

ความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณะ
ด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Integrative Collaboration of Local Government Organizations in the Provision of
Public Service Delivery in Primary Health Care

พุทธรุบุตร มหาพุทธรังสี¹, วรเดช จันทรศร², เพ็ญศรี ฉิรินัง³ และ จุมพล หนิมพานิช⁴

Phutthabut Mahaphuttharangsi¹, Voradej Chandarasorn²,

Pensri Chirinang³ and Jumpol Nimpanich⁴

วิทยาลัยนวัตกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์^{1,2,3}

วิทยาลัยรัฐกิจ มหาวิทยาลัยรังสิต⁴

College of Innovation Management, Rajamangala University of Technology Rattanakosin^{1,2,3}

College of Government, Rangsit University⁴

Corresponding Author, e-mail: Phutthabut.mah@rmutr.ac.th

Retrieved 03-06-2023; Revised 16-06-2023; Accepted 05-11-2024

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณะด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณะที่ส่งผลต่อความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แนวคิดความร่วมมือเชิงบูรณาการการจัดบริการสาธารณะและการจัดบริการสาธารณะด้านการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกรอบการวิจัย พื้นที่วิจัย คือ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 373 คน ใช้วิธีคัดเลือกแบบหลายขั้นตอน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยชนิดตัวแปรหลายตัว ผลการวิจัยพบว่า

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความคิดเห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานในระดับมาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน (ได้แก่ ด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสภาพ)

2. ปัจจัยด้านบทบาทผู้นำ ปัจจัยด้านการสื่อสาร ปัจจัยด้านความเหมาะสมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ และปัจจัยด้านคุณลักษณะของบุคคล สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือด้าน

การสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ร้อยละ 63.4 นอกจากนี้ ยังพบอีกว่าปัจจัยด้านบทบาทผู้นำและปัจจัยด้านการสื่อสารมีผลต่อความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

องค์ความรู้/ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้ความสำคัญกับบทบาทผู้นำและการสื่อสารในการส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดความร่วมมือในการทำงานเพื่อจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน

คำสำคัญ: ความร่วมมือเชิงบูรณาการ , การจัดบริการสาธารณสุข , การสาธารณสุขมูลฐาน , องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Abstract

This article aimed to study (1) the level of integrative collaboration in public service delivery within the context of primary public health in local government organizations and (2) the factors influencing integrative collaboration in public service delivery for primary public health in local government organizations. The sample consisted of 373 village health volunteers (VHVs) in Sukhothai Province, selected using multistage random sampling. The data collection instrument was a questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple regression analysis.

The research findings were as follows:

1.VHVs demonstrated a high level of collaboration in primary public health within local government organizations, both overall and across individual aspects (disease prevention, health promotion, treatment, and rehabilitation).

2.Four factors—leader’s role, communication, appropriateness of policy implementation, and personal characteristics—explained 63.4% of the variance in collaboration within primary public health of local government organizations. Furthermore, the leader’s role and communication significantly impacted collaboration in primary public health with statistical significance at the 0.01 level.

The implications of this research suggest that local government organizations should prioritize the leader’s role and communication to enhance collaboration in delivering public services within the primary public health sector.

Keywords: Integrative Collaboration; Provision of Public Service Delivery; Primary Health Care; Local Government Organizations

บทนำ

ภายหลังจากการปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมา ได้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งใช้เป็นกลไกในการระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม โดยการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเป็นทิศทางและกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพและความเข้มแข็งของชุมชน การให้ประชาชนได้มีเวทีสะท้อนปัญหาและการแก้ไขปัญหาเชิงกลไกของนโยบายสาธารณะ ภาครัฐ ย่อมนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลนโยบายสาธารณะซึ่งแต่ละชุมชนมีความแตกต่างหลากหลายตามบริบท พื้นที่และขณะเดียวกันก็จะสามารถจัดกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับท้องถิ่น ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงนโยบายสาธารณะดังกล่าว (ศุภรัตน์ บุตรคุณ และคณะ, 2562) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญอันหนึ่งในนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ภาครัฐกำหนดและดำเนินการไปสู่ภาคประชาชนที่ผ่านมา ส่วนภาครัฐประชาสัมพันธ์ถึงผลกระทบด้านบวก แต่ด้านลบไม่มีการเปิดเผยข้อมูล ส่วนใหญ่นโยบายสาธารณะในสังคมไทยถูกกำหนดจากฝ่ายการเมือง รัฐบาล ฝ่ายราชการ โดยที่ภาคประชาชนและภาควิชาการมีส่วนร่วมน้อย ซึ่งมีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ประชาชนเข้าไม่ถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะ นโยบายสาธารณะให้ความสำคัญของคุณค่าและมิติต่าง ๆ อย่างไม่สมดุล การสร้างนโยบายสาธารณะขาดข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่มีน้ำหนักเพียงพอ ขาดการประเมินผลกระทบและการกำหนดทางเลือกที่หลากหลาย และขาดระบบการติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลกระทบจากนโยบายสาธารณะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและได้ดำเนินการไปแล้ว (นันทกร พรศรี และคณะ, 2563)

จากการศึกษาการจัดบริการสาธารณะด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า การจัดบริการสาธารณะด้านการสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่แถบภาคเหนือตอนล่าง เช่น สุโขทัย อุตรดิตถ์ พิษณุโลก และพื้นที่ใกล้เคียงอีกหลายแห่ง ยังมีปัญหาความร่วมมือในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่ดีเท่าที่ควร อันเป็นผลจากความใส่ใจและความมุ่งมั่นของผู้บริหาร ความไม่เพียงพอและคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่รัฐด้านสาธารณสุขมูลฐาน ความไม่เพียงพอและคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความไม่เพียงพอของงบประมาณที่ได้รับและความร่วมมือเชิงบูรณาการของประชาชนที่อยู่ในระดับปานกลาง (ยุพธนา แยมคาย, 2561) สรุปประเด็นปัญหาเกิดจากความร่วมมือเชิงบูรณาการมีค่าน้อย ความร่วมมือเชิงบูรณาการเป็นบทบาทของภาคีเกี่ยวข้องในการร่วมดำเนินการจัดบริการสาธารณะด้านการสาธารณสุขมูลฐานให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในส่วนของภาคีประกอบด้วย 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน และภาคประชาสังคม ดังนั้นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ภาครัฐกำหนดและดำเนินการไปสู่ภาคประชาชนโดยวิธีการโอนถ่ายให้หน่วยงานท้องถิ่น เป็นผู้จัดการ การจัดบริการสาธารณะด้านการสาธารณสุขมูลฐานด้วยตนเอง แต่ยังพบประเด็นปัญหาภาคประชาชนและภาควิชาการมีความร่วมมือเชิงบูรณาการอยู่ระดับน้อย

จากเหตุผลความเป็นมาดังกล่าวข้างต้น ดังความเป็นและสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น จะเห็นได้ว่าเป็นความจำเป็นและเร่งด่วนอย่างยิ่งที่จะต้องมีการวิจัยนี้ศึกษาความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณะด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อทราบถึงประเด็นสำคัญที่เป็นแนวทางการพัฒนานโยบายสาธารณะก่อให้เกิดความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณะด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถแก้ปัญหา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ภาครัฐกำหนดและดำเนินการไปสู่ภาคประชาชนที่ยังมีภาคีมีส่วนร่วมน้อย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณะด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณะที่ส่งผลต่อความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การทบทวนวรรณกรรม

1. แนวคิดความร่วมมือเชิงบูรณาการการจัดบริการสาธารณะ

ความร่วมมือเชิงบูรณาการการจัดบริการสาธารณะ หมายถึง บทบาทของภาคีเกี่ยวข้องในมีส่วนร่วมดำเนินการจัดบริการสาธารณะด้านการสาธารณสุขมูลฐานให้บรรลุผลนั้น ส่วนภาคีประกอบด้วย 3 ภาคส่วนด้วยกัน ได้แก่ (1) ภาครัฐ (2) ภาคธุรกิจเอกชน และ (3) ภาคประชาสังคม/ประชาชน ผ่านกระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มคน ชุมชน สมาคม มูลนิธิ และองค์การอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และนโยบายการการจัดบริการสาธารณะที่กำหนดไว้ การร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการและกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ และขั้นสุดท้ายร่วมกันควบคุมติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการที่ได้ทำไว้ทั้งโดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือเชิงบูรณาการการจัดบริการสาธารณะ โดยแบ่งเป็น 4 ตัวแปรที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือเชิงบูรณาการการจัดบริการสาธารณะ ประกอบด้วย ตัวแปรตัวที่ 1 บทบาทผู้นำ ตัวแปรตัวที่ 2 ด้านการสื่อสารตัวแปรตัวที่ 3 ความเหมาะสมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ และตัวแปรตัวที่ 4 คุณลักษณะของบุคคล (Ansell & Gash, 2008; Hager & Curry, 2009; Sullivan & Skelcher, 2002) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตัวแปรตัวที่ 1 บทบาทผู้นำ บทบาทผู้นำการสร้างความร่วมมือ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดตัวกลางเชื่อมประสานความร่วมมือและเอื้ออำนวยให้กระบวนการทำงานร่วมกันขับเคลื่อนไปได้ ผู้นำที่มีบทบาทเอื้อต่อการสร้างความร่วมมือ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องฝ่ายต่าง ๆ เข้ามาร่วมกันทำงาน

ผลักดันเป้าหมายร่วมผ่านการบูรณาการการทำงานร่วมกัน การเชื่อมต่อการสร้างความร่วมมือ จะมีบทบาทในฐานะ “ผู้จัดการ” โดยอาศัยทักษะการบริหารจัดการองค์กร และทักษะการเป็นตัวกลางไกล่เกลี่ยหาทางออกที่ทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกัน

ตัวแปรตัวที่ 2 ด้านการสื่อสาร การเจรจาสื่อสารโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรู้จักใช้ถ้อยคำและท่าที การพูดจาได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ มีทักษะเป็นเลิศในด้านการประสานเชื่อมโยงฝ่ายต่าง ๆ ที่มีเป้าหมายในการดำเนินภารกิจในทิศทางเดียวกัน ให้เข้ามาเป็นเครือข่ายร่วมมือทำงานร่วมกัน

ตัวแปรตัวที่ 3 ความเหมาะสมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ความร่วมมือที่เกิดขึ้นในรูปแบบความร่วมมือ เป็นความร่วมมือที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนของการกิจและด้านการดำเนินงาน ได้ความเหมาะสมของนโยบายการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติและการควบคุมกลยุทธ์สำหรับ กระบวนการวิเคราะห์นโยบายนี้มีความสำคัญอย่างมากเพื่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ เกิดประสิทธิภาพ สร้างความคุ้มค่าสูงสุด บูรณาการในการทำงาน ยึดหลักการมีส่วนร่วมโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม วิถีชีวิต และพระบรมราโชวาท เข้าใจ เข้าถึง พัฒนาพิจารณาบุคลากรที่เข้าปฏิบัติงานในพื้นที่สร้างขวัญกำลังใจเป็นพิเศษโดยต้องมีกระบวนการวิเคราะห์นโยบายที่เหมาะสมได้ และสามารถนำไปสู่ปฏิบัติ

ตัวแปรตัวที่ 4 คุณลักษณะของบุคคล คุณลักษณะของบุคคล มีสามส่วนประกอบด้วย ส่วนแรกเป็นส่วนที่ซ่อนอยู่ในแต่ละบุคคลซึ่งประกอบด้วยส่วนที่หนึ่งความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง เป็นเจตคติ ค่านิยม และความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตน ส่วนสองบุคลิกลักษณะประจำตัวของบุคคลเป็นสิ่งที่อธิบายถึงบุคคลนั้น เช่น คนที่น่าเชื่อถือ และไว้วางใจได้หรือมีลักษณะเป็นผู้นำ และส่วนที่สามคือแรงจูงใจ/เจตคติเป็นแรงจูงใจหรือแรงขับภายในต่อความร่วมมือเชิงบูรณาการการจัดบริการสาธารณะ

2. การจัดบริการสาธารณะด้านการสาธารณสุขมูลฐาน

การจัดบริการสาธารณะด้านการสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง กลวิธีสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบการบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญกับการดำเนินงานสาธารณสุขระดับตำบลและหมู่บ้านด้วยการผสมผสานการให้บริการ (Integrated Health Service) ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเองซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผลโดยการได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษอบรมและระบบส่งต่อผู้ป่วยโดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก และอาศัยการพัฒนาสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาของกระทรวงหลักอื่น ๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองและพึ่งตนเองได้

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ตัวแปรออกเป็น 4 ตัวแปร ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ด้านการป้องกันโรค องค์ประกอบที่ 2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย องค์ประกอบที่ 3 ด้านการรักษาพยาบาล และ

องค์ประกอบที่ 4 ด้านการฟื้นฟูสภาพ (เฉลิมวุฒิ อุตโน และคณะ, 2558; สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2562; กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563)

องค์ประกอบที่ 1 ด้านการป้องกันโรค เป็นบริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับการป้องกันโรคแก่ประชาชนในกลุ่มที่ไวต่อการเกิดโรค มิให้เกิดโรคขึ้นได้และบริการสาธารณสุขที่ควบคุม หรือกำจัดโรคที่เกิดขึ้น แล้วมิให้ลุกลาม หรือระบอบออกไป รวมทั้งกำจัดโรคให้หมดไปในที่สุด ได้แก่ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่าระวังทางระบาดวิทยา การควบคุมหรือกำจัดโรคติดต่อ

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย เป็นบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อการสนับสนุน ส่งเสริมให้ ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และความเป็นอยู่ในสังคม เพื่อมิให้เกิดมี โรคภัยไข้เจ็บขึ้น บริการดังกล่าว ได้แก่ การให้สุขศึกษา การส่งเสริมโภชนาการ การอนามัยแม่และ เด็ก การวางแผนครอบครัว เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการรักษาพยาบาลเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว โดยถือหลักที่ว่า จะต้องวินิจฉัยโรคตั้งแต่แรกเริ่มและให้การรักษาโรคอย่างทันท่วงที ทั้งนี้ เพื่อที่จะทำให้หายจากโรคนั้น ๆ ให้เร็วที่สุดและป้องกันหรือกำจัดความพิการมิให้เกิดขึ้นหรือเกิดน้อยที่สุด ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยโรคการชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ การรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง สถานบริการที่มีขีดความสามารถน้อยกว่ากับสูงกว่า

องค์ประกอบที่ 4 ด้านการฟื้นฟูสภาพเป็นบริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับการป้องกันผู้ป่วยมิให้เกิดความพิการ หรือกำจัดความพิการให้หมดไป เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด ทั้งทางกาย จิตใจ และการดำรงชีพอยู่ได้ในสังคมอย่างปกติสุข ได้แก่ การเคลื่อนไหวแขนขา การพลิกตัวผู้ป่วย การออกกำลังกายบางส่วนหรือทั้งหมด และกายภาพบำบัดอื่น ๆ

สำหรับแนวคิดความร่วมมือเชิงบูรณาการการจัดบริการสาธารณสุข ผู้วิจัยได้นำปัจจัยทั้ง 4 ได้แก่ บทบาทผู้นำ การสื่อสาร ความเหมาะสมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ และคุณลักษณะของบุคคล มาเป็นตัวแปรอิสระ เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดมีผลต่อการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีการจัดบริการหลัก ๆ ที่เกี่ยวข้องอยู่ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

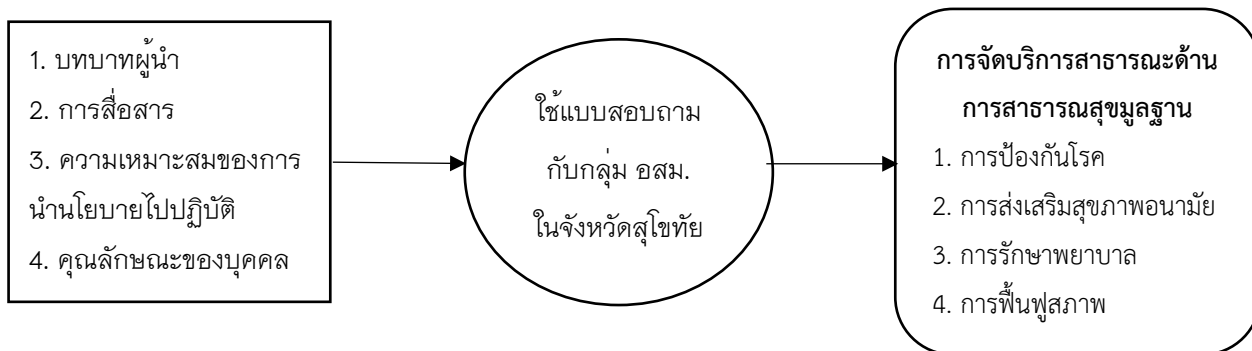
กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยตามแนวคิดความร่วมมือเชิงบูรณาการการจัดบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตัวแปรอิสระ

กระบวนการ/เครื่องมือ/พื้นที่/กลุ่มเป้าหมาย

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ พื้นที่วิจัย คือ จังหวัดสุโขทัย ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีรายชื่ออยู่ในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ปี 2564 ในเขตพื้นที่จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 373 คน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยคัดเลือกจากการสุ่มเลือกอำเภอในจังหวัดสุโขทัย จากนั้นจึงทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากรายชื่อในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นชนิดแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ตอนที่ 2 ความคิดเห็นที่มีต่อบัณฑิตที่มีผลต่อความร่วมมือเชิงบูรณาการการบริหารการสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 4 บัณฑิต ได้แก่ บัณฑิตด้านบทบาทผู้นำ บัณฑิตด้านการสื่อสาร บัณฑิตด้านความเหมาะสมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ และบัณฑิตด้านคุณลักษณะของบุคคล จำนวน 40 ข้อ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตอนที่ 3 ความคิดเห็นที่มีต่อการจัดการบริการสาธารณสุขในการจัดการบริการสาธารณสุขด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสภาพ จำนวน 28 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) แปลความหมายตามช่วงความกว้างของชั้น ดังนี้ 4.21–5.00 คือ ระดับมากที่สุด 3.41–4.20 คือ ระดับมาก 2.61–3.40 คือ ระดับปานกลาง 1.81–2.60 คือ ระดับน้อย และ 1.00–1.80 คือ ระดับน้อยที่สุด และตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดการบริการสาธารณสุขด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยแบบสอบถามได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และได้ทำการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ

0.99 แสดงว่า เครื่องมือแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นสูง ใช้ศึกษาปัจจัยที่ผลต่อความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณะด้านการสาธารณสุขมูลฐาน รวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 นำข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์ด้วยสถิติค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติวิเคราะห์สมการถดถอยชนิดตัวแปรหลายตัว (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุโขทัย จำนวนทั้งหมด 373 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.4 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 38.6 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26–35 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.9 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 36–45 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.2 และอายุระหว่าง 46–55 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.4 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 35.4 รองลงมาคือ สำเร็จการศึกษาในระดับอนุปริญญา/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 19.0 และสำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 17.4 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นระยะเวลา 1–5 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.1 รองลงมาคือ ระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.1 และระยะเวลา 6–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.0

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณะด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผลการวิจัยพบว่าระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 แสดงว่า มีความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานในภาพรวมในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการป้องกันโรค ($M = 3.86$, $SD = 0.70$) รองลงมาคือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ด้านการป้องกันโรค ($M = 3.85$, $SD = 0.72$) ด้านการฟื้นฟูสภาพ ($M = 3.83$, $SD = 0.70$) และด้านการรักษาพยาบาล ($M = 3.82$, $SD = 0.74$) ซึ่งอยู่ในระดับมากทุกด้าน

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณะที่ส่งผลต่อความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมด สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาพรวมได้ร้อยละ 63.4 โดยที่เมื่ออิทธิพลของตัวแปรอิสระ 2 ตัว คือ ปัจจัยด้านบทบาทผู้นำ และปัจจัยด้านการสื่อสาร ทำให้ความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาพรวมสูงขึ้น หรืออีกนัยหนึ่งคือ ปัจจัยด้านบทบาทผู้นำ และปัจจัยด้านการสื่อสาร มีผลต่อความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ .400 และ .465 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุของปัจจัยความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณะที่ส่งผลต่อความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอยมาตรฐาน (Beta)	ค่าสถิติ (t)	ระดับ นัยสำคัญ (Sig)
ปัจจัยด้านบทบาทผู้นำ	.400	3.884**	.000
ปัจจัยด้านการสื่อสาร	.465	3.650**	.000
ปัจจัยด้านความเหมาะสมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ	.015	.124	.902
ปัจจัยด้านคุณลักษณะของบุคคล	-.075	-.816	.415
$R^2 = 0.638$; Adjusted $R^2 = 0.634$; $F = 162.387$, $p < .000$			

** $p < .01$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 1 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความคิดเห็นต่อความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ด้านการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพในระดับมาก โดยความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างมีการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และการประเมินผล การจัดบริการในระดับมาก อาจเป็นเพราะการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นวิธีการทางด้านสาธารณสุขที่มีอยู่แล้ว มาดำเนินการสาธารณสุขในหมู่บ้านและตำบล ซึ่งทำให้ลักษณะของงานเป็นการทำงานหรือความร่วมมือกันทำงานระหว่างหน่วยงาน สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งอาศัยแนวคิดพื้นฐาน 3 ประการ ของการบริหารสาธารณะ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และการจัดการสาธารณสุขแนวใหม่ (Mills, 1990; Collins & Porras, 1994; Bossert, 1998) จึงจะเห็นได้ว่าการผสมผสานบูรณาการศาสตร์ต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เช่น รัฐประศาสนศาสตร์ และสาธารณสุข และยังสอดคล้องกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (2560) ที่กล่าวถึงขอบเขตหน้าที่ด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่เป็นหนึ่งในหน้าที่รับผิดชอบที่ผ่านมาทาง อบต. โดยได้จัดทำกิจกรรมและโครงการพัฒนาต่าง ๆ ประกอบไปด้วย ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อและร่วมมือในการป้องกันควบคุมได้เป็นอย่างดี ให้ความรู้และสนับสนุนการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย รณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์โครงการป้องกัน และควบคุมโรคต่าง ๆ ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค รวมไปถึงจัดโครงการแข่งขันกีฬาส่งเสริมให้ประชาชนทุกวัยได้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพตามความเหมาะสม เป็นต้น เช่นเดียวกับกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2563) ให้ความสำคัญกับการบริการสาธารณสุขว่าเป็นการบริการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐจัดให้มีขึ้นสำหรับประชาชนเป็น

รายบุคคลหรือชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดสุขอนามัยที่ดีและสมบูรณ์ และการบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวจำเป็นต้องดำเนินการให้บริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องในจังหวะและเวลาที่เหมาะสมและให้ดำเนินงานผสมผสานกันไปทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้ ยังเป็นไปตามกฎหมายต่าง ๆ เช่น พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ที่กำหนดให้มีแผนปฏิบัติการจัดระบบบริการสาธารณสุขตามความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานรัฐทางด้านสาธารณสุข

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 2 พบว่า ปัจจัยด้านบทบาทผู้นำ และปัจจัยด้านการสื่อสาร มีผลต่อความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านบทบาทผู้นำ และปัจจัยด้านการสื่อสาร ว่ามีส่วนช่วยให้เกิดความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่า บทบาทผู้นำมีส่วนสำคัญที่จะทำให้เกิดความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มากขึ้น เช่น ในประเด็นของการออกคำสั่ง การประสานงานกับภาคีและหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการจัดการให้บริการสาธารณสุข เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Grottjans et al. (2022) ได้ศึกษาธรรมชาติของความร่วมมือในแนวคิดชุมชนเชิงบูรณาการ เพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชน คุณภาพการดูแล ควบคุมค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ และพัฒนาความพึงพอใจในการทำงานของวิชาชีพสุขภาพ พบว่า ภาวะผู้นำ (Leadership) ก็เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการมีธรรมชาติของความร่วมมือในบริบทของสุขภาพประชาชน รวมทั้งยังสอดคล้องกับ Ansell and Gash (2008) ที่ได้กล่าวว่า บทบาทผู้นำการสร้างความร่วมมือ (Facilitative leadership) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดตัวกลางเชื่อมประสานความร่วมมือและเอื้ออำนวยให้กระบวนการทำงานร่วมกันขับเคลื่อนไปได้ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องฝ่ายต่าง ๆ เข้ามาร่วมกันทำงาน ผลักดันเป้าหมายร่วมผ่านการบูรณาการการทำงานร่วมกัน การเอื้อต่อการสร้างความร่วมมือ ก็คือ การลดทอนอุปสรรคในการทำงานร่วมกันอันเกิดจากสถานะอำนาจหน้าที่ที่แตกต่างกันของผู้ที่จะเข้ามาร่วมกันทำงาน ผู้นำที่ทำหน้าที่เอื้อต่อการสร้างความร่วมมือ มีบทบาทในการชี้แนะให้ทุกฝ่ายตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของกระบวนการร่วมกันสร้างฉันทามติในการทำงาน ทั้งยังเป็นตัวกลางในกระบวนการเจรจา หามติข้อตกลง เสนอทางออกในการ ทำงานร่วมกัน ในกรณีที่กระบวนการเจรจาต่อรองไม่สามารถหาฉันทามติที่ช่วยให้ทุกฝ่ายสามารถ ได้รับประโยชน์ร่วมกันได้

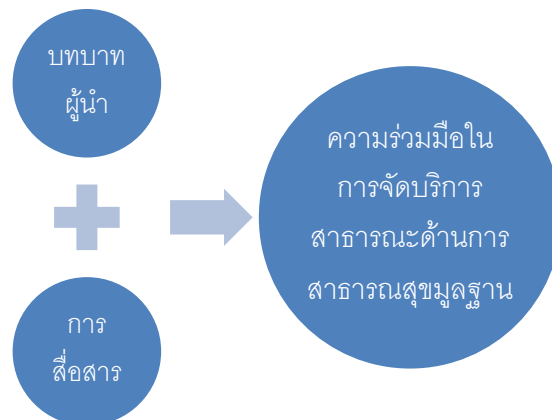
เช่นเดียวกับปัจจัยด้านการสื่อสารที่สะท้อนให้เห็นว่า การสื่อสารก็มีส่วนสำคัญที่จะทำให้เกิดความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มากขึ้น เช่น ในประเด็นของการติดต่อสื่อสาร ส่งเสริมให้เกิดการประสานงานที่ดี เชื่อมโยงหน่วยงาน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถทำงานร่วมกันในการจัดบริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามเป้าหมายและทิศทางเดียวกัน สอดคล้อง

กับงานวิจัยของ Grottjans et al. (2022) ได้ทำการศึกษาธรรมชาติของความร่วมมือในแนวคิดชุมชนเชิงบูรณาการ เพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชน คุณภาพการดูแล ควบคุมค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ และพัฒนาความพึงพอใจในการทำงานของวิชาชีพสุขภาพ พบว่า การสื่อสารด้วยการประชุมแบบไม่เป็นทางการ และเป็นการสื่อสารพบกันต่อหน้าเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการมีธรรมชาติของความร่วมมือในบริบทของสุขภาพประชาชนที่จะช่วยกระตุ้นความโปร่งใสและลดความตึงเครียดในการทำงาน ที่จะทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงานได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Hager and Curry (2009) ที่กล่าวถึงรูปแบบความร่วมมือที่มีการบูรณาการการจําบัติการสาธารณะ ที่มีสัดส่วนความร่วมมือจากทั้ง 2 องค์การในสัดส่วนที่เท่ากัน โดยความร่วมมือที่เกิดขึ้นในรูปแบบความร่วมมือเป็นความร่วมมือที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนของการกิจ (mission) และด้านการดำเนินงาน (operation) จะต้องมีการสื่อสารกัน กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างกัน สร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์การ อันจะช่วยให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน นำมาสู่ความร่วมมือในการทำงานระหว่างกันได้มาก

สำหรับปัจจัยด้านความเหมาะสมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ไม่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สะท้อนให้เห็นว่า ความเหมาะสมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ การวิเคราะห์นโยบาย กำหนดภารกิจ และการดำเนินการนำนโยบายที่ได้รับไปปฏิบัติ ให้เกิดประสิทธิภาพ และสร้างความคุ้มค่าสูงสุดในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุข ไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้เกิดความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาเหตุอาจจะเป็นเพราะความเหมาะสมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ มักเน้นไปที่การวิเคราะห์นโยบาย กำหนดภารกิจ และการดำเนินการนำนโยบายที่ได้รับไปปฏิบัติ ซึ่งเป็นรูปแบบการทำงานที่รับนโยบายสาธารณะมาปฏิบัติ อาจเป็นการจัดบริการสาธารณะในดำเนินการกระบวนการขับเคลื่อนภารกิจทุกขั้นตอนอยู่ภายใต้การกำกับควบคุมดูแลและประเมินผล โดยตัวแสดงภาคี 1 เพียงฝ่ายเดียว ภาคี 1 ทำงานอย่างเป็นเอกเทศในตัวเอง และมีความเป็นอิสระจากภาคีอื่น (Agranoff & McGuire, 2003) โดยไม่ได้มีการทำงานที่เป็นในรูปแบบของแสวงหาความร่วมมือ มีการทำงานร่วมกันเพื่อให้งานสำเร็จนั้น ดังนั้น จึงมีความเป็นไปได้ว่า ความเหมาะสมของการนำนโยบายไปปฏิบัติต่างคนต่างทำ เป็นเอกเทศกันอยู่ ไม่ได้มีการบูรณาการเข้าด้วยกันมากนัก เพราะแต่ละองค์การต่างก็ได้รับนโยบายมาจากหน่วยงานที่ต่างกัน และปัจจัยด้านคุณลักษณะของบุคคล ไม่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สะท้อนให้เห็นว่า คุณลักษณะของบุคคล เช่น ความกระตือรือร้น แรงจูงใจ และทัศนคติที่ดีต่อความร่วมมือเชิงบูรณาการจําบัติการสาธารณะ ไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้เกิดความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาเหตุอาจจะเป็นเพราะว่าเป็นปัจจัยส่วนบุคคลของแต่ละคน การที่แต่ละคนมีระดับของความกระตือรือร้น แรงจูงใจ และทัศนคติที่แตกต่างกันไป ทำให้ไม่สามารถสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นได้ โดย Grottjans et al. (2022) ได้ทำการศึกษาธรรมชาติของความร่วมมือในแนวคิดชุมชนเชิงบูรณาการ เพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชน คุณภาพการดูแล ควบคุมค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ และพัฒนาความพึงพอใจในการทำงานของวิชาชีพสุขภาพ พบว่า ความร่วมมือ

ในการทำงานจะสามารถเกิดขึ้นได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จะมีแรงจูงใจในการทำงานร่วมกัน (Shared motivation) มีสมรรถนะในการร่วมกันทำงาน ดังนั้น ถึงแม้ว่าจะมีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน แต่ถ้าหากสร้างให้แต่ละบุคคลมีคุณลักษณะร่วมกันได้ ก็จะสามารถชักจูงให้เกิดความร่วมมือ ประสานงานกันทำงานได้มากขึ้น นอกจากนี้ Sullivan and Skelcher (2002) กล่าวถึง ชีตความสามารถในการประสานความร่วมมือระดับตัวบุคคล มักพบในบุคคลที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น ทักษะการเจรจา สื่อสาร ทักษะการประสานงาน ทักษะการเป็นตัวกลางไกล่เกลี่ย รวมทั้งทักษะการจัดการปัญหา โดยทักษะเหล่านี้ถือว่าเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่สามารถพัฒนาขึ้นได้ เพื่อให้เกิดความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องพัฒนาทักษะเหล่านี้ หากต้องการให้เกิดความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐาน และมีความเป็นไปได้ที่แรงจูงใจในการสร้างความร่วมมือ อาจไม่ส่งผลต่อความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรง แต่แรงจูงใจในการสร้างความร่วมมือระหว่างกัน ส่งผลให้เกิดการยอมรับนับถือและไว้วางใจซึ่งกันและกันก่อน จึงจะทำให้เกิดการบูรณาการทำงานแบบร่วมมือกัน (Ansell & Gash, 2008)

องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย



ภาพที่ 2 แสดงองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย

ด้านบทบาทผู้นำ เป็นการที่ภาคีที่เกี่ยวข้อง (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานด้านสาธารณสุข: อสม.) สามารถเป็นผู้นำในการสร้างและการเชื่อมประสานความร่วมมือระหว่างภาคีอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการทำงานร่วมกันในด้านการจัดการบริการสาธารณสุข รวมทั้งมีทักษะในการไกล่เกลี่ยและหาทางออกได้อย่างเหมาะสม เพื่อนำผลการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นไปสู่การทำงานได้

ด้านการสื่อสาร เป็นการที่ภาคีที่เกี่ยวข้อง (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานด้านสาธารณสุข: อสม.) มีบทบาทที่เท่าเทียมกันในเรื่องการติดต่อสื่อสาร ที่ส่งเสริมให้เกิดการประสานงานที่ดี

ระหว่างหน่วยงาน รวมถึงเชื่อมโยงฝ่ายต่าง ๆ ให้เข้ามาเป็นเครือข่าย และร่วมกันทำงานในเรื่องการจัดบริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามเป้าหมายและทิศทางเดียวกัน

สรุป

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาระดับความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสาธารณสุขมูลฐาน และศึกษาปัจจัยความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณสุขที่ส่งผลต่อความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 373 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานทั้งโดยรวมและรายด้าน (ได้แก่ ด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสภาพ) ในระดับมาก และยังพบว่า ปัจจัยด้านบทบาทผู้นำและปัจจัยด้านการสื่อสารมีผลต่อความร่วมมือด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้ความสำคัญกับบทบาทผู้นำและการสื่อสารในการส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดความร่วมมือในการทำงานเพื่อจัดบริการสาธารณสุขด้านการสาธารณสุขมูลฐาน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 1 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความคิดเห็นต่อความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ด้านการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพในระดับมาก ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานโดยให้ลักษณะของงานเป็นการทำงานหรือความร่วมมือกันทำงานระหว่างหน่วยงานกันมากขึ้น โดยดำเนินงานผสมผสานกันไปทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 2 พบว่า ปัจจัยด้านบทบาทผู้นำ และปัจจัยการสื่อสาร เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดความร่วมมือในการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสาธารณสุขมูลฐานเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้ความสำคัญในการพัฒนาบทบาทผู้นำ ส่งเสริมให้ผู้นำมีบทบาทในการออกคำสั่ง รวมทั้งประสานงานเป็นตัวกลางที่เชื่อมกันกับหน่วยงานให้มากขึ้น รวมทั้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ใช้การติดต่อสื่อสาร เพื่อประสานงานระหว่างหน่วยงานให้มากขึ้น และใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันของทั้งสองฝ่าย เพื่อไม่ให้ข้อมูล

ที่ได้รับมาเกิดความผิดพลาด พยายามใช้การสื่อสารให้มากขึ้นในการลดความผิดพลาดให้น้อยที่สุด ซึ่งปัจจัยทั้งสองเหล่านี้จะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพด้านความร่วมมือในการทำงานมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากผลการวิจัยในครั้งนี้ ได้ศึกษาความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงทำให้ข้อเสนอเรื่องความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสาธารณสุขมูลฐานยังไม่สมบูรณ์ครบถ้วน ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ จึงควรศึกษากลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งที่เป็นกลุ่มพนักงานปฏิบัติการ และกลุ่มผู้บริหาร การศึกษาอย่างรอบด้านจะได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสาธารณสุขมูลฐานที่ครบถ้วนสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ยังพบว่า ปัจจัยด้านความเหมาะสมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ และปัจจัยด้านคุณลักษณะของบุคคล ไม่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้น จึงมีความเป็นไปได้ว่า ไม่ส่งผลโดยตรง แต่อาจจะมีอิทธิพลโดยอ้อม โดยปัจจัยด้านความเหมาะสมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ และปัจจัยด้านคุณลักษณะของบุคคล อาจมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสาธารณสุขมูลฐาน โดยผ่านปัจจัยด้านบทบาทผู้นำและปัจจัยด้านการสื่อสาร ดังนั้น จึงควรศึกษาวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Modeling) ซึ่งจะทำให้มองเห็นแผนภาพความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของความร่วมมือเชิงบูรณาการในการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น หรือควรศึกษาเพิ่มเติมในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวว่า เพราะเหตุใดปัจจัยดังกล่าวจึงไม่ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งจะเป็นการช่วยยืนยันผลสมมติฐานในการวิจัยเชิงปริมาณ ทำให้ผลการวิจัยดังกล่าวมีความเข้มแข็งมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2560). *คู่มือมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานการสาธารณสุขไทย 2559–2560*. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.
- เฉลิมวุฒิ ยุติโน, จำลอง โพธิ์บุญ และวิสาขา ภูจินดา. (2558). ประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย. *วารสารร่วมพฤษ มหาวิทยาลัยเกริก*, 33(3), 9–30.
- นันทกร พลศรี, สิทธิพร สุนทร และวัชรินทร์ สุทธิชัย. (2563). ปัจจัยการสร้างเสริมสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อมาตรฐานสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*, 4(4), 1–19.

- ยุทธนา แบบคาย. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา*, 19(3), 145-155.
- ศุภรัตน์ บุตรคุณ, วินัย จำปาอ่อน และจุฑามาส ชมผา. (2562). แนวทางการนำนโยบายสู่การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชนขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสาร มจร. อุบลปริทรรศน์*, 4(2), 54-98.
- สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.) ติดดาว ปี 2562*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- Agranoff, R., & McGuire, M. (2003). *Collaborative Public Management: New Strategies for Local Governments*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571.
- Bossert, S. T. (1998). *School effects*. In N. J. Boyan (Ed.), *Handbook of Research on Education Administration: A Project of the American Educational Research Association*. New York: Longman Inc.
- Collins, J. C., & Porras, J. I. (1994). *Built to Last: Successful Habits of Visionary Companies*. New York: Harper Collins.
- Grootjans, S. J. M., Stijnen, M. M. N., Kroese, M. E. A. L., Ruwaard, D., & Jansen, M. W. J. (2022). Collaborative governance at the start of an integrated community approach: A case study. *BMC Public Health*, 22, 1013.
- Hager, M., & Curry, T. (2009). *Models of Collaboration: Nonprofit Organizations Working Together*. Phoenix, AZ: ASU Lodestar Center for Philanthropy & Nonprofit Innovation.
- Mill, R. C. (1990). *Tourism: The International Business*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Sullivan, H., & Skelcher, C. (2002). *Working Across Boundaries: Collaboration in Public Services*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.