

การพัฒนาแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอโดยการจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม
ของเครือข่ายในพื้นที่: กรณีศึกษา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

The Developed Model for District Health System through Participatory Knowledge
Management and Learning Process within Local Networks: A Case Study of
Khun Han District, Si Sa Ket Province

สุรัชย์ รุจิวรรณกุล^{*1} สงครามชัย ลีทองดี^{**2} และ อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์^{***3}

¹สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

E-mail: surachai133@gmail.com

บทคัดย่อ

ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นการทำงานที่จะต้องอาศัยการจัดการและการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดคุณภาพและ
การจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่ได้มาตรฐาน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษารูปแบบ
การจัดการสุขภาพระดับอำเภอโดยประยุกต์แนวคิดการจัดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม โดยใช้เครือข่ายในพื้นที่อำเภอขุนหาญ
จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ได้แก่ คณะกรรมการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 42 คน ทำการวิจัยระหว่าง
เดือน มกราคม 2558-มิถุนายน 2558 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสอบถามการวิจัย แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต สถิติที่ใช้เป็น
สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในส่วนข้อมูล
เชิงคุณภาพ ผลการวิจัย กระบวนการจัดการเรียนรู้ในครั้งนี้ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมความรู้เพื่อสร้างกระบวนการ
จัดการเรียนรู้ 2) การเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ 3) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ 4) การสร้าง
เครือข่ายอำเภอควบคุมเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ผลการดำเนินงานตามขั้นตอนดังกล่าวส่งผลให้กลุ่ม
เป้าหมายมีความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำเนินงานจัดการสุขภาพในระดับอำเภอเปลี่ยนแปลงดีขึ้น
และพื้นที่มีผลการประเมินเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ตามเกณฑ์การดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับ 4 หรือระดับมากโดยสรุป ปัจจัยความสำเร็จ คือ การเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้
ร่วมกับการปฏิบัติจริงในพื้นที่ และการใช้เครือข่ายการทำงานที่มีความเข้าใจวัฒนธรรมและภาษาหรือท้องถิ่น ส่งผลให้เกิด
ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายระดับล่างที่เป็นผู้ปฏิบัติงานจริง

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพระดับอำเภอ กระบวนการเรียนรู้และมีมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ

Abstract

The action research aimed to develop the district health system model through knowledge management and learning process in local networks, which investigated in Khun Han district of Sisaket province. The samples comprised of 42 persons who were district health management committees. The research was conducted during January to June 2015. Data were collected by using questionnaires, interviews and observation. Statistical analysis employed descriptive statistics namely percentage, mean, standard deviation and content analysis.

The research findings were as follows:

The results revealed that the model enhanced the stakeholders to engage participants with the process including 4 elements: 1) promoting knowledge for learning management process, 2) encouraging

the management competency of DHS, 3) enhancing the knowledge, and 4) building the strength of network base on DHS. which included the participants knowledge and satisfaction that were found to be increased. The network health assessment to district health system standard passed to four levels or a higher level.

In conclusion the key success factors were transformative learning through local actors in the community and the local network actors who understood about local culture and communication from lower to higher level.

Keywords: District Health System, Participatory Learning Process, and Satisfaction

บทนำ

ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยผ่านการปฏิรูปอย่างเด่นชัด เมื่อมีพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 (สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ 2552) ที่สำคัญคือพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำหนดให้นางบประมาณที่เคยจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนมาจัดเป็นกองทุน มีคณะกรรมการกำกับดูแล โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นเลขานุการ ทำหน้าที่จัดสรรเงินกองทุนเป็นรายหัวประชากร (Capitation) ให้แก่สถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อซื้อบริการสาธารณสุขที่จำเป็นแทนประชาชน (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 2549) การปฏิรูปดังกล่าวกระทบต่อบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข (วินัย ลีสมีทธิ์ และคณะ 2554) การเดินทางปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2557) เพื่อลดทอนความขัดแย้งและปัญหาต่างๆ จึงนำแนวคิด รูปแบบการจัดการระบบสาธารณสุขในพื้นที่หรือเขตสุขภาพของต่างประเทศมาประยุกต์ใช้กับบริบทของประเทศไทย โดยแบ่งเขตสุขภาพออกเป็น 12 เขต และมีเครื่องมือในการดำเนินงานเขตสุขภาพคือ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.) หรือ District Health System (DHS) (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ 2557) และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) คือ ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อ

สุขภาพของประชาชน (สำนักบริหารการสาธารณสุข 2557) โดยมีหลักการดำเนินงาน 5 องค์ประกอบ คือ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 3) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง 4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร และ 5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น มีจุดมุ่งหมายในการสร้างความคิด ตลอดจนกำหนดยุทธศาสตร์ ที่จะช่วยให้ประชาชนมีความเข้มแข็ง มีความรอบรู้และทักษะ ตลอดจนทรัพยากรเพื่อการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน (อมร นนทสุต 2557) ในการปฏิบัติการจริงหรือการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้นำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมคแท็กการ์ท (Kemmis and Mc Taggart 1988) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) มาประยุกต์โครงการส่งเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML) โดยเป็นการเชื่อมประสานและจัดการความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ทำจริง เข้ากับความรู้ ทางวิชาการ (วินัย สวัสดิ์ 2557) ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องให้ความสำคัญ การเข้าถึงถ้วนหน้า (Access) คุณภาพ (Quality) และประเด็นทุนค่าใช้จ่าย (Cost Issues) (ชูชัย ศรชานี 2557) การดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ เขตบริการสุขภาพที่ 10 มุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วยจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร พบว่า ร้อยละของอำเภอที่มีการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้ง 5 จังหวัด ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 (สำนักเขตบริการสุขภาพที่ 10 2557) จังหวัดศรีสะเกษ

มีอำเภอเข้าร่วมการพัฒนาทั้งสิ้น 22 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100 ของอำเภอ ทั้งหมดในจังหวัด และในจำนวนนี้มี 18 อำเภอที่มีผลการดำเนินงาน อยู่ในระดับคะแนนต่ำ รวมทั้งการพัฒนาาระบบสุขภาพพระดั่งอำเภอของ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งได้ดำเนินงานตามนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุขปี 2557 มีการดำเนินงานตามกรอบการพัฒนา 5 องค์ประกอบ (UCARE) ซึ่งตามเกณฑ์ทุกองค์ประกอบจะต้องผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าระดับ 4 หรือร้อยละ 80 และผลการประเมินรวมทุกองค์ประกอบ จะต้องผ่านเกณฑ์ดังกล่าวเช่นกัน จากผลการพัฒนาาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ภาพรวมอยู่ในระดับ 3 จาก 5 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ 2557) ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการสุขภาพพระดั่งอำเภอ โดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็งเพื่อพัฒนาาระบบสุขภาพพระดั่งอำเภอให้มีความเหมาะสมลดความล่าช้า ขจัดความไม่ชัดเจนในการดำเนินงาน อันจะก่อให้เกิดการพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการ และการขับเคลื่อนกระบวนการทำงานที่เป็นรูปธรรม เพื่อสร้างประโยชน์สูงสุด อันจะนำมาซึ่งการมีสุขภาพดีของประชาชนในพื้นที่อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพพระดั่งอำเภอโดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ มีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อศึกษา

1. บริบทและสภาพปัญหาการจัดการสุขภาพระดับอำเภอโดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่
2. กระบวนการของการจัดการสุขภาพพระดั่งอำเภอโดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่
3. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการจัดการสุขภาพพระดั่งอำเภอโดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่
4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานตามกระบวนการ การจัดการสุขภาพพระดั่งอำเภอโดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะกรรมการบริหารชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้านอำเภอขุนหาญ คณะกรรมการบริหารชมรม อสม. ผู้รับผิดชอบงานแผนและยุทธศาสตร์ จำนวนทั้งสิ้น 134 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกจากประชากรในระบบสุขภาพพระดั่งอำเภอขุนหาญ ที่มาจากภาคส่วนต่าง จำนวน 134 คน โดยเป็นผู้ที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดการดำเนินการวิจัย โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 42 คน

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิสและแมคแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกตผล การสะท้อนผล

วิธีการเก็บข้อมูล

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้วัดเชิงปริมาณ

แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

- 1) ข้อมูลคุณลักษณะประชากร
 - 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพพระดั่งอำเภอโดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่
 - 3) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมการจัดการสุขภาพพระดั่งอำเภอ
 - 4) แบบวัดความพึงพอใจในการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ
- มีขั้นตอนการจัดการข้อมูล ดังนี้
- 1) การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
 - 2) การลงรหัสข้อมูล (Data Coding) ในข้อมูลเชิงปริมาณ
 - 3) การบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูป
 - 4) ตรวจสอบความผิดพลาดจากการลงข้อมูลในโปรแกรม

2. เครื่องมือวัดเชิงคุณภาพ

1) แบบบันทึกสัมภาษณ์คณะกรรมการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ

2) แบบสังเกต การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการจัดการสุขภาพอำเภอโดยการจัดกระบวนการเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่

3. การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) นำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา (Content Validity) โดยคำนวณหาความสอดคล้องของเนื้อหาระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence Index : IOC) มีค่าเท่ากับ 1

2) ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) กับคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอไพรีบึง จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

3) นำข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้ไปทำการทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) แบ่งเป็น แบบวัดความรู้ ด้านสุขภาพระดับอำเภอ ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder and Richardson 20: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

แบบสอบถามการมีส่วนร่วม และแบบวัดความพึงพอใจ โดยผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะเตรียมการก่อนการวิจัยโดยคัดเลือกอำเภอที่มีผลการดำเนินงานอยู่ในคะแนนระดับต่ำ สืบหาข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่วิจัย แต่งตั้งคณะทำงานวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและแนวทางการดำเนินการวิจัย ประสานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัย แยกเป็น 2 ระยะคือ (1) ขั้นการวางแผน โดย 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทชุมชนและข้อมูลการจัดการสุขภาพระดับอำเภอจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาก่อนที่จะเริ่มการพัฒนาโดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก รายงานการประชุมและการสังเกต 2) จัดประชุมคณะกรรมการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วยวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม 3) กำหนดแนวทาง

และวางแผนแก้ไขปัญหาโดยการจัดทำแผนปฏิบัติการ (2) ขั้นลงมือปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติตามแผนพัฒนาศักยภาพตามแผนงานและแนวทางการพัฒนาที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ระยะสรุปและประเมินผลการวิจัย แยกเป็นขั้นสังเกตผล เป็นการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และขั้นสะท้อนผล เป็นการสรุปถอดบทเรียน เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จทั้งหมดที่ได้จากการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) สถิติที่ใช้เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้อธิบายข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต การถอดบทเรียนและการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า และใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ประกอบไปด้วย

1) การตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลด้วยการตรวจสอบเครื่องมือ การตรวจสอบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูลจากบุคคลอื่น

2) การจัดระเบียบข้อมูล โดยการแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ เพื่อเตรียมวิเคราะห์ในขั้นต่อไป

3) การโยงความสัมพันธ์ เป็นการพิจารณาแยกข้อมูลตามลักษณะข้อเท็จจริง ความคิดเห็น ให้เชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎี

4) การตีความแล้วสรุปประเด็นที่ได้จากการค้นพบ

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอโดยการจัดกระบวนการเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่: กรณีศึกษา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ สรุปผลได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาบริบทของชุมชน อำเภอบุณฑล เดิมอยู่ในเขตการปกครองของอำเภอบุณฑลและอำเภอกันทรลักษ์ เมื่อปี พ.ศ. 2498 ได้แยกการปกครองออกมาตั้งเป็นกิ่งอำเภอบุณฑล และในปี พ.ศ. 2501 ยกฐานะเป็นอำเภอบุณฑล ซึ่งตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดศรีสะเกษ เป็นอำเภอบุณฑลเดิมพื้นที่ติดกับประเทศสาธารณรัฐกัมพูชา ประชาธิปไตย ระยะห่างจากจังหวัดศรีสะเกษ 60 กิโลเมตร มีเนื้อที่ทั้งหมด 772.39 ตร.กม. หรือประมาณ 483,062.50 ไร่ แบ่งการปกครองออกเป็น 12 ตำบล 145 หมู่บ้าน 6 เทศบาลตำบล 7 องค์การบริหารส่วนตำบล อาชีพที่สำคัญคือ เกษตรกรรม รองลงมาคือ ค้าขาย รับจ้าง การเลี้ยงสัตว์ รายได้เฉลี่ย 24,018 บาท/คน/ปี สินค้าเกษตรที่สำคัญคือ ข้าว มันสำปะหลัง ยางพารา เงาะ ทุเรียน มีประชากร 111,311 คน จำแนกเป็น เพศชายร้อยละ 50.07 เพศหญิงร้อยละ 49.93 ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และจบการศึกษาขั้นพื้นฐาน ภาษาท้องถิ่นได้แก่ ลาว เขมร ส่วย เยอ วัฒนธรรมประเพณีมีหลากหลาย ประกอบด้วย ชนพื้นเมือง 4 เผ่า มีงานบุญประเพณีตามครรลองชีวิต ชาวอีสาน มีจำนวนครัวเรือน 21,595 ครัวเรือน มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง 1 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 19 แห่ง มีบุคลากรสายวิชาชีพและสายสนับสนุน 413 คน ศูนย์เด็กเล็ก 48 แห่ง โรงเรียนประถมศึกษา 63 แห่ง โรงเรียนขยายโอกาส 8 แห่ง โรงเรียนมัธยมศึกษา 8 แห่ง วิทยาลัยการอาชีพ 1 แห่ง วัดและสำนักสงฆ์ 95 แห่ง

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือมีผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้นคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุทางถนน ปัญหาเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำโรคติดต่อที่ป้องกันด้วยวัคซีน โรคไข้เลือดออกที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งจากสภาพปัญหาดังกล่าวอำเภอบุณฑลจึงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการจากหลายภาคส่วนเพื่อเข้ามาแก้ไขปัญหาในภาพรวมโดยมีนายอำเภอบุณฑลเป็นประธานผ่านคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ

บริบทอำเภอบุณฑลด้านการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งข้อมูลได้จากการสนทนากลุ่มของคณะกรรมการ ดังนี้ 1) การได้รับความรู้เรื่องการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากการประชุมมอบนโยบายในระดับเขตบริการสุขภาพ ที่ 10 ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ 2) คณะกรรมการส่วนใหญ่ใช้วิธีการบริหารจัดการที่แตกต่างกันตามหน่วยงานที่สังกัดไม่สามารถบอกได้ว่าใช้แนวคิดใด หรือแนวทางในการดำเนิน

งานอย่างใด 3) การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ส่วนใหญ่ได้รับการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่ดำเนินการ บางเรื่องบางปัญหาก็สามารถแก้ไขได้ แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ประสบความสำเร็จ 4) ความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ คณะกรรมการส่วนใหญ่ยินดีเข้าร่วมการพัฒนา บางท่านเป็นคณะกรรมการโดยตำแหน่ง บางท่านได้รับการคัดเลือกจากทีมยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอบุณฑล

2. ผลด้านกระบวนการ แบ่งเป็น

คณะกรรมการจัดการสุขภาพระดับอำเภอบุณฑล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.29 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 55-64 ปี ร้อยละ 45.24 สถานภาพสมรส ร้อยละ 88.10 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 42.86 ตำแหน่งหน้าที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 28.59 และเคยร่วมพัฒนาการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ ร้อยละ 88.10

ขั้นวางแผน

1) ผู้วิจัยได้กำหนดแผนการดำเนินงานโดยรูปแบบประชุมสนทนากลุ่ม (Group Discussion) ซึ่งเป็นตัวแทนคณะกรรมการเพื่อพัฒนาการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ในการประชุมครั้งนี้เพื่อให้คณะกรรมการได้รับทราบปัญหาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

2) ขั้นตอนการประชุมวางแผนปฏิบัติการ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมเรียนรู้การวางแผนแบบมีส่วนร่วม ได้ร่วมกันจัดทำแผนงาน โครงการ/กิจกรรม

ขั้นดำเนินการ

เป็นการปฏิบัติตามแผนงาน โครงการที่ได้จากการวางแผนปฏิบัติการ 5 โครงการ คือ

- 1) โครงการส่งเสริมความรู้เพื่อเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่
- 2) โครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ
- 3) โครงการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ
- 4) โครงการสร้างเครือข่ายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ภายใต้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ
- 5) โครงการนิเทศติดตามและประเมินการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ

ขั้นติดตามประเมินผล มีการนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพพระด้าอำเภอ หลังดำเนินการได้ผลดำเนินการดังนี้

ผลการประเมินระดับความรู้คณะกรรมการบริหารจัดการสุขภาพพระด้าอำเภอพบว่า ก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง ร้อยละ 64.30 รองลงมา มีระดับความรู้ต่ำ ร้อยละ 23.80 หลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง ร้อยละ 73.82 รองลงมา มีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 19.04

ผลการประเมินการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพพระด้าอำเภอพบว่า ก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 42.86 รองลงมา มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.96 และมีส่วนร่วมในระดับมากที่สุด ร้อยละ 19.04 หลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 40.49 รองลงมา มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมากที่สุด ร้อยละ 33.33 และมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.42

ผลการประเมินความพึงพอใจในการจัดการสุขภาพพระด้าอำเภอพบว่า ก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.20 รองลงมา มีระดับความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 21.43 หลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.36 รองลงมา มีระดับความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 23.80

ขั้นสะท้อนผลการดำเนินงาน

จากการจัดประชุมสรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าการจะทำให้การจัดการสุขภาพพระด้าอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามการประเมินของกระทรวงสาธารณสุข จากก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับ 3 สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับ 4 ซึ่งอยู่ในระดับดี และผลลัพธ์การดำเนินงาน เกิดการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการจัดการสุขภาพพระด้าอำเภอ เกิดความร่วมมือที่ีระหว่างหน่วยงานในอำเภอ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและประชาชนในพื้นที่ ประการสุดท้ายหน่วยงานในอำเภอ มีการประสานงานกันและมีการบูรณาการกิจกรรมและแนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพพระด้าอำเภอร่วมกัน และข้อเสนอแนะคือ ควรมีการทำประชาคมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงสอดคล้องกับปัญหา การเสนอแผนแก้ไขปัญหาเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ จะต้องมึฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการจัดกิจกรรม จึงจะสามารถตอบสนองและแก้ปัญหาได้ถูกต้อง

3. ผลการพัฒนากระบวนการสุขภาพพระด้าอำเภอ โดย

การจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ในบริบทของอำเภอขุนหาญ สรุปประเด็นจากการประเมินผลการดำเนินงาน ได้แนวปฏิบัติที่ดี ในการพัฒนาระบบสุขภาพพระด้าอำเภอ ดังนี้

- 1) การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
- 2) การสร้างและพัฒนาเครือข่ายในการดำเนินงานและประสานการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่
- 3) การติดตามประเมินผลการพัฒนาสุขภาพพระด้าอำเภอ

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การเปลี่ยนแปลง

การเรียนรู้ร่วมกับการปฏิบัติจริงในพื้นที่ และการใช้เครือข่ายการทำงานที่มีความเข้าใจวัฒนธรรมและภาษาพื้นถิ่น ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายระดับล่างที่เป็นผู้ปฏิบัติจริง

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการสุขภาพพระด้าอำเภอโดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่อำเภอขุนหาญ ผลการศึกษาบริบทพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม เมื่อเสร็จจากฤดูเก็บเกี่ยวมีการเคลื่อนย้ายแรงงานไปภาคอุตสาหกรรมหรือการรับจ้างในต่างจังหวัดมีการเคลื่อนไหวของประชากรตลอดเวลาส่งผล ให้การบริการด้านสาธารณสุขไม่ครอบคลุมและทั่วถึง การเข้าร่วมกิจกรรมหรือรับบริการด้านสาธารณสุขมีปริมาณน้อย การจัดการบริการไม่ตรงกับความต้องการโดยเข้าใจว่าการจัดการด้านสุขภาพของประชาชนเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้นจึงได้ประสานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอขุนหาญให้เข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวางแผนการดำเนินการ และการติดตามการประเมินจะส่งผลให้มีการจัดการในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร และคณะ (2556) พบว่าการพัฒนาควรมีคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพพระด้าอำเภอ (District Management Team) ในรูปแบบการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันและเชื่อมประสานงานกัน และเมื่อมีการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพพระด้าอำเภออย่างต่อเนื่อง มีการจัดการให้กับคณะทำงานอย่างสม่ำเสมอ การดำเนินงานจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนได้ในที่สุดและสอดคล้องกับ วัฒนา นันทะเสน (2557) การประเมินผลการ

พัฒนางานระบบสุขภาพพระดํ้าอำเภอ ของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พบว่าผลสำเร็จมาจากการเชื่อมโยงปัจจัยสำคัญ 5 ด้าน คือ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการ การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น

ผลการศึกษาด้านความรู้การจัดการสุขภาพพระดํ้าอำเภอโดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ ผลการศึกษาหลังการพัฒนา พบว่าระดับความรู้โดยรวมรายด้านของการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการจัดการสุขภาพพระดํ้าอำเภอมียกระดับความรู้ในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาทั้ง 5 ด้านมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 73.82 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาสมชาติ ยอดดี (2555) ศึกษาผลการประยุกต์ใช้เทคนิคการสนทนาแบบมีส่วนร่วม (ORID) และการวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากและสอดคล้องกับผลการศึกษา นพพร จันทรเสนา (2558) แนวทางการจัดการความรู้ตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่าการประเมินแนวทางการจัดการความรู้ตามบทบาทของคณะกรรมการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบค่าเฉลี่ยด้านความเหมาะสมและเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากที่สุดโดยรวมและรายด้านทุกด้าน

ด้านการมีส่วนร่วมการจัดการสุขภาพพระดํ้าอำเภอโดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ ผลการศึกษาหลังการพัฒนา โดยรวมรายด้านของการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการจัดการสุขภาพพระดํ้าอำเภอโดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ มีระดับการมีส่วนร่วมการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาทั้ง 5 ด้าน มีระดับการมีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 40.49 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาอารินทร์ ไชยโยธา (2555) ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลท่าพระได้รับการพัฒนาศักยภาพ

และมีส่วนร่วมในการ พัฒนาการดำเนินงานกองทุน ทำให้ระดับการพัฒนาดีขึ้นทั้ง 3 ด้าน ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนา ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและการให้คำปรึกษาของผู้บริหาร ปัญหาและอุปสรรค คณะทำงานบางคนยังไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ความรับผิดชอบ และประชาชนบางส่วนยังขาดความรู้ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุน และผลการศึกษาของสมชาติ ยอดดี (2555) ศึกษาผล การประยุกต์ใช้เทคนิคการสนทนาแบบมีส่วนร่วม และการวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร ผลการศึกษา พบว่า ด้านการมีส่วนร่วม ได้แก่ การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา และตัดสินใจเลือกแก้ไขปัญหา การร่วมดำเนินการ การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมรับผลการประเมิน เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด

ด้านความพึงพอใจการจัดการสุขภาพพระดํ้าอำเภอ ผลการศึกษาหลังการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการจัดการสุขภาพพระดํ้าอำเภอมียกระดับความพึงพอใจในการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.36 ซึ่งสอดคล้องกับ วัฒนา นันทะเสน (2557) การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพพระดํ้าอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามมีระดับความพึงพอใจในภาพรวมในการเข้าร่วมกิจกรรมระบบสุขภาพพระดํ้าอำเภอ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.5

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาระบบสุขภาพพระดํ้าอำเภอเป็นนโยบายสำคัญที่เขตบริการสุขภาพ จังหวัด อำเภอ นำไปปฏิบัติ ซึ่งในระดับผู้ปฏิบัติยังมีความต้องการข้อมูลองค์ความรู้เป็นอย่างมาก ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาแนวทางรูปแบบการจัดการที่เหมาะสมต่อไป
2. การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตพื้นที่ในอำเภอขุนหาญเท่านั้น จึงควรมีการวิจัยในอำเภออื่นๆ ในจังหวัด และเขตบริการสุขภาพ เพื่อจะได้นำมาเปรียบเทียบและพัฒนาระบบสุขภาพพระดํ้าอำเภอให้ยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์นายแพทย์ประวิทย์ อัมพันธ์ แพทย์หญิงรัชฎาพร รุญเจริญ ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี อาจารย์ ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ อาจารย์ จิราพรรณ โพธิ์กำเนิด ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย ขอขอบพระคุณ ทีมพัฒนาเครือข่ายสุขภาพพระดัตถ์อำเภอ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการร่วมมือและมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- เขตบริการสุขภาพที่ 10, สำนักงาน. สรุปผลการตรวจราชการปี 2557 เขตบริการสุขภาพที่ 10. อุบลราชธานี: สำนักงานเขตบริการสุขภาพที่ 10, 2557.
- ชูชัย ศรีขำนิ. การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ. สมุทรสาคร: โรงพิมพ์ APPA Printing Group, 2557.
- นพพร จันทระเสนา. แนวทางการจัดการความรู้ตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิชญทรรศน์. 10, 1 (มกราคม-มิถุนายน 2558): 12-14.
- บริหารการสาธารณสุข, สำนัก. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพพระดัตถ์อำเภอ (รสบอ.) ฉบับประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557.
- ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงาน. ผลการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติในช่วง ทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2540-2549). กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2549.
- ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, มานพ คณะโต และ กิตติมา โมะเมน. การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพพระดัตถ์ อำเภอ. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 1, 3 (ตุลาคม- ธันวาคม 2556): 21-26.
- วัฒนา นันทะเสน. การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS)

ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพสาธารณสุข. 7, 3 (พฤศจิกายน 2557-กุมภาพันธ์ 2558): 110-112.

- วินัย สีสมีทธิ. การวิจัยและพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในระดับ พื้นที่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2554.
- วินัย สวัสดิ์วร. การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ. สมุทรสาคร: โรงพิมพ์ APPA Printing Group, 2557.
- สมชาติ ยอดดี. ผลการประยุกต์เทคนิค ORID และการวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2555.
- สมพันธ์ เตชะอธิกะ และคนอื่นๆ. โครงการศึกษาสรุปบทเรียนและติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบถ่ายโอนสถานีนอนมา้ยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552.
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. ข้อเสนอปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้ปฏิรูปประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานประสานการพัฒนาสังคมสุขภาวะ, 2557.
- สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, สำนักงาน. การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2557. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2557.
- สุรเกียรติ์ อาชานภาพ. การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ. สมุทรสาคร: โรงพิมพ์ APPA Printing Group, 2557.
- อมร นนทสุต. การปฏิรูประบบสุขภาพอำเภอ. (ออนไลน์) 2557 (อ้างเมื่อ 10 กรกฎาคม 2557). จาก <http://phnumis.health.nu.ac.th/document24dhs/1820June2014/2/19/3.pdf>

อารินทร์ ไชโยธราช. การพัฒนาการดำเนินงาน
กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบล
ท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
ตามมาตรฐานการบริหารจัดการกองทุนหลัก
ประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่.
วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2555.

Kemmis, S. and Wilkinson M. **Participatory Action
Research and the Study of Practice.**
London: Routledge, 1998.

