

การศึกษาสาธารณสุขชุมชน: สังเคราะห์ผ่านการดำเนิน โครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ *

Community Health Studies: Synthesis Through The District Health Board

ทศพล ชื่นจอหอ และ วัชรพล พุทธิรักษา

Todsapon Chinjorhor and Watcharabon Buddharaksa

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Faculty of Social Sciences, Naresuan University

Corresponding Author, E-mail: todsaponc63@nu.ac.th

บทคัดย่อ

บทความชิ้นนี้มีเป้าหมายหลักเพื่อทบทวนสถานะองค์ความรู้เกี่ยวกับสาธารณสุขชุมชน มองผ่านการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยสามารถ วิเคราะห์เนื้อหาออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) การประเมินประสิทธิภาพและการปรับปรุงโครงการ 2) การสำรวจแรงจูงใจและปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ 3) การทำงานแบบมีส่วนร่วม และ 4) กลุ่มที่มีความยืดหยุ่นในการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า มีข้อจำกัดบางแง่มุม ได้แก่ **หนึ่ง:** การศึกษากระแสหลักได้สร้าง ข้อจำกัดในรูปแบบของวิธีการศึกษาและข้อค้นพบภายใต้อิทธิพลของสำนักปฏิธานนิยม **สอง:** กระบวนทัศน์เชิงวิพากษ์ที่ขาดหายเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่เกิดการตั้งคำถามกับสิ่งที่เป็นอย่างนี้ หรือเรียกว่าตามสามัญสำนึก ผู้เขียนจึงมีข้อเสนอว่าการศึกษาในอนาคตควรให้ความสำคัญกับการอธิบายที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยของการวิเคราะห์กับระบบโครงสร้างทางราชการของรัฐ ซึ่ง บ่อยครั้งเป็นจุดเริ่มต้นของสภาพปัญหาในพื้นที่ระดับปฏิบัติการแต่ไม่ได้ถูกให้ความสำคัญ รวม

* ได้รับบทความ: 3 กุมภาพันธ์ 2566; แก้ไขบทความ: 3 เมษายน 2566; ตอรับตีพิมพ์: 5 เมษายน 2566



ไปถึงการตั้งคำถามกับการออกแบบนโยบายสุขภาพของรัฐไทยเพื่อเปิดมุมมองเชิงวิพากษ์ที่นำไปสู่การพัฒนาสังคมให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: นโยบายสาธารณะ; ระบบสุขภาพชุมชน; คณะกรรมการพัฒนาระดับอำเภอ; สาธารณสุขชุมชน

Abstract

This article aimed to review the status of knowledge about community public health through by synthesize related research on the operational project of the district health board. It could be divided into 4 categories included 1) efficiency evaluation and improvement projects 2) a survey of the motivations and factors leading to the success 3) The studies of collaborative governance and 4) Flexible study groups.

The results of the research showed some limitations. **First**, mainstream studies had established limitations in methodologies and findings under the influence of positivism. **Second**, the lack of critical paradigms had been the cause of insufficient questioning about the existences or known as common sense. Based on these studies, the authors suggested that further studies should be concentrated on the explanations of the connection between the unit of analysis and the bureaucratic systems of the state which often were the beginning of problems in practical level but not to be mentioned. Moreover, Thai government's health policy makers should be questioned for opening the critical perspective which lead to the improvement of better society.

Keywords: public policy; district health system; district health board; community health



1. บทนำ

ในช่วงสิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่ 2 รัฐบาลสมัยสมัยจอมพล ป. พิบูลสงครามมีความต้องการเพิ่มจำนวนประชากรไทยจาก 14 ล้านคนเป็น 40 ล้านคน ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพของรัฐให้ใกล้เคียงกับกลุ่มประเทศมหาอำนาจ บทบาทของสาธารณสุขจึงไม่ได้ถูกจำกัดเพียงแค่การรักษาโรค ป้องกันโรคติดต่อ และให้ความรู้กับประชาชนเท่านั้นแต่ต้องสนับสนุนหรือส่งเสริมจำนวนประชาชนให้เพิ่มมากขึ้น (ภาคภูมิ แสงกนกกุล, 2562, น. 10-11) การเร่งขยายศักยภาพด้านกำลังคนเพียงอย่างเดียวแม้จะมีประโยชน์ต่อการเติบโตทางด้านเศรษฐกิจที่เป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาประเทศแต่โครงสร้างพื้นฐานในด้านระบบสุขภาพบริบทของประเทศไทยในช่วงเวลานั้นยังคงพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และจำนวนสถานพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัดเพียงเขตกรุงเทพและปริมณฑลซึ่งต่อมามีการขยายครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ในช่วงปี พ.ศ. 2494 - พ.ศ. 2529 รวมไปถึงการออกแบบโครงการที่ส่งเสริมพฤติกรรมทางสุขภาพเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเองไม่ใช่เพียงหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลเท่านั้น (จิตสำนึกทางสุขภาพ) ยังคงเป็นสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขเน้นย้ำและให้ความสำคัญจนถึงปัจจุบัน (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2561, น. 247-248; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554, น. 18-23) ดังนั้นความมั่นคงของรัฐจึงไม่ได้ถูกสะท้อนออกมาจากการเติบโตของโครงสร้างทางเศรษฐกิจและขนาดของกองทัพเพียงอย่างเดียวแต่รวมถึงศักยภาพในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของประชาชนด้วยเช่นกัน บทความขึ้นนี้จึงให้ความสำคัญกับกลุ่มงานวิชาการที่ศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพราะเป็นโครงการในระดับสาธารณสุขชุมชนที่กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยนั้นให้ความสำคัญในการมุ่งเน้นสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชนในพื้นที่ของชุมชนผ่านการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

ส่วนแรก อธิบายถึงการเคลื่อนไหวทางประวัติศาสตร์ของระบบสุขภาพชุมชนเบื้องต้นที่ได้รับแรงผลักดันจากการเข้าเป็นสมาชิกองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) โดยมีหลักการสำคัญ คือ การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. 2543 จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและโครงการที่มีความสำคัญภายหลังการเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยกำหนดให้มีการพัฒนาด้านบุคลากรเป็นหลัก กระทรวง



สาธารณสุขจึงปรับเปลี่ยนการดำเนินนโยบายเป็นลักษณะเชิงรุกโดยเฉพาะในพื้นที่ของชุมชน นำไปสู่การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานของรัฐในปัจจุบัน

ส่วนที่สอง ผู้เขียนได้แบ่งประเภทกลุ่มงานจากการสำรวจวรรณกรรมที่ศึกษาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาฯ เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) การประเมินประสิทธิภาพและการปรับปรุงโครงการ 2) การสำรวจแรงจูงใจและปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ 3) การศึกษาการทำงานแบบมีส่วนร่วม 4) กลุ่มที่มีความยืดหยุ่นในการศึกษา (มีการเชื่อมโยงหน่วยวิเคราะห์ระหว่างคณะกรรมการพัฒนาฯ กับปัจจัยภายนอกที่นำมาศึกษาจนนำไปสู่การพัฒนาเชิงพื้นที่ เช่น ฐานคิดระบบสุขภาพชุมชน การยกระดับขั้นตอนการปฏิบัติงาน จากความช่วยเหลือของหน่วยงานภายนอก และการค้นพบสภาพปัญหาแท้จริงของชุมชน) เพื่อชี้ให้เห็นถึงรูปแบบของหน่วยวิเคราะห์ กระบวนการ และผลลัพธ์ของการศึกษา

ส่วนสุดท้าย อธิบายถึงการเปรียบเทียบกลุ่มของการศึกษาในรูปแบบของตารางทั้งในมิติของจุดแข็ง (Strengths) และข้อจำกัด (Limitations) ในการอธิบายแม้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาฯ จะสามารถสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพระหว่างภาครัฐ, ภาคเอกชน, และภาคประชาชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก แต่ในด้านของกลุ่มงานที่ศึกษายังคงมีข้อจำกัดร่วมกัน คือ การสร้างข้อจำกัดในการอธิบายสิ่งที่เป็นปัญหาแท้จริงและกระบวนการค้นคว้าวิจัยที่ขาดหายไปในการสร้างของระบบราชการหรือการออกแบบนโยบายของรัฐ บทความชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่องการเมืองของระบบสุขภาพเขตเมือง: กรณีศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตเทศบาลนครจังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ.2561-2565) ซึ่งมีรายละเอียดสำคัญดังต่อไปนี้

2. การพัฒนาระบบสาธารณสุขชุมชนในปัจจุบัน

ภายหลังการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 30 ปี พ.ศ. 2520 ประเทศทั่วโลกจำนวนกว่า 134 ประเทศได้มีมติร่วมกันให้ประชาชนทั่วโลกมีสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. 2543 หรือเรียกว่าหลักการ Health for All by the Year 2000 (World Health Organization, 1981, pp.7-9) จึงทำให้ประเทศไทยมีเป้าหมายในการพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 เป็นการพัฒนาด้านสุขภาพ (Charters for Healthy Development) การประกาศเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าของ



กระทรวงสาธารณสุขในวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2543 มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ การบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน, การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ, และการพึ่งพาตนเองของกลุ่มประชาชนที่อยู่ในชุมชนหรือท้องถิ่น (กองสนับสนุนภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557, น. 33-34) ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญฉบับที่ 16 ที่ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2540 ในมาตราที่ 52 และ 82 ที่เน้นย้ำให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง (ราชกิจจานุเบกษา, 2540)

ขณะเดียวกันการเกิดขึ้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาสุขภาพระดับชุมชน ทั้งในส่วนของโครงการคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ซึ่งให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพจากความร่วมมือของสาธารณสุขชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่พบกับปัญหาในด้านขอบเขตอำนาจการบริหารจัดการ ปัญหาโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ และข้อจำกัดในพื้นที่ชุมชน การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังคงเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนเป็นหลัก จึงไม่สามารถดึงพลังความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ในปี พ.ศ. 2561 จึงได้เกิดโครงการคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ (พขอ.) (ราชกิจจานุเบกษา, 2561) ซึ่งกลายเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพชุมชนที่เชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างสมาชิกในพื้นที่ ได้แก่ ภาครัฐ, (รพ.สต.-อปท.-กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน) ภาคประชาชน, และภาคเอกชนเพื่อแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพได้อย่างตรงจุดภายใต้การนำของนายอำเภอที่มีอำนาจในการแต่งตั้งคณะกรรมการแต่ละพื้นที่ทั่วประเทศโดยจำแนกประเด็นในการดำเนินกิจกรรมควบคู่กับโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพและโครงการตำบลจัดการสุขภาพ เช่น การจัดการกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง, การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, การดูแลสุขภาพจิตใจกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ฯลฯ ดังนั้นเป้าหมายของสาธารณสุขชุมชนในปัจจุบันจึงไม่ได้มุ่งเน้นเพียงแค่การรักษาโรคเพียงอย่างเดียว แต่ต้องบูรณาการความร่วมมือกับทุกภาคส่วน เพื่อขยายขอบเขตของการบริการให้กับประชาชนและตอบสนองต่อความต้องการทางด้านนโยบายสาธารณะให้กับรัฐบาลส่วนกลางด้วยเช่นกัน



3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – 2565

จากที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงในตอนต้นจะเห็นได้ว่า โครงสร้างระบบสาธารณสุขมีพลวัตของการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เช่น การสถาปนากระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2485 การปรับปรุงส่วนราชการ ครั้งที่ 1 - 4 การออกแบบแผนพัฒนาการสาธารณสุข พ.ศ. 2504 การกำหนดเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า พ.ศ. 2543 การเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และการดำเนินเป้าหมายสาธารณสุขเชิงรุกในระบบสุขภาพชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2547, น.351-353; กองสนับสนุนภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557, น.18-21) นำไปสู่การเกิดขึ้นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีความสำคัญในฐานะเป็นโครงการที่ส่งเสริมความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชน (ภาครัฐ, ภาคประชาชน และภาคเอกชน) ซึ่งเป็นลักษณะการออกแบบนโยบายจากรัฐบาลที่พยายามก้าวข้ามข้อจำกัดของการดำเนินโครงการในอดีต ทั้งในส่วนของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และระบบสุขภาพพระดัดอำเภอ (รสอ.) ดังนั้นสาธารณสุขชุมชนในปัจจุบันจึงให้ความสำคัญกับการดำเนินโครงการดังกล่าวซึ่งกลายเป็นประเด็นที่ผู้เขียนให้ความสนใจ

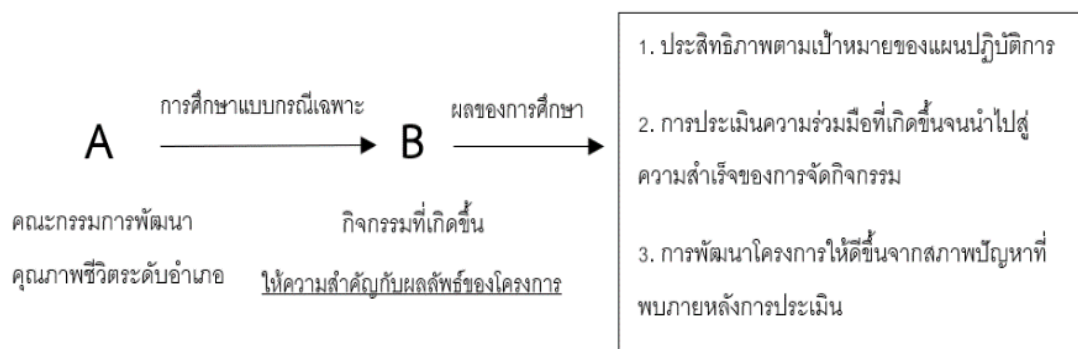
บทความชิ้นนี้ได้เริ่มสำรวจงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในช่วงปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของการดำเนินโครงการจนถึงสถานการณ์ปัจจุบัน โดยแบ่งประเภทการศึกษาออกเป็น 4 รูปแบบเพื่อแสดงให้เห็นถึงรูปแบบการศึกษาแต่ละกลุ่ม และนำไปสู่การทำความเข้าใจจุดแข็งและข้อจำกัดซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้

3.1 กลุ่มการประเมินประสิทธิภาพและการปรับปรุงโครงการ

การศึกษาลักษณะนี้สามารถพบได้เป็นส่วนใหญ่ในรูปแบบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโครงการของรัฐ ตัวอย่างงานศึกษาที่ใช้รูปแบบการประเมินประสิทธิภาพภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น พัทธการกาญจน์ คงทวีพันธ์ (2563); เกศรินทร์ ไหลงาม และ สิตานนท์ เกษภูพิพัฒน์ (2561); สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล และ สุทธิพร ชมภูศรี (2562) โดยผู้เขียนได้แบ่งรูปแบบการศึกษาที่ได้สรุปประเด็นเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ **หน่วยการวิเคราะห์:** พื้นที่ของการศึกษาส่วนใหญ่มักจะอยู่ในรูปแบบกรณีศึกษาโดยเฉพาะเจาะจงเชิงพื้นที่เป็นหลัก (Case Study) การอธิบายจึงอยู่ภายใต้ขอบเขตของอำเภอหรือ



ตำบลเท่านั้น **กระบวนการ:** เน้นพิจารณาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินกิจกรรม เช่น บุคลากร, การจัดทำแผนปฏิบัติงานการสนับสนุนทรัพยากร, และสร้างแบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรต่อความพร้อมในการปฏิบัติงาน **ผลลัพธ์:** ให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพหรือผลสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม โดยวิเคราะห์จากจำนวนผู้ป่วยที่ลดลงและคะแนนความพึงพอใจของภาคประชาชนกับเจ้าหน้าที่รัฐเป็นหลัก ภายใต้ลักษณะความร่วมมือที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของการปฏิบัติงาน แล้วนำไปสรุปผลเป็นค่าเฉลี่ยระดับต่าง ๆ ทั้งนี้ผู้เขียนได้สังเคราะห์กลุ่มการศึกษาดังกล่าวในรูปแบบของภาพต่อไปนี้



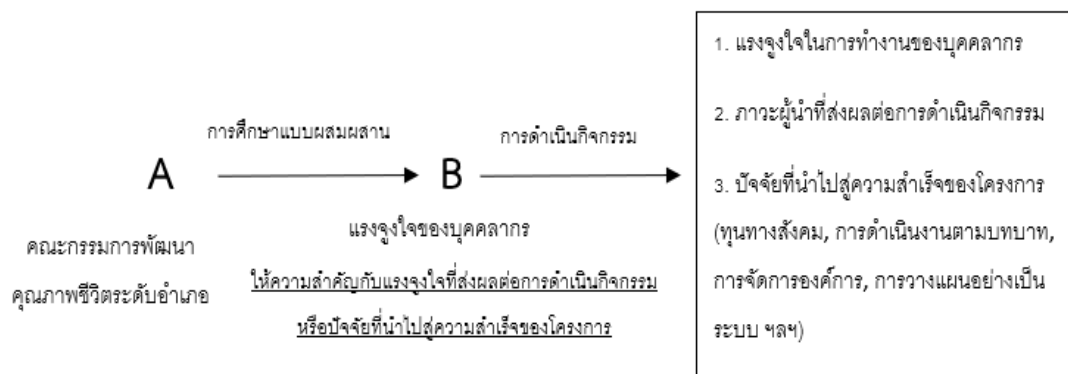
ภาพที่ 1. รูปแบบการศึกษากลุ่มการประเมินประสิทธิภาพและการปรับปรุงโครงการ

3.2 กลุ่มการสำรวจแรงจูงใจและปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ

งานศึกษาในรูปแบบนี้ให้ความสำคัญกับทัศนคติของบุคลากรที่สัมพันธ์กับความสำเร็จของการดำเนินโครงการ ตัวอย่างงานวิชาการที่มีความเกี่ยวข้อง เช่น ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, บัวพลอย พรหมแจ้ง, และ นงนุช โอชะ (2561); วุฒินันต์ สุตบอนิจ (2565); นุชนาฏ หวนนากลาง และคณะ (2564); สุรพงษ์ ลักษณะ (2564) **หน่วยวิเคราะห์:** มีการศึกษาลักษณะผสมผสานระหว่างพื้นที่ในเขตอำเภอ, จังหวัด, และเขตสุขภาพทั้ง 13 จุดทั่วประเทศ **กระบวนการ:** เน้นพิจารณาทัศนคติของเจ้าหน้าที่รัฐทั้งในระดับปฏิบัติการและผู้บริหารซึ่งเชื่อมโยงไปสู่ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในส่วนของการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมของคณะกรรมการพัฒนาฯ เช่น ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ความก้าวหน้าในการทำงาน ความมั่นคงในอาชีพ และบรรยากาศในการทำงาน เมื่อทราบแนวโน้มจากคะแนน



การประเมินดังกล่าวจะนำไปสู่การวิเคราะห์ที่หาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรกับเป้าหมายของโครงการ **ผลลัพธ์:** การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ภายใต้รูปแบบการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจึงบ่งบอกถึงทัศนคติหรือแรงจูงใจของบุคลากรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานภายในหน่วยงานของรัฐ ดังนั้นข้อสรุปที่ได้รับจึงเป็นภาพสะท้อนความเข้มแข็งขององค์กร โดยผู้เขียนได้สังเคราะห์รูปแบบการศึกษาค้นคว้าสำรวจแรงจูงใจและปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จซึ่งพิจารณาเพิ่มเติมได้จากภาพต่อไป



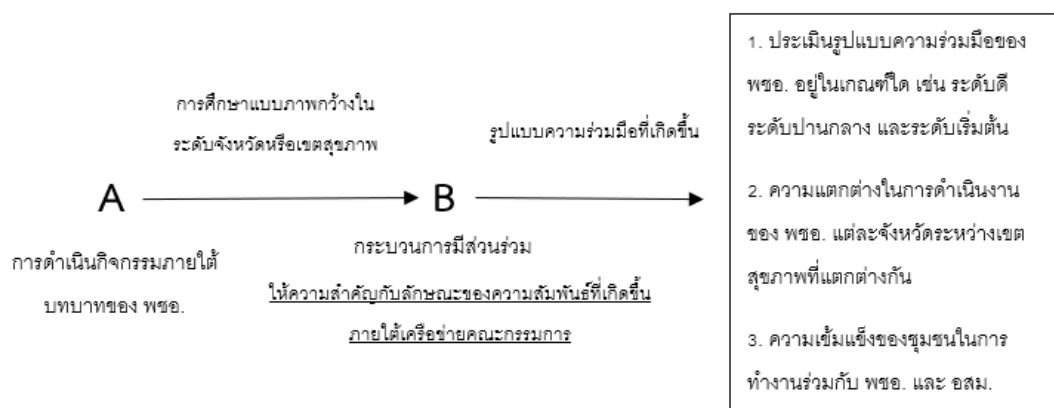
ภาพที่ 2. รูปแบบการศึกษากลุ่มการสำรวจแรงจูงใจและปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ

3.3 กลุ่มการศึกษาการทำงานแบบมีส่วนร่วม

การจัดการปกครองแบบมีส่วนร่วมเป็นรูปแบบการศึกษาที่ได้รับความนิยมอย่างกว้างขวาง โดยมุ่งเน้นไปที่การอธิบายลักษณะความสัมพันธ์ของตัวแสดงต่าง ๆ ตัวอย่างงานวิชาการที่มีความเกี่ยวข้อง เช่น ฉลองชัย สิทธิวัง และคณะ (2564); ภูติท เตชาดิวัฒน์ และคณะ (2560); ภูติท เตชาดิวัฒน์ และคณะ (2564); ร่วม มะโนน้อม และ ยอดชาย สุวรรณวงศ์ (2564) **หน่วยวิเคราะห์:** งานศึกษาส่วนมากมุ่งเน้นไปที่การศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดหรือเขตสุขภาพซึ่งเป็นการมองแบบภาพกว้างส่งผลทำให้การศึกษามีลักษณะผสมผสาน (Mix Methods) จุดเด่นของการศึกษารูปแบบนี้หน่วยของการวิเคราะห์ให้ความสำคัญกับทั้งข้อมูลทางสถิติ (จำนวนผู้ป่วย ประเภทของโรค เพศกับความสัมพันธ์ของโรค) ขณะเดียวกันข้อมูลในเชิงคุณภาพที่ช่วยเติมเต็มมุมมองที่ยังขาดหายไปผ่านการสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีบทบาทหลักในการดำเนินงาน **กระบวนการ:** การวิเคราะห์มุ่งเน้นไปที่ส่วนของความร่วมมือ



เช่น ปัจจัยทางด้านบุคคล การบริหารปัจจัยสนับสนุน พื้นที่ความเข้มแข็งของชุมชน ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรม ฯลฯ การแบ่งองค์ประกอบของการศึกษาจะยึดโยงกับกรอบแนวคิดของงานวิชาการแต่ละชิ้นเป็นหลัก **ผลลัพธ์:** ให้ความสำคัญกับการอธิบายลักษณะความสัมพันธ์หรือรูปแบบความร่วมมือที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ ซึ่งนำไปสู่การเปรียบเทียบหน่วยของการศึกษาภายใต้หลักเกณฑ์การประเมินทางสถิติ เพื่อจำแนกระดับของความร่วมมือว่ามีความแตกต่างกันในมิติใดหรือจะยกระดับความร่วมมือระหว่างสมาชิกได้อย่างไร จากการสังเคราะห์กลุ่มการศึกษาการทำงานแบบมีส่วนร่วมสามารถพิจารณาเพิ่มเติมได้จากภาพต่อไปนี้



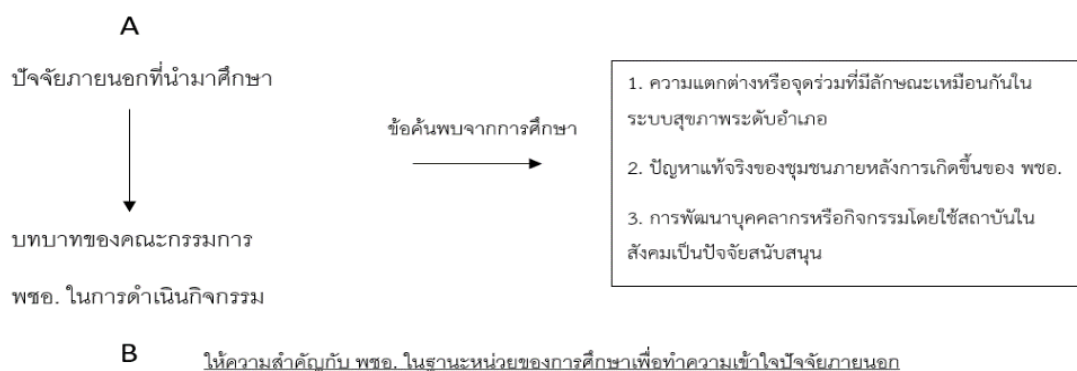
ภาพที่ 3. รูปแบบการศึกษากลุ่มการศึกษาการทำงานแบบมีส่วนร่วม

3.4 กลุ่มที่มีความยืดหยุ่นในการศึกษา

การศึกษารูปแบบนี้เกิดผลที่ผู้เขียนเรียกว่า กลุ่มที่มีความยืดหยุ่น เป็นเพราะลักษณะสำคัญของการศึกษามีการเชื่อมโยงหน่วยของการวิเคราะห์ระหว่างคณะกรรมการพัฒนาฯ (Internal Factor) กับปัจจัยภายนอก (External Factor) เพื่อค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคหรือยกระดับการพัฒนาด้านสุขภาพให้ดีขึ้น ยกตัวอย่างเช่น งานของ วุฒิชัย จริยา, อาทิตยา วัจนสินธุ์, และ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2561); Phudit Tejavivaddhana, Briggs, Singhadej, & Hinoguin (2018); Kasemsup, Suriyawongpaisal, Thamma-aphiphol, Damme, & Suthisukon (2020) **หน่วยการวิเคราะห์:** ไม่ได้มีความแตกต่างจากประเภทงานศึกษาด้านกระบวนการมีส่วนร่วมก่อนหน้านี้ที่มีรูปแบบผสมผสาน **ด้านกระบวนการ:** การวิเคราะห์จะมุ่งเน้นไปที่การศึกษาเชิงเปรียบเทียบหรือวิธีการพัฒนาระบบสุขภาพ (ปัจจัยภายนอก) โดย



ใช้กลไกสถาบันภายในรัฐเข้ามาเป็นส่วนช่วยสนับสนุนเพื่อก้าวข้ามขีดจำกัดที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งช่วยเผยให้เห็นถึงสภาพปัญหาที่ฝังลึกอยู่ในชุมชน แต่เมื่อมีการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ปัญหาดังกล่าวจึงถูกตรวจพบทั้งจากข้อมูลเชิงสถิติผ่านสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ปัญหาความยากจนและสิ่งเสพติดที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) รวมไปถึงจำนวนผู้เสียชีวิตบนท้องถนนในชุมชน จากสถานีตำรวจภูธร (สภ.) **ผลลัพธ์:** ข้อค้นพบที่ได้รับจึงเป็นคำอธิบายที่ให้ความสำคัญกับความแตกต่าง, การพัฒนา, สิ่งที่เป็นปัญหา, และการทำความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทของชุมชน ฯลฯ ซึ่งมีคณะกรรมการพัฒนาฯ เป็นจุดเริ่มต้น (ปัจจัยภายใน) เชื่อมโยงกับปัจจัยภายนอกที่ถูกนำมาใช้ศึกษาเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคมให้ดียิ่งขึ้น



ภาพที่ 4. รูปแบบการศึกษากลุ่มที่มีความยืดหยุ่นในการศึกษา

4. สรุป

จากที่ผู้เขียนได้กล่าวถึงพลวัตสาธารณสุขชุมชนที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของหน่วยบริการทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนที่อาศัยอยู่รอบนอกเขตเมือง ดังนั้นการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาฯ จึงให้ความสำคัญกับความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชนเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางด้านสุขภาพควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น โดยผู้เขียนได้แบ่งประเภทการศึกษาเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ การประเมินประสิทธิภาพ การสำรวจแรงจูงใจ การทำงานแบบมีส่วนร่วม และการศึกษากลุ่มที่มีความยืดหยุ่นในการศึกษา เพื่อแสดงให้เห็นถึงจุดแข็งและข้อจำกัดในการทำเข้าใจสภาพปัญหาให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นทั้งนี้สามารถพิจารณาเพิ่มเติมได้จากตารางต่อไปนี้



ตารางที่ 1 วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การเปรียบเทียบ (Comparison)	จุดแข็ง (Strengths)	ข้อจำกัดในการอธิบาย (Limitation)
การประเมิน ประสิทธิภาพและ การปรับปรุง โครงการ (3.1)	สามารถวิเคราะห์การดำเนินงานใน รูปแบบเฉพาะเจาะจงเชิงพื้นที่ (Case Study) ได้อย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะข้อมูลพื้นฐานเชิงสถิติ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่ลดลง, ระยะเวลาการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่น้อยลง, กลุ่มเพศ ที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยในกลุ่มโรค ต่าง ๆ	ข้อสรุปที่ได้รับไม่สามารถใช้อธิบายในทุกพื้นที่ ของการดำเนินโครงการได้เสมอไป และการ ประเมินผลส่วนใหญ่มองเพียงแค่ตัวเลขในเชิง สถิติ แต่ขาดการเชื่อมโยงกับปัจจัยทางด้าน การเมืองรวมถึงความคิดเห็นของภาค ประชาชน (ผู้รับบริการ)
การสำรวจ แรงจูงใจและปัจจัย ที่นำไปสู่ ความสำเร็จ (3.2)	สามารถมองเห็นเป้าหมายเชิงลึกใน ด้านความคิด, อารมณ์, และมุมมองที่ มีต่อการดำเนินโครงการของ บุคคลากร	ผลลัพธ์จากแรงจูงใจที่เกิดขึ้นสามารถ เปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อ การปฏิบัติงานได้ ตลอดเวลาและไม่มีความต่อเนื่องเสมอไป โดยเฉพาะจากปัจจัยสภาพแวดล้อมในการ ดำเนินโครงการ
การทำงาน แบบมีส่วนร่วม (3.3)	สามารถมองเห็นสภาพปัญหาในเชิง องค์รวมภายใต้เป้าหมายของการ ปฏิบัติงานโดยเฉพาะความสำเร็จที่ เกิดขึ้นนั้นมาจากส่วนใดเป็นหลัก	ข้อสรุปที่พบส่วนใหญ่เน้นให้ความสำคัญกับ กลุ่มผู้มีบทบาทหลัก (Key Man) ตัวอย่างเช่น นายอำเภอ, ผู้อำนวยการสาธารณสุข, และ ผู้บริหารท้องถิ่นในการส่งเสริมประสิทธิภาพ และความสำเร็จที่เกิดขึ้นจนละเลยความสำคัญ ของตัวแสดงอื่น ๆ (เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ, ตัวแทนภาคประชาชน, กลุ่มภาคประชาชน) ซึ่งส่งผลต่อกลไกในการปฏิบัติงานเช่นเดียวกัน



การเปรียบเทียบ (Comparison)	จุดแข็ง (Strengths)	ข้อจำกัดในการอธิบาย (Limitation)
กลุ่มที่มีความ ยืดหยุ่นใน การศึกษา (3.4)	ไม่ได้ยึดติดอยู่เพียงแค่การดำเนิน โครงการในเชิงพื้นที่หรือการศึกษา ประสิทธิภาพของโครงการเพียง เท่านั้นแต่มีการขยายไปสู่ปัจจัย ภายนอกที่นำมาศึกษาควบคู่กับการ ดำเนินงานของ พชอ. เช่น การ ส่งเสริมศักยภาพของทีมีระดับ ปฏิบัติการด้วยบุคคลากรจาก สถาบันการศึกษา, การเปรียบเทียบ ฐานคิดระบบสุขภาพระหว่างรัฐ, และการทำความเข้าใจสภาพปัญหา แท้จริงของชุมชน ฯลฯ	รูปแบบวิธีการวิเคราะห์และการอธิบายได้ ละเลยความสำคัญของกระบวนการทัศน์เชิง วิพากษ์ แม้จะมีการกล่าวถึงข้อจำกัดหรือจุดที่ ต้องปรับปรุงการดำเนินงานของคณะกรรมการ พัฒนาฯ แต่แท้จริงแล้วเป็นความล้มเหลวของ รัฐบาลที่พยายามผลักภาระการจัดการ ด้านสุขภาพให้ท้องถิ่นเป็นผู้ควบคุม

5. องค์ความรู้ใหม่

จากตารางที่แสดงการเปรียบเทียบแต่ละประเภทของการศึกษาในมุมมองของผู้เขียน
ข้างต้นนอกเหนือจากจุดแข็งและข้อจำกัดในการอธิบายแล้วยังคงมีปัญหาลักษณะร่วมกันที่นำไปสู่
ข้อจำกัดในการทำความเข้าใจนโยบายสาธารณะอย่างน้อย 2 ประการ ดังนี้

ส่วนแรก กลุ่มการศึกษากระแสหลักในงานที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาคณะกรรมการ
พัฒนาฯ ที่ถูกสะท้อนออกมาจากประเภทของการศึกษาเป็นกลุ่มงานหลัก 3 ส่วน ได้แก่
การประเมินประสิทธิภาพและการปรับปรุงโครงการ, การสำรวจแรงจูงใจและปัจจัยที่นำไปสู่
ความสำเร็จ และการศึกษาการทำงานแบบมีส่วนร่วม (กลุ่มที่ 3.1, 3.2, 3.3) ได้รับอิทธิพลจาก
วิธีการแสวงหาความรู้แบบสำนักปฏิฐานนิยม (Positivism) โดยจุดเน้นสำคัญของการศึกษา คือ
การอธิบายโดยอาศัยกฎหรือหลักการทั่วไป (Law or Generalization) ที่สามารถพิสูจน์สิ่งใด
สิ่งหนึ่งได้ภายใต้เงื่อนไขของการศึกษา แต่ไม่ถูกจำกัดด้วยเวลาหรือสถานที่ในการอธิบาย
จึงเป็นที่มาของวิธีการอธิบายโดยอาศัยกฎที่ประกอบไปด้วยตัวอธิบายและปรากฏการณ์ที่ถูก
อธิบาย (อนุสรณ์ ลิ้มมณี, 2561)



ดังนั้นการศึกษาทางรัฐศาสตร์ส่วนหนึ่งจึงได้รับอิทธิพลทางการศึกษาจากสำนักปฏิฐานนิยม โดยเน้นไปที่การศึกษาในเชิงพฤติกรรม ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาพฤติกรรม การเลือกตั้ง การศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การสำรวจความคิดเห็น การศึกษาประสิทธิภาพในการดำเนินโครงการผ่านปัจจัยทางด้านเพศ อายุ การศึกษา ภูมิสำเนา และรายได้ ซึ่งใช้วิธีการอธิบายแบบนิรนัย (Deductive) ผ่านสิ่งที่ศึกษาจาก A เป็นสาเหตุทำให้เกิด B เป็นลักษณะของการอธิบายเหตุไปสู่ผลเพื่อการคาดการณ์หรือบ่งบอกแนวโน้มของสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Predict) ส่งผลทำให้งานศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้หลุดพ้นจากขอบเขตของกลุ่มการศึกษาที่มีอยู่เดิม สัมพันธ์กับส่วนของข้อสรุปที่มักจะมีส่วนที่เหมือนหรือแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ในทางตรงกันข้ามกลุ่มที่มีความยืดหยุ่นในการศึกษา (กลุ่มที่ 3.4) ยังคงถูกพบได้เป็นส่วนน้อยเพราะในเชิงระเบียบวิธีของการศึกษามีการเชื่อมโยงหน่วยของการวิเคราะห์ระหว่างคณะกรรมการพัฒนาฯ เปรียบเทียบกับปัจจัยภายนอกที่นำมาศึกษาจนนำไปสู่การพัฒนาเชิงพื้นที่จึงมีความแตกต่างจากงานวิชาการทั้งสามกลุ่มที่มุ่งเน้นอธิบายเพียงลักษณะของความร่วมมือ, แรงจูงใจที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน, และการประเมินผลโครงการ แต่ทั้งหมดล้วนมีข้อจำกัดในการทำทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคมที่ขาดหายไป โดยเฉพาะการตั้งคำถามในพื้นที่การดำเนินโครงการซึ่งมีความแตกต่างกัน

ส่วนที่สอง ข้อสรุปและสภาพปัญหาที่พบในแต่ละประเภทของกลุ่มงานวิชาการ ไม่ได้ถูกขยายความให้เชื่อมโยงกับปัจจัยอื่น เพื่อฉายภาพให้เห็นสิ่งที่ปัญหาแท้จริงของสังคมหรือในมุมมองของผู้เขียน คือ กระบวนการคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Thinking) ที่ขาดหายไป ข้อจำกัดที่พบในงานวิชาการส่วนใหญ่ เช่น การจัดสรรงบประมาณ ระบบคำสั่งในราชการ ความสับสนในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ฯลฯ ถูกอธิบายให้เป็นเพียงปัญหาทั่วไปที่พบในการดำเนินโครงการเท่านั้น สิ่งที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอ คือ การถกเถียงทางความคิดเพื่อช่วยให้มองเห็นสิ่งที่ปัญหาแท้จริงของสังคมจากหน่วยการศึกษาในรูปแบบของนโยบายสาธารณะและการดำเนินกิจกรรมของรัฐ

โดยข้อจำกัดในส่วนของผลลัพธ์และกระบวนการตั้งคำถามเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน ดังนั้น **การให้ความสำคัญ** (การวิพากษ์ การตั้งคำถาม ข้อค้นพบ) ในที่นี้ผู้เขียนไม่ได้จำกัดอยู่ภายใต้การเพิ่มส่วนขยายให้เป็นหัวข้อหลักหรือหัวข้อย่อยในอีกประเด็นหนึ่ง แต่จำเป็นต้องมีการพูดถึงหรือสัมผัสกับสิ่งที่ปัญหาแท้จริงและหลบซ่อนอยู่ (Hidden) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาในด้านอุดมการณ์ทางความคิด และปรับเปลี่ยนวิธีการมองสิ่งต่าง ๆ โดยไม่ได้



ตั้งคำถามกับสิ่งที่เป็นอยู่หรือมองเห็นสภาพปัญหาที่มีอยู่นั้นเป็นเรื่องปกติ (Common Sense) ถึงอย่างไรก็ตาม บทความชิ้นนี้ไม่ได้พยายามปฏิเสธสถานะองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพจากงานวิชาการทั้ง 4 กลุ่ม ในทางกลับกันกลับช่วยทำให้ผู้เขียนมองเห็นกระบวนการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาฯ ทั้งในมุมมองของการประเมินผลโครงการ การพัฒนากลไกการดำเนินงาน การสร้างความร่วมมือในชุมชน แรงจูงใจของบุคลากรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ และการดึงปัจจัยภายนอกให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์ แต่ข้อจำกัดด้านการอธิบายและกระบวนการทัศน์เชิงวิพากษ์ยังเป็นสิ่งที่พบปัญหาในปัจจุบัน ซึ่งผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อเสนอดังกล่าวของผู้เขียนจะช่วยเพิ่มพรมแดนการศึกษาระบบสุขภาพชุมชนให้พัฒนาต่อไปได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2547).

การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). *กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับชาติปี 2554-2558*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2557). *วิวัฒนาการ*

การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ.2521-พ.ศ.2557). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

เกศรินทร์ ไหลงาม, และ สิตานนท์ เกษภูมิจิต. (2561). นวัตกรรมระบบสุขภาพระดับอำเภอ บริการสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดชัยนาท. *วารสารวิจัยและพัฒนาวิจัยท้องถิ่น ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 13(2), 108-115.

ฉลองชัย สิทธิวัจ, นิคม สุนทร, กรภัทร ชันไชย, ชาญชัย มหาวัน, นิคม อุทุมพร, เกษร ไชยวุฒิ, และ กันจน เตชนันท์. (2564). *การพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอนำร่อง จังหวัดน่าน*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.



ชูลีกร ด้านยุทธศิลป์, บัวพลอย พรหมแจ้ง, และ นงนุช โอบะ. (2561). การถอดบทเรียนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพพระดั่งอำเภอเพื่องสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ: กรณีศึกษาตำบลในเมือง อ.สุวรรณโลก จ.สุโขทัย. *วารสารพยาบาลและสุขภาพ*, 12, 161-171.

ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2561). *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นุชนาฏ หวนนากลาง, พรพจน์ ศรีตัน, อรุมา ชองรัมย์, พิชญา สุรพลชัย, เอี่ยมพร จันทร์ทอง, ธิดาศิลป์ เปลี่ยนละออ, และ ปานแก้ว ตันติรัตนกุลชัย. (2564). *การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) ของการดำเนินงาน ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.): กรณีศึกษา พชอ. 4 แห่ง*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.

พัชรากาญจน์ คงทวีพันธ์. (2563). ผลการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพพระดั่งอำเภอในการแก้ไขปัญหาความดันโลหิตสูง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 57-62.

ภูติท เตชาติวัฒน์, อภิชาติ วิสิทธิ์วงศ์, ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ, พชรินทร์ สิริสุนทร, ทวีศักดิ์ นพเกษร, วินัย ลิสมิทธิ, และครรชิต สุขนาถ. (2560). *การสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองเขตสุขภาพที่ 3*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.

ภูติท เตชาติวัฒน์, อรพินท์ เล้าชี, วิชัช เกษมทรัพย์, เกียรติศักดิ์ ธรรมอภิพล, วิชุกร สุริยะวงศ์ไพศาล, ดุชนิ ดามิ, . . . จริยา ศรีกลัด. (2564). *โครงการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.

ภาคภูมิ แสงนกกุล. (2562). การวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพไทยช่วงเวลา พ.ศ. 2493-2539 ด้วยกรอบเศรษฐศาสตร์การเมือง. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 15(2), 1-37.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. (2540, 11 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 114 ตอนที่ 55 ก, หน้า 1-99.

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561. (2561, 9 มีนาคม 2561). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 135 ตอนพิเศษ 54 ง, หน้า 3 ข้อ 7.



- ร่วม มะโนน้อม และ ยอดชาย สุวรรณวงษ์. (2564). บทบาทและภาพลักษณ์ต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 1(3), 61-80.
- วุฒินันต์ สุตบอนิจ. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดยโสธร. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 7(1), 89-95.
- วุฒิชัย จริยา, อาทิตยา วัจนสินธุ์ และ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2561). ระบบสุขภาพระดับอำเภอ: ประสพการณ์ต่างประเทศและการพัฒนาในประเทศไทย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 12(1), 182-195.
- สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล, และ สุทธิพร ชมภูศรี. (2562). ผลการประเมินการจัดการเครือข่ายการบริหารงานเพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดพะเยา. *วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย*, 15(2), 64-80.
- สุรพงษ์ ลักษณะุธ. (2564). ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ*, 14(3), 192-206.
- อนุสรณ์ ลิ้มมณี. (2561). *การอธิบายกับการวิเคราะห์ทางการเมือง: แนวคิดและข้อโต้แย้งทางปรัชญาสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์.
- Tejativaddhana, P., Briggs, D., Singhadej, O., & Hinoguin, R. (2018). Developing primary health care in Thailand: Innovation in the use of socio-economic determinants, Sustainable Development Goals, and the district health strategy. *Public Administration and Policy*, 21(1), 36-49.
- Kasemsup, V., Suriyawongpaisal, W., Thamma-aphiphol, K., Dammee, D., & Suthisukhon, K. (2020). Engagement of the District Health Board in Providing Preventive Measures for Chronic Kidney Disease Care in Thailand: The Perspective of a Multi-Disciplinary Team. *Journal of Public Health and Development*, 18(2), 1-9.
- World Health Organization. (1981). *Global strategy for health for all by the year 2000*. Switzerland: World Health Organization.