตใจสูง มีคุณธรรม เมตตา กรุณา อุทิศตน เสียสละ ทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังสติปัญญา หรือแม้กระทั่งกำลังทรัพย์ที่พึงแบ่งปันได้ โดยมีเป้าหมายแบบไม่เลือกเพศ ผิวพรรณ ชนชั้นวรรณะ ดังคำกล่าวของผู้เชี่ยวชาญสาขาการปกครองท้องถิ่น เพศหญิง อายุ 40 ปี ว่า

“การทำงานทางด้านสุขภาพ ทำให้มีโอกาสได้ออกเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ขาดการเหลียวแล เป็นการไปให้กำลังใจผู้ป่วย... พอเห็นว่ามีคนนึกถึง ไปเยี่ยมก็ดีใจ...รู้สึกน้ำตาไหลเลย มันเป็นความภาคภูมิใจที่อย่างน้อยเราได้ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกันที่เขขาดโอกาส แม้แค่คนเดียวก็จะเป็นความภูมิใจ...” (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2561)

ผู้เชี่ยวชาญสาขาด้านสาธารณสุข เพศหญิง อายุ 50 ปี กล่าวว่า

“ภูมิใจที่ได้เกิดมาเป็นลูกสาธารณสุข มีโอกาสได้ดูแลประชาชนตั้งแต่เกิดจนตาย เพราะว่าในเวลาเขาเจ็บป่วยมา มันก็จะทรมาน พอเราดูแลเขาหาย เราก็ชื่นใจนะคะ ในเรื่องของการเกิดเราก็ดูแลตั้งแต่ฝากครรภ์ เราก็เป็นส่วนหนึ่งที่ได้ทำโครงการ ได้เข้าไปดูแลคนแก่ คนเจ็บคนป่วย การเจ็บป่วยก็จะมีทีมไปดูแลที่บ้าน เป็นการช่วยเหลือเขาให้ได้อยู่ในสังคมที่มีสุข และสุดท้ายในเรื่องของตาย เราก็ยังได้ไปส่งสะกาน ให้ผู้ป่วยครั้งสุดท้ายก่อนสิ้นลม เพื่อส่งให้เขาขึ้นสวรรค์ที่เป็นความเชื่อแบบบ้านเฮานะคะ...” (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2561)

ผู้เชี่ยวชาญสาขาด้านการศึกษา เพศชาย อายุ 54 ปี กล่าวว่า

“มันเป็นเรื่องของหัวใจ หัวใจ สังกม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม มันเป็นเรื่องของมวลชนที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ยกตัวอย่าง มีผู้ยากไร้เป็นผู้ป่วยติดเตียง เราก็มองเป็นเรื่องสุขภาพด้วย “บ้านที่ไม่มีจะอยู่ ก็จะมีชีวิตที่ดีได้อย่างไร จะมีสุขอนามัยที่ดีได้อย่างไร” (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2561.)

## 2.2 การสื่อสาร (Communication)

การพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว พบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทุกอำเภอให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการทำงานของภาคีเครือข่ายที่มีความแตกต่างกันในหลาย ๆ ด้าน จึงจำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารที่เป็นระบบครบวงจร คือ การสื่อสารสองทาง (Two-way communications) ประกอบด้วย 1) ข้อมูล (Information) หรือ เนื้อหาของ

สาร (Message: M) ที่ผู้ส่งสาร (Sender: S) ส่งหรือถ่ายทอดออกไปด้วยวิธีการหรือมีช่องทาง (Channel: C) ที่เหมาะสม ตรงตามความต้องการทำให้ผู้รับสาร (Receiver: R) ทำให้รับรู้ เข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ตามวัตถุประสงค์ และ 2) การสะท้อนกลับ (Feedback) เป็นข้อเสนอแนะที่ผู้รับสารแจ้งกลับมาเพื่อเติมเต็มส่วนที่ขาดหรือเพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

**2.3 ความมุ่งมั่น (Commitment: C)** ความมุ่งมั่นในการทำงานภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอชายแดนไทย-ลาว ยึดมั่นในข้อตกลงร่วมกันในการทำงานเพื่อประชาชนในท้องถิ่น แบบสัญญาประชาคมโดยไม่ต้องรอลายลักษณ์อักษรที่เป็นทางการ ด้วยทุกคนเห็นร่วมกันว่า

“ผู้คนที่ผมอง คือพี่น้องเรา..ออกทำงานแต่ละทีไม่ต้องมีหนังสือเชิญ..ทำด้วยความมุ่งมั่นและเต็มใจ..”(ผู้นำภาคีเครือข่ายสาขาการปกครองและความมั่นคง เพศชาย อายุ 45 ปี, 7 กุมภาพันธ์ 2561, สัมภาษณ์)

#### **2.4 บริบททางวัฒนธรรม (Cultural Context: C)**

การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ควรสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนในท้องถิ่นนั้น ๆ จึงจะเกิดการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง เนื่องจากในพื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้เชี่ยวชาญสาขาสาธารณสุข เพศชาย อายุ 55 ปี ที่กล่าวว่า

“ความหลากหลายทางชาติพันธุ์แม้มีมาก แต่ส่วนใหญ่เป็นคนพื้นเพดั้งเดิม เป็นสังคมลักษณะเครือญาติ แม้ต่างชนเผ่า แต่ก็อยู่กันแบบเครือญาติ ได้รับความเปลี่ยนแปลง ปัญหาของท้องถิ่น มีแม่น้ำโขง หรือ น้ำของ เป็นจุดรวมใจให้คนมารวมมือกัน ทำให้มองเห็นกันแบบพี่น้อง” (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2561)

ผู้เชี่ยวชาญสาขาการปกครองท้องถิ่น เพศชาย อายุ 45 ปี กล่าวว่า

“ประเพณีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์ของเรา คือ ประเพณีบุญผะเหวด หรือบุญเทศน์มหาชาติ ที่เทศบาลเป็นเจ้าภาพจัดขึ้นราวกลางเดือน 4 ของทุกปี ที่พี่น้องตำบลหมู่บ้านต่าง ๆ ทั้งอำเภอจะมาร่วมทำบุญโดยรับเป็นเจ้าภาพถวายภัตตาหารเทศน์ทั้ง 13 กัณฑ์ ใครมีอะไรก็จะนำมาวมกันที่วัดป่าแดง” (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2561)

ผู้เชี่ยวชาญสาขาการปกครองท้องถิ่น เพศหญิง อายุ 40 ปี

“ถ้าพูดถึงชาติพันธุ์ของเมืองมุกมีชนพื้นเมืองถึง 8 เผ่า ถ้าแข็งแรงที่สุดคือ ภูไท มีกะเลิง มีอีสาน ข่า ย้อ มีความเข้มแข็งของจารีตประเพณี ส่วนคนเวียดนามที่มาอยู่บ้านเราเรียกว่า ไทใหม่ พูดถึงวัฒนธรรมเมืองมุกอาหารตอนนี้จะเรียกว่า เมือง 3 ธรรม คือ เมืองธรรมะ

เมืองธรรมชาติ และเมืองวัฒนธรรมชนเผ่า...” (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2561)

จากข้อมูลทั้งหมดที่ประมวลได้จากการทำเคลฟายรอบที่ 1 ได้นำผลการวิเคราะห์มาตั้งเคราะห์เป็นประเด็นสำคัญของ (ร่าง) ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวได้ จำนวน 10 องค์ประกอบหลัก 28 องค์ประกอบรอง และ 83 ประเด็น เป็นคำถามปลายเปิดแบบมาตราส่วน 5 ระดับ เกี่ยวกับ 1) ความเหมาะสมของระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวในอนาคต 2) ความเป็นไปได้ของระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว และ 3) ข้อเสนอแนะ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาแสดงความคิดเห็นร่วม (Consensus) ในการเคลฟายในรอบต่อไป ดังสรุปในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4-8 องค์ประกอบหลัก องค์ประกอบรอง และประเด็นสำคัญของร่างระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

| องค์ประกอบหลัก                   | องค์ประกอบรอง                  | ประเด็นสำคัญ                               |
|----------------------------------|--------------------------------|--|
| Unity District<br>Health Team: U | 1. การจัดโครงสร้างรูปแบบองค์กร | 1. การทำงานอย่างต่อเนื่อง                  |
|                                  |                                | 2. การมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ           |
|                                  |                                | 3. การ มีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน           |
|                                  | 2. การทำงานเป็นทีม             | 4. การมีอนุกรรมการ/ คณะทำงาน               |
|                                  |                                | 5. การมีหัวหน้าส่วนเป็นประธาน              |
|                                  |                                | 6. การที่ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน |
|                                  | 3. การบริหารจัดการ             | 7. การเชื่อมโยงแบบเครือข่าย                |
|                                  |                                | 8. การประสานงานตามบทบาทองค์กร              |
|                                  |                                | 9. การมีความสัมพันธ์ทั้งแนวดิ่งและแนวราบ   |

ตารางที่ 4-8 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก        | องค์ประกอบรอง   | ประเด็นสำคัญ  |   |
|-----------------------|---|---|---|
| Customers Focus:<br>C | 4. การมีช่องทางกร<br>รับรู้การมีส่วนร่วม<br>ของประชาชน  | 10. การประชาสัมพันธ์แก่ผู้รับบริการ<br>11. การประชุม (หัวหน้าส่วน/ กรรมการ)<br>12. การประสานงานกับผู้นำชุมชน<br>13. การประกาศทางเสียงตามสาย/ หอกระจายข่าว |   |
|                       | 5. การขยายและ<br>ปรับปรุงช่องทาง<br>การรับรู้และช่องทาง | 14. การจัด เวทีประชาคมทำแผนชุมชน<br>15. การจัด เวทีนำเสนอโครงการระดับอำเภอ<br>16. การสื่อสารทางกลุ่มไลน์<br>17. การเยี่ยมเยือนผู้ป่วยที่บ้าน              |   |
|                       | 6. การบูรณาการกับ<br>งานอื่น ๆ                          | 18. การสื่อสารข้อมูลขณะร่วมงานต่าง ๆ<br>19. การเผยแพร่ข่าวทางสื่อมวลชน/ สถานีวิทยุ<br>20. การจัดนิทรรศการ/ เสนอผลงาน                                      |   |
|                       | Community<br>Participation: C                           | 7. การมีส่วนร่วมใน<br>การวางแผนงาน  | 21. การสำรวจข้อมูลปัญหาความต้องการ<br>22. การวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา/ ความต้องการ<br>23. การร่วมทำแผนแนวทางแก้ปัญหา  |
|                       |   | 8. การมีส่วนร่วมใน<br>การดำเนินงาน  | 24. การที่ภาคีเครือข่ายเข้าร่วมกิจกรรมตามแผน<br>25. การนำแผนงานองค์กรมาเชื่อมต่อกัน<br>26. การจัดให้มีทีมเลขานุการประสานดำเนินงาน   |
|                       |   | 9. การมีส่วนร่วมใน<br>การประเมินผลและ<br>เป็นเจ้าของ  | 27. การร่วมกันติดตามผลการดำเนินงานในเชิง<br>ประจักษ์<br>28. การมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน<br>เชิงประจักษ์<br>29. การถอดบทเรียนสร้างองค์ความรู้เพื่อการ<br>พัฒนาต่อยอด |

ตารางที่ 4-8 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก             | องค์ประกอบรอง                        | ประเด็นสำคัญ   |
|----------------------------|--------------------------------------|--|
| Appreciation<br>Inquiry: A | 10. การทำงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ | 30. การทำงานแบบเชิงรุก<br>31. การทำงาน โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน<br>32. การตระหนักถึงคุณค่าที่เกิดจากทำงานร่วมกัน<br>33. การให้คุณค่าความเป็นมนุษย์ |
|                            | 11. การทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน  | 34. การริเริ่มในการแก้ปัญหาาร่วมกัน<br>35. การดูแลซึ่งกันและกันเสมือนเป็นญาติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ<br>36. การยอมรับซึ่งกันและกัน              |
|                            | 12. การสร้างวัฒนธรรมในการทำงาน       | 37. การทำงานด้วยจิตสำนึกสาธารณะ (Public mind)<br>38. การสร้างศรัทธาแก่ทีมงานและประชาชน<br>39. การเป็นแบบอย่างที่ดี                             |
|                            | 13. การร่วมกันวางแผนจัดหาทรัพยากร    | 40. การทำข้อตกลงร่วมกันในแนวทางการจัดสรรทรัพยากร<br>41. การจัดหาทรัพยากรให้ครอบคลุมตามแผนการแก้ปัญหา<br>42. การใช้ทุนทางสังคมในชุมชนท้องถิ่น   |

## ตารางที่ 4-8 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก              | องค์ประกอบรอง  | ประเด็นสำคัญ   |
|-----------------------------|--|--|
| Essential Health<br>Care: E | 14. การร่วมกัน<br>จัดสรรทรัพยากร                         | 43. การร่วมกันหาทางออกกรณีเกิดข้อจำกัดใน<br>การใช้ทรัพยากร<br>44. การกำหนดผู้รับผิดชอบ<br>45. การระดมทุนจากภาคส่วนต่างๆ  |
|                             | 15. การร่วมกัน<br>ทบทวนปรับปรุงการ<br>จัดการทรัพยากร     | 46. การยกระดับจิตสาธารณะสู่จิตสำนึกสาธารณะ<br>47. การพัฒนาบุคลากร<br>48. การระดมทุนจากภาคเอกชน   |
|                             | 16. การเข้าถึงบริการ<br>สุขภาพพื้นฐานตาม<br>บริบท        | 49. การดูแล ผู้สูงอายุ/ ผู้ป่วยติดเตียง/ NCD<br>50. การดูแลงานอนามัยแม่และเด็ก<br>51. การแก้ไขปัญหาปากท้อง (เศรษฐกิจ/ รายได้)<br>52. การลดการดื่มสุรา-การพนัน<br>53. การป้องกันการระบาดของไข้เลือดออก<br>54. การลดอุบัติเหตุ/ สาธารณภัย  |
|                             | 17. การให้บริการ<br>เบ็ดเสร็จครอบคลุม<br>ประชากรส่วนใหญ่ | 55. การดูแลกลุ่มแม่-เด็ก (เกิดรอดปลอดภัย)<br>56. การส่งเสริมสุขภาพ/ การศึกษากลุ่มวัยเรียน<br>วัยรุ่น<br>57. การส่งเสริมอาชีพ/ รายได้ในกลุ่มวัยทำงาน<br>58. การดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้สูงอายุ/ ผู้ป่วยติด<br>เตียง<br>59. การดูแลสุขภาพ/ สังคม/ สวล.<br>กลุ่มผู้ด้อยโอกาส<br>60. การพัฒนาคนให้พึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ<br>ที่สอดคล้องวัฒนธรรมชุมชนท้องถิ่น |



ตารางที่ 4-8 (ต่อ)

| องค์ประกอบหลัก                       | องค์ประกอบรอง                                       | ประเด็นสำคัญ   |
|--------------------------------------|---|--|
| Essential Health<br>Care: E<br>(ต่อ) | 18. การจัดระบบ<br>บริการแบบบูรณาการ<br>ให้ยั่งยืน   | 61. การดูแลคนตั้งแต่เกิด-จนตาย<br>62. การพัฒนาผู้นำ และองค์กรชุมชน<br>63. การจัดทีมทำงานบริการแบบไร้รอยต่อ                                       |
|                                      | 19. การมีภาวะการนำ<br>องค์กร                        | 64. การบริหารเชิงยุทธศาสตร์<br>65. การบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล  |
| Captaincy: C                         | 20. การสร้างแรง<br>บันดาลใจ                         | 66. การปรับแนวคิดในการทำงาน<br>67. การใช้ความสามารถสร้างแรงจูงใจให้ทีมงาน  |
|                                      | 21. การทำงานด้วยหัวใจ<br>ความเป็นมนุษย์             | 68. การเสียสละและอุทิศเวลาการทำงาน<br>69. การให้คุณค่าความเป็นมนุษย์   |
| Communication:<br>C                  | 22. การให้ข้อมูล                                    | 70. ประสิทธิภาพการให้ข้อมูลข่าวสาร   |
|                                      | 23. การสะท้อนกลับ                                   | 71. การสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อปรับปรุงแก้ไข  |
| Commitment: C                        | 24. การมีความมุ่งมั่น<br>ทำงานให้สำเร็จ<br>ร่วมกัน  | 72. การจัดทำข้อตกลงร่วมของภาคีเครือข่าย<br>73. การมุ่งมั่นทำงานเพื่อพี่น้องในท้องถิ่น  |
|                                      | 25. การมีภาษาที่ใช้<br>สื่อสารเข้าใจกัน             | 74. การสื่อสารด้วยวาจา<br>75. การสื่อสารด้วยลายลักษณ์อักษร   |
| Cultural Context:<br>C               | 26. การมีสังคมความ<br>เป็นอยู่ที่เป็น<br>เอกลักษณ์  | 76. การมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ<br>77. การบริโภคอาหาร<br>78. การแต่งกาย (เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม)<br>79. การตั้งบ้านเรือน ที่อยู่อาศัย ศาสนสถาน |
|                                      | 27. การมีขนบ ธรรมเนียม<br>แบบแผน<br>ประเพณีเดียวกัน | 80. การจัดงานบุญประเพณี<br>81. การจัดทำกติกา/ ข้อตกลงร่วม  |
|                                      | 28. การมีแนวคิด<br>ความเชื่อที่เหมือนกัน            | 82. การนับถือผี/ นับถือบรรพบุรุษ<br>83. การมีความเชื่อตามหลักศาสนา   |

### 2.1.2 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว รอบที่ 2 (Delphi รอบที่ 2)

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 ท่าน ตามแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ในการพิจารณาให้ความคิดเห็น ตามเกณฑ์ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความคิดเห็นที่สอดคล้อง ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์ดังนี้

ความเหมาะสมของระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว พิจารณาจากร้อยละที่ผู้เชี่ยวชาญเลือก ตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ความเป็นไปได้อันจะเกิดขึ้นในอนาคตพิจารณาจากฐานนิยามที่ผู้เชี่ยวชาญเลือก ตั้งแต่ ระดับมาก (4) ขึ้นไป

ความคิดเห็นที่สอดคล้อง (Consensus) พิจารณาจากพิสัยควอไทล์ (Inter-quartile range) ที่ไม่เกิน 1.00

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเดลฟายรอบที่ 2 เป็นดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity district health team: U) ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากถึง 9 รายการ รายละเอียดดังตารางที่ 4-9

องค์ประกอบที่ 2 การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภค (Customers focus: C) ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบการให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภคในระดับอำเภอมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากถึง 8 รายการ โดยมี 1 รายการที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามีความเหมาะสม แต่ไม่มีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มาก คือ ข้อ 12 เรื่องช่องทางการรับรู้โดยการประสานงานกับผู้นำชุมชน รายละเอียดดังตารางที่ 4-10

องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation: C) ผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากถึง 8 รายการ โดยมี 1 รายการ ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามีความเหมาะสม และไม่มี ความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มาก คือ ข้อ 25 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานประเด็นการนำแผนงานขององค์กรมาเชื่อมต่อกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4-11

องค์ประกอบที่ 4 การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciative inquiry: A) ผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มาก 9 รายการ โดยมี 1 รายการที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ารูปแบบ ๑ มีความเหมาะสม แต่ไม่มีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มาก คือ การทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน ประเด็นการยอมรับซึ่งกันและกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4-12

องค์ประกอบที่ 5 การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing: R) ผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องว่ารูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบการแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากรมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากทั้ง 9 รายการ รายละเอียดดังตารางที่ 4-13

องค์ประกอบที่ 6 การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชน (Essential health care: E) ผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบ การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชนมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มาก 12 รายการ โดยมี 3 รายการที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ารูปแบบ ๑ มีความเหมาะสม แต่ไม่มีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มาก คือ 1) การบริการเบ็ดเสร็จครอบคลุมกลุ่มประชากร ข้อ 56 ประเด็น วัยเรียน-วัยรุ่น 2) ข้อ 57 ประเด็นวัยทำงาน และ 3) การบริการแบบบูรณาการให้ยั่งยืน ประเด็นการดูแลคนตั้งแต่เกิดจนตาย รายละเอียดดังตารางที่ 4-14

องค์ประกอบที่ 7 การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C) ผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบการทำหน้าที่ของหัวหน้าทีมมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มาก ทั้ง 6 รายการ รายละเอียดดังตารางที่ 4-15

องค์ประกอบที่ 8 การสื่อสาร (Community) ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบการสื่อสารมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากทั้ง 2 รายการ รายละเอียดดังตารางที่ 4-16

องค์ประกอบที่ 9 ความมุ่งมั่น (Commitment: C) ผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบความมุ่งมั่นมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากทั้ง 2 รายการ รายละเอียด

ตารางที่ 4-17

องค์ประกอบที่ 10 บริบททางวัฒนธรรม (Cultural context: C) ผู้เชี่ยวชาญมีความ  
 สอดคล้องว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบบริบททางวัฒนธรรม  
 ชุมชนมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากที่สุด  
 10 รายการ รายละเอียดตารางที่ 4-18

ตารางที่ 4-9 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว  
 ในองค์ประกอบการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (เดลฟายรอบที่ 2)

| รายการ                                       | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอไทล์<br>(IQR) |
|--|-----------------------------|---------|------------|------|---------------------------|
|  |                             |         | Q1         | Q3   |                           |
| 1. การทำงานอย่างต่อเนื่อง                    | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 2. การมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ             | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 3. การมีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน              | 100                         | 5       | 4.75       | 5    | 0.25                      |
| 4. การมีอนุกรรมการ/ คณะทำงาน                 | 100                         | 5       | 3.75       | 5    | 1                         |
| 5. การมีหัวหน้าส่วนเป็นประธาน                | 100                         | 5       | 3.75       | 4.25 | 0.50                      |
| 6. การภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทุก<br>ขั้นตอน  | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |
| 7. การเชื่อมโยงแบบเครือข่าย                  | 100                         | 5       | 3.75       | 4    | 0.25                      |
| 8. การประสานตามบทบาทองค์กร                   | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |
| 9. การมีความสัมพันธ์ทั้งแนวดิ่ง<br>และแนวราบ | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |

ตารางที่ 4-10 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน  
ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภคร  
(เคลฟายรอบที่ 2)

| รายการ/ ข้อคำถาม                             | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอไทล์<br>(IQR) |
|--|-----------------------------|---------|------------|------|---------------------------|
|  |                             |         | Q1         | Q3   |                           |
| 10. การประชาสัมพันธ์<br>แก่ผู้รับบริการ      | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |
| 11. การประชุม (หัวหน้าส่วน/<br>กรรมการ)      | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |
| 12. การประสานงานกับผู้นำชุมชน                | 100                         | 5       | 3          | 5    | 2                         |
| 13. การประกาศเสียงตามสาย/ หอ<br>กระจายข่าว   | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 14. การจัดเวทีประชาคมทำแผน<br>ชุมชน          | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 15. การจัดเวทีนำเสนอโครงการ<br>ระดับอำเภอ    | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |
| 16. การสื่อสารทางกลุ่มไลน์                   | 100                         | 3       | 4          | 5    | 1                         |
| 17. การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน                  | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |
| 18. การสื่อสารข้อมูลในขณะ<br>ร่วมงานต่างๆ    | 100                         | 5       | 4.75       | 5    | 0.25                      |
| 19. การเผยแพร่ทางสื่อสารมวลชน/<br>สถานีวิทยุ | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25                      |
| 20. การจัดนิทรรศการ/ เสนอ<br>ผลงาน           | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |

ตารางที่ 4-11 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว  
ในองค์ประกอบการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (เคลฟายรอบที่ 2)

| รายการ/ ข้อคำถาม  | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอไทล์<br>(IQR) |
|---|-----------------------------|---------|------------|------|---------------------------|
|   |                             |         | Q1         | Q3   |                           |
| 21. การสำรวจข้อมูลปัญหา<br>ความต้องการ                        | 100                         | 4       | 3.75       | 4.25 | 0.5                       |
| 22. การวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา/<br>ความต้องการ                   | 100                         | 4       | 3.75       | 4.25 | 0.5                       |
| 23. การร่วมทำแผนแนวทางแก้ปัญหา                                | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |
| 24. การมีภาคีเครือข่ายร่วมกิจกรรม<br>ตามแผน                   | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |
| 25. การนำแผนงานองค์กรมาเชื่อมต่อกัน                           | 100                         | 4       | 3          | 4.25 | 1.25                      |
| 26. การมีทีมเลขานุการประสาน<br>ดำเนินงาน                      | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 27. การร่วมกันติดตามผลการ<br>ดำเนินงานในเชิงประจักษ์          | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 28. การมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผล<br>การดำเนินงานเชิงประจักษ์ | 85.71                       | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 29. การถอดบทเรียนสร้างองค์ความรู้<br>เพื่อการพัฒนาต่อยอด      | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |

ตารางที่ 4-12 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน  
ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ  
(เดลฟายรอบที่ 2)

| รายการ/ ข้อคำถาม   | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอไทล์<br>(IQR) |
|--|-----------------------------|---------|------------|------|---------------------------|
|  |                             |         | Q1         | Q3   |                           |
| 30. การทำงานแบบเชิงรุก   | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 31. การทำงานโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน                                 | 85.71                       | 4       | 4          | 5    | 1                         |
| 32. การตระหนักถึงคุณค่าที่เกิดจาก<br>ทำงานร่วมกัน                | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25                      |
| 33. การให้คุณค่าความเป็นมนุษย์                                   | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 34. การริเริ่มในการแก้ปัญหาาร่วมกัน                              | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 35. การดูแลซึ่งกันและกันเสมือน<br>เป็นญาติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 36. การยอมรับซึ่งกันและกัน                                       | 100                         | 5       | 3.75       | 5    | 1.25                      |
| 37. การทำงานด้วยจิตสำนึก<br>สาธารณะ (Public mind)                | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 38. การสร้างศรัทธาแก่ทีมงานและ<br>ประชาชน                        | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 39. การเป็นแบบอย่างที่ดี   | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |

ตารางที่ 4-13 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว  
ในองค์ประกอบการแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (เคลฟายรอบที่ 2)

| รายการ/ ข้อคำถาม   | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐาน<br>นิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอไทล์ |
|--|-----------------------------|-------------|------------|------|------------------|
|  |                             |             | Q1         | Q3   | (IQR)            |
| 40. การทำข้อตกลงร่วมกัน<br>ในแนวทางการจัดสรรทรัพยากร       | 100                         | 4           | 4          | 5    | 1                |
| 41. การจัดหาทรัพยากรให้ครอบคลุม<br>ตามแผนการแก้ปัญหา       | 85.71                       | 4           | 3.75       | 4    | 0.25             |
| 42. การใช้ทุนทางสังคมในชุมชน<br>ท้องถิ่น                   | 100                         | 4           | 4          | 5    | 1                |
| 43. การร่วมกันหาทางออกกรณีเกิด<br>ข้อจำกัดในการใช้ทรัพยากร | 100                         | 5           | 4          | 5    | 1                |
| 44. การกำหนดผู้รับผิดชอบ                                   | 100                         | 4           | 4          | 5    | 1                |
| 45. การระดมทุนจากภาคส่วนต่างๆ                              | 100                         | 4           | 3.75       | 4.25 | 0.5              |
| 46. การยกระดับจิตอาสาผู้จิตสำนึก<br>สาธารณะ                | 100                         | 4           | 4          | 4.25 | 0.25             |
| 47. การพัฒนาบุคลากร  | 100                         | 4           | 4          | 5    | 1                |
| 48. การระดมทุนจากภาคเอกชน                                  | 100                         | 5           | 4.75       | 5    | 0.25             |



ตารางที่ 4-14 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว  
ในองค์ประกอบการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชน (เดลฟายรอบที่ 2)

| รายการ/ ข้อคำถาม   | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอ<br>ไทล์ |
|--|-----------------------------|---------|------------|------|----------------------|
|  |                             |         | Q1         | Q3   | (IQR)                |
| 49. การดูแลผู้สูงอายุ/ ผู้ป่วยติดเตียง/ ncd                                    | 100                         | 5       | 5          | 5    | 0                    |
| 50. การดูแลอนามัยแม่และเด็ก  | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25                 |
| 51. การแก้ไขปัญหาปากท้อง   | 100                         | 4       | 3.75       | 4.25 | 0.5                  |
| 52. การลดการดื่มสุรา-การพนัน   | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                    |
| 53. การป้องกันการระบาดของ<br>ไข้เลือดออก                                       | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                    |
| 54. การลดปัญหาอุบัติเหตุ/ สาธารณภัย  | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                    |
| 55. การดูแลกลุ่มแม่และเด็ก   | 100                         | 5       | 5          | 5    | 0                    |
| 56. การส่งเสริมสุขภาพ/ การศึกษากลุ่ม<br>วัยเรียนวัยรุ่น                        | 100                         | 5       | 3.75       | 5    | 1.25                 |
| 57. การส่งเสริมอาชีพ/ รายได้ในกลุ่มวัย<br>ทำงาน                                | 100                         | 5       | 3.75       | 5    | 1.25                 |
| 58. การดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้สูงอายุ/<br>ผู้ป่วยติดเตียง                      | 100                         | 5       | 5          | 5    | 0                    |
| 59. การดูแลสุขภาพ/ สังคม/ สวล.   | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                    |
| 60. การพัฒนาคนให้พึ่งตนเองได้ทาง<br>สุขภาพที่สอดคล้องวัฒนธรรมชุมชน<br>ท้องถิ่น | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                    |
| 61. การดูแลคนตั้งแต่เกิด-จนตาย   | 100                         | 5       | 3.75       | 5    | 1.25                 |
| 62. การพัฒนาผู้นำ และองค์กรชุมชน   | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                    |
| 63. การจัดทีมทำงานบริการแบบไร้<br>รอยต่อ                                       | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                    |

ตารางที่ 4-15 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน  
ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (เดลฟายรอบที่ 2)

| รายการ/ ข้อคำถาม                         | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอไทล์<br>(IQR) |
|--|-----------------------------|---------|------------|------|---------------------------|
|  |                             |         | Q1         | Q3   |                           |
| 64. การบริหารเชิงยุทธศาสตร์              | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25                      |
| 65. การบริหารจัดการตามหลัก<br>ธรรมาภิบาล | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25                      |
| 66. การปรับแนวคิดในการทำงาน              | 100                         | 4       | 3.75       | 4.25 | 0.5                       |
| 67. การสร้างแรงจูงใจให้ทีมงาน            | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 68. การเสียสละและอุทิศเวลาการทำงาน       | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 69. การให้คุณค่าความเป็นมนุษย์           | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |

ตารางที่ 4-16 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน  
ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการสื่อสาร (เดลฟายรอบที่ 2)

| รายการ/ ข้อคำถาม                              | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอไทล์<br>(IQR) |
|---|-----------------------------|---------|------------|------|---------------------------|
|   |                             |         | Q1         | Q3   |                           |
| 70. ประสิทธิภาพการให้ข้อมูลข่าวสาร            | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 71. การสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อปรับปรุง<br>แก้ไข | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25                      |

ตารางที่ 4-17 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน  
ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการความมุ่งมั่น (เดลฟายรอบที่ 2)

| รายการ/ ข้อคำถาม  | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอไทล์<br>(IQR) |
|---|-----------------------------|---------|------------|------|---------------------------|
|   |                             |         | Q1         | Q3   |                           |
| 72. การจัดทำข้อตกลงร่วมของภาคี<br>เครือข่าย               | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 73. การมีความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อ<br>พี่น้องในท้องถิ่น | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25                      |

ตารางที่ 4-18 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว  
ในองค์ประกอบการบริบททางวัฒนธรรมชุมชน (เดลฟายรอบที่ 2)

| รายการ/ ข้อคำถาม                           | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอไทล์<br>(IQR) |
|--|-----------------------------|---------|------------|------|---------------------------|
|  |                             |         | Q1         | Q3   |                           |
| 74. การสื่อสารด้วยวาจา                     | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25                      |
| 75. การสื่อสารด้วยลายลักษณ์อักษร           | 85.71                       | 5       | 3.75       | 5    | 1.25                      |
| 76. การมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ          | 100                         | 4       | 3.75       | 4.25 | 0.5                       |
| 77. การบริโภคอาหาร                         | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 78. การแต่งกาย (เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม)    | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 79. การตั้งบ้านเรือน ที่อยู่อาศัย ศาสนสถาน | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 80. การจัดงานบุญประเพณี                    | 100                         | 5       | 5          | 5    | 0                         |
| 81. การจัดทำกติกา/ ข้อตกลงร่วม             | 100                         | 5       | 3.75       | 5    | 1.25                      |
| 82. การนับถือผี/ นับถือบรรพบุรุษ           | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 83. การมีความเชื่อตามหลักศาสนา             | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |

ข้อมูลจากการเคลฟายครั้งที่ 2 ข้างต้น พบว่า มีประเด็นที่ค่าพิสัยควอไทล์ >1 จำนวน 8 ประเด็น ได้แก่

องค์ประกอบที่ 2 การมุ่งผลลัพธ์แก่ผู้บริโภคน ข้อ 12 การประสานงานกับผู้นำชุมชน

องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ข้อ 25 การนำแผนงานองค์กรมาเชื่อมต่อกัน

องค์ประกอบที่ 4 การทำงานจนเกิดคุณค่า ข้อ 36 ประเด็นการยอมรับซึ่งกันและกัน

องค์ประกอบที่ 6 การดูแลสุขภาพที่จำเป็น ข้อ 56, 57, 61 ประเด็นการดูแลสุขภาพและการศึกษาของวัยเรียน วัยรุ่น การส่งเสริมอาชีพในวัยทำงาน และการดูแลคนตั้งแต่เกิดจนตาย

องค์ประกอบที่ 9 การมีวัฒนธรรม ข้อ 73 ประเด็นการสื่อสารด้วยลายลักษณ์อักษร และข้อ 79 การจัดทำกติกาข้อตกลงร่วมกัน ที่ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นที่ไม่สอดคล้องกันและเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ จึงเสนอให้ตัดออกเหลือเพียงประเด็นสำคัญ 75 ประเด็นเพื่อทำเคลฟายในรอบที่ 3 ต่อไป

### 2.1.3 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว รอบที่ 3 (Delphi รอบที่ 3)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 (เคลฟาย3) พบว่าผู้เชี่ยวชาญทั้ง 17 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องกันว่าระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่ประกอบด้วย

องค์ประกอบหลัก 10 องค์ประกอบ องค์ประกอบรอง 28 องค์ประกอบ และประเด็นสำคัญทั้ง 75 รายการ มีความเหมาะสม ร้อยละ 80 และมีความเป็นไปได้ในระดับมาก (ค่าฐานนิยม 4) ขึ้นไป และมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน (Consensus) ที่ได้ พิจารณาจากพิสัยควอไทล์ (Inter-quartile range) ที่ไม่เกิน 1.00 จึงมีความเห็นสอดคล้องกันว่า มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติจริง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4-19 ถึงตารางที่ 4-28 ต่อไปนี้

ตารางที่ 4-19 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว  
ในองค์ประกอบการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (เดลฟาย รอบที่ 3)

| รายการ  | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอไทล์<br>(IQR) |
|---|-----------------------------|---------|------------|------|---------------------------|
|   |                             |         | Q1         | Q3   |                           |
| 1. การทำงานอย่างต่อเนื่อง                     | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 2. การมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ              | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 3. การมีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน               | 100                         | 5       | 4.75       | 5    | 0.25                      |
| 4. การมีอนุกรรมการ/ คณะทำงาน                  | 100                         | 5       | 3.75       | 5    | 1                         |
| 5. การมีหัวหน้าส่วนเป็นประธาน                 | 100                         | 5       | 3.75       | 4.25 | 0.5                       |
| 6. การมีภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทุก<br>ขั้นตอน | 100                         | 4       | 4          | 5    | 0.5                       |
| 7. การเชื่อมโยงแบบเครือข่าย                   | 100                         | 5       | 3.75       | 4    | 0.25                      |
| 8. การประสานตามบทบาทองค์กร                    | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |
| 9. การมีความสัมพันธ์ทั้งแนวดิ่งและ<br>แนวราบ  | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |

ตารางที่ 4-20 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน  
ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภคร  
(เคลฟาย รอบที่ 3)

| รายการ/ ข้อคำถาม                          | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอไทล์<br>(IQR) |
|---|-----------------------------|---------|------------|------|---------------------------|
|   |                             |         | Q1         | Q3   |                           |
| 10. การประชาสัมพันธ์แก่ผู้รับบริการ       | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |
| 11. การประชุม (หัวหน้าส่วน/ กรรมการ)      | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |
| 12. การประกาศเสียงตามสาย/ หอกระจายข่าว    | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 13. ดki0ยวที่ประชาคมทำแผนชุมชน            | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 14. การจัดเวทีนำเสนอโครงการระดับอำเภอ     | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |
| 15. การสื่อสารทางกลุ่มไลน์                | 100                         | 3       | 4          | 5    | 1                         |
| 16. การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน               | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |
| 17. การสื่อสารข้อมูลในขณะร่วมงานต่างๆ     | 100                         | 5       | 4.75       | 5    | 0.25                      |
| 18. การเผยแพร่ทางสื่อสารมวลชน/ สถานีวิทยุ | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25                      |
| 19. การจัดนิทรรศการ/ เสนอผลงาน            | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |

ตารางที่ 4-21 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว  
ในองค์ประกอบการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (เดลฟาย รอบที่ 3)

| รายการ/ ข้อคำถาม  | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอไทล์<br>(IQR) |
|---|-----------------------------|---------|------------|------|---------------------------|
|   |                             |         | Q1         | Q3   |                           |
| 20. การสำรวจข้อมูลปัญหาความต้องการ                            | 100                         | 4       | 3.75       | 4.25 | 0.5                       |
| 21. การวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา/ ความ<br>ต้องการ                  | 100                         | 4       | 3.75       | 4.25 | 0.5                       |
| 22. การร่วมทำแผนแนวทางแก้ปัญหา                                | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |
| 23. การมีภาคีเครือข่ายร่วมกิจกรรมตามแผน                       | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |
| 24. การมีทีมเลขานุการประสาน<br>ดำเนินงาน                      | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 25. การร่วมกันติดตามผลการดำเนินงาน<br>ในเชิงประจักษ์          | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 26. การมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผล<br>การดำเนินงานเชิงประจักษ์ | 85.71                       | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 27. การถอดบทเรียนสร้างองค์ความรู้เพื่อ<br>การพัฒนาต่อยอด      | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                         |

ตารางที่ 4-22 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน  
ไทย-ลาว ในองค์กรประกอบการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ  
(เคลฟาย รอบที่ 3)

| รายการ/ ข้อคำถาม   | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอไทล์ |
|--|-----------------------------|---------|------------|------|------------------|
|  |                             |         | Q1         | Q3   | (IQR)            |
| 28. การทำงานแบบเชิงรุก   | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                |
| 29. การทำงานโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน                                 | 85.71                       | 4       | 4          | 5    | 1                |
| 30. การรู้คุณค่าที่เกิดจากทำงานร่วมกัน                           | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25             |
| 31. การให้คุณค่าความเป็นมนุษย์                                   | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                |
| 32. การริเริ่มการแก้ปัญหาาร่วมกัน                                | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                |
| 33. การดูแลซึ่งกันและกันเสมือนเป็นญาติ<br>อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                |
| 34. การทำงานด้วยจิตสำนึกสาธารณะ<br>(Public mind)                 | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                |
| 35. การสร้างศรัทธาแก่ทีมงาน-ประชาชน                              | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                |
| 36. การเป็นแบบอย่างที่ดี   | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                |



ตารางที่ 4-23 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว  
ในองค์ประกอบการแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (เดลฟาย รอบที่ 3)

| รายการ/ ข้อคำถาม   | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย            |
|--|-----------------------------|---------|------------|------|------------------|
|  |                             |         | Q1         | Q3   | ควอไทล์<br>(IQR) |
| 37. การทำข้อตกลงร่วมกันในแนวทาง<br>การจัดสรรทรัพยากร       | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                |
| 38. การจัดหาทรัพยากรให้ครอบคลุมตาม<br>แผนการแก้ปัญหา       | 85.71                       | 4       | 3.75       | 4    | 0.25             |
| 39. การใช้ทุนทางสังคมในชุมชนท้องถิ่น                       | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                |
| 40. การร่วมกันหาทางออกกรณีเกิดข้อจำกัด<br>ในการใช้ทรัพยากร | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                |
| 41. การกำหนดผู้รับผิดชอบ                                   | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                |
| 42. การระดมทุนจากภาคส่วนต่างๆ                              | 100                         | 4       | 3.75       | 4.25 | 0.5              |
| 43. การยกระดับจิตอาสาผู้จิตสำนึก<br>สาธารณะ                | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25             |
| 44. การพัฒนาบุคลากร  | 100                         | 4       | 4          | 5    | 1                |
| 45. การระดมทุนจากภาคเอกชน                                  | 100                         | 5       | 4.75       | 5    | 0.25             |

ตารางที่ 4-24 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว  
ในองค์ประกอบการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชน (เดลฟาย รอบที่ 3)

| รายการ/ ข้อคำถาม   | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอไทล์<br>(IQR) |
|--|-----------------------------|---------|------------|------|---------------------------|
|  |                             |         | Q1         | Q3   |                           |
| 46. การดูแลผู้สูงอายุ/ ผู้ป่วยติดเตียง/ NCD                                    | 100                         | 5       | 5          | 5    | 0                         |
| 47. การดูแลอนามัยแม่และเด็ก  | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25                      |
| 48. การแก้ไขปัญหาปากท้อง   | 100                         | 4       | 3.75       | 4.25 | 0.5                       |
| 49. การลดปัญหาการดื่มสุรา-การพนัน  | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 50. การป้องกันการระบาดของไข้เลือดออก   | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 51. การลดปัญหาอุบัติเหตุ/ สาธารณภัย  | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 52. การดูแลกลุ่มแม่และเด็ก   | 100                         | 5       | 5          | 5    | 0                         |
| 53. การดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้สูงอายุ  | 100                         | 5       | 5          | 5    | 0                         |
| 54. การดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาส   | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 55. การพัฒนาคนให้พึ่งตนเองได้ทาง<br>สุขภาพที่สอดคล้องวัฒนธรรมชุมชน<br>ท้องถิ่น | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 56. การพัฒนาผู้นำ และองค์กรชุมชน   | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 57. การจัดทีมทำงานบริการแบบไร้รอยต่อ   | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |

ตารางที่ 4-25 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน  
ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชน  
(เดลฟายรอบที่ 3)

| รายการ/ ข้อคำถาม                   | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอไทล์<br>(IQR) |
|------------------------------------|-----------------------------|---------|------------|------|---------------------------|
|                                    |                             |         | Q1         | Q3   |                           |
| 58. การบริหารเชิงยุทธศาสตร์        | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25                      |
| 59. การบริหารตามหลักธรรมาภิบาล     | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25                      |
| 60. การปรับแนวคิดในการทำงาน        | 100                         | 4       | 3.75       | 4.25 | 0.5                       |
| 61. การสร้างแรงจูงใจให้ทีมงาน      | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 62. การเสียสละและอุทิศเวลาการทำงาน | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 63. การให้คุณค่าความเป็นมนุษย์     | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |

ตารางที่ 4-26 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน  
ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการสื่อสาร (เดลฟายรอบที่ 3)

| รายการ/ ข้อคำถาม                      | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย<br>ควอไทล์<br>(IQR) |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------|------------|------|---------------------------|
|                                       |                             |         | Q1         | Q3   |                           |
| 64. ประสิทธิภาพการให้ข้อมูลข่าวสาร    | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                         |
| 65. การสะท้อนข้อมูลเพื่อปรับปรุงแก้ไข | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25                      |

ตารางที่ 4-27 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน  
ไทย-ลาว ในองค์ประกอบการความมุ่งมั่น (เดลฟาย รอบที่ 3)

| รายการ/ ข้อคำถาม                    | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย            |
|-------------------------------------|-----------------------------|---------|------------|------|------------------|
|                                     |                             |         | Q1         | Q3   | ควอไทล์<br>(IQR) |
| 66. การจัดทำข้อตกลงร่วมของเครือข่าย | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                |
| 67. การทำงานเพื่อพี่น้องในท้องถิ่น  | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25             |

ตารางที่ 4-28 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว  
ในองค์ประกอบการบริบททางวัฒนธรรมชุมชน (เดลฟาย รอบที่ 3)

| รายการ/ ข้อคำถาม                           | ความ<br>เหมาะสม<br>(ร้อยละ) | ฐานนิยม | ค่าควอไทล์ |      | พิสัย            |
|--|-----------------------------|---------|------------|------|------------------|
|  |                             |         | Q1         | Q3   | ควอไทล์<br>(IQR) |
| 68. การสื่อสารด้วยวาจา                     | 100                         | 4       | 4          | 4.25 | 0.25             |
| 69. การมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ          | 100                         | 4       | 3.75       | 4.25 | 0.5              |
| 70. การบริโภคอาหาร                         | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                |
| 71. การแต่งกาย (เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม)    | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                |
| 72. การตั้งบ้านเรือน ที่อยู่อาศัย ศาสนสถาน | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                |
| 73. การจัดงานบุญประเพณี                    | 100                         | 5       | 5          | 5    | 0                |
| 74. การนับถือผี/ นับถือบรรพบุรุษ           | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                |
| 75. การมีความเชื่อตามหลักศาสนา             | 100                         | 5       | 4          | 5    | 1                |

จากการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ด้วยเทคนิค EDFR พบว่า  
องค์ประกอบสำคัญของ DHS:UCCARE ทั้ง 10 องค์ประกอบ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน  
ว่ามีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในอนาคต ซึ่งในบางองค์ประกอบพบประเด็น  
สำคัญใหม่ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิม และพบองค์ประกอบที่สำคัญเพิ่มเติมที่เป็นปัจจัยเสริมให้การ  
พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น มีรายละเอียดการวิเคราะห์

เปรียบเทียบองค์ประกอบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว: สถานการณ์เดิมกับความเป็นไปได้ในอนาคต ดังตารางที่ 4-29

ตารางที่ 4-29 วิเคราะห์เปรียบเทียบองค์ประกอบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว: สถานการณ์เดิมกับความเป็นไปได้อีกในอนาคต

| องค์ประกอบหลัก                               | เดิม   | ประเด็นสำคัญ  | ใหม่ |
|--|--|---|------|
| 1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (U)           | มีคณะกรรมการและบทบาทหน้าที่ที่ไม่ครบทุกแห่ง  | มีรูปแบบองค์การทำงานต่อเนื่องมีระเบียบคำสั่งชัดเจนเป็นทีมเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบแบบ “เป็นหุ้นส่วน” ทุกภาคีเป็นเจ้าของร่วมกัน รับผิดชอบ  |      |
| 2. การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (C)     | ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางเดียว เน้นการประชุม สั่งการ ชี้แจง และประชาสัมพันธ์แก่ผู้รับบริการ                         | มีการสื่อสาร 2 ทาง เพื่อให้ได้ “ข้อมูลสะท้อนกลับ” โดยใช้สื่อและวิธีการที่หลากหลาย สรางโอกาสให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารได้หลายช่องทาง และมีสื่อทางเลือกเพิ่มขึ้น อันเกิดจาก “กระบวนการสื่อสาร” ที่มีประสิทธิภาพเป็น “พลังความเปลี่ยนแปลง”   |      |
| 3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (C) | มีแต่ทีมสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหลัก ในขณะที่ภาคส่วนอื่น ๆ เป็นผู้ร่วมกิจกรรมตามระบบหรือเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน | ประชาชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน คนภายนอกทำหน้าที่เป็น “ตานก” เสนอแนะเชิงนโยบาย ในขณะที่ภาคส่วนในพื้นที่ทำหน้าที่เป็น “ตาคานอน” ที่สัมผัสใกล้ชิดมีส่วนร่วมอย่างสำคัญใน 1) การร่วมกันรับรู้ปัญหาและแสวงหาทางเลือกในการแก้ปัญหา 2) ร่วมกันวางแผนและตัดสินใจ 3) ร่วมกันลงมือปฏิบัติตามแผน 4) ประเมินผล 5) รับผิดชอบต่อ 6) ปรับปรุงจึงเป็นการ “ระเบิดจากข้างใน” โดยการส่งเสริมสนับสนุนจากภาคส่วนนอกพื้นที่ |      |

ตารางที่ 4-28 (ต่อ)

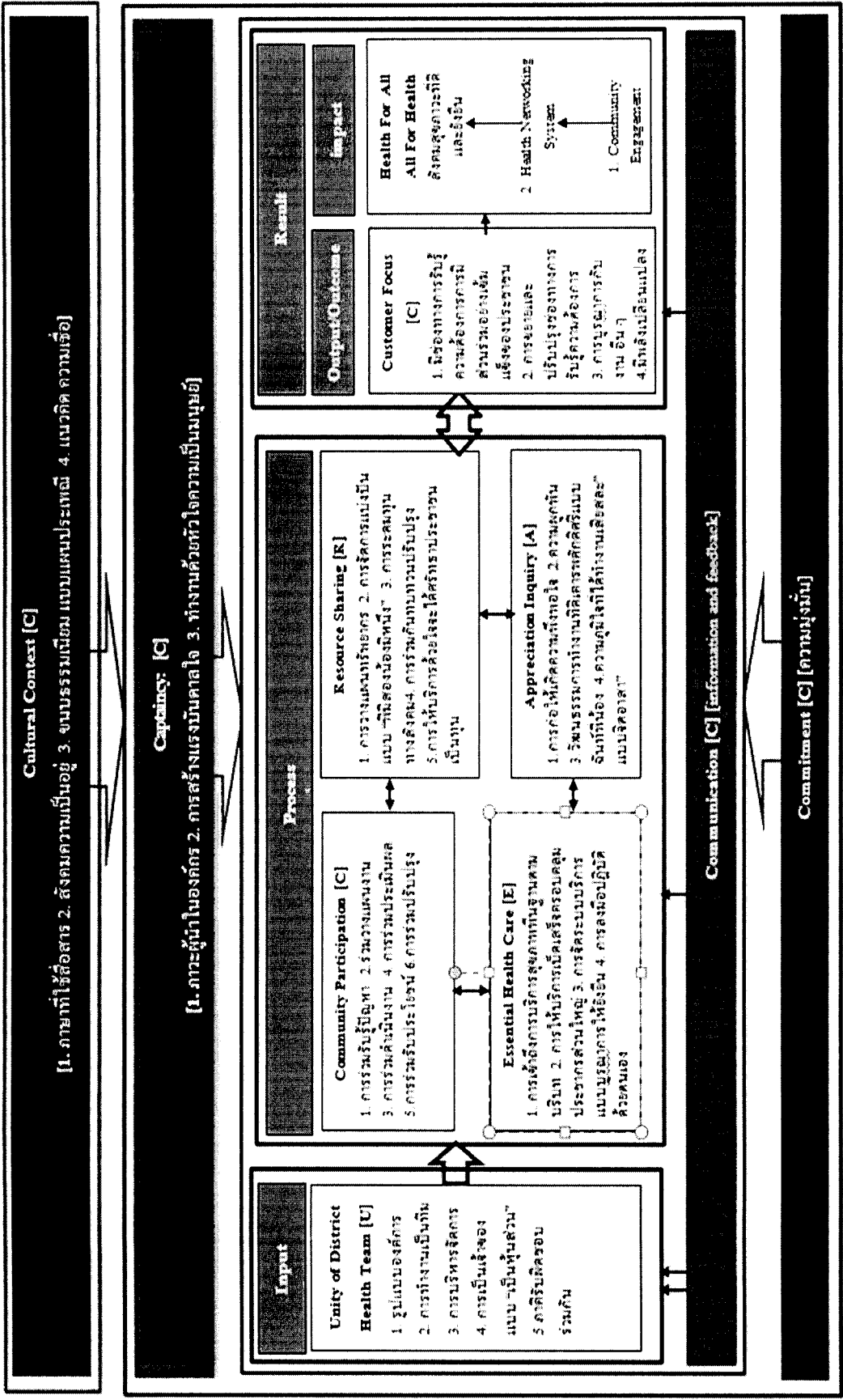
| ประเด็นสำคัญ                |   |
|-----------------------------|---|
| องค์ประกอบหลัก              | ใหม่  |
| 4. การทำงานจนเกิดคุณค่า (A) | ภาคีเครือข่ายร่วมกันเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง(Interactive Learning Through Action: ILTA) ยอมรับและ “เคารพศักดิ์ศรี” มีบรรยากาศ “ฉันทน์อง” ให้คุณค่าและเอื้ออาทรสรุปทบทวน สร้างและสะสมองค์ความรู้ “ความดีงาม” ของการทำงาน<br>น้อย<br>เสียดุลแบบ<br>“จิตอาสา” |
| 5. การจัดการทรัพยากร (R)    | ทำงานบริการด้วยใจ แบบ “ใจถึงใจ” จะได้รับศรัทธาจากประชาชนที่เห็นคุณค่า<br>สำคัญสำคัญให้การสนับสนุน เพราะ “สิ่งที่ได้คือสิ่งที่ให้” ชุมชนหลายแห่งจัดตั้งเป็นกองทุนวัสดุ   |
|                             | องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคส่วนอื่นยังไม่<br>มาร่วมแบ่งปัน การระดมทุนจากภาคเอกชนยังมีน้อย  |
|                             | ทางการแพทย์โดยประชาชนเสียละคนละเล็กน้อย “ผู้มีสองน้องมีหนึ่ง” พร้อมประกาศความดีของผู้เสียสละให้สาธารณชนทราบทั่วกัน  |

| องค์ประกอบหลัก                              | ประเด็นสำคัญ  | ใหม่  |
|---|---|---|
| เดิม  |   |   |
| 6. การให้บริการที่จำเป็น                    | <p>การบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น โดยทีมสาธารณสุขกับ อสม. ได้ดูแลประชาชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหรือตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ยังไม่ได้ดูแลด้านอื่น ๆ</p> | <p>มีภาคีเครือข่ายจากภาคส่วนต่าง ๆ มาร่วมทำงานซึ่งทำให้สามารถดูแลได้ครอบคลุมคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกมิติ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ โดยทำงานด้วย “หัวใจความเป็นมนุษย์” โดยส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วยการ “ลงมือทำด้วยตนเอง” ทำให้มีประสบการณ์ตรง และก่อให้เกิดความรักความผูกพันกับชุมชนตนเอง</p> |
| 7. การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C) | -   | <p>การมีหัวหน้าทีมระบบสุขภาพเป็นนักปกครอง นักยุทธศาสตร์ มีภาวะการนำองค์กร บริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล สามารถปรับเปลี่ยนแนวคิด สร้างแรงบันดาลใจ ให้ทีมงานเสียสละ อุทิศเวลา ให้คุณค่า “หัวใจความเป็นมนุษย์” ช่วยเหลือดูแลประชาชนอย่างใกล้ชิด</p>   |
| 8. การสื่อสาร (Communication: C)            | <p>ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารทางเดียว เพื่อแจ้งให้ปฏิบัติตามนโยบาย</p>  | <p>การสื่อสารสองทางแบบครบวงจร ประกอบด้วย ข้อมูลข่าวสาร และการสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อรับทราบปัญหาและความต้องการเพื่อให้เกิดการปรับปรุงการทำงานที่ดียิ่งขึ้น</p>  |
| 9. ความมุ่งมั่น (Commitment: C)             | -   | <p>ภาคีเครือข่ายยึดมั่นในข้อตกลงร่วมกันและมีความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อท้องถิ่นเพื่อประชาชนเป็นสำคัญ</p>  |



ตารางที่ 4-28 (ต่อ)

| องค์ประกอบ                                 |      | ประเด็นสำคัญ   |
|--|------|--|
| หลัก                                       | เดิม | ใหม่   |
| 10. บริบททางวัฒนธรรม (Cultural Context: C) | -    | จังหวัดชายแดนไทย-ลาวมีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์โดดเด่นทุก ๆ ด้าน มีขนบธรรมเนียม ประเพณี วิถีชีวิต ภาษา อาหาร ที่อยู่อาศัย เป็นต้น ที่หล่อหลอมให้ประชาชนในพื้นที่ที่เชื่อมโยงจนมีความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกัน "ไม่ได้แยกเป็น" ไทยหรือเป็นลาว จนเห็นอกเห็นใจกันและทำงานร่วมกัน ได้อย่างกลมกลืน |



2.1.4 สรุปผลการวิจัยระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวที่เหมาะสม และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

จากรูปแบบการพัฒนากระบวนสุขภาพชายแดนไทย-ลาว (DHS@Thai-Laos' border:4C+U+CARE+C นี้ สามารถอธิบายองค์ประกอบและความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบได้ว่า ระบบสุขภาพชายแดนไทย-ลาว มี 10 องค์ประกอบ ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ 3 ลักษณะ กล่าวคือ

1. การมีความสัมพันธ์กันในเชิงระบบ (Systematic relation) ที่ต่อเนื่องสัมพันธ์ส่งต่อกันจากจุดเริ่มต้น (ต้นน้ำ)-กระบวนการทำงาน (กลางน้ำ)-จนเกิดผลสัมฤทธิ์จากการทำงาน (ปลายน้ำ) (Input-Process-Result) ของ 6 องค์ประกอบสำคัญ โดยเริ่มจากการทำงานร่วมกันเป็นทีมงานอย่างเป็นเอกภาพในระดับอำเภอ (Unity district health team: U) เป็นปัจจัยนำเข้า (Input) ที่สำคัญ ที่จะ เป็นปัจจัยส่งเสริม/ สนับสนุนให้เกิดการบวนการทำงานกันอย่างต่อเนื่องและสัมพันธ์และเสริมพลังกัน (synergy) เป็นกระบวนการทำงาน (Process) ของอีก 4 องค์ประกอบ คือ 1) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation: C) 2) การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing: R) 3) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation inquiry: A) 4) การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชน (Essential health care: E) ผลสัมฤทธิ์ (Result) ของการพัฒนากระบวนสุขภาพ ได้แก่การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภค (Customers focus: C) ซึ่งเป็นทั้งผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Result) ของระบบความสัมพันธ์นี้จะส่งผลกระทบผล (Impact) ต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้เกิดสังคมสุขภาวะที่ยั่งยืนต่อไปได้

2. รูปแบบการพัฒนากระบวนสุขภาพชายแดนไทย-ลาว ยังมีอีก 3 องค์ประกอบที่สำคัญ ที่มีส่วนส่งเสริม/ สนับสนุนให้ความสัมพันธ์กันในเชิงระบบ (Input-Process-Output) ของ 6 องค์ประกอบ ดังที่กล่าวไว้ในข้อ 1 ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น คือ 1) องค์ประกอบด้านการทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C) ที่จะต้องมีภาวะการนำองค์กร การสร้างแรงบันดาลใจ และทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2) องค์ประกอบด้านการสื่อสาร (Community) ที่มีประสิทธิภาพแบบสื่อสารสองทาง คือมีทั้งการส่งสาระข้อมูล และการสะท้อนกลับ และ 3) องค์ประกอบด้านการมีข้อตกลงร่วมกัน (Commitment: C) ด้วยความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อชุมชนท้องถิ่น

3. นอกจากทั้ง 9 องค์ประกอบที่ทำงานอย่างเป็นสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ (ดังที่กล่าวไว้ในข้อ 1 และข้อ 2) แล้วนั้น ด้วยความที่ทั้งประเทศไทยและ สปป. ลาว มีวัฒนธรรมร่วมที่ใกล้ชิดจนเป็นเนื้อเดียวกัน มีความเป็นพี่/ น้องกันอย่างใกล้ชิด ดังนั้น องค์ประกอบที่ 10 การเชื่อมโยงทางวัฒนธรรม (Cultural context: C) จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากที่มี

ส่วนส่งเสริม/ สนับสนุนอย่างสำคัญยิ่งที่จะทำให้รูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพชายแดนไทย-ลาว  
สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบประยุกต์โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงอนาคต (Future research) ด้วยเทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group) และเทคนิค EDFR (Ethnographic Delphi Future Research) และการวิจัยเชิงปริมาณอธิบายประกอบ เพื่อมุ่งพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในอนาคต โดยดำเนินการในขั้นเตรียมการวิจัยและดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ ดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การทบทวนเอกสาร (Literature review) ที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพรวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์เนื้อหาสร้างเป็นประเด็นกรอบแนวทางการวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในขั้นตอนต่อไป

1.2 การศึกษานำร่อง (Pilot study) เป็นการศึกษเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว: สถานการณ์และสภาพปัญหาสำคัญ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว 12 จังหวัด ๆ ละ 1 อำเภอ ทั้งฝ่ายไทยและฝ่าย สปป.ลาว จำนวน 41 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาสังเคราะห์เป็นประเด็นกรอบแนวทางในขั้นตอนการวิจัย ต่อไป

#### 2. ขั้นดำเนินการวิจัย

2.1 การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มด้วยเทคนิคสืบค้นแบบเสริมพลังในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน 6 จังหวัด ๆ ละ 1 อำเภอ ๆ 10 คน รวม 60 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อทราบสถานการณ์ ทิศทางและกระบวนการพัฒนา แล้วนำไปสร้างเป็นประเด็นสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในการวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป

2.2 การวิจัยระยะที่ 2 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงอนาคตเพื่อสังเคราะห์และพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว โดยสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จาก 5 สาขา คือ 1) สาขาการศึกษาจากสถาบันอุดมศึกษา 4 คน 2) สาขาการพัฒนานโยบาย การแพทย์และการสาธารณสุข 3 คน 3) สาขาการปกครองและความมั่นคง 3 คน 4) สาขา

การปกครองท้องถิ่น 3 คน และ 5) สาขาวิชาการสาธารณสุข หรือนักพัฒนาองค์กรพัฒนาเอกชน 4 คน รวม 17 คน ด้วยเทคนิคเดลฟาย 3 รอบ ประกอบด้วย

2.2.1 เดลฟายรอบที่ 1 สอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดน ไทย-ลาว ด้วยคำถามปลายเปิด นำข้อมูลความคิดเห็นนั้นมาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสร้างเป็นคำถามเกี่ยวกับ (ร่าง) การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่พึงประสงค์และเป็นได้ในทางปฏิบัติ เป็นคำถามปลายปิดแบบประเมินค่า 5 ระดับ (Rating scale) สำหรับใช้สอบถามในรอบที่ 2

2.2.2 เดลฟายรอบที่ 2 ใช้คำถามปลายปิดแบบประเมินค่า เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความคิดเห็นเกี่ยวกับร่างระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เลือกความเหมาะสมและระบุค่าความคิดเห็นในแบบประเมิน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

2.2.3 เดลฟายรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญได้รับข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ (Statistical feedbacks) ที่เป็นภาพรวมของกลุ่ม ในรูปค่าร้อยละ ค่าฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ของกลุ่มพร้อมด้วยคำตอบเดิมของตนเอง โดยขอให้ผู้เชี่ยวชาญตอบใหม่เป็นการประเมินความสอดคล้องกันของความคิดเห็นร่วมกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Experts judgment) ต่อระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความแตกต่างหรือความเหมือนของคำตอบของตนเองกับคำตอบของกลุ่มและสามารถเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนเองให้สอดคล้องกับของกลุ่มหรือยืนยันคำตอบเดิมได้

เมื่อได้ข้อมูลที่อิมตัวแล้วนำมาเสนอในรูปแบบของเกณฑ์สัมบูรณ์ (Absolute criterion) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่พิจารณาจากความคิดเห็นและการตัดสินใจกำหนดของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งสรุปว่ามีความคิดเห็นที่สอดคล้องร่วมกันนั้นจะใช้ค่าฐานนิยมที่มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ขึ้นไป ที่ส่วนใหญ่ เห็นว่ามีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่ไม่เกิน 1 ที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นไปในทางเดียวกันในขอบเขตแต่ละด้านมาพิจารณาเสนอเป็นรูปแบบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ต่อไป

## สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1: สถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

จากการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาสำคัญ และความต้องการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว โดยการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการศึกษาภาคสนาม พบว่า การดำเนินงานของทุกพื้นที่นั้นครอบคลุมภารกิจตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดบริการ

สาธารณสุขให้ประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมด้วยระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ที่สร้างสมดุลทั้งระบบ UCCARE จึงพบว่า องค์ประกอบสำคัญที่จำเป็นดังกล่าวได้รับการพัฒนาทั้ง 6 องค์ประกอบหลัก และยังพบอีกว่าแต่ละองค์ประกอบหลักนั้นมีประเด็นที่เหมือนแนวคิดเดิม และมีประเด็นที่เพิ่มเติมจากเดิมอีกหลายประเด็น เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามองค์ประกอบหลักแล้ว พบว่า อำเภอส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อประเด็นการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทั้ง 6 องค์ประกอบอยู่ในระดับกลางถึงระดับสูง และการมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (C) เป็นองค์ประกอบที่ทุกอำเภอให้ความสำคัญในการดำเนินงานทุกประเด็นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.73-100 หากพิจารณารายอำเภอ พบว่า อำเภอส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการพัฒนาประเด็นต่างๆ ทุกองค์ประกอบในระดับปานกลางถึงระดับสูง และมีหนึ่งอำเภอที่ให้ความสำคัญระดับสูงที่สุดถึงร้อยละ 95.91 มีเพียงหนึ่งอำเภอที่ให้ความสำคัญในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.12 ซึ่งต่ำที่สุดในกลุ่ม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำผลการค้นพบในขั้นตอนนี้มาเรียบเรียงและสังเคราะห์องค์ประกอบของระบบสุขภาพแล้วกร่างระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวที่เหมาะสมในอนาคต มีจำนวน 6 องค์ประกอบหลัก 18 องค์ประกอบรอง และ 98 ประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (U) 19 ประเด็น

องค์ประกอบที่ 2 การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (C) 11 ประเด็น

องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (C) 15 ประเด็น

องค์ประกอบที่ 4 การทำงานจนเกิดคุณค่า (A) 20 ประเด็น

องค์ประกอบที่ 5 การจัดสรรทรัพยากร (R) 16 ประเด็น

องค์ประกอบที่ 6 การให้บริการที่จำเป็นตามบริบทของชุมชน (E) 17 ประเด็น

**ผลการวิจัยระยะที่ 2 :** สังเคราะห์และพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

การสังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในการวิจัยระยะที่ 2 แบ่งเป็น 3 รอบ คือ

### 2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากการสอบถามในรอบที่ 1

#### (Delphi 1)

จากการนำร่างระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวที่ได้จากระยะที่ 1 จำนวน 98 ประเด็น เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณารอบที่ 1 ได้ผลความคิดเห็นร่วมของผู้เชี่ยวชาญตลอดจนได้รับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับองค์ประกอบและประเด็นสำคัญ ซึ่งมีรูปแบบที่สามารถจัดเป็นระบบ (Systematic) ได้ ดังนี้

### 2.1.1 ปัจจัยนำเข้า (Input)

การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity of district health team: U) ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว พบว่า มีการทำงานเป็นรูปแบบองค์การที่ประกอบด้วย คณะกรรมการมาจากทุกภาคส่วน ซึ่งส่วนใหญ่จะคุ้นเคยและทำงานประสานกันอยู่แล้วเป็นปกติ ดังนั้น เมื่อมีนโยบายออกเป็นระเบียบรองรับการดำเนินงานที่เน้นการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอขึ้น จึงเห็นว่า “เป็นโอกาส” ที่จะได้ทำงานร่วมกันเป็นทีมในระดับอำเภออย่าง “เป็นทางการ” และเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น นับว่าเป็นความท้าทายความสามารถของผู้นำเครือข่ายอย่างยิ่ง เนื่องจากแต่ละหน่วยงานมีพันธกิจที่แตกต่างกัน ทุกคนต่างกันเพียงหน้าที่ แต่มี “เป้าหมายเดียวกัน” คือ “ประชาชน” และใช้การบริหารจัดการแบบ “เป็นหุ้นส่วน (Partnership)” ที่ทุกคนเป็นเจ้าของ “เป็นเจ้าภาพ” ร่วมกันรับผิดชอบ ตัดสินใจดำเนินการ แก้ไข ดูแล และรับผลที่ได้ประโยชน์ร่วมกัน แบบ (Win Win Approach)

2.1.2 กระบวนการ (Process) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ดังนี้

#### 1) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation: C)

วิธีการทำให้ชุมชนและภาคเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว นั้น พบว่า ชุมชนตามแนวชายแดนไทย-ลาว มีศักยภาพและเอกลักษณ์เฉพาะตัวที่สามารถรักษาความเป็นชุมชนมาได้จนถึงปัจจุบัน ดังนั้น การเปิดโอกาสให้คนในชุมชนที่เป็นเจ้าของปัญหา เป็นผู้แสดงบทบาทการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเองทุกขั้นตอน เริ่มจากการร่วมรับรู้ปัญหา ร่วมวางแผนงาน ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล ร่วมรับประโยชน์ และร่วมปรับปรุง โดยใช้กระบวนการ “ระเบิดจากข้างใน” อันเป็นหลักการทรงงานในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ภูมิพลอดุลยเดช ฯ รัชกาลที่ 9 คือ วิธีการให้ “คนในชุมชน” ที่รู้ข้อมูลและปัญหาของเขา เป็นผู้ปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติงานด้วยตนเอง เพื่อยกระดับให้ตระหนักถึงคุณค่าและเป็นที่ยอมรับว่า “ชุมชนมีศักยภาพ” ที่ภาครัฐควรมอบการตัดสินใจให้เป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเอง

#### 2) การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing: R)

การจัดการทรัพยากรของภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว พบว่า ได้ใช้หลักการบริหารทรัพยากรแบบบูรณาการภายใต้การปรับแนวคิดในการบริหารจัดการทรัพยากร โดยการร่วมกันกำหนดข้อตกลงเพื่อจัดสรรให้ครอบคลุมปัญหา ด้วยการระดมทุนทางสังคมจากภาคส่วนต่าง ๆ แบบ “พื้มีสอง..น้องมีหนึ่ง” ที่ใครมีอะไรก็นำมาช่วยเหลือกัน อันเกิดจากศรัทธาในบริการที่สร้างให้เกิดประทับใจ และได้ร่วมกันหาทางออกในกรณีที่พบข้อจำกัดในการใช้



ทรัพยากร รวมทั้งได้ร่วมกับทบทวนปรับปรุงการจัดสรรทรัพยากรเพื่อพัฒนาระดับศักยภาพในการทำงานของบุคลากรจากจิตสาธารณะ สู่จิตสำนึกสาธารณะ

### 3) การให้บริการสุขภาพพื้นฐาน (Essential health care: E)

การให้บริการสุขภาพพื้นฐานตามบริบทชุมชนอำเภอชายแดนไทย-ลาว พบว่าส่วนใหญ่มีการจัดบริการดูแลด้านสังคมและสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ป่วยติดเตียง ผู้ด้อยโอกาสที่อยู่ในภาวะเปราะบาง เป็นประเด็นร่วมที่ทุกภาคส่วนประกาศเป็นวาระเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ ซึ่งขาด “ระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ส่วนการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคติดต่อที่มีเกิดขึ้นบ้างแต่สถานการณ์ไม่รุนแรง ซึ่งกรรมการควบคุมโรคชายแดนสามารถจัดการได้ในระดับเหมาะสม การให้บริการเบ็ดเสร็จครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ และจัดระบบบริการแบบบูรณาการให้ยั่งยืน โดยการพัฒนาผู้นำเพื่อการสร้างโอกาสให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินงานระบบสุขภาพด้วยการ “ลงมือทำด้วยตนเอง” เป็นการจัด “ประสบการณ์ตรง” ให้สามารถนำไปพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง สอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชนที่ผู้คนมีความสัมพันธ์ “เป็นพี่เป็นน้อง” และมีการจัดทีมให้บริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ

### 4) การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation inquiry: A)

การทำงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจและคุณค่าซึ่งกันและกัน พบว่า ภาาติเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ส่วนใหญ่ใช้กระบวนการ “การเรียนรู้จากการปฏิบัติ” โดยใช้พื้นที่เป็นฐานการทำงานแบบเชิงรุก สร้างให้เกิดความผูกพันด้วย “การเคารพศักดิ์ศรี” และให้คุณค่าความเป็นมนุษย์เป็นพื้นฐานความคิดในการดูแลซึ่งกันและกันเสมือนญาติอย่างต่อเนื่อง สร้างวัฒนธรรมการทำงานแบบจิตสำนึกสาธารณะ เป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อสร้างให้เกิดศรัทธาแก่ประชาชน

## 2.1.3 ผลสัมฤทธิ์ (Result)

### 1) การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer focus: C)

การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค พบว่า ภาาติเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว มีช่องทางสร้างการรับรู้ความต้องการการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้รับบริการด้วยช่องทางที่หลากหลาย ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ภาคประชาชน “ได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทุกขั้นตอน” รับรู้ข้อมูลระบบสุขภาพตนเอง การมีช่องทางรับรู้ประชาชน โดยการคืนข้อมูลให้ชุมชนเป็นวิธีการ “สะท้อนข้อมูลกลับ” แบบการสื่อสารสองทางที่สร้างให้เกิดการใช้เป็นข้อมูลเป็นพลังผลักดันให้ประชาชนตัดสินใจ “มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจริงจัง” ด้วยตนเอง เนื่องจากประชาชนและผู้บริโภคเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพและเป็นผู้รับผลประโยชน์ ผลสำเร็จจากการดำเนินงานจึงเป็นทั้งระดับผลผลิต (Out put) และผลลัพธ์ (Out come)

2) ผลกระทบ (Impact) จากการพัฒนาระบบสุขภาพส่งผลแก่ประชาชนและสังคมโดยรวม

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพอย่างเข้มแข็งและจริงจังนั้น สร้างให้ชุมชนเกิดความรักผูกพัน (Community engagement) ตระหนักถึงความรับผิดชอบร่วมกัน เอาใจใส่แบบเป็นเจ้าของและให้ความสำคัญต่อระบบสุขภาพอำเภอในพื้นที่ตนเอง รวมทั้งมีการทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายอย่างเป็นระบบ (Health networking system) อันจะส่งผลให้เกิดภาคีเครือข่ายร่วมกันสร้างสังคมสุขภาพที่ดีและยั่งยืนต่อไป (Health For All-All For Health)

#### 2.1.4 บริบทสำคัญที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จเพิ่มเติม

จากการพิจารณาความคิดเห็นร่วมกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Experts judgment) พบว่า นอกจากองค์ประกอบเดิม 6 องค์ประกอบ ที่ยังมีความจำเป็นและสำคัญโดยมีการปรับปรุงยุคต่อรายละเอียดดังกล่าวแล้วนั้น ยังมีข้อค้นพบเพิ่มเติมที่ส่งผลให้กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น อีก 4 องค์ประกอบ ดังนี้

##### 1) การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ

1.1) การนำองค์กรและการจัดการตามหลักธรรมาภิบาลของผู้นำ (Leadership and governance)

หัวหน้าทีมสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ต้องเป็นนักยุทธศาสตร์ที่มีภาวะผู้นำสามารถนำองค์กรภายใต้การจัดการความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมืองในทุกมิติคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป้าหมายให้เกิดประสิทธิผลอย่างมีประสิทธิภาพ เสมอภาค เท่าเทียมเป็นธรรม และมีคุณสมบัติอีกหลาย ๆ ด้าน

1.2) สามารถปรับแนวคิดการทำงานเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) เหนี่ยวนำทีมงานให้เกิดการทำงานเพื่อมวลชนแบบจิตสำนึกสาธารณะ

1.3) เป็นทีมที่ทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanity) ที่มีจิตใจสูง มีคุณธรรม เมตตา กรุณา อุทิศตน เสียสละ

##### 2) การสื่อสาร (Communication: C)

การสื่อสาร เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ทุกอำเภอให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการทำงานภายใต้ความแตกต่างกันในหลาย ๆ ด้าน จึงจำเป็นต้องมีระบบการสื่อสาร (SMCR) ที่มีประสิทธิภาพ (Berlo, 1960) เริ่มด้วยผู้ส่งสาร (Sender: S) ที่มีทักษะสามารถส่งสาร (Message: M) ถ่ายทอดออกไปด้วยวิธีการหรือมีช่องทาง (Chanel: C) ที่เหมาะสม ตรงตามความต้องการของผู้รับสาร (Receiver: R) ทำให้รับรู้ เข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติได้ตามวัตถุประสงค์ และเป็นการสื่อสารสองทาง (Two-way communications)

ที่ครบวงจร คือ 1) ส่วนที่เป็นข้อมูลข่าวสาร (Information) ที่ส่งออกไป และ 2) การสะท้อนกลับ (Feedback) ข้อเสนอแนะที่ผู้รับสารแจ้งกลับมาเพื่อเติมเต็มส่วนขาดหรือเพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

### 3) ความมุ่งมั่น (Commitment: C)

องค์ประกอบสำคัญต่อมา คือ ภาวดีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทยลาว ได้สร้างข้อตกลงที่เป็นพันธสัญญาร่วมกัน และมุ่งมั่นที่จะทำงานเพื่อประโยชน์ของชุมชนท้องถิ่น

### 4) บริบททางวัฒนธรรม (Cultural context: C)

เนื่องจากอำเภอชายแดนไทย-ลาว มีเอกลักษณ์ที่เป็นลักษณะเด่นเฉพาะตัวในด้านภาษาที่ใช้สื่อสาร สังคมความเป็นอยู่ที่มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ อาหารการกิน เครื่องแต่งกาย บ้านเรือนที่อยู่อาศัย ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม ความเชื่อ ที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้น การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว จึงควรสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนในท้องถิ่นนั้นๆ จึงจะเกิดการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง เนื่องจากในพื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม

สรุปได้ว่า การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เป็นการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอและองค์กรที่สนับสนุนจากภายนอกพื้นที่แบบเชื่อมโยงประสานสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบขององค์ประกอบหลักทั้ง 6 ประการ ที่ประกอบเป็นปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งในส่วนผลลัพธ์นั้น พบว่า เกิดขึ้นมากกว่าความคาดหวัง กล่าวคือ เกิดผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาเป็น 3 ระดับ คือ ระดับผลผลิต ระดับผลลัพธ์ และระดับผลกระทบที่ก่อให้เกิดสังคมสุขภาพที่ดีและยั่งยืน นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยอื่นๆ ที่เสริมให้การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้นมีปัจจัยสำคัญอีก 4 ประการ คือ 1) การทำหน้าที่หัวหน้าทีมของผู้นำภาคีเครือข่าย 2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3) ความมุ่งมั่นในการทำงานตามข้อตกลงร่วมกันของภาคีเครือข่าย และปัจจัยสำคัญประการสุดท้าย คือ 4) บริบททางวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์ในความหลากหลายของพื้นที่อำเภอชายแดนไทยลาว ที่หลอมรวมให้เกิดการทำงานด้วยความรัก ความสามัคคี มีพลังอย่างยั่งยืน

## 2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากการสอบถามในรอบที่ 2 (Delphi 2)

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 17 ท่าน ในการเคลฟายรอบที่ 2 ตามเกณฑ์ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความคิดเห็นที่สอดคล้อง ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์ ดังนี้ ความเหมาะสมของระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว พิจารณาจากร้อยละที่ผู้เชี่ยวชาญเลือก ตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตพิจารณาจากฐานนิยามที่ผู้เชี่ยวชาญเลือก ตั้งแต่ระดับมาก (4) ขึ้นไป

ความคิดเห็นที่สอดคล้อง (Consensus) พิจารณาจากพิสัยควอไทล์ (Inter-quate range) ที่ไม่เกิน 1.00

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเคลฟายรอบที่ 2 เป็นดังนี้

1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity district health team: U) ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากถึง 9 รายการ

2. การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภค (Customers focus: C) ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบการให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภคในระดับอำเภอมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากถึง 8 รายการ โดยมี 1 รายการที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามีเหมาะสม แต่ไม่มีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มาก คือ ข้อ 12 เรื่องช่องทางการรับรู้โดยการประสานงานกับผู้นำชุมชน

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation: C) ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากถึง 8 รายการ โดยมี 1 รายการ ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามีเหมาะสม และไม่มีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มาก คือ ข้อ 25 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานประเด็นการนำแผนงานขององค์กรมาเชื่อมต่อกัน

4. การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciative inquiry: A) ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากถึง 9 รายการ โดยมี 1 รายการที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามีเหมาะสม แต่ไม่มีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มาก คือ การทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพัน ประเด็นการยอมรับซึ่งกันและกัน

5. การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing: R) ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องว่ารูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากรมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากถึง 9 รายการ

6. การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชน (Essential health care: E) ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชนมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากถึง 12 รายการ โดยมี 3 รายการที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ารูปแบบ ๓ มีความเหมาะสม แต่ไม่มีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มาก คือ 1) การบริการเบ็ดเสร็จครอบคลุมกลุ่มประชากร ข้อ 56 ประเด็นวัยเรียน-วัยรุ่น 2) ข้อ 57 ประเด็นวัยทำงาน และ 3) การบริการแบบบูรณาการให้ยั่งยืน ประเด็นการดูแลคนตั้งแต่เกิดจนตาย

7. การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C) ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบการทำหน้าที่ของหัวหน้าทีมมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากถึง 6 รายการ

8. การสื่อสาร (Community:C) ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบการสื่อสารมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากถึง 2 รายการ

9. ความมุ่งมั่น (Commitment: C) ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบความมุ่งมั่นมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากถึง 2 รายการ

10. บริบททางวัฒนธรรม (Cultural context: C) ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องว่าการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในองค์ประกอบบริบททางวัฒนธรรมชุมชนมีความเหมาะสม และมีความสอดคล้องว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มากถึง 10 รายการ

สรุปผลการพิจารณาความเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากการเคลฟายรอบที่ 2 ข้างต้น จากทั้งหมด 83 ประเด็น พบว่า มีประเด็นที่ค่าพิสัยควอไทล์ >1 จำนวน 8 ข้อ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 2 การมุ่งผลลัพธ์แก่ผู้บริโภค ข้อ 12 การประสานงานกับผู้นำชุมชน

องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ข้อ 25 การนำแผนงาน  
องค์กรมาเชื่อมต่อกัน

องค์ประกอบที่ 4 การทำงานจนเกิดคุณค่า ข้อ 36 ประเด็นการยอมรับซึ่งกันและกัน

องค์ประกอบที่ 6 การดูแลสุขภาพที่จำเป็น ข้อ 56, 57, 61 ประเด็นการดูแลสุขภาพ  
และการศึกษาของวัยรุ่น การส่งเสริมอาชีพในวัยทำงาน และการดูแลคนตั้งแต่เกิดจนตาย

องค์ประกอบที่ 9 การมีวัฒนธรรม ข้อ 73 ประเด็นการสื่อสารด้วยลายลักษณ์อักษร  
และข้อ 79 การจัดทำกติกาข้อตกลงร่วมกัน ที่ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นที่ไม่สอดคล้องกันและ  
เป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ จึงเสนอให้ตัดออกเหลือเพียงประเด็นสำคัญ 75 ประเด็นเพื่อทำเดลฟาย  
ในรอบที่ 3 ต่อไป

### 2.3 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ชายแดน ไทย-ลาว รอบที่ 3 (Delphi 3)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 (เดลฟาย 3) พบว่า  
ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 17 ท่านมีความเห็นสอดคล้องกันว่าระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่  
ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบหลัก และประเด็นสำคัญจำนวน 75 รายการ มีความเหมาะสมและ  
มีความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติจริง สามารถสรุปเป็นระบบสุขภาพอำเภอชายแดน  
ไทย-ลาว ได้ดังต่อไปนี้

เนื่องจากอำเภอชายแดนไทย-ลาว มีความแตกต่างจากพื้นที่ทั่วไปทั้งภูมิประเทศ  
สังคมและวัฒนธรรม และบริบทอื่น ๆ อีกหลายประการ ดังนั้น จึงพบว่า ระบบสุขภาพชายแดน  
ไทย-ลาวที่พึงประสงค์ในการจัดการสุขภาพสำหรับประชาชนควรมี 10 องค์ประกอบ คือเพิ่มจาก  
รูปแบบเดิมอีก 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) หัวหน้าทีม (Captaincy: C) 2) การสื่อสาร  
(Communication: C) 3) ความมุ่งมั่น (Commitment: C) และ 4) บริบททางวัฒนธรรม (Cultural  
context: C) ซึ่งจัดหมวดหมู่ตามระบบ DHS@Thai-Laos'border: 4C+U+CARE+C ได้ดังนี้

บริบทที่สำคัญ (Crucial context) ประกอบด้วย การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม  
(Captaincy: C) การสื่อสาร (Communication: C) และความมุ่งมั่น (Commitment: C) และ  
วัฒนธรรม (Culture: C)

ปัจจัยนำเข้า (Input) ประกอบด้วย การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (U) โดยภาคี  
เครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เป็นเจ้าภาพ ร่วมกันรับผิดชอบ ตัดสินใจดำเนินการ แก้ไข  
ดูแล และรับผลที่ได้ประโยชน์ในเชิงเป้าหมายด้วยกัน

กระบวนการ (Process) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของ  
เครือข่ายและชุมชน (Community participation: C) การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing: R)

การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciative Inquiry: A) และการให้บริการสุขภาพพื้นฐาน (Essential health care: E)

ผลสัมฤทธิ์ (Result) ได้แก่ การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer focus: C) ซึ่งเป็นกลไกการขับเคลื่อนและผู้รับผลประโยชน์จากการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ จึงเป็นทั้งผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งส่งผลกระทบต่อ (Impact) การมีสังคมสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน (Health For All, All For Health)

## อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ด้วยกระบวนการ EDFR ที่เหมาะสม สำหรับการศึกษาระยะเวลา ทำให้พบว่าระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่มีอยู่นั้นสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ในระดับหนึ่ง แต่ในอนาคตที่ปัญหาต่าง ๆ นับวันจะซับซ้อนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะบริเวณชายแดนซึ่งมีบริบทที่หลากหลาย ที่สำคัญคือต้องตระหนักถึงปัจจัยทางการเมืองระหว่างประเทศและความมั่นคงของชาติ ในขณะเดียวกันยังต้องยึดถือหลักคุณธรรม สติธิมนุษย์จน ควบคู่กันไป ดังนั้นหากมีระบบสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อเป้าหมาย และอยู่ได้ท่ามกลางปัจจัยที่อ่อนไหว จึงจะเกิดประโยชน์สูงสุด

ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวที่สังเคราะห์ได้จากการวิจัยนี้มี 10 องค์ประกอบหลักที่มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ได้เหมาะสมยิ่งขึ้นในอนาคต ทั้งนี้เพราะองค์ประกอบที่เพิ่มขึ้นมามีความสำคัญมาก ซึ่งแต่เดิมอาจจะแทรกอยู่ในองค์ประกอบอื่น ๆ ทำให้ไม่โดดเด่น จึงไม่สามารถกำหนดกระบวนการพัฒนาได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น จึงจัดองค์ประกอบที่พบเพิ่มขึ้นมาเป็นบริบทที่สำคัญ (Crucial context) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญมากตามแนวคิดเชิงระบบ

### 1. บริบทที่สำคัญ (Crucial context) ประกอบด้วย

1.1 การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C) ด้วยการนำองค์กรอย่างมีธรรมาภิบาล (Leadership & governance) หัวหน้าทีมสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ต้องเป็นนักยุทธศาสตร์ที่มีภาวะผู้นำสามารถนำองค์กรภายใต้การจัดการความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมืองในทุกมิติ คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป้าหมายให้เกิดประสิทธิผลอย่างมีประสิทธิภาพ เสมอภาค เท่าเทียม เป็นธรรม เป็นต้น หัวหน้าทีมในลักษณะที่สามารถปรับแนวคิดการทำงานสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) เหนี่ยวนำทีมงานให้เกิดการทำงานเพื่อมวลชนแบบจิตสำนึกสาธารณะ มีจิตใจสูง มีคุณธรรม เมตตา กรุณา อุทิศตน เสียสละเป็นทีมที่ทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanity)

1.2 การสื่อสาร (Communication: C) เป็นหัวใจสำคัญที่จะผลักดันให้งานทั้งระบบขับเคลื่อนไปได้ เพราะการสื่อสารเป็นปัจจัยหนึ่งที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ทุก

อำเภอให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการทำงานภายใต้ความแตกต่างกันในหลายๆ ด้าน จึงจำเป็นต้องมีระบบการสื่อสาร (SMCR) ที่มีประสิทธิภาพ เริ่มด้วยผู้ส่งสาร (Sender: S) ที่มีทักษะสามารถส่งสาร (Message: M) ถ่ายทอดออกไปด้วยวิธีการหรือมีช่องทาง (Chanel: C) ที่เหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้รับสาร (Receiver: R) ทำให้รับรู้ เข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติได้ตามวัตถุประสงค์ และเป็นการสื่อสารสองทาง (Two-way communications) ที่ครบวงจร คือ 1) ส่วนที่เป็นข้อมูลข่าวสาร (Information) ที่ส่งออกไป และ 2) การสะท้อนกลับ (Feedback) ข้อเสนอแนะที่ผู้รับสารแจ้งกลับมาเพื่อเติมเต็มส่วนขาดหรือเพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

1.3 ความมุ่งมั่น (Commitment: C) ภาคิเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทยลาว มีความหลากหลายที่รัฐ เอกชน ภาคประชาชน และธุรกิจสุขภาพ การบริหารจัดการ การแลกเปลี่ยน รวมทั้งการแบ่งปันทรัพยากร ตลอดจนภารกิจจึงต้องสร้างข้อตกลงที่เป็นพันธสัญญาร่วมกัน และมุ่งมั่นที่จะทำงานเพื่อประโยชน์ของชุมชนท้องถิ่นซึ่งเป็นเป้าหมายร่วมกัน

1.4 วัฒนธรรม (Culture: C) ด้วยอำเภอชายแดนไทย-ลาว มีลักษณะเด่นในด้านภาษาที่ใช้สื่อสาร สังคมความเป็นอยู่ที่มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ อาหารการกิน เครื่องแต่งกาย บ้านเรือนที่อยู่อาศัย ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม ความเชื่อ ที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้น การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว จึงสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนในท้องถิ่นนั้นๆ จึงจะเกิดการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง เนื่องจากในพื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม

2. ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (U) ซึ่งภาคิเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาวส่วนใหญ่จะคุ้นเคยและทำงานประสานกันอยู่แล้วเป็นปกติ ดังนั้น เมื่อผู้บริหารระดับนโยบายได้ออกระเบียบกฎหมายสนับสนุนการพัฒนากระบวนสุขภาพอำเภอขึ้น (ราชกิจจานุเบกษา, 2561) ภาคิเครือข่ายสุขภาพอำเภอส่วนใหญ่จึงเห็นว่า “เป็นโอกาส” ที่จะได้เกิดการดำเนินงานร่วมกันเป็นทีมอย่าง “เป็นทางการ” และเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพของประสิทธิ์ชัย มั่งจิตรมานพ คณะโต และกิตติมา โมะเมน (2556) โดยใช้แนวคิด UCARE ที่พบว่า ทีมเครือข่ายสุขภาพอำเภอมีความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการและประสานการดำเนินงานร่วมกัน ด้วยความหวังใจเอื้ออาทรกัน โดยมี “ประชาชน” เป็น “เป้าหมายเดียวกัน” รับผิดชอบดำเนินการดูแล แก้ไข และได้รับผลประโยชน์ร่วมกันแบบ (Win Win Approach) สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์นายแพทย์สันติลาภเบญจกุล (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2554) บนเวทีเสวนาเพื่อการพัฒนากระบวนสุขภาพ



ชุมชน ครั้งที่ 3 เรื่อง โรงพยาบาลกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนว่า “เริ่มด้วยใจ ขับเคลื่อนเครือข่ายเป็นพลัง ทุกอย่างก้าวถ้าสามารถประสานกลายเป็นพลังช่วยกันทำ และมีกลุ่มเป้าหมายเดียวกันก็จะเกิดพลังมหาศาล..” ประกอบกับการที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว มีการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็งเนื่องจากมี “ความขาดแคลน” ทรัพยากรที่เป็น “ข้อจำกัด” เหมือนกัน จึงทำให้ตระหนักและรู้สึกมี “ความเห็นอกเห็นใจ” ห่วงใยเอื้ออาทรกันและกัน “ถึงแม้จะมีพันธกิจของหน่วยงานที่แตกต่างกัน แต่ทุกคนก็ต่างกันเพียงหน้าที่” (ผู้นำเครือข่ายสุขภาพอำเภอสาขากการปกครองและความมั่นคง เพศชาย อายุ 43 ปี, 7 มกราคม 2561, สัมภาษณ์)

### 3. กระบวนการ (Process) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (Community participation: C) การมีนโยบายมาสนับสนุนการพัฒนาจากบุคคลภายนอกมาทำหน้าที่แบบ “ตานก” คอยเอื้ออำนวยความสะดวกกระบวนการเรียนรู้ กระตุ้น ส่งเสริม เต็มพลัง เป็นการสร้างโอกาสให้คนภายในชุมชนที่มีความใกล้ชิดกับสถานการณ์ รับรู้ปัญหาความต้องการ และปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ เปรียบเสมือน “ตาหนอน” ที่มองเห็นและสัมผัสความเป็นไปในชุมชนตลอดเวลา สอดคล้องกับงานวิจัย เรื่อง สถานภาพและกลยุทธ์การส่งเสริมและสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยของกุหลาบ รัตนสังฆธรรม มนตรี แยมกสิกร วสุรตันวัฒนกุล วินิจ ศัพท์พันธ์ุ และคณะ (2546)

การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นการทำงานที่สร้างให้ประชาชนมีความรู้สึก “เป็นเจ้าของ” และมีความรับผิดชอบในระบบสุขภาพเมื่อชุมชนได้แสดงบทบาทในการวิเคราะห์ปัญหาและร่วมวางแผนแก้ไขด้วยตนเองจนเกิด “ระเบิดจากข้างใน” สอดคล้องกับปาฐกถาดอนหนึ่งของสุเมธ ตันติเวชกุล (2561) เรื่อง “ระเบิดจากข้างใน” หัวใจแห่งการพัฒนาในพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 ว่า “แนวคิดนี้ตรงกับหลักการทรงงานในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช รัชกาลที่ 9 คือ “ระเบิดจากข้างใน” พระองค์ทรงมุ่งเน้นเรื่องการพัฒนาคน ทรงรับสั่งว่า ต้องระเบิดจากข้างใน นั้นหมายความว่า ต้องสร้างความเข้มแข็งให้คนในชุมชนที่เราเข้าไปพัฒนา ให้มีสภาพพร้อมที่จะรับการพัฒนาก่อน แล้วจึงค่อย ออกมาสู่สังคมภายนอก มิใช่การนำเอาความเจริญหรือบุคคลจากสังคมภายนอกเข้าไปหาชุมชน หมู่บ้านที่ยังไม่ทัน ได้มีโอกาสเตรียมตัวหรือตั้งตัว” โดยการสร้างความตระหนักถึงคุณค่าตนเองและยอมรับว่า “ชุมชนมีศักยภาพ” มีความเชื่อมั่นในความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความรับผิดชอบมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับสุรัชย์ รุจิวรรณกุล สงครามชัย ลิทองดี และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ (2558) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอด้วยการจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบ

การเรียนรู้มาเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมีการร่วมปฏิบัติจริงในพื้นที่ 2) การสร้างการพัฒนาเครือข่ายและประสานการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ และ 3) การติดตามประเมินผลการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ

3.2 การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing: R) โดยผู้นำภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ใช้แนวคิดหลักการทำงานเพื่อสร้าง “ศรัทธา” ในการจัดการวางแผนแบ่งปันทรัพยากรแบบ “พื้มีสอง..น้องมีหนึ่ง” และทำงานแบบ “ใจถึงใจ” อย่างคนมี “หัวใจความเป็นมนุษย์” แล้วจะพบว่า “สิ่งที่ให้ คือ สิ่งที่ได้” ส่วนทรัพยากรที่ได้จากการระดมทุนของภาคเอกชนนั้น ภาคีสุขภาพฝ่ายอำนวยการได้จัดทำศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอและมีการจัดงานเพื่อ “เชิดชูเกียรติคุณ” ตอบแทนผู้มีศรัทธาและเสียสละให้สาธารณชนรับทราบ สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพของประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร มานพ คณะโต และกิตติมา โมะเมน (ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, มานพ คณะโต และกิตติมา โมะเมน, 2556) โดยใช้แนวคิด UCARE พบว่า การแบ่งปันทรัพยากร การพัฒนาบุคลากร และการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ควรมีการเชิดชูผู้ปฏิบัติงานเพื่อขวัญกำลังใจเกิดการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิยิ่งขึ้น

3.3 การให้บริการสุขภาพตามความจำเป็นในบริบทของชุมชน (Essential health care: E)

ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ส่วนใหญ่ได้ประกาศเรื่อง ภาวะสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง/ หัวใจ/ สมอง/ หลอดเลือด) ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้ยากไร้เป็นประเด็นร่วมที่ต้องดำเนินการเป็นวาระเร่งด่วน เนื่องจากเป็นสาเหตุของการป่วยและตายที่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น สอดคล้องกับความคิดเห็นของนายแพทย์นภดล เสรีรัตน์ ที่สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2554) สัมภาษณ์บนเวทีเสวนาเพื่อการพัฒนาสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 3 เรื่อง โรงพยาบาลกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนว่า “ถามว่าทำไมการทำงานต้องเริ่มจาก กระบวนการเยี่ยมบ้าน คิดว่าการดูแลคนทั้ง ชีวิต เราไม่สามารถมองเห็นปัญหาเหล่านั้นได้บนโรงพยาบาล นอกจากต้องเข้าไปในชีวิต ของเขาจริงๆ” ซึ่งปัจจุบันพบว่า หากมี “ระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง จะเป็นการสร้างโอกาสการมีส่วนร่วมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนได้ ครอบคลุมทุกมิติและเกิด “สังคมสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน” ซึ่งสอดคล้องกับวิชัย เทียนถาวร (วิชัย เทียนถาวร, 2558) ที่วิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง การศึกษาการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง: ศึกษากรณีจังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้สื่อสัญลักษณ์ “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” พบว่า เป็นการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระดับตำบลใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย เพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย

ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ที่นำมาใช้เป็นสิ่งที่มีความคุ้นเคยกับการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชน ก็สามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้จากการมองเห็น ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความเข้าใจ เกิดความตระหนัก ใส่ใจสุขภาพของตนเองมากขึ้น

3.4 การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciative inquiry: A) การทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพในอำเภอชายแดนไทย-ลาว ส่วนใหญ่เป็น “การเรียนรู้จากการปฏิบัติ” ให้ความสำคัญกับการ “เตรียมการก่อนการจัดกิจกรรม (Before action review: BAR)” และ “สรุปผลหลังจัดกิจกรรม (After action review: AAR)” ภายใต้ “การเคารพศักดิ์ศรี” ในคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่เป็นแนวคิดพื้นฐานและบรรยากาศแบบ “ฉันทัพันธ์” สร้างให้เกิดความผูกพันและวัฒนธรรมการทำงานที่มี “คน” เป็น “ทุนทางสังคม” ที่ใช้เป็นกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาทุก ๆ ด้าน และรักษาไว้ซึ่งทุนทางสังคมด้านอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับบุญสืบ โสโสม และคณะ (2559) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพของระบบสุขภาพอำเภอพื้นที่เขตเมือง 8 จังหวัด เรื่องการพัฒนาบริการโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ของเขตบริการสุขภาพที่ 4 พบว่าปัจจัยของความสำเร็จเกิดจากทุนทางสังคมที่มีมาก่อน ได้แก่ ทุนทางความเชื่อทางศาสนาวัฒนธรรมที่ให้คุณค่ากับการช่วยเหลือเอื้ออาทรกัน มีความเป็นญาติพี่น้องและเสริมสร้างความรู้สึภาคภูมิใจ ความรู้สึกเป็นหนึ่งในเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งและรู้สึกเป็นทีมที่เป็นหนึ่งเดียวที่ต้องการเดินไปพร้อมๆ กัน

4. ผลสัมฤทธิ์ (Result) ความสำเร็จที่ได้จากการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เกิดขึ้นได้ 2 ระดับ คือ

4.1 ระดับผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ “การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค” (Customer focus: C) ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมการดำเนินงานระบบสุขภาพ จึงทำให้ประชาชนซึ่งเป็นผู้รับบริการ “ได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทุกขั้นตอน” ทำให้เกิดความตระหนักและรู้สึกห่วงใย “เป็นเจ้าของ” ระบบสุขภาพในชุมชนของตนเอง นำไปสู่การเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังสอดคล้องกับชดากร ศิริคุณ และวุฒิพงศ์ ภักดีกุล (2557) ที่ประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร พบว่า ปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ คือ

- 1) การเสริมสร้างการรับรู้ (Perception) เกี่ยวกับนโยบาย รับรู้ต่อปัญหาสังคม (Perception of social problem)
- 2) การกระตุ้นการตอบสนอง (Responsiveness) ซึ่งกระบวนการสื่อสารของผู้นำสารไปยังผู้รับสารด้วยช่องทางที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถทำให้ข้อมูลข่าวสารกลายเป็น “พลังความเปลี่ยนแปลง” ก่อให้เกิดการเร่งรัดปฏิบัติตามนโยบาย หรือตอบสนองต่อการแก้ไข

ปัญหาของชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิชัย เทียนถาวร (2558) เรื่องการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ศึกษากรณีจังหวัดสิงห์บุรี พบว่า ผู้ส่งสารมีทักษะในการสื่อสารที่ดี ทำให้ผู้รับสารมีความรู้สึกเป็นกันเอง ทำให้การถ่ายทอดสื่อถึงตัวผู้รับ มีความเข้าใจนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง และที่สำคัญต้องเป็นการสื่อสารแบบสองทางและมีการโต้ตอบแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในทุกขั้นตอน จึงจะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพสูง

4.2 ระดับผลกระทบ (Impact) จากการจัดการระบบสุขภาพร่วมกันของภาคีเครือข่าย สร้างให้เกิดความรักและผูกพันในชุมชน (Community Engagement) รู้สึกเป็นเจ้าของหวงแหนเอาใจใส่อย่างจริงจัง เกิดการทำงานเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ (Health Networking System) อันจะส่งผลให้เกิดการสร้างสังคมสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน

จากผลการวิจัยดังกล่าว พบว่า การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว เป็นกระบวนการเชิงระบบตามกรอบ 4C+U+CARE+C ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 10 องค์ประกอบ โดยมี 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภออย่างเข้มแข็ง (Unity of district health team: U) เป็นปัจจัยนำเข้า 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (Community participation: C) 3) การจัดการทรัพยากร (Resource sharing: R) 4) การให้บริการสุขภาพตามความจำเป็นในบริบทของชุมชน (Essential health care: E) 5) การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciative inquiry: A) เป็นกระบวนการ 6) การมุ่งผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้บริโภค (Customer focus: C) เป็นผลสัมฤทธิ์ (Result) ที่มีทั้งผลผลิต (output) และผลลัพธ์ (outcome) และหากดำเนินการไปอย่างต่อเนื่องจะเกิดความรัก ความผูกพันของชุมชน (Community engagement) และการทำงานของเครือข่ายสุขภาพที่เป็นระบบ (Health networking system) ส่งผลให้เกิดผลกระทบ (Impact) ต่อระบบการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น ผู้การ สร้างสังคมสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน (Health For All, All For Health) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ระเบิดจากข้างในที่ปัจจุบันได้ขยายไปทุกพื้นที่ซึ่งอำเภอแต่ละขนาดก็ดำเนินการเหมือนกัน แต่ในพื้นที่อำเภอชายแดนไทย-ลาว แม้ต่างขนาดกันแต่ก็มีปัจจัยเสริมให้เกิดความสำเร็จอีก 4 ส่วน คือ 7) การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C) คือ ภาวะการนำองค์กรของหัวหน้าทีมที่บริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล มีทักษะในการสร้างแรงบันดาลใจให้ทีมงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 8) การสื่อสาร (Communication) ที่มีระบบครบวงจรและมีประสิทธิภาพ 9) ความมุ่งมั่นในข้อตกลงร่วมกัน (Commitment: C) ของภาคีเครือข่ายที่มุ่งทำงานเพื่อชุมชนท้องถิ่น และ 10) บริบททางวัฒนธรรม (Cultural context: C) บริบททางวัฒนธรรมของอำเภอชายแดนไทย-ลาวที่เป็นเอกลักษณ์ และเป็นเอกภาพในวัฒนธรรมแบบพี่น้อง จึงเป็นองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การ

พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่สังคมประเทศชาติโดยรวมต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย-โดยเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

1.1 ผลการวิจัย พบว่าระบบสุขภาพอำเภอ ตามแนวคิด UCCARE ยังคงมีประโยชน์ในการนำไปใช้ในพื้นที่อำเภอชายแดน แต่อาจจะต้องพิจารณาให้แต่ละพื้นที่สามารถปรับระบบการให้ให้เหมาะสมกับบริบทของสภาพชายแดนแต่ละพื้นที่ด้วย

1.2 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นชัดเจนว่า มีบริบทที่สำคัญซึ่งจะมีผลต่อความมีประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้แก่การทำหน้าที่ของหัวหน้าทีม (Captaincy: C) การสื่อสาร (Communication: C) ความมุ่งมั่น (Commitment: C) และวัฒนธรรม (Culture: C) ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.2.1 กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนให้อำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้ สามารถปรับรูปแบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ได้ตามความเหมาะสม โดยการพัฒนาเป็นระบบสุขภาพอำเภอชายแดนต้นแบบ เพื่อเป็นแบบอย่างให้พื้นที่ชายแดนด้านอื่นสามารถนำไปประยุกต์ใช้จัดการปัญหาสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน ได้ดียิ่งขึ้น

1.2.2 กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานข้าราชการพลเรือน และสถาบันการศึกษา ด้านสาธารณสุขที่มีหลักสูตรการอบรมผู้บริหารระดับต่างๆ ควรบรรจุเรื่อง การเป็นหัวหน้าทีม (Captainship) ในการพัฒนาศักยภาพของผู้บริหารตั้งแต่ระดับต้น เพื่อฝึกฝนให้เกิดทักษะในการเป็นหัวหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.3 องค์กร หน่วยงานสาธารณสุขในระดับเขตสุขภาพควรเป็นเจ้าภาพในการแสวงหาข้อตกลงและกำหนดแนวทางในการบูรณาการเป้าหมายและทรัพยากรกับองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพอำเภอชายแดน เพื่อให้เกิดความเห็นชอบ ความมุ่งมั่นร่วมกัน (Commitment) และเพื่อเป็นการสนับสนุนให้หน่วยงานผู้ปฏิบัติในระดับอำเภอสามารถแบ่งปันทรัพยากรได้อย่างราบรื่น

1.2.4 หน่วยงานสาธารณสุขในระดับเขตสุขภาพ ส่งเสริมให้แต่ละอำเภอจัดทำแผนปฏิบัติการของระบบสุขภาพอำเภอโดยมีรายละเอียดในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชน (Culture) ตลอดจนมีระบบการสื่อสาร(Communication) และการสื่อสารสุขภาพอย่างชัดเจน อีกทั้งมีการควบคุมกำกับดูแลให้เกิดประโยชน์สูงสุด

1.2.5 หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เป็นภาครัฐมีบทบาทเป็นผู้เอื้ออำนวยให้การสนับสนุนส่งเสริมพื้นที่ในด้านต่างๆ ประกอบด้วย 1) องค์ความรู้ในการพัฒนาและจัดการระบบสุขภาพอำเภอ 2) มาตรการทางสังคมที่เป็นข้อตกลงร่วมในระดับชุมชนท้องถิ่น 3) การทำงานแบบเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย 4) การกระจายอำนาจเสริมสร้างพลังความเข้มแข็งแก่ระดับพื้นที่ และ 5) การออกมาตรการทางกฎหมายเพื่อสนับสนุนให้การปฏิบัติเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

## 2. ข้อเสนอในการศึกษาวิจัยต่อไป

2.1 ควรนำรูปแบบ DHS@Thai-Laos's border:4C+U+CARE+C ไปทำการวิจัยปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาองค์ประกอบที่สำคัญต่าง ๆ ให้เหมาะสมมากที่สุด โดยศึกษาในเชิงปริมาณเพื่อยืนยันองค์ประกอบทั้ง 10 ประการ รวมทั้งการจัดกลุ่มองค์ประกอบที่เหมาะสมต่อไป

2.2 ประยุกต์รูปแบบ DHS@Thai-Laos's border:4C+UCARE+C มาทดลองใช้และวิจัยในพื้นที่อำเภอปกติ เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเป็นการยกระดับระบบสุขภาพระดับอำเภอต่อไป

2.3 ศึกษาวิจัยบริบทของอำเภอที่มีความแตกต่างหลากหลาย และรูปแบบระบบสุขภาพอำเภอที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของอำเภอที่แตกต่างหลากหลายเพื่อใช้เสนอแนะเป็นรูปแบบทางเลือกในการดำเนินการระบบสุขภาพอำเภอตามแต่ละบริบทของพื้นที่นั้นๆ ต่อไป

## บรรณานุกรม

กรมเอเชียตะวันออก. (2559). *ความสัมพันธ์ไทย-ลาว*. เข้าถึงได้จาก

<http://www.thaisavannakhet.com/savannakhet/th/knowledge/relationships/>.

กรมควบคุมโรค. (2557). *แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ปีงบประมาณ 2557*. ม.ป.ท.

กระทรวงมหาดไทย. (2559). *ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579)*. วันที่ค้นข้อมูล 15

กรกฎาคม 2560. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaigov.go.th/uploads/document/66/2017/01/pdf/20year-may59.pdf>.

กิดานันท์ มลิทอง. (2543). *เทคโนโลยีการศึกษาและนวัตกรรม*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กุหลาบ รัตนสังขธรรม, มนตรี เข้มกลีกร, วสุธร ตันวัฒนกุล, วินิจ ศัพท์พันธุ์ และคณะ. (2546).

*รายงานการวิจัยเรื่องสถานภาพและกลยุทธ์การส่งเสริมและสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจในภาคตะวันออกของประเทศไทย*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ธรรมนูญว่า*

*ด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนพิเศษ 175 ง วันที่ 2 ธันวาคม 2552.

จุฑาทิพย์ พิทักษ์. (2559). *คู่มือเยี่ยมเสริมพลัง*. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.

ชดากร ศิริคุณ และวุฒิพงศ์ ภักดีกุล. (2557). การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการ

สุขภาพ System ระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร.

*วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2(1), 1-11.

ชัยวัฒน์ ธีระพันธุ์. (ม.ป.ป.). *ทฤษฎีกระบวนการ*. เข้าถึงได้จาก

<http://advisor.anamai.mohp.go.th/think/theory.htm>

เดชา แซ่หลี, ลีริชัย นามทรรศนีย์, ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้ และนางทัศนีย์ สุมามาลย์. (2557).

*การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) District Health System (DHS)*

*ฉบับประเทศไทย*. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข.

เดชา แซ่หลี่ และคณะ. (2557). *เสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รศอ.)*. โครงการพัฒนาองค์ความรู้ แนวคิด และจัดพิมพ์ผลงานการพัฒนาคลังสารสนเทศระบบสุขภาพระดับอำเภอ มุลินธิแพทย์ชนบท ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

ธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552. (2552, 2 ธันวาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 57.

ธีรพร สติธองกูร. (2556). การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขกับกลไกการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลเขตบริการระยะเปลี่ยนผ่าน. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(3).

เนาวรัตน์ เกียรติวิวัฒน์วงศ์ และคณะ. (2559). การเรียนรู้เชิงบูรณาการระบบสุขภาพระดับอำเภอ และทีมหมอครอบครัวในการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน  
คุณภาพ: สุขสำราญห่วงใยกันด้วยทีมหมอครอบครัว. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(2), 1-16.

บุญธรรม กิจปริคาบวิสุทธิ. (2554). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จามจุรีโปรดักท์.

บุญสืบ โสโสม และคณะ. (2559). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ประชุม รอดประเสริฐ. (2543). นโยบายและการวางแผน: หลักการและทฤษฎี (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: เนติกุลการพิมพ์.

ประเวศ วะสี. (2550). *การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สุขภาวะชุมชนเป็นรากฐานสุขภาวะทั้งหมด*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.

ประสิทธิ์ มานะเจริญ. (2557). *การศึกษาและพัฒนาความร่วมมือทางด้านสาธารณสุข ชายแดนภาคตะวันออกเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 6 ปี 2557 สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ.

ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร มานพ คณะ โต และกิตติมา โมะแมน. (2556). การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 1(3), 17-28.

ปัญญา ขงยิ่ง, วิชัย เทียนถาวร, วสุธร ดันวัฒนกุล, กาสัก เต๊ะขันหมาก และวันสรุา เขาวนัณนิม. (2560). ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว: สถานการณ์และสภาพปัญหาที่สำคัญ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*, 40(2).



- พันธุทอง จันทร์สว่าง. (2557). *UCARE พัฒนาเป็น UCCARE คู่มือประชาชนให้ได้ทั้ง Clinical & Psychosocial Outcome*. เข้าถึงได้จาก <http://www.ptjsw.blogspot.com/2014/10/28>
- ภิญโญ รัตนพันธ์. (2555). *ห้องเรียนกระบวนการ Appreciative Inquiry*. เข้าถึงได้จาก <http://portal.in.th/files/8/6/8/201105/26/AI.pdf>.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2553). *การจัดการเรียนรู้ โดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context-based learning: CBL) เล่ม 1 โครงการสนับสนุน การปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยความร่วมมือของ รัฐบาลไทยและสหภาพยุโรป*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พุทธศักราช 2561. (2561, 9 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 1-7.
- รุจา ภูโพนบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว:แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้*. กรุงเทพฯ: วีเจ พรินติ้ง.
- วสุธร ดันวัฒนกุล. (2550). *สุขภาพ อนามัยชุมชน และกระบวนการพัฒนา*. ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วสุธร ดันวัฒนกุล. (2551). *Status and Strategies of Community Health Development in Responsibility Area of Sub-district Administrative Organization: Case study in Chonburi Province, Thailand*. Dissertacao de Doutorado em Ciencias Biomedicas.
- วิชัย เทียนถาวร. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก.
- วิชัย เทียนถาวร. (2558). *การสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ศึกษากรณีจังหวัดสิงห์บุรี*. กรุงเทพฯ: ศูนย์นิพนธ์หลักสูตรดุสิตบัณฑิต (สื่อสารการเมือง) วิทยาลัยสื่อสารการเมือง มหาวิทยาลัยเกริก.
- วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์. (2551). *การพัฒนาระบบบริการ การดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานของ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ*. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรพล หนูนุ่น. (2559). จาก กพ.สอ. มาเป็น คป.สอ. ในระบบสุขภาพระดับอำเภอ. เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/9910>.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอาเซียน. (2558). *ระบบสาธารณสุข สปป.ลาว*. กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. (2557). *แนวทางการทบทวน ประเมิน เพื่อพัฒนา ต่อยอด DHS*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.

- สินศักดิ์ชนม์ อุ๋นมี. (2556). *พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- สุพัตรา ศรีวิชชากร และคณะ. (2554). *โรงพยาบาลกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.
- สุเมธ ตันติเวชกุล. (2559). *ระเบิดจากข้างใน” หัวใจแห่งการพัฒนา ในพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9*. เข้าถึงได้จาก <https://mgronline.com/online/section/detail/9590000115284>.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2552). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 9)*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยการย้ายถิ่นแห่งเอเชีย สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรัชย์ รุจิวรรณกุล, สงครามชัย ลีทองดี, และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์. (2558). *พัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่: กรณีศึกษา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ*. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพรรณ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 10(2), 117-125.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2557). *การพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS): ความเหมือนที่แตกต่าง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สุวิทย์ เมษินทรีย์. (2559). *แนวคิดรูปแบบการพัฒนาประเทศไทย 4.0*. กรุงเทพฯ: กระทรวงพาณิชย์.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *แนวทางการดำเนินการบนพื้นฐานของการเชื่อมโยงระหว่างหลักการกับการสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihealth.or.th>
- สำนักความร่วมมือการค้าและการลงทุน. (2557). *จุดผ่านแดน ไทย-ลาว*. กรุงเทพฯ: กรมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์.
- สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ. (2557). *แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *ธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552*. นนทบุรี: วิถี.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.

- สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย. (2560). *แนวทางการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB)*. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2556). *การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย*. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย และเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2555). *การศึกษาสถานการณ์การให้บริการสุขภาพกับชาวกัมพูชา ที่ชายแดนไทย-กัมพูชา: กรณีศึกษา จังหวัดสระแก้ว จันทบุรี และตราด กระทรวงสาธารณสุข ปี 2556*. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยและเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด งวดที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2560*. สืบค้นจากระบบฐานข้อมูล Data Health Center: DHC กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2555). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2557). *ทีมหมอครอบครัว*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำลี เปลี้นบางช้าง. (2558). *บทบาทของนักสาธารณสุข ในฐานะผู้ประสานประโยชน์ทางด้านสุขภาพ*. เอกสารประกอบการบรรยายประชุมสัมมนาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี 26 มกราคม 2558.
- อมร นนทสุด. (2559). *แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์: การจัดการทรัพยากรบุคคล*. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 2(3), 215-219.
- Berlo, D. K. (1960). *The process of communication*. New York: The Free Press.
- Bertalanffy, L. (1969). *General system theory*. New York: George Braziller.
- Boyd, N. M., & Bright, D. S. (2007). Appreciative inquiry as a mode of action research for community psychology. *Journal of Community Psychology*, 35(8), 1019-1036.
- Cooperrider, D. L., & Whitney, D. (1999). *Collaborating for change: Appreciative inquiry*. Berrett-Koehler.

- Cooperrider, D. L., & Whitney, D. (2005). *A positive revolution in change: Appreciative inquiry*. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/237404587>
- Beth, S., & Friedman, L. (1986). *A system of care for severely emotionally disturbed children & youth*. Washington: CASSP Technical Assistance Center.
- Fulop, T., & Roemer, M. (1987). *Reviewing health manpower development: A method of improving national health systems*, Geneva: World Health Organization.
- Jensen, C. (1996). *Delphi in depth: Power techniques from the experts Berkeley*. Singapore: n.p.
- Poolpatarachewin, C. (2003). Research with EDFR. *Journal of Education*, 32, 1-19.
- Putt, A. M. (1978). *General system theory: Applied to nursing*. Boston: Little brown and Company.
- Thanvatakul, V. (2008). *Status and strategies of community health development in responsibility area of sub-district administrative organization: Case study in Chonburi Province, Thailand*. Dissertacao de Doutorado em Ciencias Biomedicas.
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: WHO Document Production Services.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือด้วยเทคนิคเดลฟาย

## รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือด้วยเทคนิคเคลฟาย

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 1. แพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง         | อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ<br>กระทรวงสาธารณสุข  |
| 2. นายธนา ยันตรโกวิท                | รองอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น<br>กระทรวงพัฒนาสังคมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์           |
| 3. นายนิมิต วันไชยธนวงศ์            | ผู้ว่าราชการจังหวัดสุพรรณบุรี  |
| 4. ดร.รัฐพล ชูระพันธ์               | นายอำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์  |
| 5. นายชรินทร์ ทองสุข                | นายอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี   |
| 6. ดร.เยาวดี สุวรรณนาคะ             | ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี<br>พระพุทธบาท สระบุรี                               |
| 7. นายปรีดาศักดิ์ หนูแก้ว           | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ  |
| 8. นายแพทย์สันติ ลาภเบญจกุล         | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี  |
| 9. นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร    | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี   |
| 10. รศ.ดร.นรินทร์ สังข์รักษา        | คณะวิทยาการจัดการ (สาขาวิชาการจัดการชุมชน)<br>มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตสารสนเทศ เพชรบุรี |
| 11. รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี         | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  |
| 12. ผศ.ดร.ถาวร มาตัน                | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง<br>วิทยาเขตสุโขทัย                                  |
| 13. ผศ.ดร.สมคิด จูหว่า              | รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา   |
| 12. นายแพทย์สมนึก ชีวาเกียรติยิ่งยง | โรงพยาบาลพะเยา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 65000   |
| 15. นายสุรกิจ สุวรรณแกม             | นายกองค์การบริหารตำบลคอนหวานาง อ.ภาชี<br>จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13140                      |
| 16. นางสกุลตรา บุตรที               | นายกองค์การบริหารตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก<br>จังหวัดอุดรธานี                                 |
| 17. ดร.จุฑาทิพย์ พิทักษ์            | สำนักบริหารการสาธารณสุข<br>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข                                    |

ภาคผนวก ข

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 1

แนวคำถามการสนทนากลุ่มสถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว



## แนวคำถามการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพ อำเภอชายแดนไทย-ลาว

ชื่อโครงการวิจัย    การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

หัวข้อที่สัมภาษณ์    สถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

- บทบาทผู้ให้ข้อมูลสำคัญ     ภาคีสสุขภาพระดับอำเภอ
- ภาคีสสุขภาพระดับจังหวัด
- อื่น ๆ

### คำชี้แจง

ขอความอนุเคราะห์ท่าน ให้ข้อมูลสถานการณ์สภาพปัจจุบันเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่ของท่านตามความเป็นจริง ความคิดเห็นของท่านจะประโยชน์ในการศึกษาวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

### แนวประเด็นคำถาม

1. การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ตามกรอบแนวคิด UCCARE องค์กรประกอบ 6 ด้าน

1.1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity district health team: U)

1.1.1 ริเริ่มมีแนวทางการทำงานระบบสุขภาพอำเภอร่วมกันอย่างไร มีภาคีใดร่วมด้วย  
แบ่งบทบาท หน้าที่กันอย่างไร

.....

.....

.....

.....

1.1.2 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็น หรือทุกประเด็น หรือไม่อย่างไร

.....

.....

.....

.....

1.1.3 มีการบูรณาการระบบการทำงานเป็นโครงข่ายที่มิดชิดกัน โดยมีชุมชนและภาคส่วนต่าง ๆ ร่วมเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพทั้งแนวตั้งและแนวนอนหรือไม่อย่างไร ในทุกประเด็น หรือในบางประเด็นสุขภาพที่สำคัญอะไร อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

## 1.2 การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภค (Customer focus: C)

1.2.1 ช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเป็นอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

1.2.2 มีการขยายและการปรับปรุงระบบงานช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลาย อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

1.2.3 ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่าง ๆ อย่างไร จนทำให้ประชาชนเชื่อมั่นศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอได้อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

**1.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation: C)**

1.3.1 มีวิธีการทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมรับรู้ ร่วมคิดวางแผนในการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ อย่างไรบ้าง

.....  
.....  
.....

1.3.2 ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมดำเนินการกับเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอหรือไม่อย่างไร และมีการขยายวงให้ครอบคลุมทั้งประเด็นปัญหาและกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ได้อย่างไร

.....  
.....  
.....

1.3.3 ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมกันดำเนินการ รวมทั้งการประเมินผล จนร่วมเป็นเจ้าของการดำเนินงานเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอได้อย่างครบวงจร อย่างไรบ้าง

.....  
.....  
.....

**1.4 การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciative inquiry: A)**

1.4.1 มีวิธีการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจของบุคลากรระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการอย่างไร

.....  
.....  
.....

1.4.2 มีการขยายระบบการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจ ให้เกิดความผูกพันได้  
อย่างไร

.....

.....

.....

1.4.3 มีการเรียนรู้เพื่อสร้างวัฒนธรรมเครือข่ายให้บุคลากรมีความสุข ภูมิใจ รับผิดชอบต่อคุณค่าและเกิดความผูกพันในงานได้อย่างไร

.....

.....

.....

#### 1.5 การจัดสรรทรัพยากร (Resource sharing: R)

1.5.1 มีแนวทางหรือการวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างไร และการพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างไร เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ

.....

.....

.....

1.5.2 มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบ ให้ครอบคลุมตามบริบทและความจำเป็นของพื้นที่ตามเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

1.5.3 การทบทวนและปรับปรุงการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากรร่วมกันให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน เพื่อส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

#### 1.6 การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชน (Essential health care: E)

1.6.1 มีแนวทางที่ริเริ่มดำเนินการจัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น ในแต่ละกลุ่มตามบริบทของชุมชน เป็นอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

1.6.2 มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบทชุมชน และหรือตามความต้องการของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มและชุมชน ให้ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ ได้อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

1.6.3 ปัญหาสุขภาพที่จำเป็นส่วนใหญ่ คือ อะไร และมีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกับประชาชน ชุมชน ภาควิชาส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างไร ที่จะส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

.....

.....

.....

.....

## 2. กรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (6 Building Blocks of A Health System)

### 2.1 ระบบบริการ (Service Delivery):

2.1.1 ระบบสุขภาพอำเภอเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สุขภาพที่ดีของประชาชนที่สอดคล้องกับ “บริบท” และ “วัฒนธรรม” ในพื้นที่ อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

2.1.2 มีเครือข่ายจัดการและให้บริการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัยอย่างไร และมีระบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ หรือไม่อย่างไร

.....

.....

.....

.....

### 2.2 กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce):

2.2.1 บุคลากรด้านสุขภาพที่เป็นสหวิชาชีพทั้งภาครัฐและเอกชน มีความพร้อมในด้านความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ มีความรับผิดชอบงานให้บริการสุขภาพอย่างไร และมีจำนวนเพียงพอเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

### 2.3 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing):

2.3.1 เงินที่ใช้ในการดำเนินระบบสุขภาพ เช่น เงินงบประมาณและกองทุนต่าง ๆ มีความเพียงพอเหมาะสมที่จะทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการประชาชนหรือไม่อย่างไร

.....

.....

.....

## 2.4 สื่อองค์ความรู้/ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to essential medicines):

2.4.1 มีสื่อ/ องค์ความรู้ อะไรบ้าง เพียงพอที่ช่วยสนับสนุนระบบบริการให้มีประสิทธิภาพได้หรือไม่อย่างไร

.....

.....

.....

.....

## 2.5 ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System):

2.5.1 ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีอะไรบ้าง มีความเชื่อถือได้สามารถนำไปใช้พื้นฐานในการตัดสินใจใช้ในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพได้ อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

## 2.6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/ Governance):

2.6.1 ผู้นำมีการบูรณาการทุกภาคส่วนหรือไม่อย่างไร ที่จะก่อให้เกิดการเชื่อมผสานกันในระบบสุขภาพที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ได้อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

“ขอขอบพระคุณที่ให้ความอนุเคราะห์ ขอท่านจงประสบความสุข ความเจริญ”

**แนวคำถามการสนทนากลุ่มสถานการณ์ สภาพปัญหาสำคัญ  
และความต้องการการพัฒนา ไปสู่การพัฒนา รูปแบบระบบสุขภาพ  
อำเภอชายแดนไทย-ลาว**

**ชื่อโครงการวิจัย**      การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

**หัวข้อที่สนทนา**      สถานการณ์ สภาพปัญหาสำคัญ และความต้องการการพัฒนา ไปสู่การพัฒนา  
รูปแบบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

**วันเวลาและสถานที่** วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... สถานที่ .....

**เริ่มสนทนาเวลา** ..... **สิ้นสุดเวลา** .....

**บทบาทผู้ให้สนทนา**  ภาคีสุขภาพระดับอำเภอ  ภาคีสุขภาพระดับจังหวัด  อื่น ๆ

**ขั้นตอนการสนทนา**

1. นักวิจัย แนะนำตนเอง และแนะนำโครงการวิจัย ประกอบด้วย วัตถุประสงค์  
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ของงานวิจัย
2. ผู้วิจัยแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่จะสนทนากลุ่ม และให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในหนังสือ  
ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. พูดคุยสร้างความคุ้นเคยและบรรยากาศที่เป็นกันเอง
4. ขอเวลาสำหรับการเก็บข้อมูลโดยการสนทนาครั้งนี้ไม่เกิน 30-45 นาที
5. ขออนุญาตบันทึกเทป และบันทึกภาพ
6. กล่าวขอบคุณเมื่อการสนทนาสิ้นสุดลง

**วัตถุประสงค์**

เพื่อสังเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาสำคัญ และความต้องการการพัฒนา ไปสู่  
การพัฒนา รูปแบบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว



### แนวประเด็นคำถาม

#### 1. การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ตามกรอบแนวคิด UCCARE องค์กรประกอบ 6 ด้าน

##### 1.1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity district health team: U)

##### 1.1.1 สภาพการทำงานระบบสุขภาพอำเภอร่วมกันในปัจจุบันเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

##### 1.1.2 ข้อดี ข้อด้อย และอุปสรรคในการทำงานของทีมระบบสุขภาพอำเภอชายแดน ไทย-ลาว มีอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

##### 1.1.3 ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การทำงานร่วมกันของทีมระบบสุขภาพอำเภอชายแดน ไทย-ลาว ดำเนินงานได้อย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ คือ อะไร อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

##### 1.1.4 มีแนวทางในการทำงานร่วมกัน และการสร้างทีมระบบสุขภาพอำเภอชายแดน ไทย-ลาว อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

## 1.2 การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภค (Customer focus: C)

1.2.1 ปัจจุบันช่องทางการรับรู้ ความเข้าใจ ความต้องการของประชาชนและ ผู้รับบริการได้นำมาขยายในระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว หรือไม่ อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

1.2.2 ข้อดี ข้อด้อย และอุปสรรคสำคัญจะทำให้ประชาชนและผู้รับบริการเกิด ความเชื่อมั่นศรัทธา ผูกพัน มีอะไรบ้าง อย่างไรบ้าง และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ ชายแดนไทย-ลาว คือ อะไรบ้าง อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

1.2.3 มีแนวทางสำคัญที่จะทำให้ประชาชนและผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นศรัทธา ผูกพัน และรู้สึกเป็นเจ้าของระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

## 1.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation: C)

1.3.1 ปัจจุบันชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพมีส่วนร่วมรับรู้ ร่วมคิดวางแผน ร่วม ดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมการประเมินผล และปรับปรุงระบบการดำเนินงานสุขภาพ ระดับอำเภอ อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

1.3.2 การมีส่วนร่วมดังกล่าว มีข้อดี ข้อด้อย และอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินระบบ  
สุขภาพอำเภออะไร อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

1.3.3 มีแนวทางสำคัญที่จะพัฒนาให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ  
อำเภอชายแดนไทย-ลาว จนรู้สึกเป็นเจ้าของด้วยความภาคภูมิใจอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน  
ได้อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

#### 1.4 การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciative inquiry: A)

1.4.1 ปัจจุบันมีวิธีการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจของบุคลากรระหว่างผู้  
ให้บริการและผู้รับบริการ อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

1.4.2 มีระบบการเรียนรู้เพื่อดูแลพัฒนาบุคลากรอย่างไรบ้าง เพื่อสร้างความพึงพอใจ  
ภูมิใจ รับรู้คุณค่าและเกิดความผูกพันในการทำงาน

.....

.....

.....

.....

1.4.3 มีแนวทางที่สำคัญที่จะพัฒนาให้การเรียนรู้ของบุคลากร ได้รับรู้คุณค่า ความภาคภูมิใจ จนเป็นวัฒนธรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพันซึ่งกันและกันอย่างมีความสุข

.....

.....

.....

.....

### 1.5 การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing: R)

1.5.1 ปัจจุบันมีแนวทางหรือการวางแผนการใช้ทรัพยากร (คน เงิน ของ) ในระบบ สุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ร่วมกันอย่างไร

.....

.....

.....

.....

และมีการพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างไร เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอให้ ครบคลุมตามบริบทและความจำเป็นของพื้นที่ตามเป้าหมาย

.....

.....

.....

.....

1.5.2 ข้อดีที่สร้างความภาคภูมิใจให้ภาคีสุขภาพในการจัดการทรัพยากร และพัฒนา บุคลากรร่วมกันได้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น คือ อะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

1.5.3 มีแนวทางที่จะพัฒนาให้การจัดการทรัพยากรและมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน  
ส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนได้ อย่างไรบ้าง

.....  
.....  
.....  
.....

**1.6 การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชน (Essential health care: E)**

1.6.1 ปัจจุบันปัญหาสุขภาพที่จำเป็นส่วนใหญ่ คือ อะไร

.....  
.....  
.....  
.....

มีระบบการดูแลอย่างไร มีการจัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นในแต่ละกลุ่มตาม  
บริบทของชุมชน อะไรบ้าง

.....  
.....  
.....  
.....

1.6.2 ข้อดี ข้อด้อย และอุปสรรคในการจัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานตามบริบทชุมชน  
และหรือตามความต้องการของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มและชุมชน มีอะไรบ้าง แต่ละประเด็น  
ดำเนินการอย่างไร

.....  
.....  
.....  
.....

1.6.3 มีแนวทางที่สำคัญในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกับประชาชน ชุมชน ภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ที่จะส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพได้อย่างยั่งยืนได้อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

## 2. กรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (6 Building Blocks of A Health System)

### 2.1 ระบบบริการ (Service Delivery):

2.1.1 มีวิธีการทำให้ระบบสุขภาพอำเภอเป็นกลไกพื้นฐานสำคัญที่นำไปสู่การจัดการสุขภาพที่ดีของประชาชน ที่สอดคล้องกับ “บริบท” และ “วัฒนธรรม” ในพื้นที่ ได้อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

2.1.2 มีแนวทางในการจัดระบบสุขภาพอำเภอให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย และมีระบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ได้อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

### 2.2 กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce):

2.2.1 ปัจจัยสำคัญอะไร ที่ส่งผลให้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน มีความพร้อมในด้านความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ มีความรับผิดชอบงานให้บริการสุขภาพ มีความรักความผูกพันต่อการทำงาน

.....

.....

.....

.....

2.2.2 มีแนวทางหรือวิธีการดำเนินงานให้สำเร็จได้อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

### 2.3 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing):

2.3.1 ปัจจุบันการบริหารระบบการเงินการคลังของระบบสุขภาพอำเภอ มีความเพียงพอเหมาะสม ทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการประชาชน หรือไม่อย่างไร

.....

.....

.....

.....

2.3.2 มีแนวทางที่สำคัญอะไรบ้าง ที่จะพัฒนาระบบการเงินการคลังของระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ให้เพียงพอเหมาะสม ทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการประชาชนอย่างครอบคลุมทั่วถึงและเป็นธรรม

.....

.....

.....

.....

### 2.4 สื่อองค์ความรู้/ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to Essential Medicines):

2.4.1 ปัจจุบันมีสื่อ/ องค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพ อะไรบ้าง เพียงพอที่ช่วยสนับสนุนระบบบริการให้มีประสิทธิภาพได้หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

2.4.2 มีแนวทางที่จะพัฒนาสื่อ/ องค์ความรู้ เพื่อช่วยสนับสนุนระบบบริการสุขภาพให้เพียงพอและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้อย่างไรบ้าง

.....  
.....  
.....  
.....

**2.5 ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System):**

2.5.1 ปัจจุบันระบบข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพ มีอะไรบ้าง มีความเชื่อถือได้ สามารถนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจใช้ในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ได้หรือไม่อย่างไรบ้าง

.....  
.....  
.....  
.....

2.5.2 มีแนวทางจัดหาหรือปรับปรุงระบบข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพอย่างไรบ้าง เพื่อให้ระบบข้อมูลสารสนเทศเกิดความเชื่อถือ สามารถนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจใช้ในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

.....  
.....  
.....  
.....

**2.6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/ Governance):**

2.6.1 ปัจจุบันผู้นำในระดับอำเภอมีการบูรณาการทุกภาคส่วนให้เกิดการเชื่อมประสานกันในระบบสุขภาพที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ได้หรือไม่อย่างไรบ้าง

.....  
.....  
.....  
.....



2.6.2 ความสำเร็จอะไรบ้าง ที่สร้างให้ผู้มีระดับต่าง ๆ เกิดความภาคภูมิใจใน  
การบูรณาการภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อการมีส่วนร่วมดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

.....  
.....  
.....

2.6.3 มีแนวทางที่สำคัญอะไรอีกบ้าง ที่จะพัฒนาสู่ความสำเร็จต่อการดำเนินงาน  
ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้อย่างเข้มแข็ง และยั่งยืน ยิ่งขึ้นไป

.....  
.....  
.....

“ขอขอบพระคุณที่ให้ความอนุเคราะห์ ขอท่านจงประสบความสำเร็จ สุข ความเจริญ ในชีวิต  
และหน้าที่การงาน”

ภาคผนวก ก

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 2

แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

## แบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ (รอบที่ 1) เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

ชื่อโครงการวิจัย      การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว  
 หัวข้อการสอบถาม      แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว  
 วันเวลาและสถานที่      วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... สถานที่ .....

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ให้ข้อมูล

- 1.1 ตำแหน่งปัจจุบัน.....
- 1.2 ประสบการณ์ปฏิบัติงาน.....ปี
- 1.3 ระดับการศึกษาสูงสุด.....สาขา.....

### ส่วนที่ 2 แนวคำถามความคิดเห็นแนวทางการพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ตามวัตถุประสงค์

- เพื่อสังเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาสำคัญ และความต้องการการพัฒนา ไปสู่การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

#### 2.1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity district health team: U)

2.1.1 การทำงานระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ควรมีภาคีใดร่วมเป็นทีมสุขภาพบ้าง

.....  
 .....  
 .....

2.1.2 ควรกำหนดบทบาทหน้าที่กันอย่างไร เป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ อย่างไร

.....  
 .....  
 .....

2.1.3 ควรมีการทำงานเป็นทีมระหว่างฝ่าย โดยมีภาคีอื่น ๆ เข้าร่วมบางส่วน หรือ  
อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

2.1.4 ควรมีการระบบการทำงานอย่างไรบ้าง แบบ โครงข่ายเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและ  
แนวนอน หรือมีระบบใดที่เห็นว่ามีเหมาะสมกว่า

.....

.....

.....

.....

2.1.5 แนวทางการดำเนินการที่ควรจะเป็น/ หรือแนวทางการพัฒนาทีมสุขภาพอำเภอ  
ชายแดนไทย-ลาว มีอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

## 2.2 การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภค (Customer focus: C)

2.2.1 ช่องทางการรับรู้ ความเข้าใจ ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการใน  
ระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว มีอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

1.2.1 มีแนวทางการพัฒนาให้ประชาชนและผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นศรัทธา ผูกพัน และรู้สึกเป็นเจ้าของระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ได้อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

## 2.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation: C)

2.3.1 ท่านคิดว่าชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพควรมีส่วนร่วมรับรู้ ร่วมคิดวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมการประเมินผล และปรับปรุงระบบการดำเนินงานสุขภาพ ระดับอำเภอชายแดนไทย-ลาว อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

2.3.2 แนวทางการพัฒนาให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ อำเภอชายแดนไทย-ลาว จนรู้สึกเป็นเจ้าของด้วยความภาคภูมิใจ ได้อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มีอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

## 2.4 การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciative inquiry: A)

2.4.1 มีระบบการเรียนรู้เพื่อดูแลพัฒนาบุคลากรอย่างไรบ้าง เพื่อสร้างให้เกิดความพึงพอใจ ภูมิใจ รับรู้คุณค่า และเกิดความผูกพันในการทำงาน

.....

.....

.....

.....

2.4.2 มีแนวทางพัฒนาให้การเรียนรู้ของบุคลากรได้รับรู้คุณค่า ความภาคภูมิใจ จนเป็นวัฒนธรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดความผูกพันซึ่งกันและกันอย่างมีความสุข อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

## 2.5 การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing : R)

2.5.1 ปัจจุบันมีแนวทางหรือการวางแผนการใช้ทรัพยากร (คน เงิน ของ) ร่วมกันอย่างไร และมีการพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างไร เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอให้ครอบคลุมตามบริบทและความจำเป็นของพื้นที่ตามเป้าหมายได้อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

2.5.2 ข้อดีที่สร้างความภาคภูมิใจให้ภาคีสุขภาพในการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากรร่วมกันได้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น คือ อะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

2.5.3 มีแนวทางการพัฒนาให้ทีมสุขภาพอำเภอร่วมกันจัดการทรัพยากรและมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน ที่จะส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพอำเภออย่างยั่งยืนได้อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

## 2.6 การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชน (Essential health care: E)

2.6.1 ปัจจุบันปัญหาสุขภาพที่จำเป็นส่วนใหญ่ คือ อะไร มีระบบการดูแลอย่างไร และ การจัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นในแต่ละกลุ่มตามบริบทของชุมชน ควรมีอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

2.6.2 มีแนวทางในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกันของทีม สุขภาพอำเภอที่จะส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีอย่างยั่งยืน นั้น ควรดำเนินการอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

## 3. กรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (6 Building Blocks of A Health System)

### 3.1 ระบบบริการ (Service Delivery):

3.1.1 มีแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ที่จะเป็นกลไกพื้นฐาน สำคัญนำไปสู่การจัดการสุขภาพที่ดีของประชาชน ที่สอดคล้องกับ “บริบท” และ “วัฒนธรรม” ในพื้นที่ ได้อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

### 3.2 กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce):

3.2.1 มีแนวทางใดบ้าง ที่พัฒนาให้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน มีความ พร้อมในด้านความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ มีความรับผิดชอบงานให้บริการสุขภาพ มีความรัก ความ ผูกพันต่อการทำงาน

.....

.....

.....

### 3.3 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing):

3.3.1 มีแนวทางการบริหารระบบการเงินการคลังของระบบสุขภาพอำเภอ มีความเพียงพอเหมาะสม ทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการประชาชน ได้อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

### 3.4 สื่อองค์ความรู้/ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to Essential Medicines):

3.4.1 มีแนวทางที่จะพัฒนาสื่อ/ องค์ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อช่วยสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ ให้เพียงพอและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้ อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

### 3.5 ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System):

3.5.1 มีแนวทางพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพ อย่างไรบ้าง เพื่อให้ระบบข้อมูลสารสนเทศเกิดความเชื่อถือ สามารถนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจใช้ในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

.....

.....

.....

.....

### 3.6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/ Governance):

3.6.1 มีแนวทางพัฒนาศักยภาพผู้นำทีมระบบสุขภาพอำเภอระดับต่าง ๆ ที่จะส่งผลสู่ความสำเร็จต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว ให้เข้มแข็งและยั่งยืนยิ่งขึ้น ได้อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....



**ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ**

**3.1 ข้อเสนอแนะแนวทางพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว**

3.1.1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity district health team: U)

.....  
.....  
.....

3.1.2 การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้บริโภค (Customer focus: C)

.....  
.....  
.....

3.1.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation: C)

.....  
.....  
.....

3.1.4 การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciative inquiry: A)

.....  
.....  
.....

3.1.5 การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing: R)

.....  
.....  
.....

3.1.6 การให้บริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทชุมชน (Essential health care: E)

.....

.....

.....

.....

3.2 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....















## แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (เคลฟายรอบที่ 3) เรื่อง แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว

### คำชี้แจง:

1. แบบสอบถามนี้สำหรับการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว  
2. ขอขอบพระคุณอย่างสูงที่ท่านกรุณาตอบแบบสอบถามในรอบที่ 1 ผู้วิจัยได้  
ประมวลผลการตอบแบบสอบถามของทุกท่านแล้ว ขอเสนอผลการประมวลผล โดยใช้ สัญลักษณ์  
ดังนี้

2.1 ความเหมาะสมในรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอชายแดนไทย-ลาว  
เหมาะสม ร้อยละ.....

ไม่เหมาะสม ร้อยละ.....

หมายถึง คำตอบที่ท่านเลือก

2.2 ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

★ หมายถึง ฐานนิยมของคำตอบทุกคน

↔ หมายถึง ช่วงพิสัยควอไทล์ของคำตอบทุกคน

✕ หมายถึง คำตอบที่ท่านเลือก

3. ขอความกรุณา

3.1 โปรดพิจารณาคำตอบ “ความเหมาะสม” ของท่านว่าอยู่ในกลุ่มที่มีค่าร้อยละ  
“มาก” หรือ “น้อย” ในกรณีที่อยู่ในกลุ่มที่มีค่าร้อยละ “น้อย” รบกวนท่านพิจารณาอีกครั้งว่าจะ  
เปลี่ยนคำตอบหรือไม่ ในกรณีที่ท่านยังคงเลือกคำตอบเดิม (โดยไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบ)

โปรดพิจารณาแสดงเหตุผลด้วย

3.2 โปรดพิจารณาคำตอบ “ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต” ของท่านว่าอยู่  
ในช่วงพิสัย ควอไทล์ของคำตอบทุกคนหรือไม่ ในกรณีที่คำตอบของท่านอยู่นอกช่วงพิสัยควอไทล์  
ของคำตอบทุกคน รบกวนท่านพิจารณาอีกครั้งว่าจะเปลี่ยนคำตอบหรือไม่ ในกรณีที่ท่านยังคงเลือก  
คำตอบเดิม (โดยไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบ) โปรดพิจารณาแสดงเหตุผลด้วย

ขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

| รายการ  | ความเหมาะสม   | ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต |     |         |      |            | ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม |
|---|---|-----------------------------------|-----|---------|------|------------|---------------------|
|   |   | มากที่สุด                         | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |                     |
| <b>ตอนที่ 1 Unity District Health Team: U</b> |   |                                   |     |         |      |            |                     |
| 1.ทำงานอย่างต่อเนื่อง                         | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br>↔<br>x                       |     |         |      |            |                     |
| 2.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ                  | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br>↔<br>x                       |     |         |      |            |                     |
| 3.มีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน                   | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br>↔<br>x                       |     |         |      |            |                     |
| 4.มีอนุกรรมการ/คณะทำงาน                       | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br>↔<br>x                       |     |         |      |            |                     |
| 5.มีหัวหน้าส่วนเป็นประธาน                     | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br>↔<br>x                       |     |         |      |            |                     |
| 6.ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน           | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ↔<br>★<br>x                       |     |         |      |            |                     |

| รายการ                             | ความเหมาะสม   | ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต |            |         |      |            | ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|------------|---------|------|------------|---------------------|
|                                    |   | มากที่สุด                         | มาก        | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |                     |
| 7.เชื่อมโยงแบบเครือข่าย            | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br><br>x                        | <br><br>↔  |         |      |            |                     |
| 8.ประสานตามบทบาทองค์กร             | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | <br>x                             | ↔<br>★     |         |      |            |                     |
| 9.ความสัมพันธ์ทั้งแนวดิ่งและแนวราบ | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br><br>x                        | ↔          |         |      |            |                     |
| <b>ตอนที่ 2 Customers Focus: C</b> |   |                                   |            |         |      |            |                     |
| 10.การประชาสัมพันธ์แก่ผู้รับบริการ | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ★<br><br>↔ |         | x    |            |                     |
| 11.การประชุม (หัวหน้าส่วน/กรรมการ) | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | <br>x                             | ↔<br>★     |         |      |            |                     |
| 12.การประสานงานกับผู้นำชุมชน       | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br><br>x                        | ↔          |         |      |            |                     |

| รายการ                             | ความเหมาะสม   | ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต |     |         |      |            | ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|-----|---------|------|------------|---------------------|
|                                    |   | มากที่สุด                         | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |                     |
| 13.เสียงตามสาย/ หอกระจายข่าว       | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br><br>x                        | ↔   |         |      |            |                     |
| 14.เวทีประชาคมทำแผนชุมชน           | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br><br>x                        | ↔   |         |      |            |                     |
| 15.เวทีนำเสนอโครงการระดับอำเภอ     | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ↔★  |         |      |            |                     |
| 16.สื่อสารทางกลุ่มไลน์             | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ↔   | ★       |      |            |                     |
| 17.การเยี่ยมผู้ป่วยถึงบ้าน         | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ↔★  |         |      |            |                     |
| 18.สื่อสารข้อมูลในขณะร่วมงานต่าง ๆ | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br><br>x                        | ↔   |         |      |            |                     |

| รายการ  | ความเหมาะสม   | ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต |                     |         |      |            | ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม |
|---|---|-----------------------------------|---------------------|---------|------|------------|---------------------|
|   |   | มากที่สุด                         | มาก                 | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |                     |
| 19. สื่อสาร มวลชน/<br>สถานีวิทยุ              | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ★<br><br>↔<br><br>✕ |         |      |            |                     |
| 20. จัดนิทรรศการ/<br>เสนอผลงาน                | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br><br>✕                        | ↔                   |         |      |            |                     |
| <b>ตอนที่ 3 Community Participation: C</b>    |   |                                   |                     |         |      |            |                     |
| 21. การสำรวจข้อมูล<br>ปัญหา<br>ความต้องการ    | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ★<br><br>↔<br><br>✕ |         |      |            |                     |
| 22. วิเคราะห์ข้อมูล<br>ปัญหา/ ความ<br>ต้องการ | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ★<br><br>↔<br><br>✕ |         |      |            |                     |
| 23. ร่วมทำแผน<br>แนวทางแก้ปัญหา               | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ★<br><br>↔<br><br>✕ |         |      |            |                     |
| 24. ภาคิเครือข่าย<br>ร่วมกิจกรรมตาม<br>แผน    | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ★<br><br>↔<br><br>✕ |         |      |            |                     |

| รายการ   | ความเหมาะสม   | ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต |     |         |      |            | ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม |
|--|---|-----------------------------------|-----|---------|------|------------|---------------------|
|  |   | มากที่สุด                         | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |                     |
| 25. นำแผนงานองค์กรมาเชื่อมต่อกัน                       | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   |                                   | ★   |         |      |            |                     |
|  |   | x                                 |     | ↔       |      |            |                     |
| 26. มีทีมเลขานุการประสานดำเนินงาน                      | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★                                 |     |         |      |            |                     |
|  |   |                                   | ↔   |         |      |            |                     |
|  |   |                                   | x   |         |      |            |                     |
| 27. ร่วมกันติดตามผลการดำเนินงานในเชิงประจักษ์          | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★                                 |     |         |      |            |                     |
|  |   | x                                 | ↔   |         |      |            |                     |
| 28. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานเชิงประจักษ์ | เหมาะสม<br>ร้อยละ 85.71<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★                                 |     |         |      |            |                     |
|  |   | x                                 | ↔   |         |      |            |                     |
| 29. ถอดบทเรียนสร้างองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาต่อยอด      | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   |                                   | ★   |         |      |            |                     |
|  |   | x                                 | ↔   |         |      |            |                     |
| <b>ตอนที่ 4 Appreciation Inquiry: A</b>                |   |                                   |     |         |      |            |                     |
| 30. การทำงานแบบเชิงรุก                                 | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★                                 |     |         |      |            |                     |
|  |   | x                                 | ↔   |         |      |            |                     |

| รายการ  | ความเหมาะสม   | ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต |        |         |      |            | ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม |
|---|---|-----------------------------------|--------|---------|------|------------|---------------------|
|   |   | มากที่สุด                         | มาก    | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |                     |
| 31.การทำงานโดย<br>ใช้พื้นที่เป็นฐาน                                     | เหมาะสม<br>ร้อยละ 85.71<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ★<br>↔ |         |      |            |                     |
| 32.คุณค่าที่เกิดจาก<br>ทำงานร่วมกัน                                     | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   |                                   | ★<br>↔ |         |      |            |                     |
| 33.การให้คุณค่า<br>ความเป็นมนุษย์                                       | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br>↔                            |        |         |      |            |                     |
| 34.ริเริ่มการ<br>แก้ปัญหาาร่วมกัน                                       | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br>↔                            |        |         |      |            |                     |
| 35.การดูแลซึ่งกัน<br>และกันเสมือนเป็น<br>ญาติอย่างต่อเนื่อง<br>สม่ำเสมอ | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br>↔                            |        |         |      |            |                     |
| 37.การยอมรับซึ่ง<br>กันและกัน   | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br>↔                            |        |         |      |            |                     |

| รายการ  | ความเหมาะสม   | ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต |             |         |      |            | ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม |
|---|---|-----------------------------------|-------------|---------|------|------------|---------------------|
|   |   | มากที่สุด                         | มาก         | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |                     |
| 38.การทำงานด้วยจิตสำนึกสาธารณะ (Public Mind)    | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br><br>x                        | ↔           |         |      |            |                     |
| 39.สร้างศรัทธาแก่ทีมงาน-ประชาชน                 | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br><br>x                        | ↔           |         |      |            |                     |
| 40.เป็นแบบอย่างที่ดี                            | เหมาะสม<br>ร้อยละ 85.71<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ★<br>↔<br>x |         |      |            |                     |
| <b>ตอนที่ 5 Resource Sharing: R</b>             |   |                                   |             |         |      |            |                     |
| 41.การทำข้อตกลงร่วมกันในแนวทางการจัดสรรทรัพยากร | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | x                                 | ★<br>↔      |         |      |            |                     |
| 42.การจัดหาทรัพยากรให้ครอบคลุมตามแผนการแก้ปัญหา | เหมาะสม<br>ร้อยละ 85.71<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | x                                 | ★           | ↔       |      |            |                     |
| 43.ใช้ทุนทางสังคมในชุมชนท้องถิ่น                | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | x                                 | ★<br>↔      |         |      |            |                     |



| รายการ   | ความเหมาะสม   | ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต |             |         |      |            | ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม |
|--|---|-----------------------------------|-------------|---------|------|------------|---------------------|
|  |   | มากที่สุด                         | มาก         | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |                     |
| 44.ร่วมกันหาทางออกกรณีเกิดข้อจำกัดในการใช้ทรัพยากร | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br><br>x                        | ↔           |         |      |            |                     |
| 45.การกำหนดผู้รับผิดชอบ                            | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ★<br>↔<br>x |         |      |            |                     |
| 46.การระดมทุนจากภาคส่วนต่าง ๆ                      | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ★<br>↔<br>x |         |      |            |                     |
| 47.การยกระดับจิตอาสาผู้จิตสำนึกสาธารณะ             | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ★<br>↔<br>x |         |      |            |                     |
| 48.การพัฒนาบุคลากร                                 | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ★<br>↔<br>x |         |      |            |                     |
| 49.การระดมทุนจากภาคเอกชน                           | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br><br>x                        | ↔           |         |      |            |                     |

| รายการ   | ความเหมาะสม   | ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต |                     |         |      |            | ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม |
|--|---|-----------------------------------|---------------------|---------|------|------------|---------------------|
|  |   | มากที่สุด                         | มาก                 | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |                     |
| <b>ตอนที่ 6 Essential Health Care: E</b>       |   |                                   |                     |         |      |            |                     |
| 50.ดูแล ผู้สูงอายุ/<br>ผู้ป่วยติดเตียง/<br>NCD | เหมาะสม<br>ร้อยละ 85.71<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br><br>x                        | ↔                   |         |      |            |                     |
| 51.อนามัยแม่<br>และเด็ก                        | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   |                                   | ★<br><br>↔<br><br>x |         |      |            |                     |
| 52.ปัญหาปากท้อง<br>(เศรษฐกิจ/ รายได้)          | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   |                                   | ★<br><br>↔<br><br>x |         |      |            |                     |
| 53.ลดการดื่มสุรา-<br>การพนัน                   | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br><br>x                        | ↔                   |         |      |            |                     |
| 54.การระบาดของ<br>ไข้เลือดออก                  | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br><br>x                        | ↔                   |         |      |            |                     |
| 6.6 อุบัติเหตุ/<br>สาธารณภัย                   | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br><br>x                        | ↔                   |         |      |            |                     |

| รายการ   | ความเหมาะสม   | ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต |        |         |      |            | ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม |
|--|---|-----------------------------------|--------|---------|------|------------|---------------------|
|  |   | มากที่สุด                         | มาก    | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |                     |
| 55.อนามัยแม่-เด็ก<br>(เกิดรอดปลอดภัย)  | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br>↔<br>×                       |        |         |      |            |                     |
| 56.วัยเรียน-วัยรุ่น<br>(สุขภาพ/<br>การศึกษา)   | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br>×                            | ↔      |         |      |            |                     |
| 57.วัยทำงาน:อาชีพ/<br>เศรษฐกิจพอเพียง  | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br>×                            | ↔      |         |      |            |                     |
| 58.คุณภาพชีวิต<br>ผู้สูงอายุ/ ผู้ป่วยติด<br>เตียง                                      | เหมาะสม<br>ร้อยละ 85.71<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ★<br>× | ↔       |      |            |                     |
| 59.ผู้ด้อยโอกาส<br>(สุขภาพ/ สังคม/<br>สวล.)  | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br>×                            | ↔      |         |      |            |                     |
| 60.พัฒนาคนให้<br>พึ่งตนเองได้ทาง<br>สุขภาพ<br>ที่สอดคล้อง<br>วัฒนธรรมชุมชน<br>ท้องถิ่น | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br>×                            | ↔      |         |      |            |                     |

| รายการ                              | ความเหมาะสม   | ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต |            |         |      |            | ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม |
|-------------------------------------|---|-----------------------------------|------------|---------|------|------------|---------------------|
|                                     |   | มากที่สุด                         | มาก        | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |                     |
| 61.ดูแลคนตั้งแต่เกิด-จนตาย          | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br><br>x                        | <br><br>←→ |         |      |            |                     |
| 62.พัฒนาผู้นำ และองค์กรชุมชน        | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br><br>x                        | ←→         |         |      |            |                     |
| 63.จัดทีมทำงานบริการแบบไร้รอยต่อ    | เหมาะสม<br>ร้อยละ 85.71<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★                                 |            | ←→      |      |            |                     |
| <b>ตอนที่ 7 Captaincy: C</b>        |   |                                   |            |         |      |            |                     |
| 64.การบริหารเชิงยุทธศาสตร์          | เหมาะสม<br>ร้อยละ 85.71<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br><br>x                        | ←→         |         |      |            |                     |
| 65.การบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   |                                   | ★<br><br>x | ↔       |      |            |                     |
| 66.การปรับแนวคิดในการทำงาน          | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   |                                   | ★<br><br>x | ←→      |      |            |                     |

| รายการ                                   | ความเหมาะสม   | ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต |             |         |      |            | ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม |
|--|---|-----------------------------------|-------------|---------|------|------------|---------------------|
|  |   | มากที่สุด                         | มาก         | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |                     |
| 67.ความสามารถสร้างแรงจูงใจให้ทีมงาน      | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br><br>x                        | ↔           |         |      |            |                     |
| 68.การเสียสละและอุทิศเวลาการทำงาน        | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br><br>x                        | ↔           |         |      |            |                     |
| 69.การให้คุณค่าความเป็นมนุษย์            | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br><br>x                        | ↔           |         |      |            |                     |
| <b>ตอนที่ 8 Community: C</b>             |   |                                   |             |         |      |            |                     |
| 70.ประสิทธิภาพการให้ข้อมูลข่าวสาร        | เหมาะสม<br>ร้อยละ 85.71<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br><br>x                        | ↔           |         |      |            |                     |
| 71.การสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อปรับปรุงแก้ไข | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   |                                   | ★<br>↔<br>x |         |      |            |                     |
| <b>ตอนที่ 9 Commitment: C</b>            |   |                                   |             |         |      |            |                     |
| 72.มีข้อตกลงร่วมของภาคีเครือข่าย         | เหมาะสม<br>ร้อยละ 85.71<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br><br>x                        | ↔           |         |      |            |                     |

| รายการ                                | ความเหมาะสม   | ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต |                     |         |      |            | ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------|---------|------|------------|---------------------|
|                                       |   | มากที่สุด                         | มาก                 | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |                     |
| 73.การทำงานเพื่อพี่น้องในท้องถิ่น     | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   |                                   | ★<br><br>↔<br><br>x |         |      |            |                     |
| <b>ตอนที่ 10 Cultural Context : C</b> |   |                                   |                     |         |      |            |                     |
| 74.การสื่อสารด้วยวาจา                 | เหมาะสม<br>ร้อยละ 85.71<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม | ★<br><br>x                        | ↔                   |         |      |            |                     |
| 75.การสื่อสารด้วยลายลักษณ์อักษร       | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   |                                   | ★<br><br>↔<br><br>x |         |      |            |                     |
| 76.ความสัมพันธ์แบบเครือญาติ           | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   |                                   | ★<br><br>↔<br><br>x |         |      |            |                     |
| 77.อาหารการกิน                        | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br><br>x                        | ↔                   |         |      |            |                     |
| 78.เสื้อผ้าเครื่องแต่งกาย             | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br><br>x                        | ↔                   |         |      |            |                     |

| รายการ                           | ความเหมาะสม   | ความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต |            |         |      |            | ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม |
|----------------------------------|---|-----------------------------------|------------|---------|------|------------|---------------------|
|                                  |   | มากที่สุด                         | มาก        | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |                     |
| 79.บ้านเรือนที่อยู่อาศัยศาสนสถาน | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br><br>x                        | ↔          |         |      |            |                     |
| 80.งานบุญประเพณี                 | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br><br>x                        | ↔          |         |      |            |                     |
| 81.กตিকা/ ข้อตกลงร่วม            | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br><br>x                        | ↔          |         |      |            |                     |
| 82.การนับถือผี/ นับถือบรรพบุรุษ  | เหมาะสม<br>ร้อยละ 100<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม   | ★<br><br>x                        | ↔          |         |      |            |                     |
| 83.ความเชื่อตามหลักศาสนา         | เหมาะสม<br>ร้อยละ 85.71<br><input checked="" type="checkbox"/> เหมาะสม<br><input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม |                                   | ★<br><br>x | ↔       |      |            |                     |