

กระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของประเทศไทย (พ.ศ.2566-2570) อย่างมีส่วนร่วม The participatory process of developing Thailand's Non-Communicable Disease Prevention and Control Action Plan (2023-2027)

นันทน์ภัส ภูมิถาวร¹, ณัฐธิดา ช่วยเมือง² และ ณัฐพล พงษ์วิเศษ³
Nantnaphat Poomthavorn¹, Natthida Chuaymuang² and Nattapol Pongvisait³

Received: 02 March 2026; Revised: 06 April 2026; Accepted: 29 April 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) วิเคราะห์กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยอย่างมีส่วนร่วม และ 2) ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาแผนดังกล่าว การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด CIPP Model (Context, Input, Process, Product) เป็นกรอบในการวิเคราะห์ ประชากรกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาและขับเคลื่อนแผน ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารด้านสาธารณสุข นักวิชาการ และผู้แทนภาคประชาสังคม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบวิเคราะห์เอกสาร และ (2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการผ่านการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาควบคู่กับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือแบบสามเส้า

ผลการวิจัยพบว่า (1) กระบวนการพัฒนาแผนมีลักษณะเป็นระบบ ครอบคลุม 4 มิติของ CIPP Model โดยมีการวิเคราะห์บริบทอย่างรอบด้าน การระดมทรัพยากรจากหลายภาคส่วน การดำเนินกระบวนการแบบมีส่วนร่วม และการพัฒนาแผนที่มีความชัดเจนเชิงยุทธศาสตร์และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในด้านช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติในระดับพื้นที่ และความไม่เท่าเทียมด้านศักยภาพของหน่วยงาน (2) ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาแผนประกอบด้วย 8 ประการ ได้แก่ (2.1) นโยบายและทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน (2.2) การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (2.3) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (2.4) ศักยภาพบุคลากร (2.5) กลไกความร่วมมือ (2.6) การสนับสนุนทรัพยากร (2.7) ระบบติดตามและประเมินผล และ

^{1 2 3} กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control
Corresponding Author, E-mail: poomthavorn@gmail.com

(2.8) ภาวะผู้นำเชิงนโยบาย ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความเชื่อมโยงและส่งผลต่อความสำเร็จของแผนอย่างเป็นระบบข้อเสนอแนะจากการวิจัย ได้แก่ ควรพัฒนากลไกความรับผิดชอบร่วมระหว่างหน่วยงาน เสริมสร้างระบบฐานข้อมูลแบบบูรณาการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับพื้นที่ และส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อ; แผนปฏิบัติการ; CIPP Model; การมีส่วนร่วม; นโยบายสาธารณะ

Abstract

This study aimed to (1) analyze the participatory development process of Thailand's action plan for the prevention and control of non-communicable diseases (NCDs), and (2) examine the success factors contributing to the development of such a plan. This research employed a qualitative approach, applying the CIPP Model (Context, Input, Process, Product) as the analytical framework. The study population consisted of key stakeholders involved in both policy formulation and implementation of the plan, including policymakers, public health administrators, academics, and representatives from civil society. A purposive sampling method was used to select 10 key informants. The research instruments included (1) a document analysis form and (2) a semi-structured interview guide, both of which were validated for content validity by experts. Data were collected through document analysis and in-depth interviews and analyzed using content analysis, along with triangulation techniques to ensure data reliability.

The findings revealed that: (1) the plan development process was systematic and encompassed all four dimensions of the CIPP Model. It involved comprehensive contextual analysis, resource mobilization from multiple sectors, participatory processes, and the formulation of a strategically clear and implementable action plan. However, limitations were identified, particularly the policy-implementation gap at the local level and disparities in organizational capacity. (2) The success factors of the plan development consisted of eight key elements: (1) clear policy direction and strategic alignment, (2) the use of evidence-based data, (3) stakeholder participation, (4) personnel capacity, (5) inter-agency collaboration mechanisms, (6) resource support, (7) monitoring and evaluation

systems, and (8) policy leadership. These factors were found to be interrelated and collectively contributed to the effectiveness and sustainability of the plan. The study recommends strengthening shared accountability mechanisms among agencies, developing integrated data systems, enhancing local-level personnel capacity, and promoting continuous participatory processes to effectively bridge policy and practice and ensure sustainable implementation.

Keywords: Non-Communicable Diseases (NCDs); Action Plan; CIPP Model; Participation; Public Policy

บทนำ

โรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs) ได้กลายเป็นความท้าทายเชิงโครงสร้างที่สำคัญของระบบสุขภาพในระดับโลกและระดับประเทศ โดยองค์การอนามัยโลกชี้ให้เห็นว่า โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของสังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมสุขภาพ (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทย โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูง ทั้งในรูปของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและการสูญเสียผลิตภาพแรงงาน (กรมควบคุมโรค, 2566) ภายใต้บริบทดังกล่าว รัฐบาลไทยจึงได้กำหนดแผนปฏิบัติการด้านการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ.2566–2570) เพื่อเป็นกรอบเชิงยุทธศาสตร์ในการลดปัจจัยเสี่ยงและยกระดับสุขภาวะของประชาชน โดยเน้นการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน อย่างไรก็ตาม การพัฒนาแผนดังกล่าวมิได้ขึ้นอยู่กับเนื้อหาเชิงนโยบายเพียงอย่างเดียว หากแต่ขึ้นอยู่กับกระบวนการจัดทำแผน ซึ่งต้องมีความครบถ้วน สอดคล้อง และเหมาะสม เพื่อให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงในบริบทที่หลากหลาย การประเมินกระบวนการพัฒนาแผนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการใช้กรอบแนวคิดที่สามารถวิเคราะห์ได้อย่างเป็นระบบในทุกมิติ ทั้งด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด CIPP Model ของ Daniel Stufflebeam (2003) ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ในการประเมินนโยบายสาธารณะและแผนยุทธศาสตร์

แม้ว่าแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย จะมีความสอดคล้องกับนโยบายระดับชาติและมาตรฐานสากล แต่ปัญหาสำคัญที่ยังคงปรากฏอย่างต่อเนื่องคือ “ช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ” (Policy-Implementation Gap) โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างทั้งในด้านโครงสร้างการบริหาร ทรัพยากร ความพร้อมของบุคลากร และบริบททางสังคมวัฒนธรรม (Pressman & Wildavsky, 1973) งานวิจัยในประเทศไทยจำนวนหนึ่งสะท้อนให้เห็นว่า หน่วยงานระดับพื้นที่มักไม่สามารถนำแผนระดับชาติ มาใช้เป็นกรอบการ

ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดกลไกการถ่ายทอดนโยบายที่ชัดเจน การบูรณาการข้ามหน่วยงานยังมีข้อจำกัด และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับพื้นที่ ยังไม่เพียงพอ (สมจิตร เดชาเสถียร และคณะ, 2562; วราณิษฐ์ ลำไย และคณะ, 2564) นอกจากนี้ ความไม่สมดุลของการจัดสรรทรัพยากร ที่ยังเน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกัน และข้อจำกัดของระบบข้อมูลที่ยังไม่เชื่อมโยงสู่การตัดสินใจในระดับพื้นที่ ยิ่งทำให้การขับเคลื่อนแผนในเชิงพื้นที่เผชิญกับความท้าทายมากขึ้น ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาแผนแบบมีส่วนร่วม ยังไม่สามารถสร้างความเป็นเจ้าของร่วม (Sense of Ownership) และความสามารถในการนำไปปฏิบัติได้อย่างแท้จริง (Sherry Arnstein, 1969) ดังนั้น การศึกษาประเมินกระบวนการพัฒนาแผนในมิติที่ครอบคลุมทั้งระบบ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจจุดแข็ง จุดอ่อน และเงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการขับเคลื่อนแผนในบริบทพื้นที่

จากหลักการและปัญหาดังกล่าว การวิจัยนี้จึงมุ่งตอบคำถามสำคัญว่า กระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ.2566–2570) เมื่อพิจารณาตามกรอบการประเมิน CIPP Model และในแต่ละมิติ ได้แก่ บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) มีจุดแข็งและข้อจำกัดอย่างไร นอกจากนี้ การวิจัยยังมุ่งตั้งคำถามทราบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมที่ถูกออกแบบขึ้น สามารถสร้างการยอมรับและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกระดับได้จริงหรือไม่ และปัจจัยเชิงโครงสร้างใดที่เป็นอุปสรรคต่อการถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ตลอดจนกลไกใดที่ควรได้รับการพัฒนาเพื่อยกระดับประสิทธิภาพของแผนในระยะยาว คำถามการวิจัยเหล่านี้ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาองค์ความรู้เชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการ โดยเฉพาะการออกแบบกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ที่สามารถเชื่อมโยงระดับนโยบายกับระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปสู่การลดภาระโรคไม่ติดต่อของประชาชนได้อย่างยั่งยืน ในบริบทของสังคมไทยในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์กระบวนการจัดทำแผนการพัฒนาการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ.2566 – 2570) อย่างมีส่วนร่วม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ.2566 – 2570)

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การประเมินกระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566–2570): การวิเคราะห์ตามกรอบ CIPP Model เป็นการ

วิจัยเชิงคุณภาพ ที่มุ่งเน้นการทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการจัดทำแผนในมิติของความครบถ้วน ความสอดคล้อง และความเหมาะสม โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และ ผลผลิต (Product) เป็นกรอบหลักในการวิเคราะห์ ทั้งนี้ การวิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เอกสารควบคู่กับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ ตลอดจนสามารถสะท้อนมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในหลายระดับได้อย่างรอบด้าน อันจะนำไปสู่การสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ที่มีความเหมาะสมต่อบริบทของประเทศไทย

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัยประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารหน่วยงานด้านสาธารณสุข นักวิชาการ ผู้แทนองค์กรระหว่างประเทศ และผู้แทนภาคประชาสังคม การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกจากบทบาทและประสบการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนโดยตรง จำนวนทั้งสิ้น 10 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ตรงในประเด็นที่ศึกษา ทั้งนี้ การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างยึดหลักความเพียงพอของข้อมูลเป็นสำคัญ เพื่อให้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างครบถ้วนและน่าเชื่อถือ

3. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ประเภทหลัก ได้แก่ (1) แบบวิเคราะห์เอกสาร ซึ่งใช้ในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ รายงานการประชุม และเอกสารนโยบายระดับต่าง ๆ โดยพัฒนาเครื่องมือตามกรอบ CIPP Model เพื่อให้สามารถจัดหมวดหมู่ข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ และ (2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งออกแบบคำถามให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติของ CIPP Model เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นและสะท้อนประสบการณ์ได้อย่างอิสระ ทั้งนี้ เครื่องมือทั้งสองประเภทได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านนโยบายสาธารณสุขและการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 5 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการใน 2 ส่วนหลัก ได้แก่ (1) การเก็บข้อมูลจากเอกสาร โดยทำการรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ.2566–2570) ทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ จากนั้นนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อสกัดประเด็นสำคัญตามกรอบ CIPP Model และ (2) การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยดำเนินการสัมภาษณ์ในรูปแบบออนไลน์หรือแบบเผชิญหน้า ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ใช้ระยะเวลาประมาณ 45–60 นาทีต่อราย พร้อมทั้งบันทึกเสียงและจดบันทึก

ภาคสนามอย่างเป็นระบบ ภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัย โดยมีการขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ก่อนการสัมภาษณ์ และรักษาความลับของข้อมูลอย่างเคร่งครัด

5. การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยดำเนินการตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การถอดเทปการสัมภาษณ์ การอ่านข้อมูลซ้ำหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจ การกำหนดรหัสข้อมูล การจัดหมวดหมู่ และการสังเคราะห์ประเด็นตามกรอบ CIPP Model ทั้ง 4 มิติ นอกจากนี้ ยังมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากเอกสารและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ รวมถึงการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อยืนยันความถูกต้องของการตีความ ผลการวิเคราะห์จะถูกนำเสนอในลักษณะเชิงพรรณนา ควบคู่กับการสังเคราะห์เชิงวิเคราะห์ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ และนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ ที่มีความเหมาะสมต่อการพัฒนากระบวนการจัดทำแผนในอนาคต

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเรื่อง กระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ.2566–2570): การวิเคราะห์ตามกรอบ CIPP Model ซึ่งผู้วิจัยสามารถสรุปผลการศึกษาดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาวิเคราะห์กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566–2570) อย่างมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด CIPP Model พบว่า กระบวนการจัดทำแผนดังกล่าวมีลักษณะเป็นกระบวนการเชิงระบบที่ให้ความสำคัญกับการบูรณาการ 4 มิติ ดังนี้

1. มิติข้อมูลเชิงบริบท (Context) อย่างรอบด้าน โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ควบคู่กับการทบทวนยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาสุขภาพ และนโยบายที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดทิศทางและเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่มีความสอดคล้องและตอบสนองต่อปัญหาอย่างแท้จริง

2. มิติของปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า กระบวนการจัดทำแผนมีการระดมทรัพยากรทั้งด้านข้อมูล วิชาการ และบุคลากรจากหลากหลายภาคส่วน ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐส่วนกลางและส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม โดยมีการจัดตั้งคณะทำงานและกลไกความร่วมมือเชิงเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการออกแบบแผนให้มีความครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในด้านการกระจายข้อมูลเชิงลึกและศักยภาพของบุคลากรในบางพื้นที่ที่ยังไม่เท่าเทียมกัน

3. มิติของกระบวนการ (Process) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นองค์ประกอบสำคัญของการจัดทำแผน โดยมีการใช้เครื่องมือที่หลากหลาย เช่น การ

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การระดมความคิดเห็น และการรับฟังความคิดเห็นสาธารณะ เพื่อเปิดพื้นที่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมกำหนดแนวทางดำเนินงานร่วมกัน กระบวนการดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความเป็นเจ้าของแผน และเพิ่มความชอบธรรมในการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า การมีส่วนร่วมในบางช่วงยังมีลักษณะเชิงพิธีกรรม และยังคงกลไกการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

4. มิติของผลผลิต (Product) พบว่า แผนปฏิบัติการที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจนในเชิงยุทธศาสตร์และมาตรการดำเนินงาน โดยมีการกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด และแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในระดับพื้นที่ อีกทั้งยังสะท้อนการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ความท้าทายสำคัญยังอยู่ที่การถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรม โดยจำเป็นต้องเสริมสร้างกลไกการติดตามประเมินผล และการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แผนสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์โรคไม่ติดต่อที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ.2566–2570) พบว่า ความสำเร็จของการพัฒนาแผนดังกล่าวขึ้นอยู่กับปัจจัยเชิงบูรณาการหลายประการที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยสามารถสังเคราะห์เป็นปัจจัยสำคัญได้ 8 ประการ ดังนี้ 2.1) การมีนโยบายและทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน โดยการกำหนดกรอบนโยบายที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ช่วยให้การพัฒนาแผนมีเป้าหมายที่ชัดเจนและสามารถขับเคลื่อนได้อย่างเป็นระบบ 2.2) การมีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ถูกต้องและทันสมัย ซึ่งเป็นฐานสำคัญในการวิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดมาตรการที่เหมาะสม สะท้อนถึงความสำคัญของระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ 2.3) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างรอบด้าน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ซึ่งช่วยให้แผนมีความครอบคลุม สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และได้รับการยอมรับจากทุกภาคส่วน 2.4) ศักยภาพของบุคลากรและทีมงานในการจัดทำแผน โดยเฉพาะความรู้ความเชี่ยวชาญ และทักษะในการวิเคราะห์เชิงนโยบายและการบริหารจัดการ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพของแผนโดยตรง 2.5) กลไกการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ซึ่งเอื้อต่อการเชื่อมโยงทรัพยากรและการดำเนินงานร่วมกัน ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนแผน 2.6) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ทั้งงบประมาณ เทคโนโลยี และเครื่องมือที่จำเป็น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนาและการนำแผนไปสู่การปฏิบัติสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง 2.7) ระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และมีกลไกในการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงแผนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง 2.8) ภาวะผู้นำและการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหารระดับสูง ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการผลักดันแผนให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และสร้างความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

ปัจจัยความสำเร็จทั้ง 8 ประการดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการ ทั้งด้านนโยบาย ข้อมูลทรัพยากร และความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อให้แผนมีความสอดคล้องกับบริบท สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง และเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างยั่งยืนในระดับประเทศและพื้นที่ต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง กระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ.2566–2570): การวิเคราะห์ตามกรอบ CIPP Model ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ตามประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

การอภิปรายผลการวิจัยข้อที่ 1 พบว่า กระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ.2566–2570) มีลักษณะเป็นกระบวนการเชิงระบบที่บูรณาการทั้ง 4 มิติของกรอบ CIPP Model ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์บริบทอย่างรอบด้าน การระดมทรัพยากรจากหลายภาคส่วน และการออกแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งส่งผลให้แผนที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจนเชิงยุทธศาสตร์ และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ยังปรากฏข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ ความไม่เท่าเทียมของศักยภาพพื้นที่ และลักษณะการมีส่วนร่วมที่ยังไม่ต่อเนื่องในบางช่วง ผลดังกล่าวสามารถอธิบายเชิงเหตุผลได้ว่า การออกแบบกระบวนการพัฒนาแผนภายใต้กรอบ CIPP Model เป็นแนวทางที่ช่วยให้การวางแผนมีความครอบคลุมและเป็นระบบ เนื่องจากกรอบดังกล่าวมุ่งเน้นการเชื่อมโยงระหว่างการวิเคราะห์บริบท การจัดสรรทรัพยากร กระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นองค์รวม (Stufflebeam, 2003) จึงทำให้แผนที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาและนโยบายระดับชาติ อย่างไรก็ตาม ความซับซ้อนของระบบราชการและความแตกต่างของบริบทพื้นที่ส่งผลให้การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ ยังคงเผชิญกับช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่พบในงานนโยบายสาธารณะโดยทั่วไป (Pressman & Wildavsky, 1973) ในประเด็นของการมีส่วนร่วม ผลการวิจัยที่พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมช่วยเสริมสร้างความเป็นเจ้าของแผน แต่ยังมีข้อจำกัดในเชิงความต่อเนื่องนั้น สามารถอธิบายได้จากแนวคิดบันไดการมีส่วนร่วมของ Arnstein (1969) ที่ชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมมีหลายระดับ ตั้งแต่การมีส่วนร่วมเชิงสัญลักษณ์ไปจนถึงการมีอำนาจร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งในบริบทของการจัดทำแผนดังกล่าว แม้จะเปิดพื้นที่ให้มีส่วนร่วม แต่ในบางขั้นตอนยังคงอยู่ในระดับการรับฟังความคิดเห็นมากกว่าการตัดสินใจร่วมอย่างแท้จริง จึงส่งผลให้ความเป็นเจ้าของแผนยังไม่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ในทุกระดับ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ที่ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาแผนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิผล จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างแท้จริง เช่น งานของ Vali et al. (2021) ที่พบว่า การบริหาร

จัดการโปรแกรมโรคไม่ติดต่อที่ประสบความสำเร็จ ต้องมีการประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมร่วมเชิงระบบ รวมถึงงานของ Moran et al. (2023) ที่เน้นว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มความยอมรับและประสิทธิผลของนโยบายสุขภาพได้ ขณะเดียวกัน งานวิจัยในประเทศไทย เช่น สมจิตร เดชาเสถียร และคณะ (2562) และ วรานิชฐ์ ลำไย และคณะ (2564) ก็สะท้อนปัญหาการถ่ายทอดแผนสู่ระดับพื้นที่และข้อจำกัดด้านการบูรณาการเชิงระบบอย่างสอดคล้องกัน ผลการวิจัยครั้งนี้ยืนยันว่า แม้กระบวนการพัฒนาแผนจะมีความก้าวหน้าในเชิงระบบและการมีส่วนร่วม แต่ยังคงจำเป็นต้องยกระดับกลไกการมีส่วนร่วมให้ลึกซึ้งและต่อเนื่องมากขึ้น พร้อมทั้งพัฒนากลไกเชิงโครงสร้าง เพื่อเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

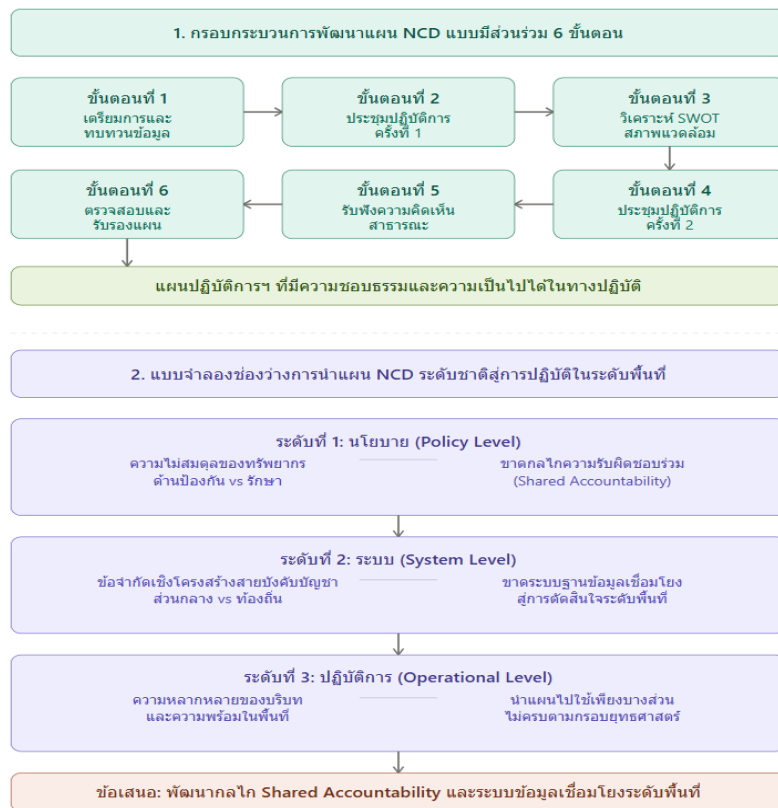
การอภิปรายผลการวิจัยข้อที่ 2 ศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ.2566–2570) พบว่า ความสำเร็จของการพัฒนาแผน เกิดจากการบูรณาการปัจจัยเชิงโครงสร้าง และเชิงกระบวนการร่วมกันอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การมีทิศทางเชิงนโยบายที่ชัดเจน การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ศักยภาพบุคลากร กลไกความร่วมมือ การสนับสนุนทรัพยากร ระบบติดตามประเมินผล และภาวะผู้นำเชิงนโยบาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาแผนที่มีประสิทธิผลมิได้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง หากแต่เป็นผลจากความเชื่อมโยงของหลายปัจจัยที่ทำงานร่วมกันอย่างสอดคล้องประสาน ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายเชิงเหตุผลได้ว่า การมีกรอบนโยบายที่ชัดเจนและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ช่วยลดความคลุมเครือในการกำหนดเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติ ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับแนวคิดการวางแผนเชิงกลยุทธ์ของ Bryson (2018) ที่ชี้ว่า ความชัดเจนของวิสัยทัศน์และเป้าหมายเป็นเงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จขององค์กร นอกจากนี้ การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ยังช่วยเพิ่มความแม่นยำในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ World Health Organization (2022) ที่เน้นการใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการออกแบบนโยบายสุขภาพในขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสร้างความเป็นเจ้าของและความชอบธรรมของแผน โดยผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของ Sherry Arnstein (1969) ที่เสนอว่า การมีส่วนร่วมในระดับที่แท้จริงจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินนโยบาย อีกทั้งยังสอดคล้องกับ Moran et al. (2023) ที่พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมช่วยเสริมสร้างความยั่งยืนของนโยบายสุขภาพในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ กลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและการสนับสนุนทรัพยากร ยังมีบทบาทสำคัญในการลดข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง ซึ่งสอดคล้องกับ Pressman and Wildavsky (1973) ที่อธิบายว่าความล้มเหลวของนโยบายมักเกิดจากช่องว่างระหว่างกำหนดนโยบายและการนำไปปฏิบัติ ยิ่งไปกว่านั้น ระบบการติดตามและประเมินผล รวมถึงภาวะผู้นำเชิงนโยบาย เป็นปัจจัยที่ช่วยให้แผนสามารถปรับตัวได้อย่างต่อเนื่องและตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง โดยสอดคล้องกับกรอบ CIPP Model ของ

Stufflebeam (2003) ที่เน้นการประเมินอย่างต่อเนื่องในทุกมิติ และยังสอดคล้องกับงานของ Vali, et al. (2021) ที่ชี้ว่าความสำเร็จของโปรแกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อขึ้นอยู่กับระบบบริหารจัดการและการกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพดังที่กล่าวมานั้นผลการวิจัยนี้ยืนยันว่า ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นผลจากการบูรณาการเชิงระบบของนโยบาย ข้อมูล การมีส่วนร่วม และกลไกการบริหารจัดการ ซึ่งสอดคล้องกับทั้งกรอบแนวคิดทางทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเป็นเงื่อนไขสำคัญในการลดช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติในบริบทของประเทศไทย

องค์ความรู้ใหม่

องค์ความรู้จากการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นถึงกรอบกระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านโรคไม่ติดต่อแบบมีส่วนร่วมเชิงระบบ ซึ่งมีลักษณะเป็นห่วงโซ่การพัฒนาที่เชื่อมโยงตั้งแต่การวิเคราะห์บริบทเชิงนโยบายและสถานการณ์สุขภาพ การระดมทรัพยากรและองค์ความรู้จากหลายภาคส่วน ไปจนถึงกระบวนการมีส่วนร่วมในการกำหนดยุทธศาสตร์ และมาตรการดำเนินงานร่วมกัน โดยแผนภาพองค์ความรู้ชี้ให้เห็นว่า กระบวนการดังกล่าวมิได้เป็นเพียงขั้นตอนเชิงเทคนิค แต่เป็น ระบบปฏิสัมพันธ์ที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การเตรียมการและทบทวนข้อมูล การกำหนดทิศทาง การวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ การออกแบบยุทธศาสตร์ร่วม การรับฟังความคิดเห็น และการตรวจสอบรับรองแผน ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีความเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง และถูกขับเคลื่อนด้วยหลักการมีส่วนร่วมและการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐานสำคัญ ส่งผลให้แผนที่ได้มีทั้งความชอบธรรมเชิงนโยบายและความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติ

นอกจากนี้ องค์ความรู้ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ แบบจำลองช่องว่างการนำแผนสู่การปฏิบัติ (Implementation Gap Model) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงโครงสร้างของปัญหา ที่ทำให้แผนระดับชาติไม่สามารถขับเคลื่อนไปสู่ระดับพื้นที่ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ โดยแผนภาพองค์ความรู้ได้จำแนกปัจจัยเชิงโครงสร้างออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับนโยบาย (ความไม่ชัดเจนด้านการจัดสรรทรัพยากรและความรับผิดชอบร่วม) ระดับระบบ (ข้อจำกัดของกลไกการถ่ายทอดแผนและระบบข้อมูล) และระดับปฏิบัติการ (ความแตกต่างของบริบทและศักยภาพพื้นที่) ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวมีนัยสำคัญต่อการออกแบบกลไกเชื่อมโยงระหว่างระดับนโยบายและระดับพื้นที่ในอนาคต โดยเน้นการสร้างระบบสนับสนุนที่บูรณาการ การพัฒนาศักยภาพหน่วยงานในพื้นที่ และการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินแผนเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างยั่งยืนในระบบสุขภาพของประเทศไทย ดังจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์เป็นแผนภาพองค์ความรู้จากการวิจัยดังนี้



ภาพ 1 องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเรื่อง กระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ.2566–2570): การวิเคราะห์ตามกรอบ CIPP Model สามารถสรุป ดังนี้ **วัตถุประสงค์ข้อที่ 1** เพื่อศึกษาวิเคราะห์กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ อย่างมีส่วนร่วม พบว่า กระบวนการพัฒนาแผนมีลักษณะเป็นระบบและครอบคลุม 4 มิติของ CIPP Model ได้แก่ (1) มิติบริบท มีการวิเคราะห์สถานการณ์และนโยบายที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน (2) มิติปัจจัยนำเข้า มีการระดมทรัพยากรและความร่วมมือจากหลายภาคส่วน (3) มิติกระบวนการ เน้นการมีส่วนร่วมผ่านเวทีต่าง ๆ ซึ่งช่วยสร้างความเป็นเจ้าของแผน และ (4) มิติผลผลิต แผนมีความชัดเจนเชิงยุทธศาสตร์และสามารถนำไปใช้ได้จริง อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดสำคัญคือ ช่องว่างระหว่างระดับนโยบายกับการปฏิบัติในพื้นที่ รวมถึงข้อจำกัดด้านข้อมูลและศักยภาพบุคลากร **วัตถุประสงค์ข้อที่ 2** เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาแผนปฏิบัติการฯ พบว่า ความสำเร็จของการพัฒนาแผนเกิดจากการบูรณาการปัจจัยสำคัญ 8 ประการ ได้แก่ (1) ความชัดเจนของนโยบายและทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ (2) การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (3) การมี

ส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (4) ศักยภาพของบุคลากร (5) กลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (6) การสนับสนุนทรัพยากร (7) ระบบติดตามและประเมินผล และ (8) ภาวะผู้นำเชิงนโยบาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและเป็นเงื่อนไขสำคัญในการทำให้แผนสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน นอกจากนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากการวิจัยดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 พัฒนากลไกความรับผิดชอบร่วม (Shared Accountability Framework) โดยสำนักงาน ก.พ.ร. ร่วมกับหน่วยงานกำกับดูแลระดับกระทรวงกำหนดตัวชี้วัดผลงานร่วมกับระบบประเมินผลการปฏิบัติราชการของแต่ละหน่วยงาน บูรณาการเข้ากับระบบ PMQA

1.2 สร้างกลไกเชิงใจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานเจ้าภาพแผนพัฒนาระบบรางวัลและการยกย่องเชิดชูเกียรติ

1.3 ปรับสัดส่วนการลงทุนด้านสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับการจัดสรรงบประมาณด้านการป้องกันและควบคุมโรคให้สมดุลกับงบประมาณด้านการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับมาตรการ Best Buys ขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการลงทุนในมาตรการป้องกันที่มีความคุ้มค่าสูง

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 พัฒนาเครื่องมือและคู่มือการนำไปใช้ โดยหน่วยงานเจ้าภาพแผนร่วมกับหน่วยงานวิชาการจัดทำคู่มือที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ พร้อมชุดเครื่องมือวิเคราะห์สถานการณ์เฉพาะพื้นที่และแนวปฏิบัติที่ดีจากพื้นที่ต้นแบบ

2.2 พัฒนาระบบฐานข้อมูลแบบบูรณาการ โดยหน่วยงานเจ้าภาพแผนร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงข้อมูลจากทุกหน่วยงานสู่การสนับสนุนการตัดสินใจในระดับพื้นที่ พร้อมกำหนดมาตรฐานการเก็บรวบรวมและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

2.3 จัดกระบวนการสื่อสารแบบสองทาง โดยหน่วยงานเจ้าภาพแผนทุกระดับเพิ่มระยะเวลารับฟังความคิดเห็นให้เพียงพอ จัดเวทีรับฟังจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และสร้างช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายและเข้าถึงได้ง่าย เพื่อแก้ปัญหาช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติในระดับพื้นที่

2.4 พัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับพื้นที่ โดยหน่วยงานเจ้าภาพแผนร่วมกับสถาบันพัฒนาบุคลากรจัดหลักสูตร ที่เน้นการวิเคราะห์บริบทเฉพาะพื้นที่และการปรับมาตรการให้เหมาะสม พร้อมสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2562). *กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2562*. ราชกิจจานุเบกษา, เล่มที่ 136 ตอนที่ 90ง, หน้า 1-8.

- ขวัญเนตร มีเงิน, ธนพร พลพินิจ, นฤมล สิริโฑ และศิริพรรณ ศิลาพัฒน์. (2565). การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านเตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดติดต่ออุบัติใหม่แบบมีส่วนร่วม จังหวัดนครนายก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(3), 456–468.
- จตุรงค์ ปานใหม่. (2564). การจัดการเชิงกลยุทธ์ด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 11(2), 136–147.
- ปัทมญา รอดแก้ว และมณฑล สรไกรกิติกุล. (2559). การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพลังงานของประเทศไทย. *วารสารวิชาการพระจอมเกล้าพระนครเหนือ*, 26(2), 353–366.
- ภูมิใจ แม้นมินทร์. (2566). การขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการระดับชาติว่าด้วยธุรกิจกับสิทธิมนุษยชนของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.
- รวีพร แชนงแก้ว. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการนำไปปฏิบัติของข้าราชการครูในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 1. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม, กรุงเทพฯ.
- วรานิษฐ์ ลำไย, เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล และผ่องพรรณ ภาโว. (2564). การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับชาติ (2554–2563). *วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย*, 1, 62–78.
- สมจิตร เดชาเสถียร, เกษภา สุรารรรณ, พชรพร ครองยุทธ และปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์. (2562). การประเมินแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(2), 159–169.
- Alders, R. G., Bagnol, B. & Young, M. P. (2020). Continuing education in the prevention and control of HPAI: A case study on Indonesia. *World's Poultry Science Journal*, 66(3), 495–500.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224.
- Bryson, J. M. (2018). *Strategic planning for public and nonprofit organizations: A guide to strengthening and sustaining organizational achievement*. 5th ed. Wiley.
- Gunanto, E. Y., Raharjo, J. & Nugraheni, D. (2022). Evaluation of COVID-19 vaccination program in Indonesia using CIPP model. *Journal of Public Health in Africa*, 13(1), 2021.
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1996). *The balanced scorecard: Translating strategy into action*. Harvard Business School Press.

- Moran, K., Ahmed, S., Omair, S. F., Khowaja, A. R., Ali, S. A. & Hatcher Roberts, J. (2023). Participatory action research to address health and social needs during COVID-19 in Pakistan: Learnings and reflections on process, challenges and enablers. *Global Health Action*, 16(1), 2175949.
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1973). *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland*. University of California Press.
- Stufflebeam, D. L. (2003). The CIPP model for evaluation. *International handbook of educational evaluation*. (pp. 31–62). Kluwer Academic Publishers.
- Vali, L., Ataollahi, F., Amiresmaili, M. & Nakhaee, N. (2021). Identification of remarkable dimensions in management and evaluation of non-communicable disease programmes: A systematic review and meta-synthesis. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 21(3), 365–372.
- World Health Organization. (2017). *Tackling NCDs: “Best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. WHO.
- World Health Organization. (2022). *Situation analysis and foresight for health and well-being: Strategic toolkit for the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe.