ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

นางสาว ทรรศนีย์ โสรัจธรรมกุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2543
ISBN 974 -130 - 996 - 1
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

OPINION OF DISTRICT HEALTH OFFICERS PERTAINING TO CO-ORDINATION WITH COMMUNITY HOSPITALS

Miss Tussanee Sorujthamakul

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Community Medicine
Department of Preventive and Social Medicine
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2000

ISBN 974-130-996-1

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน
โดย	นางสาว ทรรศนีย์ โสรัจธรรมกุล
สาขาวิชา	เวชศาสตร์ชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ วิพุธศิริ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงทัสสนี นุชประยูร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์องอาจ วิพุธศิริ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์)

.....กรรมการ
(แพทย์หญิงทัศนีย์ เอมอมร)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทรรศนีย์ โสรัจธรรมกุล : ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน (OPINION OF DISTRICT HEALTH OFFICERS PERTAINING TO CO-ORDINATION WITH COMMUNITY HOSPITALS) อ.ที่ปรึกษา : รศ.นพ.องอาจ วิพุธศิริ, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ. สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, 138 หน้า, ISBN 974 – 130 – 996 - 1.

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงาน ร่วมกับ โรงพยาบาลชุมชน ในด้านการบริหาร การบริการ วิชาการและการมีส่วนร่วม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2543 ถึง ธันวาคม 2543 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนที่สุ่มได้ทั้ง 24 แห่ง จำนวน 1,252 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 739 คน (อัตราการตอบกลับร้อยละ 59.0) เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ Mann-Whitney U-test, Kruskal-Wallis H test และ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีอายุเฉลี่ย 34.1 ปี มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี 54% ปฏิบัติงานตำแหน่งระดับบริการ 55.8 % มีประสบการณ์เป็นกรรมการ คปสอ. 35.8 % สถานที่ปฏิบัติงานมีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลเฉลี่ย 12.9 กิโลเมตร จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบเฉลี่ย 6 หมู่บ้าน / สถานีอนามัย มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน คปสอ. 63 % มีศูนย์ข้อมูลข่าวสาร 59.9 % ประเด็นที่แตกต่างกันมากที่สุดระหว่างการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงาน ในแต่ละด้าน คือ (1) การร่วมกันกำหนดเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างจริงจัง (2) การสนับสนุนให้ชุมชนมีการจัดตั้งองค์กรเพื่อการพึ่งตนเอง (3) การมีเครื่องมือใช้ติดต่อสื่อสารเพียงพอ (4) การเปิดโอกาสให้ประชาชน / องค์กรชุมชน / ร่วมเป็นกรรมการ วางแผน ดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เมื่อพิจารณากิจกรรมการประสานงานด้านการบริหาร การบริการ วิชาการ และการมีส่วนร่วม พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญกับสภาพเป็นจริงของการประสานงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p<0.001$) ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญโดยรวม และรายด้านทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.05$) ตาม อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระบบข้อมูลข่าวสารและประสิทธิภาพทีมงาน รพช./สอ. ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นเกี่ยวกับ สภาพเป็นจริงโดยรวมและรายด้าน ทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ตาม อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ของผู้บริหาร ระบบ ข้อมูลข่าวสารและประสิทธิภาพทีมงาน

จากการศึกษานี้ แสดงให้เห็น แนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพการประสานงานของโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย ควรจะพัฒนาในด้าน การสร้างเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยให้เป็นทีมงานเดียวกัน เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหาร พัฒนาศักยภาพของทีมคปสอ.และประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีม เพิ่มประสิทธิภาพของระบบข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องถึงระดับปริญญาตรีและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้ปฏิบัติงาน

ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
สาขาวิชา เวชศาสตร์ชุมชน
ปีการศึกษา 2543

ลายมือชื่อนิสิต .....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

427 52204 30 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE
KEY WORD : OPINION / DISTRICT HEALTH OFFICER / CO-ORDINATION / COMMUNITY HOSPITAL
TUSSANEE SORUJTHAMAKUL : OPINION OF DISTRICT HEALTH OFFICERS PERTAINING TO CO-ORDINATION WITH COMMUNITY HOSPITALS. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. DR. ONG-ARJ VIPUTSIRI, THESIS CO-ADVISOR : ASST. PROF. SOMRAT LEARTMAHARIT, 138 pp.
ISBN 974 - 130 - 996 - 1

The purposes of this descriptive study were to explore the opinion of district health officers on importance and current situation pertaining to coordination with Community Hospitals, particularly in four dimensions : management, services, academic, and participation. The study was conducted during September 2000 to December 2000. The samples consisted of 1,252 district health officers from 24 District Health Offices (DHO) randomly selected from districts with Community Hospitals. There were 739 respondents (response rate 59.0 %). Mann-Whitney U-test, Kruskal - Wallis H test and paired t - test were used for statistical analyses.

The results of this study showed that the subjects were 34.1 years old on average, got under bachelor degree (54%), worked in provider position (55.8%), and were a member of District Health Coordinating Committee (DHCC) (35.8%). The mean distance from Community Hospital was 12.9 km. The average, 6 villages were under responsibility of each Health Center. Community Hospital Director was also the chairman of DHCC (63%). Further analyses found that all items of importance and current situation had highly statistically significant difference ($p<0.001$). Large discrepancy between importance and current situation of each dimension was observed : crucial sharing vision on goal setting for service quality improvement, promoting civil society for self reliance, facilitating adequate equipment for communication, and creating opportunity for community participation in implementing and developing efficiency of healthcare delivery system and being committee members. All dimensions perceived importance were significantly different ($p<0.05$) by age, educational level, position of work, information system, and efficiency of team working. Regarding current situation, all dimensions were also statistically significant difference ($p<0.05$) by age, educational level, relationship of executives, information system, and efficiency of team working.

These findings indicated that the efficiency of coordination among Community Hospital, DHO and Health Centers should be improved through net-working for more cohesion as District Health Team Working. Furthermore, creating executives relationship, empowering DHCC Team, building high performance team, developing efficient information system, upgrading district health officers towards bachelor degree, community participation should also be strengthened.

Department of Preventive and Social Medicine
Field of study Community Medicine
Academic Year 2000

Student's signature ....
Advisor's signature ....
Co-advisor's signature ....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ วิพุธศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และรองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำช่วยเหลือ และชี้แนะข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงทัสสนี นุชประยูร ที่กรุณาเป็นประธานในการสอบวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ อาจารย์แพทย์หญิงทัศนีย์ เอมอมร ที่กรุณาสละเวลามาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการออกหนังสือในการประสานงานการเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณ วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย และคุณ รังษี เจริญวงศ์ระยับ เพื่อนนิสิตปริญญาโทที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายนี้ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณ คุณ สุพร ผดุงศุภไลย ฝ่ายวิชาการ กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาสละเวลาช่วยเหลือให้ความสะดวก ในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี เป็นผลให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ทรรศนีย์ โสรัจธรรมกุล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

บทที่ หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญแผนภูมิ ..... ฎ

บทที่

1. บทนำ 1

ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย 1

คำถามการวิจัย 3

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 3

สมมติฐานของการวิจัย 4

กรอบแนวคิดในการวิจัย 4

ตัวแปร 5

นิยามเฉพาะของคำศัพท์ในการวิจัย 5

ข้อตกลงเบื้องต้น 6

ข้อจำกัดในการวิจัย 6

ปัญหาทางจริยธรรม 6

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 7

2. ทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 8

แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น 8

แนวคิดเกี่ยวกับการประสานงาน 10

ระบบบริหารและบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ 14

แนวคิดระบบบริหารและบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ 19

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 25

3.วิธีการดำเนินการวิจัย 37

รูปแบบการวิจัย 37

ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง 37

เทคนิคการเลือกตัวอย่าง 38

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 41

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ หน้า

3.วิธีการดำเนินการวิจัย (ต่อ)
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 41
การรวบรวมข้อมูล 44
การวิเคราะห์ข้อมูล 44
4.ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 46
ส่วนที่ 1 การตอบกลับของข้อมูล 47
ส่วนที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคล 48
ส่วนที่ 3 ข้อมูลลักษณะหน่วยและปัจจัยอื่น ๆ 49
ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน 56
ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานตาม ปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะหน่วยงาน 79
ส่วนที่ 6 ปัญหาและข้อเสนอแนะ 90
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ 95
สรุปผลการวิจัย 95
อภิปรายผลการวิจัย 103
ข้อเสนอแนะ 117
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 120
รายการอ้างอิง 121
ภาคผนวก 127
ภาคผนวก ก. แบบสอบถาม 128
ภาคผนวก ข. โครงสร้างการประสานงาน 138
ประวัติผู้วิจัย 140

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง หน้า

3.1 แสดงการสุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 24 แห่ง 39
4.1 จำนวนและร้อยละของการตอบกลับแบบสอบถาม จำแนกตามภาค 47
4.2 จำนวนและร้อยละของการตอบกลับแบบสอบถาม จำแนกตามหน่วยงาน 47
4.3 จำนวนร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล 48
4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน จำแนกตามลักษณะหน่วยงานและปัจจัยอื่น ๆ 50
4.5 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลกับขนาดโรงพยาบาล 53
4.6 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน จำแนกตามลักษณะหน่วยงานกับขนาดโรงพยาบาล 55
4.7 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานตามระดับการให้ความสำคัญต่อการประสานงาน ด้านบริหาร จำแนกรายข้อ 57
4.8 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานตามระดับการให้ความสำคัญต่อการประสานงาน ด้านบริการ จำแนกรายข้อ 59
4.9 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานตามระดับการให้ความสำคัญต่อการประสานงาน ด้านวิชาการ จำแนกรายข้อ 61
4.10 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานตามระดับการให้ความสำคัญต่อการประสานงาน ด้านการมีส่วนร่วม จำแนกรายข้อ 63
4.11 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานตามระดับความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริง ด้านบริหาร จำแนกรายข้อ 65
4.12 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานตามระดับความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริง ด้านบริการ จำแนกรายข้อ 67
4.13 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานตามระดับความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริง ด้านวิชาการ จำแนกรายข้อ 69
4.14 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานตามระดับความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริง ด้านการมีส่วนร่วม จำแนกรายข้อ 71
4.15 ความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงาน จำแนกตามร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่ให้คะแนนในระดับมากถึงมากที่สุด เรียงตามประเด็นที่ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญมากใน 5 – 10 อันดับแรก 73

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง หน้า

4.16 ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงและ
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามกิจกรรมที่ให้ความสำคัญมากใน 5 – 10อันดับแรก.....77
4.17 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้านและระดับนัยสำคัญทางสถิติ
จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล..... 80
4.18 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้านและระดับนัยสำคัญทางสถิติ
จำแนกตามลักษณะหน่วยงาน..... 83
4.19 เปรียบทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริงรายด้านและ
ระดับนัยสำคัญทางสถิติจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล 85
4.20 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริงรายด้านและ
ระดับนัยสำคัญทางสถิติจำแนกตามลักษณะหน่วยงาน..... 88
4. 21 สรุประดับนัยสำคัญทางสถิติของการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงโดยรวมและรายด้าน
จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะหน่วยงาน.....89
4.22 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้อาสาสมัครสาธารณสุข
มีส่วนร่วมเป็นกรรมการใน คปสอ. 90
4.23 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
มีส่วนร่วมเป็นกรรมการใน คปสอ.. 92
4.24 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการ
ประสานงาน 93
4.25 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่แสดงความคิดเห็น
เกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการประสานงาน..... 94

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย..... 4
แผนภูมิที่ 2. การสุ่มตัวอย่าง 39

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)

กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการบริการให้มีความเสมอภาค เท่าเทียมกัน บริการได้มาตรฐาน สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนและชุมชน อีกทั้งเพิ่มศักยภาพของชุมชนโดยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ อันเป็นยุทธศาสตร์หลักของการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายในแผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 [1] กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนการจัดระบบบริหารจัดการสาธารณสุขให้ชัดเจนขึ้น โดยการส่งเสริมการกระจายบริการสุขภาพสู่ชุมชน มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ยากจนและผู้ด้อยโอกาส ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียมกัน[2] แต่ปัจจุบันพบว่า ประชาชนจำนวนมากไม่สามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ประชาชนบางส่วนตายด้วยโรคที่ไม่จำเป็น เมื่อต้องการรับบริการก็ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ โดยเฉพาะในเขตชนบท ซึ่งมีโอกาสเข้าถึงบริการจากสถานบริการที่มีแพทย์ได้เพียงร้อยละ 47 ในขณะที่เขตเมืองมีโอกาสเข้าถึงบริการที่มีแพทย์ถึงร้อยละ 81 เป็นผลให้ประชาชนในชนบทนิยมใช้วิธีการรักษา โดยซื้อยากินเองมีสถิติสูงกว่าในเขตเมืองเกือบเท่าตัว [1] นอกจากนี้ พบว่า ในจำนวนผู้ที่มารับบริการจากโรงพยาบาลร้อยละ 70 สามารถรับบริการได้ที่สถานีอนามัยโดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล [3]

การประสานงานของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย จึงมีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการให้บริการเชิงรุกสู่ชุมชน โดยเฉพาะบริการที่เน้น ด้านการส่งเสริม ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพมากกว่า ด้านการรักษาพยาบาล ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ(Quality) เสมอภาค(Equity) มีประสิทธิภาพ(Efficiency) และโปร่งใสตรวจสอบได้ (Social accountability) [4] โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย รวมถึงหน่วยงานองค์กรสุขภาพอื่น ๆ จำเป็นต้องทำงานประสานกันเป็นระบบเครือข่าย (Net working) มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ ให้บริการที่ต่อเนื่องทั้งขณะป่วยและไม่ป่วย ตามแนวคิดของการจัดบริการในรูปของ“ระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ” (District Health System) ซึ่งเน้นการจัดระบบบริการสุขภาพ

อย่างมีขั้นตอน แบ่งความรับผิดชอบชัดเจน มีระบบการทำงานร่วมกันและช่วยเหลือเกื้อกูลกันอย่างเป็นรูปธรรม ทำงานเชื่อมโยงกันทุกระบบทุกองค์กรในลักษณะการเป็น“ระบบสาธารณสุขเดียวกัน”

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นหน่วยงานบริหารและสนับสนุนบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นศูนย์กลางดูแลการปฏิบัติงานของสถานีอนามัย มีบทบาทหน้าที่สำคัญในประสานงานบริการระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย เพื่อวางแผนงานให้บริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมประชากรทั้งอำเภอ โดยผ่านเครือข่ายสถานีอนามัย ซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบลที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด เป็นสถานบริการด่านแรกที่มีบทบาทสำคัญในการกลั่นกรองผู้มารับบริการให้กับโรงพยาบาล ให้บริการเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลขั้นต้น ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินงานอยู่ภายใต้ การกำหนดมาตรฐาน การนิเทศงานและการสนับสนุนทางวิชาการจากโรงพยาบาลชุมชน[5]

โรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยงานของรัฐที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนที่มีศักยภาพในการให้บริการสุขภาพในทุกด้าน ทั้งในและนอกสถานบริการ ครอบคลุมทั้งอำเภอ โดยทำหน้าที่เป็นสถานีอนามัยในเขตตำบลที่ตั้งด้วย บทบาทหน้าที่หลักที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนได้ผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ อาทิ สนับสนุนการดำเนินงานของสถานีอนามัย การนิเทศ ฝึกอบรม พัฒนาด้านวิชาการและมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขและการพัฒนาชนบทในเขตอำเภอ [5,6,7]

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ทำงานประสานกันภายใต้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.) ซึ่งเป็นกลยุทธที่กระทรวงสาธารณสุขให้จัดตั้งขึ้น ตั้งแต่ปี 2529 โดยมุ่งหวังให้หน่วยงานระดับอำเภอร่วมมือกันพัฒนางานสาธารณสุขในระดับอำเภอ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[5] ช่วยลดความขัดแย้ง ความซ้ำซ้อน ความล่าช้าและทำให้เกิดความเข้าใจอันดีในการทำงานร่วมกัน มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ[6,8-9] แต่ในทางปฏิบัติการประสานงานยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ปัจจุบันยังพบปัญหา การจัดบริการที่ซ้ำซ้อน การแข่งขันกันเอง ความขัดแย้งในการทำงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ปัญหาการรับบริการข้ามขั้นตอนและปัญหาระบบส่งต่อที่ขาดประสิทธิภาพ การนิเทศงานไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรและไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนระบบการทำงานไม่เป็นทีมเดียวกัน [6-7] อีกทั้งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่ต้องถ่ายโอนภาระกิจบางส่วนของสาธารณสุขให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลง

โครงสร้างขององค์กร และการบริการสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ เป็นผลให้รูปแบบการประสานงานในอนาคตเปลี่ยนแปลงไป [10]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนถึงสภาพการดำเนินงานร่วมกัน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการประสานงานของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ คาดว่า ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการกำหนดแผนงาน เพื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาการประสานงานในระดับอำเภอให้เกิดประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย ซึ่งเปรียบเสมือนหน่วยงานสาขาของโรงพยาบาลชุมชน ในการสานต่อบริการสู่ชุมชนและครอบครัว และนำเสนอผลการวิจัยแก่กองสาธารณสุขภูมิภาค เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการประสานงานเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอต่อไป

คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เกี่ยวกับการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนแตกต่างกันอย่างไร

3. ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย มีผลต่อความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เกี่ยวกับการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนแตกต่างกันอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เกี่ยวกับการประสานงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objective)

1) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เกี่ยวกับการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยในด้านการบริหาร ด้านการบริการ ด้านวิชาการ และด้านการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

2) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน เช่น อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเป็นกรรมการ คปสอ.

3) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตามลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย เช่น ขนาดของโรงพยาบาลชุมชน ระยะทางห่างจากโรงพยาบาลชุมชน

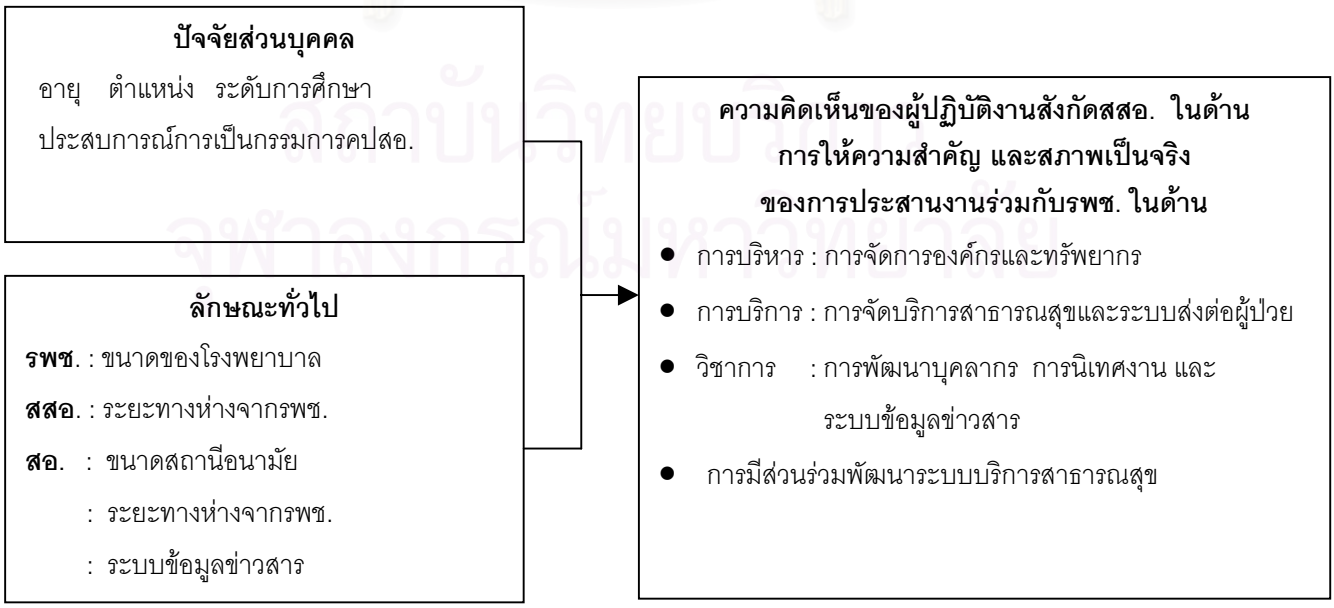
สมมติฐานของการวิจัย (Hypothesis)

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนแตกต่างกัน ตาม อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งและประสบการณ์การเป็นกรรมการ คปสอ. ของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนแตกต่างกัน ตาม ขนาดของโรงพยาบาลชุมชน ระยะทางห่างจากโรงพยาบาลชุมชน ที่ผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประสานงานด้วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ตัวแปร (Variables)

ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่

1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่ง ประสบการณ์การเป็นกรรมการ คปสอ.

2) ลักษณะทั่วไปของหน่วยงาน เช่น ที่ตั้งตามภาค ขนาดโรงพยาบาล ขนาดสถานีอนามัย ระยะห่างจากโรงพยาบาล จำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ

ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่ ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกี่ยวกับการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน ในด้าน การให้ความสำคัญสภาพเป็นจริงในปัจจุบันของการประสานงาน โดยแบ่งเป็น ด้านการบริหาร ด้านการบริการ ด้านวิชาการ ด้านการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

นิยามเฉพาะของคำศัพท์ในการวิจัย (Operational Definition)

1.โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ ประจำชุมชนระดับอำเภอ ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในตั้งแต่ 10 – 120 เตียง (ไม่เกิน 150 เตียง) ในสังกัดกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 712 แห่ง

2. ผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (District Health Officer) หมายถึง บุคลากรสาธารณสุข ที่มีตำแหน่งเป็น สาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือสถานีอนามัย ในปัจจุบัน

3. ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หมายถึง การแสดงออกทางด้าน ความคิดความรู้สึก หรือการประเมินผล โดยพิจารณาจากประสบการณ์ในการประสานงานพิจารณา ตัดสินใจในการให้ความสำคัญและประเมินผลการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนตามสภาพเป็นจริง ในด้านการบริหาร การบริการ วิชาการและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งแต่ละด้านมีส่วนประกอบ ดังนี้

การบริหาร ประกอบด้วย

การจัดการองค์กร หมายถึง การจัดระบบการดำเนินงาน การแต่งตั้งคณะกรรมการ การประชุม วางแผนงาน กำหนดเป้าหมายและทิศทางในการทำงานร่วมกัน

การจัดการทรัพยากร หมายถึง ระบบการจัดสรรทรัพยากรทั้งด้าน บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ รถยนต์ เวชภัณฑ์ต่างๆ ร่วมกัน

การบริการ ประกอบด้วย

การจัดบริการสาธารณสุขและการส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การจัดให้มีบริการสุขภาพทุกด้าน แก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน ครอบคลุมทั่วถึง เข้าถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและคนยากจนให้ได้รับบริการที่เท่าเทียมกัน รวมถึงมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

วิชาการ ประกอบด้วย

การพัฒนาบุคลากรและการนิเทศงาน หมายถึง การฝึกอบรม ให้ความรู้ นิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับและประเมินผลการปฏิบัติงาน

ระบบข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การสำรวจ รวบรวมจัดเก็บ วิเคราะห์ข้อมูลและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขร่วมกัน รวมถึงระบบการติดต่อสื่อสารที่สะดวกรวดเร็วมีประสิทธิภาพ

การมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน ประชาชน องค์กรชุมชน ในการพัฒนาระบบบริการเพื่อสานต่อบริการสุขภาพให้สามารถเข้าถึงชุมชนและครอบครัว

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

1. การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความคิดเห็นผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในปัจจุบันในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามประชากรตัวอย่าง ผู้วิจัยถือว่าเป็นความจริงที่เชื่อถือได้

2. ระดับคะแนนความคิดเห็น (1 – 5) ซึ่งเป็น ordinal scale จะพิจารณาตัวแปรว่ามีอันตรภาคแต่ละอันตรภาคเท่ากัน (equal interval) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็น interval scale ต่อไป

3. กิจกรรมการประสานงานในแต่ละข้อ ถือว่ามีน้ำหนักเท่ากัน

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

ไม่มีข้อจำกัดในการวิจัย

ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical Considerations)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ไม่ได้ใส่สิ่งแทรกแซงหรือการทดลองใดๆ ให้กับกลุ่มที่ศึกษา จึงไม่มีปัญหาทางจริยธรรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application)

รายงานการศึกษาวิจัยนี้ เมื่อได้รับการรับรองจากบัณฑิตศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คาดว่า จะมีประโยชน์ ดังนี้

1. นำข้อมูลประกอบการพิจารณา ปรับปรุงแก้ไข และพัฒนารูปแบบการประสานงานทำให้เกิดประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น นำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อชุมชนได้อย่างยั่งยืน

2. นำผลการวิจัยเสนอต่อผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อนำไปใช้ประกอบการจัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรในสังกัดเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายเดียวกันและขยายเครือข่ายไปยังหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. เป็นข้อเสนอแนะสำหรับกองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อประกอบการพิจารณาวางแผน ปรับเปลี่ยน ให้การสนับสนุนและพัฒนารูปแบบการประสานงานของสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอของประเทศต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

ทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน” ผู้วิจัยได้แบ่งทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น
2. แนวคิดเกี่ยวกับการประสานงาน
3. ระบบบริหารและบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ
    - โรงพยาบาลชุมชน
    - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
    - สถานีอนามัย
    - คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.)
4. แนวคิดระบบบริหารและบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น

ความหมาย

พจนานุกรม New Webster ’s Century Dictionary (1974) [11] ให้ความหมายของความคิดเห็น (Opinion) หมายถึง การตัดสินใจ คำวิจารณ์ ความคิดเห็น หรือรูปแบบของการประเมินผลในจิตใจเกี่ยวกับ ข่าวสารที่ได้รับ เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์หรือข่าวสาร โดยความเชื่อนั้นจะขึ้นกับประสบการณ์และการสังเกตของแต่ละบุคคล หรือ ความคิดเห็น การแสดงออกทางความคิดเห็น ความสนใจ ความรู้สึกของผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง

Blair J. Kolasa (1969) [12] ให้ความหมายว่า ความคิดเห็น เป็นการแสดงออกของบุคคลในการพิจารณาข้อเท็จจริงอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือการประเมินผล(Evaluation) จากสิ่งใดสิ่งหนึ่งจากสิ่งแวดล้อม(Circumstances)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) [13] กล่าวว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกทางด้านทัศนคติอย่างหนึ่ง แต่การแสดงความคิดเห็นนั้นมักมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบและเป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

สรุปได้ว่า ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกทางด้าน ความคิด ความรู้สึก หรือรูปแบบของการประเมินผล โดยพิจารณาจากข้อเท็จจริงอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ข่าวสาร สิ่งใดหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์และการสังเกตของแต่ละบุคคล

การศึกษาครั้งนี้ ให้ความหมายของความคิดเห็น คือ การแสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึก หรือการประเมินผล โดยพิจารณาจากประสบการณ์การประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน และพิจารณาตัดสินใจในการให้ความสำคัญและประเมินผลการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนตามสภาพเป็นจริง ในด้านการบริหาร การบริการ วิชาการและการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

สิ่งที่มีอิทธิพลทำให้ความคิดเห็นแตกต่างกัน

1) การอบรมของครอบครัว อิทธิพลของครอบครัวมีมากกว่าปัจจัยอื่น ๆ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันแห่งแรกของคน

2) การศึกษา ระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นเพราะเป็นการจัดสถานการณ์ให้แก่บุคคล

3) วัฒนธรรมและประเพณี บุคคลเมื่อได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมและประเพณีย่อมปฏิบัติตามวัฒนธรรมและประเพณีในทางที่ได้รับมา

4) กลุ่มและสังคมที่เกี่ยวข้องบุคคลเมื่ออยู่ในกลุ่มใดหรือสังคมใด ก็จะมีความคิดเห็นไปในทางเกี่ยวกับ กลุ่มหรือสังคมนั้น ๆ กลุ่มเป็นส่วนผลักดันให้บุคคลเรียนรู้ได้โดยตรง

5) สื่อมวลชน ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น เพราะ เป็นสื่อที่สร้างความคิดทางด้านบวกและด้านลบได้

การวัดความคิดเห็น

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2531) [14] เสนอการวัดความคิดเห็นหรือทัศนคติที่นิยมและรู้จักกันแพร่หลาย มี 4 วิธี คือ

1. วิธีของเธอร์สโตน (Thurston ‘s Method) เป็นวิธีการสร้างมาตรวัด (Scale) ออกเป็นปริมาณเปรียบเทียบตำแหน่งของความคิดเห็นหรือ ทัศนคติ ไปทางเดียวกัน และเป็นเสมือนว่า เป็นมาตรวัด ที่มีช่วงห่างเท่ากัน (Equal Appearing Intervals)

2. วิธีกัตต์แมน (Guttman ‘s Scale) เป็นวิธีวัดทัศนคติ หรือ ความคิดเห็นในแนวเดียวกันและสามารถจัดอันดับข้อความทัศนคติสูง ต่ำ แบบเปรียบเทียบกันและกันได้จากอันดับต่ำสุด ถึงสูงสุดได้และแสดงถึงการสะสมของความคิดเห็น

3. วิธีจำแนกแบบ S – D Scale (Semantic Different Scale) เป็นวิธีวัดทัศนคติหรือความคิดเห็นโดยอาศัยคู่คุณศัพท์ที่มีความหมายตรงกันข้าม(Bipolar Adjective) เช่น ดี-เลว ขยัน–ขี้เกียจ เป็นต้น

4. วิธีแบบลิเคิท (Likert ’s Method) ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธี แบบลิเคท (Likert ’s Method) เป็นวิธีสร้างมาตราวัดทัศนคติที่นิยมแพร่หลาย เพราะ เป็นการสร้างมาตรวัดที่ง่ายและประหยัดเวลา ผู้ตอบสามารถแสดงทัศนคติในทางที่ชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนการให้คะแนนขึ้นอยู่กับใจความว่าจะเป็นเชิงบวก(Positive) หรือ เชิงลบ (Negative)

แนวคิดเกี่ยวกับการประสานงาน

การประสานงาน เป็นเทคนิคการดำเนินงานที่สำคัญที่ทุกหน่วยงาน ทั้งของรัฐและเอกชนจะต้องนำไปใช้เพื่อให้การทำงานเกิดผลสำเร็จ หน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะหน่วยงานของรัฐ ซึ่งประกอบด้วย หลายฝ่าย แต่ละฝ่ายแบ่งเป็นหน่วยงานย่อยอีกหลายหน่วยงาน ซึ่งแต่ละหน่วยงานมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติหลายคน แต่ละคนต่างก็มีงานที่จะต้องทำและเรามักได้ยินถึงความขัดแย้ง ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ อยู่เสมอ การประสานงานจึงเป็นหลักสำคัญในการทำงาน ซึ่งผู้บริหารจะต้องพยายามหาวิธีการที่จะทำให้เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงาน และจะต้องพยายามแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งให้ลดน้อยลง ป้องกันไม่ให้เกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อน มีความร่วมมือกันทำงานให้ประสบผลสำเร็จ ตามแผนที่กำหนดไว้ นอกจากนี้การประสานงานระหว่างบุคคลหรือหน่วยงานต่าง ๆ ยังก่อให้เกิดความคิดใหม่ ๆ และสามารถมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและพัฒนางานให้ดีขึ้นอีกด้วย [15]

ความหมาย

การประสานงานเป็นกระบวนการที่สำคัญเท่ากับการวางแผน การจัดองค์กรของการบริหารประการหนึ่งที่จะขาดเสียมิได้ เป็นการจัดระเบียบการทำงานที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน เพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ เกิดความร่วมมือปฏิบัติงานเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ไม่ทำงานซ้ำซ้อน ขัดแย้งหรือเหลื่อมล้ำกัน

นักวิชาการได้ให้ความหมายของคำว่า “ประสานงาน” หลากหลาย ขอยกพอเป็นสังเขป ได้ดังนี้

เกษม สุวรรณกุล (2534) [15] กล่าวว่า การประสานงานคือ การที่บุคคลหรือหน่วยงานในองค์การทำงานร่วมกับบุคคลอื่น หรือ หน่วยงานอื่น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เดียวกัน การประสานงานเป็นงานที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของการบริหารในองค์การใหญ่หรือสลับซับซ้อน ผู้บริหารจะต้องจัดให้ส่วนต่าง ๆ ขององค์การทำงานประสานกันเพื่อให้ได้รับผลที่สมบูรณ์ที่มีประสิทธิภาพ

มะลิวัลย์ ยุติธรรม (2535) [16] กล่าวว่า การประสานงานเป็นเทคนิคอย่างหนึ่งในกระบวนการบริหารงานที่มีความสำคัญยิ่ง ทั้งในอดีต ปัจจุบัน อนาคต เป็นเทคนิคที่เป็นทั้งศาสตร์และศิลปะที่นักบริหารหรือผู้ปฏิบัติงานทุกคน จะต้องเข้าใจและนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ เนื่องจากการที่คณะบุคคลเข้ามาร่วมกันประกอบกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้นั้น ย่อมต้องอาศัยความเข้าใจและความร่วมมือประสานงานกันอย่างเต็มที่เต็มกำลังความสามารถ งาน หรือ กิจกรรมนั้น จึงจะบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปทุมรัตน์ เหรียญไพศาล (2535) [7] กล่าวว่า การประสานงานเป็นวิธีการดำเนินงานที่เชื่อมโยงบุคคล วัสดุและทรัพยากรอื่นๆ เพื่อให้ทุกฝ่ายร่วมมือปฏิบัติงานทำให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน

สุรัตน์ รื่นภิรมย์ (2539) [17] ให้ความเห็นว่า การประสานงานคือ การที่บุคคลหรือหน่วยงานใดทำงานร่วมกับบุคคลอื่นหรือหน่วยงานอื่น เพื่อให้งานบรรลุถึงวัตถุประสงค์ร่วมกัน

วัตถุประสงค์ของการประสานงาน [18]

1.เพื่อช่วยให้ผลและคุณภาพของงานเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ หรือวัตถุประสงค์ของหน่วยงานหรือองค์การ

2.เพื่อประหยัดงบประมาณ เวลาในการทำงาน ลดการขัดแย้ง

หลักสำคัญของการประสานงาน มีดังนี้ [15,18]

1.การประสานงานมีทุกระดับชั้นของสายบังคับบัญชา การจัดสายบังคับบัญชาจึงต้องมีลักษณะชัดเจน จะต้องดำเนินทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการควบคู่กันไป

2.การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทั้งการติดต่อสื่อสารจากเบื้องบนสู่เบื้องล่าง จากเบื้องล่างสู่เบื้องบน และในแนวนอน มีการติดต่อสื่อสารทั้งภายในหรือระหว่างหน่วยงานให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

3.การประสานงานจะต้องมีการร่วมมือกัน โดยที่บุคคลแต่ละคนเต็มใจในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อให้การทำงานบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานหรือองค์การ

4.การประสานนโยบายหรือวัตถุประสงค์ของหน่วยงานหรือองค์การ ซึ่งจะเป็นเครื่องชี้ว่าหน่วยงานหรือองค์การจะดำเนินงานในด้านใด มีขอบเขตเพียงใด

5.มีบุคคลหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่ ที่เรียกว่า ฝ่ายช่วยอำนวยการ โดยเฉพาะองค์กรขนาดใหญ่ที่มีความสลับซับซ้อน เพื่อช่วยให้คำแนะนำและบริการแก่ผู้บริหารระดับสูง ในการแก้ปัญหาและทราบความเคลื่อนไหว

6.การประสานงานกับการควบคุม เพื่อให้แน่ใจได้ว่างานได้ดำเนินไปจนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างเรียบร้อย

7.การประสานงานเป็นกระบวนการบริหารในรูปของกระบวนการแปรรูปเพื่อหวังจะให้ได้ผลงานหรือผลผลิตนั้นออกมาอย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ของการประสานงาน [15,18]

1) ทำให้การทำงานบรรลุเป้าหมายโดยราบรื่น
2) ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจในนโยบาย วัตถุประสงค์ของงานดีขึ้น
3) ลดความขัดแย้งในการปฏิบัติงานภายในองค์กรและระหว่างองค์กร
4) ทำให้การปฏิบัติงานเป็นหมู่คณะประสบผลสำเร็จ
5) เสริมสร้างความเข้าใจอันดีในหมู่คณะทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานตามปกติและการร่วมกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารงาน
6) ลดความซ้ำซ้อน ความเหลื่อมล้ำในการทำงาน ทำให้สามารถดำเนินงานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ คุณภาพและประหยัด

วิธีการประสานงาน เกี่ยวข้องกับ [15,18]

1) การจัดโครงสร้างการบริหารและการกำหนดหน้าที่
2) การจัดระบบการติดต่อที่มีประสิทธิภาพ
3) การใช้คณะกรรมการ
4) การใช้วิธีการงบประมาณ
5) การติดตามงาน
6) การติดต่ออย่างไม่เป็นพิธีการ
7) การจัดประชุมฝึกอบรมและพัฒนาบุคคล
8) การจัดให้มีหน่วยศึกษาทางวิชาการ
9) การมอบหมายอำนาจหน้าที่
10) การบำรุงขวัญ

เนื่องจากการประสานงาน เป็นกระบวนการทำงานร่วมกับบุคคลหรือหน่วยงาน การสร้างทีมงาน นับว่ามีความสำคัญในการทำให้เกิดการประสานที่ดี กล่าวอีกในหนึ่ง การทำงานเป็นทีม (Team work) หมายถึง การประสานงานที่ดีและสามารถผสมกลมกลืนกันได้อย่างมีประสิทธิภาพในการทำงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการทำงานร่วมกัน

องค์ประกอบที่ส่งเสริมให้เกิดการประสานงานเป็นทีมที่ดี [18]

1.ผู้นำ ผู้บริหารหรือหัวหน้า เป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากที่สุด สามารถเสริมสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ดีได้

2.การสื่อสารแบบเปิด ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารจากระดับบริหารไปสู่ระดับปฏิบัติ หรือจากระดับปฏิบัติไปสู่ระดับบริหาร หรือเป็นการสื่อสารในระดับเดียวกันทำให้สมาชิกรับรู้ ปัญหา นโยบาย การปฏิบัติงาน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกี่ยวกับงานได้อย่างทั่วถึง

3.โอกาส หมายถึง การให้โอกาสบุคลากรทุกคนในการพัฒนาทักษะ ความสามารถในการทำงานอย่างสม่ำเสมอและให้โอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับงานของเขาให้มากที่สุด

4.การกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ ในการปฏิบัติงานให้ชัดเจน ให้เข้าใจตรงกัน

5.การมีส่วนร่วม เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกของทีมงาน มีส่วนร่วมในการทำงานให้มากที่สุด ทำให้เกิดความผูกพันธ์ของทีมงานและเป็นการใช้ทรัพยากรมนุษย์ให้เกิดประโยชน์สูงสุดด้วย

สรุปได้ว่า การประสานงานเป็นกระบวนการทำงานร่วมกับบุคคลหรือหน่วยงาน เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ร่วมกัน ซึ่งหลักการประสานงานนั้น การประสานงานต้องก่อให้เกิดความเข้าใจกันในหมู่ผู้ปฏิบัติงาน มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อให้เกิดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ โดยการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา การประสานงานในมุมมองของผู้ที่ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยแบบสอบถามที่ใช้ประยุกต์มาจากทฤษฎีการประสานงาน ซึ่งปรับใช้ให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่การทำงานร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ระบบบริหารและบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ

ระบบบริหารและบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอที่ควรเน้น คือ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย ทั้ง 3 หน่วยงานดำเนินงานและประสานระบบบริการร่วมกันภายใต้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.) ซึ่งแต่ละหน่วยงานมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) [5]

หมายถึง สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในตั้งแต่ 10 – 120 เตียง (ไม่เกิน 150 เตียง)ประจำชุมชนระดับอำเภอ เป็นศูนย์บริการและวิชาการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การปรับปรุงสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมชุมชนและการฟื้นฟูสภาพในระดับอำเภอ มีหน้าที่เสมือนหนึ่งเป็นสถานีอนามัยประจำตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือในเขตพื้นที่บริเวณรอบที่ตั้งโรงพยาบาล ซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณหนึ่งแสนคน เป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นหัวหน้าหน่วยงาน

หน้าที่และความรับผิดชอบ

1. ตรวจวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วย ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

2. จัดทำแผนงาน โครงการและดำเนินการให้บริการทางสาธารณสุขแก่ประชาชน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ งานสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานทันตสาธารณสุข งานสุขภาพจิต

3. จัดบริการรักษาพยาบาลแบบหน่วยเคลื่อนที่ การจัดและควบคุมระบบการส่งต่อผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลทางวิทยุในฐานะที่เป็นเครือข่ายย่อย

4.นิเทศ ฝึกอบรมและพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและอำเภอ ให้มีความรู้ ในด้าน

การรักษาพยาบาลตามนโยบาย แผนงานและโครงการต่าง ๆ เช่น การจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน การสาธารณสุขมูลฐาน โครงการบัตรสุขภาพ โครงการรณรงค์เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตประชาชน

5. ศึกษา วิเคราะห์ จัดทำสถิติข้อมูลเกี่ยวกับงานสาธารณสุข และจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานและแนวทางแก้ไขปัญหา เสนอหน่วยเหนือตามลำดับ

6. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ดำเนินงานสาธารณสุขและการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน ได้ผลดีตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายตามที่กำหนดไว้

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) [5]

เป็นหน่วยงานบริหารสาธารณสุข ซึ่งเป็นตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขในระดับอำเภอมีสายบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อนายอำเภอ / ปลัดอำเภอผู้ทำหน้าที่หัวหน้ากิ่งอำเภอ มีสาธารณสุขอำเภอ / กิ่งอำเภอ เป็นหัวหน้าส่วนราชการ มีหน้าที่ทางด้านบริหาร ส่งเสริมสนับสนุน ควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของสถานีอนามัยและสถานบริการสาธารณสุขชุมชนในระดับอำเภอ

หน้าที่ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ

ตามกรอบอัตรากำลังที่ 3 (พ.ศ. 2538 - 2540) ได้กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ ดังต่อไปนี้

1. การดำเนินการและการประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุข ในเขตพื้นที่อำเภอ

2. กำกับ ดูแล และสนับสนุนการปฏิบัติงาน ของหน่วยงานที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่อำเภอ

3. ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีหน้าที่และความรับผิดชอบในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลชุมชน ดังนี้

1) ศึกษาวิเคราะห์ การจัดแผนงานและโครงการพัฒนาสาธารณสุขของอำเภอ ร่วมกับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนพัฒนาสาธารณสุขของจังหวัดนั้น ทั้งนี้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและสิ่งแวดล้อมของท้องถิ่นตลอดจนความต้องการของประชาชน พร้อมทั้งนำแผนงานและโครงการพัฒนาสาธารณสุขของอำเภอ ที่ได้รับอนุมัติแล้วมาดำเนินงานต่อไป

2) ส่งเสริมสนับสนุน ควบคุม กำกับ ดูแลการดำเนินงานตามแผนงานและโครงการสาธารณสุขของอำเภอ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

3) ควบคุมกำกับการให้สถานบริการสาธารณสุขปฏิบัติตามระบบรับ – ส่งผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาต่อเนื่อง

4) จัดหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ ตามแผนของอำเภอและร่วมในการจัดและให้บริการหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ตามแผนของจังหวัด

5) นิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขและสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ

6) ประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

สถานีอนามัย (สอ.) [5]

สถานีอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชนบทมากที่สุด ตั้งอยู่ในชุมชนระดับตำบลและหมู่บ้าน เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างชุมชนและบริการสาธารณสุขของรัฐ เป็นหน่วยงานอยู่ใต้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ โดยมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นองค์ประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข สถานีอนามัยมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขผสมผสาน 5 สาขา ในตำบลที่รับผิดชอบ ทั้งในและนอกสถานบริการ อันได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการดูแลผู้ป่วย ผู้พิการและสนับสนุนบริการรวมทั้งการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชุมชน ตลอดจนวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งความต้องการของประชาชนในแต่ละท้องที่ เช่น เขตชนบท เขตทุรกันดาร เขตชนบทกึ่งเมือง และเขตชานเมือง เป็นต้น

สถานีอนามัยแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ตามโครงสร้างและระดับขีดความสามารถในการบริการประชาชน

สถานีอนามัยทั่วไป หมายถึงสถานีอนามัยส่วนใหญ่ของประเทศ มีบทบาทและความรับผิดชอบ ตามที่กำหนดไว้ทั้งสิ้น 4 งาน ได้แก่ งานบริการสาธารณสุขผสมผสาน การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน การบริหารงานวิชาการ งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ มีกรอบอัตรากำลังและอาคารบ้านพักตามที่กำหนด

สถานีอนามัยขนาดใหญ่ หมายถึง สถานีอนามัยทั่วไปจำนวนหนึ่งที่ถูกคัดเลือกพัฒนาขึ้นเป็นสถานีอนามัยขนาดใหญ่ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย ซึ่งจะพิจารณา

สถานีอนามัยจำนวนประมาณ 1 ใน 5 ของสถานีอนามัยทั่วประเทศ โดยคัดเลือกจากสถานีอนามัยที่มีที่ตั้งอยู่ในศูนย์กลางชุมชน ทั้งด้านการคมนาคม สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม อันจะทำให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงได้อย่างกว้างขวางกว่าสถานีอนามัยทั่วไป

คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) [5, 8 ,19]

เนื่องจากในระดับอำเภอมีหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2 หน่วยงาน คือโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่บังคับบัญชาสถานีอนามัย ซึ่งขึ้นตรงต่อที่ว่าการอำเภอ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดการประสานงานของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ซึ่งมีการพัฒนามาโดยลำดับ ดังนี้

พ.ศ. 2526 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะพัฒนาสาธารณสุขส่วนภูมิภาคในระดับอำเภอให้มีประสิทธิภาพ ได้สั่งให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ (กพสอ.) ตามหนังสือที่ สส 0217/สช/ว12 ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2526 เพื่อให้มีการดำเนินการเกี่ยวกับการประสานแผนงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ประสานการปฏิบัติงาน รวมทั้งช่วยติดตามและประเมินผลงานสาธารณสุขระดับอำเภอด้วย แต่ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ เนื่องจากการจัดตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขระดับอำเภอ (กพสอ.) ไม่ได้ถูกกำหนดเป็นนโยบายอย่างชัดเจน และพบว่ามีการประสานงานอยู่ในเกณฑ์ดีเพียงร้อยละ 50 [20]

พ.ศ. 2529 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยเชิญผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชนฝ่ายละ 21 คน ที่ประชุมได้มติและนำเสนอให้เปลี่ยนชื่อองค์กรจากคณะกรรมการสาธารณสุขระดับอำเภอ(กพสอ.) เป็นคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ตามหนังสือที่ สธ 0216/0505/7062 ลงวันที่ 11 กันยายน 2529 โดยมุ่งหวังให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน ได้ร่วมมือกันพัฒนาสาธารณสุขในระดับอำเภอลงไป ให้มีประสิทธิภาพและให้รายงานผลการดำเนินงานร่วมกันต่อสำนักงานปลัดกระทรวงเป็นระยะ และจากการวิเคราะห์ของกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง พบว่า มีปัญหาการประสานงานในบางพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีเทศบาลตั้งอยู่ซึ่งมีลักษณะการประสานงานและกิจกรรมที่แตกต่างกันออกไป

พ.ศ. 2532 กระทรวงสาธารณสุขจึงร่วมกับกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย จัดสัมมนาคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขในเขตเมือง หาข้อสรุปแนวทางการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอในเขตเมืองและให้ทุกอำเภอที่มีสำนักงานเทศบาลตั้งอยู่ ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ในเขตเมือง มีชื่อย่อว่า คปสอ.ม. โดยมีวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งเช่นเดียวกับ คปสอ. ตามหนังสือที่ สธ 0216/0303/1303 ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2532

โครงสร้างองค์กร คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) [5]

ชื่อองค์กร : คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

ชื่อภาษาอังกฤษ : District Health Coordinating Committee คำย่อ DHCC.

องค์ประกอบ : ประธานเลือกจากสาธารณสุขอำเภอหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนผู้ใดผู้หนึ่งเป็นประธาน ส่วนที่เหลือเป็นรองประธาน

เลขานุการและผู้ช่วยเลานุการ : ประธานเลือกจาก ผู้แทนของสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนฝ่ายละ 1 คน เป็นเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ

กรรมการ : โดยมีองค์ประกอบจากสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนจำนวนเท่ากัน รวมแล้วไม่เกิน 12 คน ในกรณีอำเภอมีหน่วยงานสาธารณสุขอื่น ๆ คณะกรรมการจะพิจารณาจากหน่วยงานนั้น เป็นกรรมการเพิ่มเติมได้อีกไม่เกิน 3 คน ส่วนอำเภอที่มีโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ให้หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมในฐานะผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ทำหน้าที่เสมือนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและคัดเลือกกรรมการจาก เจ้าหน้าที่ในฝ่ายเวชกรรมสังคมเท่าจำนวนที่กำหนด

การแต่งตั้ง : โดยผู้ว่าราชการจังหวัดภายในเดือนแรกของปีงบประมาณ

วาระของกรรมการ :

1. มีวาระคราวละ 1 ปี
2. ในกรณีที่ตำแหน่งประธานว่างลง ให้รองประธานทำหน้าที่จนครบวาระ หรือจะพิจารณาคณะกรรมการชุดใหม่ก็ได้แล้วแต่ความเหมาะสม
3. กรณีองค์ประกอบของคณะกรรมการฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งว่างลงให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หรือสาธารณสุขอำเภอ เสนอบุคคลใหม่เพื่อแต่งตั้งทดแทน

การประชุม :

1. วางแผนและพัฒนาการปฏิบัติงานสาธารณสุขระดับอำเภอ
2. บันทึกการประชุมและสำเนาส่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกครั้ง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทบาทและหน้าที่

1.วางแผนพัฒนาและแผนปฏิบัติงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

2.ดำเนินงานตามแผนพัฒนาและแผนปฏิบัติงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

3.ติดตาม ควบคุม กำกับ นิเทศและประเมินผลงานตามโครงการที่วางไว้

4.ประสานงานและสนับสนุนแผนงานและโครงการพิเศษตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด

5.จัดตั้งและดำเนินการศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขระดับอำเภอ

6.งานอื่น ๆ ที่ คปสอ.เห็นสมควร

เนื่องจากปัจจุบันมีการพัฒนาทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จึงควรเพิ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) และองค์กรปกครองท้องถิ่น ร่วมเป็นกรรมการ คปสอ. ด้วย เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา และวาระของกรรมการควรเพิ่มเป็น 2 ปี นอกจากนี้อาจแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารสาธารณสุขอำเภอ / กิ่งอำเภอเพิ่มเติมเพื่อให้การบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข ทั้งด้านบริหาร บริการ วิชาการและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง พิจารณาให้ความเห็นชอบเรื่องการจัดสรรทรัพยากร การบริหารงานบุคคล วางแผนการปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ /กิ่งอำเภอ ตลอดจนประสานแผนการดำเนินงานของสาธารณสุขร่วมกับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ[5]

แนวคิดระบบบริหารและบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ

- **วิสัยทัศน์ของระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ**(Vision of District Health System) [21]

1.ความเชื่อมโยงของการดูแลระดับต้น (Primary Care) และศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย (Referral center) เป็นหนึ่งเดียว มีประสิทธิภาพ ไม่มีปัญหาเรื่องระบบส่งต่อผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพ ขณะเดียวกันที่การดูแลระดับต้นจะมีบริการแบบองค์รวมที่เป็นที่ยอมรับของชุมชน ถึงขั้นที่สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ในอนาคต

2.ใช้ศักยภาพของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เป็นฐานในการให้การศึกษาต่อเนื่องแก่เจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัยโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) และการนิเทศแบบให้การศึกษาต่อเนื่อง

3.ผู้ป่วยที่ต้องการ การดูแลระดับต้น จะถูกกลั่นกรองไว้โดยโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยมากขึ้น จนทำให้คนไข้ไปที่โรงพยาบาลทั่วไปลดลงเป็นลำดับ จนถึงขั้นที่ให้ความสนใจกับคลีนิคเฉพาะทาง(Special Clinic) และการส่งต่อ(Referral Ward)ได้เต็มภาคภูมิ

4.ประชาชนจะมีความเสมอภาค ในการเข้าถึงบริการใกล้บ้านและการดูแลระดับต้นจะได้รับการยอมรับจากชาวบ้านมากขึ้นโดยธรรมชาติ

5.ประชาชนจะมีส่วนร่วม ในการดูแลระดับต้นมากขึ้น และจะเป็นจุดแลกเปลี่ยนที่ชุมชนจะเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการการดูแลระดับต้น ในอนาคตถือเป็นการเปลี่ยนเจ้าของสถานีอนามัยจากรัฐเป็นชุมชน

6.ช่องว่างระหว่างระบบสุขภาพ(Health System) และชุมชน(Community) ระดับอำเภอจะลดแคบลงจนสามารถพัฒนาถึงขั้นบริหารจัดการด้วยตนเอง(Self – Management) และสามารถดูแลตนเอง(Self - Care) และชุมชนของตนเองได้ในที่สุด

อำพล จินดาวัฒนะ (2541) [8] กล่าวถึง การจัดบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ควรคำนึงถึงประเด็นสำคัญ 6 ประการ คือ

1. สถานบริการแต่ละแห่งมีพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน
2. ในภาพรวมทั้งระบบต้องมีครบทุกบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาประชาชน
3. สถานบริการต่างระดับต้องมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนไม่ซ้ำซ้อนกัน
4. สถานีอนามัยต้องเป็นบริการที่รับผิดชอบต่อปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในเขตทั้งหมดโดยมีระบบส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
5. ข้อมูลของผู้ใช้บริการต้องมีการส่งต่อโดยสะดวกตลอดระบบ
6. ทุกคนในระบบมีความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน

Cassels and Janovsky (1995) [22] กล่าวถึง การจัดบริการสาธารณสุขระดับอำเภอไว้ ดังนี้

การพัฒนาบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ที่พบว่า ไม่ประสบผลสำเร็จขาดความยั่งยืน จำเป็นต้องสร้างความเชื่อมั่นและเพิ่มทักษะให้ทีมบริหารจัดการ โดยกระบวนการบริหารจัดการต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลสถานการณ์ที่เป็นจริง และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ปัญหาการฝึกอบรมการบริหารจัดการไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะสิ่งที่เหลืออยู่หลังการฝึกอบรมไม่สามารถนำไปใช้ตอบสนองการแก้ปัญหาที่อยู่ในสถานการณ์ที่เป็นจริงได้

ทีมการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ประกอบด้วยบุคลากรหลัก เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าบริหาร เจ้าหน้าที่บัญชี ตัวแทนจากหน่วยงานสาธารณสุขอื่น ๆ รวมถึงหน่วยการศึกษา และภาคเกษตรกร นอกจากนี้ทีมบริหารจัดการจำเป็นต้องประสานงานกับองค์กรส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่น ๆ โดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาการบริหารจัดการด้านการเงิน การประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย จริยธรรมของผู้นำและการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นสัญญาณที่แสดงถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการแก้ไขที่พบบ่อยที่สุด ทีมงานควรค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ทั้งนี้ถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสมาชิก มิใช่ขึ้นกับการสั่งการของหัวหน้าทีมอย่างเดียว

การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ต้องอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสร้างเครือข่ายในการทำงานร่วมกัน คัดเลือกสมาชิกส่วนหนึ่งของเครือข่ายเป็นแกนกลางในการประสานงานมีบทบาทหน้าที่หลักในการให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานของทีม อย่างไรก็ตามพบว่า มีบางหน่วยงานที่ไม่มีความพร้อม ไม่สามารถเป็นที่ปรึกษาของหน่วยงานอื่น ๆ ได้ สมาชิกในเครือข่ายอื่น ๆ ก็สามารถให้การสนับสนุนในส่วนที่ขาดได้เช่นกัน

วิสัยทัศน์โรงพยาบาลชุมชน[8]

โรงพยาบาลชุมชนมีขนาดเหมาะสม สวยงามตามสภาพพื้นที่ มีครุภัณฑ์และอาคารสิ่งก่อสร้างที่ทันสมัยและมีการใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ มีบุคลากรที่มีจิตสำนึกและมีภูมิปัญญา ให้บริการที่มีมาตรฐานเป็นที่ประทับใจของประชาชน มีระบบเครือข่ายการส่งต่อและระบบสื่อสารที่รวดเร็ว มีการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัว และสามารถปรับตัวภายใต้บริบทที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการประสานงานและทำงานเป็นทีมงานสาธารณสุขระดับอำเภอ มีส่วนร่วมพัฒนาและส่งเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง พึ่งตนเองได้เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

วิสัยทัศน์สถานีอนามัย[23]

สถานีอนามัยในอนาคต พึงสามารถตอบสนองต่อการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและได้ใช้บริการอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น เสริมสร้างชุมชนและองค์กรชุมชน ทั้งภาครัฐและเอกชนให้สามารถจัดการป้องกัน ฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมและควบคุมกำกับ เสริมสร้างวิถีชุมชนให้เป็นไปในทิศทางที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิก ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน เอื้ออำนวยให้สมาชิกในชุมชนโดยเฉพาะผู้ที่สังคมพึงช่วยเหลือเกื้อกูลมีหลักประกันด้านสุขภาพ

การประสานงานของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ

การพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อให้บริการเข้าถึงชุมชนหน่วยงานที่ควรเน้น คือ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยงานส่วนราชการอื่น ๆ ที่ต้องให้การสนับสนุน ช่วยเหลือทางด้านวิชาการ กำลังคน และงบประมาณ[24] ดังนั้นการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย ซึ่งเป็นการประสานงานระหว่างหน่วยงาน จึงมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มุ่งให้บริการแบบผสมผสานทุกระดับครอบคลุมประชากรทั้งอำเภอ การบริการแต่ละระดับต้องมีความสัมพันธ์เชื่อมโยง ผสมผสานกันอย่างใกล้ชิดเป็นภาพรวมของระบบบริการสาธารณสุขของอำเภอ[10] ในการประสานงานระหว่างหน่วยงานควรพิจารณาถึงการประสานงานทั้งด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการและด้านการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข [24-25,40]

สำนักงานปลัดกระทรวง กองสาธารณสุขภูมิภาค (2541) [26] จัดประชุมสรุปกิจกรรมและแนวทางการประสานงานที่มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมและได้ผลดีมาแล้ว โดย คปสอ. คือ

1. ระบบคลังยาและเวชภัณฑ์
2. งานข้อมูลข่าวสาร
3. งานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
4. โครงการพัฒนาสถานีอนามัย
5. งานสาธารณสุขมูลฐาน
6. งานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

มีผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการหลายท่านได้ กล่าวถึง ปัญหาและแนวคิดการประสานงานเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ที่ผ่านมาจากอดีตจนถึงปัจจุบัน พอสรุปได้ดังนี้

ปัญหาการประสานงาน [6-8,10,17,27-30]

1. ระบบโครงสร้างการบริหารจัดการและสายบังคับบัญชาที่แตกต่างกัน
2. ผู้นำขาดศักยภาพในด้านการบริหารงาน ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์
3. โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ทำงานเป็นแบบแยกส่วนไม่เป็นทีมเดียวกัน ขาดความเข้าใจการทำงานซึ่งกันและกัน
4. การกำหนดบทบาทหน้าที่ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยไม่ชัดเจน ทิศทางการทำงานไม่เป็นแนวทางเดียวกัน
5. ขาดการดำเนินการร่วมกันอย่างจริงจังของทีมคปสอ.เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข
6. ระบบนิเทศและติดตามงานไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ไม่มีการติดตาม

และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

7. การจัดบริการที่ซ้ำซ้อน แข่งขันกันเอง ทั้งด้านการรักษาและการส่งเสริมป้องกันโรค และมีความขัดแย้งกันระหว่างหน่วยงาน

8. มีการรับบริการข้ามขั้นตอนสูงและระบบการส่งต่อที่ขาดประสิทธิภาพ

9. ระบบข้อมูลข่าวสารไม่สามารถตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

10. ขาดการสนับสนุนทรัพยากร กำลังคน งบประมาณ

แนวคิดการประสานงานเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ [10,24,31-36]

1.สร้างความเป็นเอกภาพของงานสาธารณสุขระดับอำเภอ โดยองค์กรประสานงานหรือจัดตั้งทีมแกนนำสุขภาพระดับอำเภอ(District Health Leading Team)มีการกำหนดโครงสร้างและแบ่งอำนาจหน้าที่อย่างชัดเจน

2.พัฒนาแนวคิดของผู้บริหารในเรื่องการบริหารงานในระบบราชการ เพราะถือว่าผู้บังคับบัญชาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการให้หน่วยงานปฏิบัติงานได้สำเร็จตามเป้าหมาย

3.เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ให้มีความรักความใกล้ชิด สนิทสนมกัน

4.พัฒนากำลังคนให้มีความรับผิดชอบ คุณธรรม จริยธรรมและทักษะในการประสานงานได้เป็นอย่างดี ทั้งด้านบริหารและบริการ มีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

5.มีการประชุมและจัดทำแผนร่วมกันเป็นทีมงาน ประกอบด้วยขั้นตอนการทำงาน วิธีการทำงานและแหล่งทรัพยากร เพื่อจัดบริการให้มีความครอบคลุมประชากร

6.ถือเป็นหน้าที่หลักของโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาและสนับสนุนสถานีอนามัย ทั้งด้านเวชภัณฑ์ ยา การส่งต่อผู้ป่วย การให้คำปรึกษาด้านรักษาพยาบาลทางวิทยุ โครงการแพทย์หมุนเวียนและฟื้นฟูวิชาการให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

7.โรงพยาบาลชุมชน ควบคุมกำกับงาน ดูแลและช่วยเหลือจัดทำเครือข่ายให้บริการที่มีลักษณะแบบผสมผสานครอบคลุมทั้งอำเภอ

8.โรงพยาบาลชุมชนให้การสนับสนุนโครงการแพทย์หมุนเวียน แต่ควรคำนึงถึงสถานที่และจำนวนแพทย์ว่ามีมากน้อยแค่ไหน รวมถึงความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ที่เหมาะสม การสร้างบุคลากร พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ควรพิจารณาและมีความเป็นไปได้มากกว่า

9.โรงพยาบาลชุมชนต้องประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแสดงบทบาทเป็น “คลังเวชภัณฑ์และความรู้ของสถานีอนามัย”

10.ปรับระบบการให้คำปรึกษา เพื่อให้การบริการที่สถานีอนามัยได้มาตรฐาน แพทย์ควรทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและแก้ไขปัญหาการทำงานเป็นเรื่อง ๆ ในส่วนที่ขาด

11.การนิเทศและประเมินผลโดยใช้ คปสอ. ควรพัฒนา คปสอ.ให้มีความเข้มแข็งก่อน

12.ใช้ศักยภาพของคปสอ.ที่มีความพร้อมให้การร่วมมือและสนับสนุนสถานีอนามัยทั้งอำเภอ

13.ให้ความสำคัญของข้อมูลข่าวสารและจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ปรับระบบข้อมูลข่าวสารให้สามารถใช้ประโยชน์เพื่อดูแลชุมชนแบบองค์รวมและต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลชุมชนได้ทั้งระบบ

14.ส่งเสริมให้มีการทำวิจัยระบบสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ถือเป็นการศึกษาต่อเนื่องที่สำคัญมาก ในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทั้งของโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย

15.ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ มีการศึกษาต่อเนื่องจนถึงระดับปริญญาตรี พร้อมมีตำแหน่งรองรับ

สำเริง แหยงกระโทก (2543:62) [10] กล่าวถึง ความสำเร็จในการดำเนินงานของคปสอ. คือ ความสำเร็จในการสร้างความเป็นเอกภาพของงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ

1. ความแตกต่างเรื่องการจัดบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ
2. แนวคิดเรื่องการบริหารงานในระบบราชการและทัศนคติต่อบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ
3. ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลของผู้บริหารระดับอำเภอ
4. ความสามารถในการบริหารจัดการและนโยบายจากจังหวัด

ระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ควรเป็นระบบเดียวที่เชื่อมโยงการทำงานระหว่างสถานบริการต่างระดับ เข้าร่วมกันอย่างผสมผสานและใกล้ชิด ระบบบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องประสานกันเป็นเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งจะต้องส่งต่อได้ทันทีตามสมควรแก่โรคที่ผู้ป่วยเข้าไปรักษา ไม่ว่าเขาจะเริ่มต้นรักษาที่สถานีอนามัยแห่งใด การส่งตัวนี้จะต้องเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทุกสถานที่รองรับซึ่งกันและกันอย่างถูกต้อง ฯลฯ ดังนั้น ระบบบริหารของสถานีอนามัย รพช. และรพท./รพศ. จึงจำเป็นต้องปรับให้อยู่ภายใต้ระบบเดียวกัน เพื่อจะใช้กลไกการบริหารและการคลังให้การรับประกันการส่งต่อตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิ สรุปโดยรวม คือ ก่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่าย การสนับสนุนวิชาการและการโยกย้ายเจ้าหน้าที่ [10]

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2531) [37] ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ โดย ส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลชุมชน 531 แห่ง ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการให้บริการด้านต่าง ๆ(ยกเว้นงานส่งเสริมสุขภาพ งานสุขาภิบาลและงานป้องกันโรค) เทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ พบว่า โรงพยาบาลชุมชนทุกขนาด มีความสามารถในการให้บริการต่างกัน โดยโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่จะมีความสามารถในการให้บริการสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงขึ้นไปมีความสามารถสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงและโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงมีความสามารถสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงและองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนที่สำคัญ คือ ขนาดของโรงพยาบาลชุมชน อัตรากำลัง จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานและความอาวุโสของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน

ผสมทรัพย์ ศุภธรรมกิจ (2532) [38] ศึกษาเชิงสำรวจปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน คปสอ. ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและสัมภาษณ์คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 185 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการปฏิบัติงาน คปสอ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) คือ อายุราชการ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในพื้นที่ การประสานงาน ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน จำนวนครั้งของการประชุมและการบริหารจัดการ ส่วน ปัจจัยด้าน เพศ ระดับความรู้ ระดับทัศนคติและมนุษยสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่กับ คปสอ. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ คปสอ.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$)

โครงการวิจัยระบบบริการสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2532) [34] ศึกษาวิจัยปฏิบัติการแบบแผนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (อำเภอนครหลวง) ในช่วง 1 กันยายน พ.ศ. 2531 ถึงตุลาคม พ.ศ. 2532 พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ร้อยละ 59.2 สามารถรักษาได้ที่สถานีอนามัย ร้อยละ 35.8 สามารถรักษาได้ที่โรงพยาบาลชุมชน มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ควรได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปและในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนมีประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52) สามารถรักษาได้ที่สถานีอนามัย แสดงว่า ระบบการส่งต่อมีปัญหามากและปัญหาดังกล่าวยังคงมีอยู่จนถึงปัจจุบัน

สมชัย ศิริกนกวิไล และคณะ (2534) [29] ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย วิเคราะห์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พบปัญหาและให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

- การบริหารจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร

1) ข้อมูลรายงานมีมากเกินไป ซ้ำซ้อน จังหวัด / ส่วนกลางควรลดรายงานลงให้น้อยที่สุด ส่งเฉพาะที่จำเป็น

2) ข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่ไว้ส่งต่อให้ส่วนกลางเท่านั้น ควรสนับสนุนการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการประเมินผลงานของตนเพื่อการพัฒนางานต่อเนื่อง (Self Evaluation)

3) ควรใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงานข้อมูลข่าวสาร เก็บข้อมูลเท่าที่จำเป็น ใช้ข้อมูลในการประเมินตนเอง ค้นคว้า วิจัยฐานข้อมูลที่จำเป็น ใช้พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

- การนิเทศงานค่อนข้างเป็นแบบทางเดียว การนิเทศไม่ทั่วถึงหรือไม่ต่อเนื่อง ควรเป็นลักษณะปรึกษาหารือกันและเป็นแบบสองทาง ใช้ความรู้/งานวิจัยมาพัฒนางานให้เป็นระบบ ใช้การควบคุมกำกับประเมินผล เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

กระทรวงสาธารณสุข กองสาธารณสุขภูมิภาค (2535) [39] ศึกษาวิจัยเรื่อง แนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ กระทรวงสาธารณสุขศึกษาเปรียบเทียบ คปสอ.ดีเด่นและคปสอ.ทั่วไป เสนอแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของ คปสอ. สำหรับโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดังนี้

โรงพยาบาลชุมชน

1) ควรมีการจัดทำคู่มือ/แนวทางการดำเนินงาน ให้กับผู้บริหารระดับอำเภอโดยเฉพาะผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่มีการโยกย้ายบ่อย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการบริหารงาน และควรให้ความรู้ความเข้าใจในแนวทางในระดับผู้ปฏิบัติด้วย

2) ควรให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นคลังสนับสนุนสถานีอนามัยในด้านครุภัณฑ์ / เวชภัณฑ์ / ยานพาหนะ

3) ควรให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากมีความพร้อมในด้านวัสดุ อุปกรณ์และเจ้าหน้าที่

4) ควรมีการศึกษา วิเคราะห์กลวิธีในการดำเนินงานสร้างส้วมครบ 100 % โดยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานโครงการอื่น ๆ ต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ[39]

1) ควรให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในแนวทางการดำเนินงาน คปสอ. แก่เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติ
2) ควรมีการประสานงานทุกรูปแบบกับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อขอรับการสนับสนุนในส่วนขาด
3) ควรให้ความสำคัญต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (2535) [40] ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแนวใหม่ ดังนี้

การบริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อการพัฒนาสาธารณสุขและแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชน ไม่ได้ขึ้นกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเท่านั้น หากมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยงานสาธารณสุข ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลด้านบริหาร วิชาการ และบริการด้วยเช่นกัน คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จะเป็นผู้ชี้แนะและร่วมปฏิบัติอย่างผสมผสานทรัพยากรเชิงบริหารทุกด้าน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า "คปสอ.คือ จุดแตกหักของการบริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอเพื่อการประสานงานอย่างแท้จริง" และได้กล่าวถึงอุดมการณ์พื้นฐานของ คปสอ. ไว้ดังนี้

1) มีความเป็นเอกภาพ(Unity of command) ในการกำหนดรูปแบบหรือขั้นตอนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างแม่นตรง และมีพลังร่วมอย่างเพียงพอในการปฏิบัติงาน

2) มีการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลและหน่วยงาน(Individual Difference)ทั้งข้อดีและข้อด้อยเพื่อจะได้เกื้อกูลต่อกัน

3) ยกเลิกหรือลืมเลือนความในใจ ในส่วนที่ต้องการกระทำด้วยมิจฉาทิฐิเฉพาะตน (Hidden Agenda)

4) ไม่ยึดมั่นหน่วยงาน ปริญญาและประสบการณ์ หากแต่ต้องยึดมั่นความเดือดร้อนของประชาชนเป็นตัวตั้ง(People Oriented)

บุญเรียง ชูแสงรัตน์และคณะ (2539) [33] ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและโดยนักวิจัยพื้นที่ระดับจังหวัด/อำเภอ พื้นที่ละ 1 คน โดยคัดเลือกพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันทางภูมิศาสตร์และการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม 10 ประเภท ทำการศึกษาวิจัยโดยการปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นระยะเวลา 21 วัน และวิจัยเชิงคุณภาพแบบสำเร็จเร่งด่วน โดยเก็บข้อมูลในพื้นที่ระดับตำบลพื้นที่ละ 3 วัน ศึกษาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของสถานีอนามัยในอนาคต พบว่า ด้านข้อมูลทั่วไป ในพ.ศ. 2539 สถานีอนามัย มีความครอบคลุม 7,307 ตำบลและครอบคลุมตำบลที่มิใช่ที่ตั้งของโรงพยาบาล มากกว่า 100% ตำบลที่มีสถานีอนามัยมากกว่า1 แห่งจำนวน 2,021 ตำบล สถานีอนามัยรับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 4,419 คน ปัจจุบันบทบาทหน้าที่ของสถานีอนามัยในการกลั่นกรองผู้ป่วยในระบบส่งต่อ(Refferal System) ยังไม่ดีนักมีการข้ามบริการของสอ.ไปรักษาที่โรงพยาบาลจำนวนค่อนข้างสูงเนื่องจากประชาชน

ขาดศรัทธาในศักยภาพของสถานีอนามัยทั้งด้านบุคลากร มาตรฐานการบริการ ความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ เสนอแนะให้พัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ส่งเสริมมีโอกาสศึกษาต่อเนื่องให้ถึงระดับปริญญาตรี โดยภายใน 20ปีข้างหน้า ผู้ที่ทำงานในสถานีอนามัย ควรมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรีทั้งหมด

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2539) [6] ศึกษาวิจัย ประเมินผลโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย พ.ศ. 2539 ข้อคิดเห็นจากการสัมภาษณ์บุคคล 12 ท่านในประเด็น

- ความคิดเห็นเกี่ยวกับ คปสอ.

1) คปสอ. ที่ดีต้องถือ แนวคิด “ระบบสถานีอนามัย คือส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล”

2) ต้องมีความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย

3) ปัญหาของ คปสอ. เกิดจากความแตกต่างด้านอายุของผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายบ่อย ความรู้และอัตรากำลังของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยมีน้อย

- ระบบการสนับสนุนของหน่วยงานสาธารณสุข

1) สถานีอนามัยต้องสร้างเครือข่ายในการประสานงาน และต้องมีวิธีการหลายหลาก โดยการสร้างเครือข่ายจากสถานีอนามัยขึ้นมาระดับอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ให้เชื่อมต่อกันได้ทั้งในแง่ความรู้ การส่งต่อผู้ป่วยและในระดับล่างคือ ประชาชนด้วย

2) ควรสนับสนุนให้มีการทำงานเป็นระบบโซน ให้โซนทำหน้าที่เหมือนสาธารณสุขอำเภอให้ 3 – 4 สถานีอนามัยเป็น 1 โซน โดยกำหนดบทบาทและการกระจายอำนาจในการบริหารงานให้โซน

3) โรงพยาบาลชุมชนต้องสนับสนุนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย เนื่องจากมีทรัพยากรมากกว่าทั้งนักวิชาการ รถยนต์ วัสดุอุปกรณ์ เงินงบประมาณ ฯลฯ

4) ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สร้างเครือข่าย ในการเรียนรู้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การทำงานร่วมกัน

5) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยต้องสร้างเครือข่ายเพื่อนที่มีอุดมการณ์เดียวกัน คอยให้คำแนะนำให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

6) ในสภาพความเป็นจริงสถานีอนามัยมีทรัพยากรน้อยที่สุด มีคุณภาพน้อยที่สุด ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด ในการมองภาพไปข้างหน้าต้องพิจารณาข้อจำกัดพื้นฐานนี้ด้วย

สุรพร ลอยหาและคณะ (2539) [3] ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพภาพลักษณ์โรงพยาบาลชุมชน ใน 2 ทศวรรษหน้า โดยสัมภาษณ์เจาะลึกอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จากผู้ทรงคุณวุฒิในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย พบว่า

1. ความสัมพันธ์ของโรงพยาบาลชุมชนกับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนควรจะมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านวิชาการและให้การปรึกษาแก่สถานีอนามัย ซึ่งมีความสำคัญในด้านการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Primary Health Care and Basic Medical Care) รวมถึงสวัสดิการในชุมชนด้วย

2.ปัจจุบันผู้อำนวยการโรงพยาบาลขาดความสัมพันธ์ที่ดี กับผู้นำด้านการปกครอง ซึ่งต่างจากสาธารณสุขอำเภอ

3. รูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนในอนาคตอีก20ปีข้างหน้า (พ.ศ.2560)จะเน้นการให้บริการเชิงรุกสู่ชุมชน ในเรื่องของการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพมากกว่าการรักษา โดยมีการนำระบบเครือข่ายทางสังคมในชุมชนเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยส่งผ่านทางเครือข่ายหรือองค์กรทางสังคม ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ในรูปของแผนและนโยบายด้านสาธารณสุขท้องถิ่นที่จะต้องนำมาประสานกับโรงพยาบาลชุมชนในรูปของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชนแบบผสมผสาน เพื่อกำหนดเป็นแนวทางการบริการด้านสาธารณสุขแก่ชุมชนให้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของชุมชน

4.ในอนาคตการจัดทีมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน ควรมีแพทย์ประจำสาธารณสุขอำเภอ เพื่อดูแลระดับปฐมภูมิ (Primary care) ก่อน เพื่อจะช่วยกรองผู้รับบริการให้แก่โรงพยาบาลชุมชน

5. สิ่งสำคัญที่เป็นตัวผลักดันให้บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนเปลี่ยนแปลง คือ สถานีอนามัย โดยจะเป็นตัวกรองผู้มารับบริการในระดับ Primary care ให้กับโรงพยาบาลชุมชนได้ถึง 70 % ดังนั้นจะต้องมีการเพิ่มศักยภาพให้กับสถานีอนามัย

6. การสร้างระบบเครือข่ายและกำหนดบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนที่จะให้การสนับสนุนส่วนขาด ด้านการบริการและการบริหารจัดการ การให้ความช่วยเหลือกัน โดยเครือข่ายที่เป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชนแบบผสมผสาน มีความคิดเห็นและยอมรับข้อตกลงในการให้ความช่วยเหลือร่วมกันตามขอบเขตที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน

8. โรงพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้การสนับสนุน ด้านวิชาการและฝึกทักษะในการดูแลตนเองรวมถึงบทบาทในการออกให้บริการเชิงรุกในชุมชนในเรื่องการดูแลตนเอง การสนับสนุนส่งเสริมและให้ความรู้แก่เครือข่ายและองค์กรชุมชนด้านสุขภาพ ทั้งในเชิงวิชาการและการฝึกทักษะ ส่วนด้านการบริการโรงพยาบาลต้องมีความชัดเจนในด้านการบริการรักษาในระดับทุติยภูมิ ส่วนในระดับปฐมภูมิจะเป็นบทบาทของเครือข่ายหรือองค์กรชุมชนด้านสุขภาพและสถานีอนามัย ปริมาณผู้มารับบริการจึงลดน้อยลงกว่าในปัจจุบัน

ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลชุมชนใน 2 ทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2560) พบว่า การบริหารจัดการควรเป็น "แบบอิสระและสามารถพึ่งตนเองได้" ในด้านการบริการควร"สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและปัญหาชุมชน"

ดวงพร เฮงบุณยพันธ์ (2539) [41] ได้ศึกษาวิจัย ประเด็นกลยุทธที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานของ คปสอ. ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า บทบาทและภารกิจของ คปสอ.ได้รับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นจุดแข็งของ คปสอ.และมีจุดอ่อน ที่ไม่มีเอกสารยืนยันได้ว่า คปสอ.ได้รับมอบอำนาจในการตัดสินใจอย่างเป็นทางการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและประเด็นที่อาจมีผลต่อการดำเนินงานของ คปสอ. 3 ประการ คือ

1) การสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโดยการบริหารงบประมาณบางส่วนร่วมกัน

2) การประเมินผลการดำเนินงานของ คปสอ. จำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกปีเพื่อสรุปปัญหาและแนวทางแก้ไขปรับปรุงร่วมกัน

3) การให้ คปสอ. มีส่วนร่วมในการจัดสรรทรัพยากรในระดับอำเภอ เนื่องจากคปสอ. ทราบถึงสถานภาพของปัญหาสาธารณสุขและข้อจำกัดของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับอำเภออย่างดี

มันทนา ประทีปะเสน และคณะ (2540) [23] ได้ศึกษาวิจัยทบทวนเอกสารสัมภาษณ์เจาะลึกผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย ตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงประชาชน สำรวจชุมชนและสถานีอนามัย โดยสุ่มเลือกจังหวัด 7 จังหวัด แต่ละจังหวัดเลือก 2 อำเภอ แต่ละอำเภอสุ่มเลือกสถานีอนามัย 3 แห่ง โดยให้เป็นสถานีอนามัยขนาดใหญ่ 1 แห่งและขนาดทั่วไป 2 แห่ง รวม 42 สถานีอนามัย ให้ข้อเสนอแนะบทสรุปสำหรับผู้บริหารการประเมินผลงานบริการสาธารณสุขระดับตำบลและมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) การพัฒนาบริการสาธารณสุขในระดับตำบลที่สำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพของสถานีอนามัยให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึงเพื่อลดการใช้บริการข้ามขั้นตอนโดยไม่จำเป็น

2) จำเป็นเร่งด่วนที่จะพัฒนาระบบการส่งต่อและระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อการบริหารจัดการการเฝ้าระวังสถานะทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยให้ครอบคลุมครบถ้วน

3) การปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากกว่าการขยายบริการด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัย ถึงแม้จะมีแพทย์อยู่ก็ไม่สามารถให้บริการได้อย่างเต็มความสามารถของแพทย์ ด้วยความจำกัดทางด้านบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ การมีบุคลากรด้านพยาบาลเวชปฏิบัติจะมีประสิทธิภาพมากกว่าและใช้ระบบส่งต่อที่รวดเร็ว จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

4) มีการกำหนดโครงสร้างและกลไกในการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารให้มีความต่อเนื่องเพื่อ

การรายงาน ติดตามและส่งต่อผู้ป่วย การสนับสนุนวิชาการและการบริหารจัดการ ตลอดจนการรายงานสถานการณ์ด้านสุขภาพและการเกิดโรคแก่หน่วยงานในระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันและระดับที่ต่ำกว่า รวมทั้งการรายงานต่อองค์การบริหารส่วนตำบล

อำพล จินดาวัฒนะและคณะ (2541) [8] ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ มุ่งศึกษาถึงลักษณะการทำงานของแพทย์และทีมงานโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง จากการศึกษาพบว่า

1) ภาวะผู้นำมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการทำงานสูง

2) การบริหารจัดการที่ดีอยู่บนพื้นฐานความคิดที่ทันสมัยไม่ยึดติดอยู่เพียงแต่กรอบแนวคิดของทางราชการเท่านั้น มีระบบการบริหารจัดการที่ชัดเจนให้ความสำคัญกับทีมงานอย่างทั่วถึง มีกลไกและสร้างแรงจูงใจส่งเสริมให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และร่วมมือกัน เพื่อใช้ศักยภาพในการทำงานอย่างเต็มที่

3) โรงพยาบาลชุมชนสามารถทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อของการใช้วิทยาการทางการแพทย์แผนปัจจุบันผสมผสานกับการแพทย์แผนไทยได้อย่างเป็นรูปธรรม

4) พบปัญหาการจัดบริการที่ซ้ำซ้อน (แข่งขันกันเอง) ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ปัญหาการข้ามขั้นตอนและปัญหาของระบบส่งต่อที่ขาดประสิทธิภาพ

5) มีการนำแนวคิดการบริบาลที่บ้าน (home health care) มาใช้ในการขยายงานการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังไปยังบ้านและชุมชนมากขึ้น

6) สามารถทำหน้าที่เป็นแกนหลัก เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนพัฒนาคุณภาพชีวิตและพัฒนาคุณภาพตนเองตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานและสนับสนุนให้ประชาชนร่วมกันพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนได้ผลเป็นรูปธรรม โดยดำเนินการในรูปแบบของการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ไปพร้อม ๆ กับประชาชนและทำงานสอดคล้องประสานกับพันธมิตรอื่น ๆ ทั้งในและนอกชุมชน

ปรีดา แต้อารักษ์และคณะ (2542) [47] ศึกษาภาพลักษณ์และกลยุทธการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในสองทศวรรษหน้า ในมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิและการสัมภาษณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง ๆ 22 ท่าน พบว่า ภาพลักษณ์โรงพยาบาลชุมชนในอนาคตส่วนหนึ่ง ควรจะเป็น ดังนี้

1. สถานบริการในชุมชนที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับสถานีอนามัยและสถานพยาบาลอื่น ๆ และเชื่อมโยงกับชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและชุมชนอย่างเบ็ดเสร็จ และผสมผสานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

2. เป็นสถานบริการที่ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและดำเนินการในรูปขององค์การมหาชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. มีความเชื่อมโยงกับบริการขั้นสูงอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในด้านวิชาการและการสนับสนุนทรัพยากร

กลยุทธหนึ่งที่จะทำให้เกิดภาพลักษณ์ดังกล่าว โดยการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารจัดการ ซึ่งอาจมีหลากหลายรูปแบบ เช่นองค์กรมหาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือแบบเดิม แต่จะต้องมีการปรับโครงสร้างในการบริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย) ให้อยู่ในเครือข่ายเดียวกันและมีระบบบริหารจัดการที่มีความเชื่อมโยงเป็นเอกภาพ

อำพล จินดาวัฒนะและคณะ (2542) [43] ศึกษาวิเคราะห์ นโยบายและการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตและวิจัยภาคสนาม เพื่อศึกษาสถานการณ์ของโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษา 12 แห่ง ส่วนหนึ่งพบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีการพัฒนาบริการด้านการรักษาพยาบาลมาก ซึ่งเป็นการพัฒนาในสถานบริการแบบตั้งรับและเป็นเอกเทศอย่างชัดเจน มีการพัฒนาบริการด่านหน้า พัฒนามาตรฐานบริการมากขึ้นตามลำดับ การพัฒนาด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค มีการพัฒนาการทำงานเชิงรุกในชุมชนบ้าง แต่ไม่มากนักและไม่ชัดเจนเมื่อเทียบกับงานตั้งรับเพื่อการรักษาพยาบาล การสนับสนุนสถานีอนามัย องค์กรท้องถิ่น องค์กรเครือข่ายอื่น ๆ และงานสาธารณสุขมูลฐานน้อยลงอย่างชัดเจน ลักษณะจำเพาะของโรงพยาบาลชุมชนลดน้อยลงไปมาก กลายเป็นโรงพยาบาลแบบทั่ว ๆ ไปมากขึ้น ส่วนสถานีอนามัยมีการพัฒนาบริการมากขึ้น แต่เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนแล้วยังห่างกันมากและมีลักษณะแข่งขันกันเอง ไม่เป็นระบบบริการสาธารณสุขเดียวกันที่ต้องช่วยเหลือเกื้อกูลกันอย่างผสมกลมกลืน โรงพยาบาลชุมชนมีการสนับสนุนสถานีอนามัยบ้าง เช่น เป็นคลังยาอำเภอ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นต้น แต่บทบาทการนิเทศ การเป็นพี่เลี้ยง การพัฒนาระบบส่งต่อให้มีคุณภาพลดลงไปอย่างมาก ชุมชนมีโอกาสร่วมคิด ร่วมบริหาร ร่วมรับรู้การบริหารของโรงพยาบาลไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นรูปการระดมทรัพยากรสนับสนุนโรงพยาบาล โดยภาพรวมโรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพสูงมากทั้งในด้านอาคารสถานที่ ทรัพยากร กำลังคน มีองค์ความรู้เทคโนโลยีมากจนถึงขั้นที่กล่าวได้ว่า เป็นองค์กรในระดับอำเภอที่มีศักยภาพสูงมากและมีอิสระมากในการทำงาน

ทวีเกียรติ บุญไพศาลเจริญ (อ้างในยงยุทธ พงษ์สุภาพ : 2542) [4] ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการสร้างเครือข่ายบริการระดับต้นด้วยกันเอง ระหว่างสถานบริการระดับต้นกับระดับโรงพยาบาลเพื่อไม่ให้เกิดช่องว่างในการให้บริการสาธารณสุข เน้นการสร้างเครือข่ายสถานีอนามัยโดยพยายามที่จะส่งเสริมให้เกิดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอต้องพยายามทำให้สถานีอนามัยที่มีอยู่นั้นเป็นหน่วยบริการของโรงพยาบาลที่ขยายออกไปในชุมชน

ธวัชชัย วานิชชากร, ดรุณี โพธิ์ศรีและชาตรี นันทพานิช (2543) [44] ศึกษาการบริหารงานสาธารณสุขโดยเน้นการประสานพื้นที่ ภารกิจและการมีส่วนร่วมของประชาชน กรณีศึกษาจากประสบการณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร สรุปได้ว่า

- ปัญหาปัจจุบัน โครงสร้างของระบบราชการและการจัดองค์กรสาธารณสุขยังไม่สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม อาทิเช่น การปฏิรูปเศรษฐกิจแบบพึ่งตนเอง การปฏิรูประบบราชการ การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น การปฏิรูประบบการศึกษา รวมถึงการริเริ่มแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ

- แนวคิดการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาองค์กร

1) ศึกษาประสบการณ์และบทเรียนจากอดีต

2) มองอนาคต คำนึง ถึง สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร

3) ปรับเปลี่ยนและพัฒนาอย่างเป็นระบบคู่กับพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

4) เน้นการทำงานเป็นทีม(Team working) และการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม(Team Learning)

5) การทำงานเป็นระบบ(System Working) จนพัฒนาไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)ที่มีประสิทธิภาพ

6) สร้างค่านิยมและวัฒนธรรมขององค์กร เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความรู้และเจตคติของผู้ให้บริการแตกต่างกัน ไพบูลย์ เอี่ยมอินทร์ (2542) [45]และพรทิพย์ อุ่นโกมล(2532)[46] ศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ด้านการบริหาร บริการ วิชาการ และรวมทุกด้านของหัวหน้าฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรคโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับการศึกษาของปลายมาศ ขุนภักดี (2531)[47] พบว่า อายุของหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานด้านบริหาร วิชาการ และผลการปฏิบัติงานโดยรวมทุกด้าน

ระดับการศึกษา จากการศึกษาของโสภา จั่นนพรัตน์ (2541) [48] พบว่า หัวหน้าฝ่ายที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการบริหารแตกต่างกัน ขัดแย้งกับ สมนึก มณีกาญจน์(2541) [49] พบว่า วุฒิการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่อคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.) และเพชรา คุณสันติพงษ์ (2531) [7] พบว่า ผู้ที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีความต้องการรับการนิเทศสูงกว่าผู้ที่วุฒิการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป

ตำแหน่ง จากการศึกษาของไพบูลย์ เอี่ยมอินทร์ (2542) [45] พบว่า ตำแหน่งของผู้ให้บริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความรู้และเจตคติของผู้ให้บริการทางสุขภาพแตกต่างกัน สอดคล้องกับ การศึกษาของโกศล ชมวงศ์ (2542) [50] พบว่า ตำแหน่งปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน มีผลให้ทัศนะของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อคุณลักษณะของสาธารณสุขอำเภอด้านบุคลิกภาพ มนุษยสัมพันธ์แตกต่างกัน และการศึกษาของโสภา จั่นนพรัตน์ (2541) [48] พบว่า หัวหน้าฝ่ายที่มีตำแหน่งแตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการบริหารแตกต่างกัน

ประสบการณ์ การศึกษาของโกศล ชมวงศ์ (2542) [50] พบว่า ประสบการณ์ปฏิบัติงานที่แตกต่างกันมีผลให้ทัศนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อคุณลักษณะของสาธารณสุขอำเภอด้านการบริหารแตกต่างกัน สอดคล้องกับสุชารัตน์ หมายเจริญ(2542) [51] พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ขัดแย้งกับสมหมาย ทองเกตุ(2542)[52] พบว่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการนิเทศงานสาธารณสุขโดย คปสอ.

ขนาดโรงพยาบาล จากการศึกษาของสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ(2535) [37] พบว่า โรงพยาบาลชุมชนทุกขนาด มีความสามารถในการให้บริการต่างกัน โดยโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่จะมีความสามารถในการให้บริการสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงขึ้นไปมีความสามารถสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงและโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงมีความสามารถสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง สอดคล้องกับภรณี กีร์ติบุตร (2529) [53] ที่ว่าขนาดขององค์กรมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร โดยขนาดขององค์กรที่เพิ่มขึ้นจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพขององค์กร และการศึกษาของปลายมาศ ขุนภักดี(2533) [48] พบว่า ขนาดของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านวิชาการ การประสานงาน และผลการปฏิบัติงานรวมทุกด้าน

ผู้บริหาร /ผู้นำ โกศล ชมวงศ์ (2542) [50] พบว่า บุคลิกภาพและมนุษยสัมพันธ์ของผู้บริหารมีผลให้ทัศนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อคุณลักษณะของสาธารณสุขอำเภอที่พึงประสงค์แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของโสภา จั่นนพรัตน์ (2541) [48] ซึ่งพบว่า หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพควรเป็นแบบมุ่งสัมพันธ์ มีลักษณะภาวะผู้นำแบบสายกลาง มีความสามารถเด่นในเรื่องความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนางาน มีมนุษยสัมพันธ์และการประสานงานดีและการศึกษาของกรวิกา พรมจวง (2541) [54] พบว่า แบบของผู้นำมีความสัมพันธ์กับบรรยากาศการทำงานขององค์กร ผู้นำที่มีประสิทธิภาพในการทำงานมากที่สุด คือ ผู้นำที่เน้นการทำงานเป็นทีม

จำนวนผู้ปฏิบัติงาน จากการศึกษาของ อำพล จินดาวัฒนะและสมศักดิ์ น่วมนุ่ม พบว่า จำนวนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเฉลี่ยต่อแห่ง 2 คน(พ.ศ.2529) [55] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ (2539) [4] ศึกษาพบว่า จำนวนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเฉลี่ยต่อแห่ง 2.45 คน (พ.ศ.2532) 3.03 คน (พ.ศ.2538) 3.08 คน (พ.ศ.2539) ซึ่งตามเป้าหมายกองสาธารณสุขภูมิภาค (พ.ศ.2542) [5] กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่เฉลี่ย 6 คนต่อสถานีอนามัยขนาดใหญ่ และ 3 คนต่อสถานีอนามัยทั่วไป ตามกรอบอัตรากำลังของสถานีอนามัย 3 ปี รอบที่ 3 (พ.ศ.2538 - 2540) [1] กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มี จำนวนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเฉลี่ยต่อแห่ง 6 คนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลี่ยต่อแห่ง 7 คน ใน พ.ศ. 2542 พบว่า มีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเฉลี่ยต่อแห่ง 3.20 คน

จำนวนประชากร จากการศึกษาของสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ (2539) [6] ศึกษาพบว่า สัดส่วนประชากรต่อสถานีอนามัย 4,503 คน (พ.ศ.2538) และ 4,419 คน (พ.ศ.2539) ซึ่งตามเป้าหมายอัตราความครอบคลุมประชากรของสถานีอนามัย กำหนดตัวชี้วัดตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย โดยมีสัดส่วนประชากรต่อสถานีอนามัยไม่มากกว่า 5000 คนต่อแห่ง และกำหนดให้มีมาตรฐานสัดส่วนประชากรต่อสถานีอนามัย 3,000 คน ซึ่งพบว่า สัดส่วนประชากรต่อสถานีอนามัยลดลงเป็น 4,172 คน(พ.ศ. 2541) [1]

ระยะทาง จากการศึกษาของประทีป ชาญสมัย(2540) [55] พบว่า ระยะทางจากสาธารณสุขอำเภอถึงสถานีอนามัย มีอิทธิพลเชิงบวกกับการจัดลำดับของปัญหาและอุปสรรคในการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ระยะทางเฉลี่ยจากสำนักงานสาธารณสุขถึงสถานีอนามัย 10.26 กิโลเมตร การศึกษาของมันทนา ประทีปะเสน (2543) [23] พบว่า ระยะเวลาในการเดินทางเฉลี่ยที่ประชาชนสามารถเดินทางไปสถานีอนามัย ไม่เกิน 30 นาที ระยะทางจากหมู่บ้านใกล้ที่สุดไม่เกิน 10 กิโลเมตร และอำพล จินดาวัฒนะและสมศักดิ์ น่วมนุ่ม (2529) [56] พบว่าระยะทางระหว่างสถานีอนามัยถึงตัวอำเภอเฉลี่ย 14.8 กิโลเมตร

จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ การศึกษาของสมหมาย ทองเกตุ(2542) [52] พบว่า จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการนิเทศงานสาธารณสุขโดย คปสอ. การศึกษาของประทีป ชาญสมัย(2540) [55] พบว่า จำนวนสถานีอนามัยในความรับผิดชอบ มีอิทธิพลเชิงบวกกับการจัดลำดับของปัญหาและอุปสรรคในการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และอำพล จินดาวัฒนะและสมศักดิ์ น่วมนุ่ม (2529) [56] พบว่า สถานีอนามัยรับผิดชอบหมู่บ้านเฉลี่ยต่อแห่ง 9.9 หมู่บ้าน

ระบบข้อมูลข่าวสาร จากการศึกษาของสมภพ อาจชนะศึก(2541) [57] พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความผันแปรต่อการยอมรับการมีส่วนร่วมของประชาชนและโกเมธ นาควรรณกิจ (2540) [58] พบว่า ระบบข้อมูลข่าวสาร ในรูปแบบที่เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารและคอมพิวเตอร์ ต้องมีการ จัดระบบงานที่ชัดเจน ทั้งระบบบริการ ระบบสนับสนุนบริการ ระบบพัฒนาบริการและระบบบริหาร จัดการการจัดโครงสร้างขององค์กร พร้อมกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและตำแหน่งให้ชัดเจน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study)

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั่วประเทศ

ประชากรที่ศึกษา (Study Population) คือ ผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนทุกภาคของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 4 ภาค แบ่งเป็นเขตสาธารณสุข 12 เขต โดยภาคกลางมี 4 เขต (เขต1-4) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมี 3 เขต (เขต5-7) ภาคเหนือมี 3 เขต(เขต8-10) ภาคใต้มี 2 เขต (เขต11-12) ในแต่ละเขตประกอบด้วยจังหวัดต่าง ๆ แต่ละจังหวัดประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอมีจำนวนทั้งหมด 712 แห่งและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 712 แห่ง(อำเภอที่ไม่มีโรงพยาบาลชุมชนจะไม่อยู่ในกรอบตัวอย่าง)

ตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชน ที่ถูกสุ่มเลือกโดยวิธี การเลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน(Multistage Cluster Sampling) และการสุ่มเลือกอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 1,252 คน ตามแผนภูมิที่ 2 และตารางที่ 3.1

หน่วยตัวอย่าง (Sampling unit) คือ โรงพยาบาลชุมชน

หน่วยการศึกษา (Study unit) คือ ผู้ปฏิบัติงานสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนที่สุ่มเลือกได้

ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

ผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุข รวม 36,235 คน[1,6]

ขนาดตัวอย่างโดยประมาณ สูตร Yamane [14] $n = N/(1+Ne^2)$

N = ขนาดประชากร(36,235) n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

e= ความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้เท่ากับ 0.05

$n = (36,235)/(1 + 36,235 (0.05)^2)$ = 396 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 400 คน

เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบ cluster sampling จึงมีความแปรปรวนของประชากรมาก (Design effect) ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Design effect เป็น 2 เท่าของขนาดตัวอย่าง ที่คำนวณได้ คือ 800 คน (อ้างใน Lemeshow S ; 1990:47) [59]

เทคนิคการเลือกตัวอย่าง [60] (Sampling techniques)

ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ Multistage Cluster sampling มีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

ขั้นที่ 1 ประเทศไทยมี 4 ภาค แบ่งเป็น 12 เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 75 จังหวัด

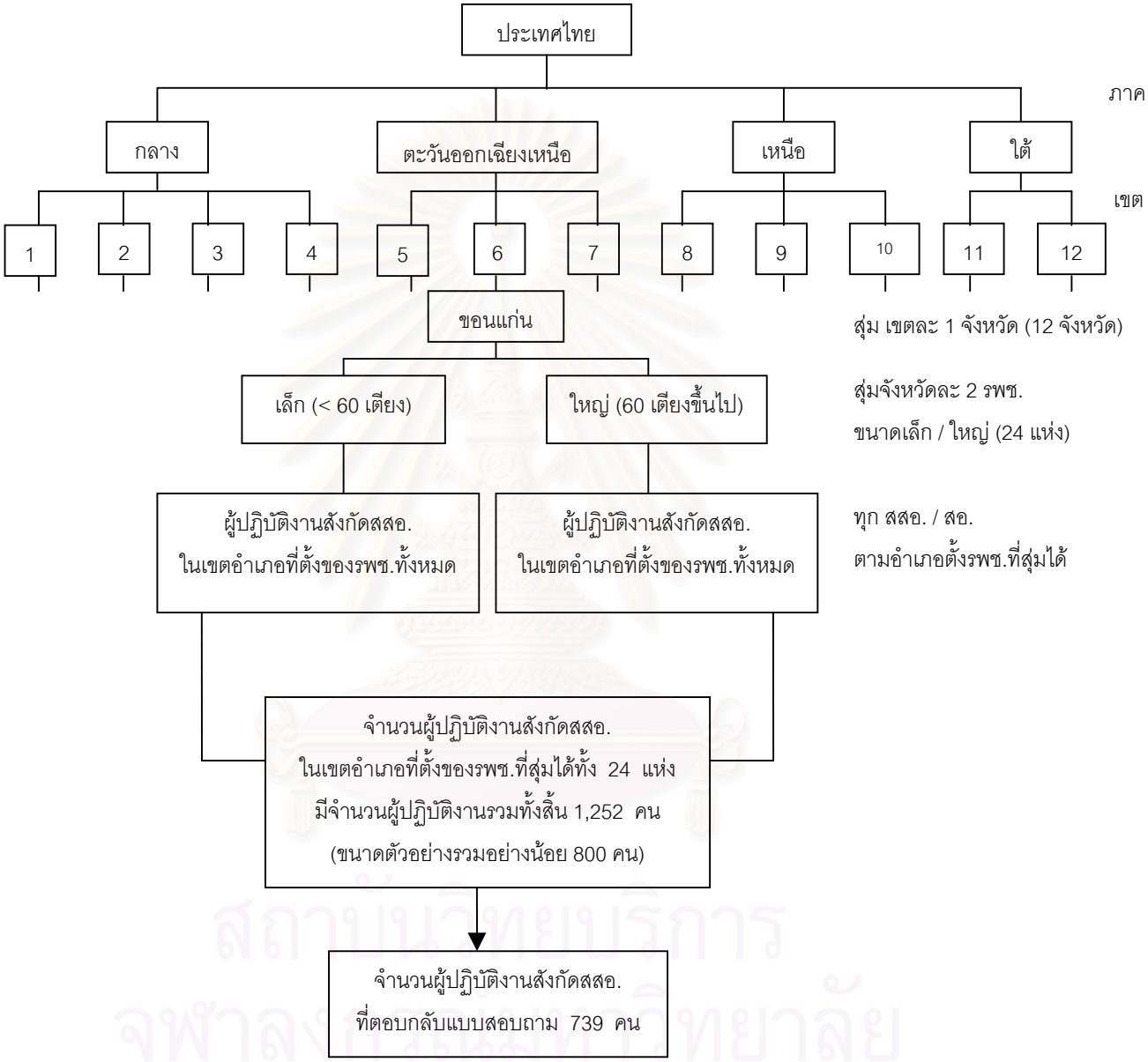
ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากรายชื่อจังหวัด 1 จังหวัด ในแต่ละเขต ทั้ง 12 เขต จะได้ 12 จังหวัด

ขั้นที่ 3 ในแต่ละจังหวัดที่สุ่มได้ แบ่งโรงพยาบาลชุมชนออกเป็นขนาดเล็ก(< 60 เตียง) และขนาด ใหญ่ (60 เตียงขึ้นไป) สุ่มอย่างง่ายโดยจับสลากรายชื่อ[61] โรงพยาบาลชุมชนจากขนาดใหญ่ 1 แห่ง และขนาดเล็ก 1 แห่ง จากทั้ง 12 จังหวัด ได้รายชื่อโรงพยาบาลชุมชน รวม 24 แห่ง

ขั้นที่ 4 กำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง (อย่างน้อย 800 คน) ได้รายชื่อดัง ตารางที่ 3.1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 2 แสดงการสุ่มตัวอย่าง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3.1 การสุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 24 แห่ง

ภาค	เขต	จังหวัด	ขนาดรพช.	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.
กลาง	1	พระนครศรีอยุธยา	30	วังน้อย
กลาง	1	พระนครศรีอยุธยา	60	นครหลวง
กลาง	2	นครนายก	10	ปากพลี
กลาง	2	นครนายก	60	องครักษ์
กลาง	3	ชลบุรี	30	หนองใหญ่
กลาง	3	ชลบุรี	90	บ้านบึง
กลาง	4	ราชบุรี	30	โพธาราม
กลาง	4	ราชบุรี	60	จอมบึง
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5	ชัยภูมิ	30	หนองบัวระเหว
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5	ชัยภูมิ	90	ภูเขียว
ตะวันออกเฉียงเหนือ	6	ขอนแก่น	30	อุบลรัตน์
ตะวันออกเฉียงเหนือ	6	ขอนแก่น	90	กระนวน
ตะวันออกเฉียงเหนือ	7	ศรีสะเกษ	30	ศรีรัตนะ
ตะวันออกเฉียงเหนือ	7	ศรีสะเกษ	90	กันทรลักษณ์
เหนือ	8	อุทัยธานี	30	บ้านไร่
เหนือ	8	อุทัยธานี	60	ทัพทัน
เหนือ	9	พิจิตร	30	โพทะเล
เหนือ	9	พิจิตร	90	ตะพานหิน
เหนือ	10	ลำพูน	30	ลี้
เหนือ	10	ลำพูน	60	ป่าซาง
ใต้	11	นครศรีธรรมราช	30	ปากพนัง
ใต้	11	นครศรีธรรมราช	60	ท่าศาลา
ใต้	12	สงขลา	30	รัตภูมิ
ใต้	12	สงขลา	60	ระโนด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การสังเกตและการวัด (Observation and Measurement)

1) ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่

1.1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่ง ประสบการณ์การเป็นกรรมการ คปสอ.

1.2) ลักษณะทั่วไปของหน่วยงาน เช่น ที่ตั้งตามภาค ขนาดโรงพยาบาล ขนาดของสถานีอนามัย ระยะห่างจากโรงพยาบาล จำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ

2) ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่ ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่อการประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชน ตามความเป็นจริงในปัจจุบันและการให้ความสำคัญของการประสานงานต่อการจัดบริการสาธารณสุข โดยแบ่งเป็น ด้าน 4 ด้าน ดังนี้ การบริหาร บริการ วิชาการ และการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ตั้งแต่ พฤษภาคม 2543 – เมษายน 2544

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย (Instrument)

ใช้แบบสอบถาม(Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง [8,62-64] ซึ่งครอบคลุมตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่1

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง การเป็นบุคคลในพื้นที่ปฏิบัติงาน

ข้อมูลของหน่วยงาน ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงาน ที่ตั้ง ระยะห่างจากโรงพยาบาล จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ ประชากรในเขตรับผิดชอบ ระยะเวลาตั้งแต่เปิดดำเนินการ การมีรถบริการส่งต่อผู้ป่วย การใช้วิทยุสื่อสาร การใช้คอมพิวเตอร์สื่อสาร จำนวนผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ประสบการณ์เป็นคณะกรรมการ ในคปสอ. ประธานคปสอ. การได้รับรางวัลดีเด่น ความสัมพันธ์ของผู้บริหาร ระบบข้อมูลข่าวสาร

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบมีข้อให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ

ส่วนที่ 2

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบจำนวน 61 ข้อ แบ่งความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับของการให้ความสำคัญและความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริง ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยแบ่งเป็นความคิดเห็นต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในด้าน

- การบริหาร จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย
  (1) การจัดการองค์กร 12 ข้อ
  (2) การจัดการทรัพยากร 7 ข้อ
- การบริการ จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย
  การจัดบริการสาธารณสุขและการส่งต่อผู้ป่วย 22 ข้อ
- วิชาการ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย
  (1) การพัฒนาบุคลากรและการนิเทศงาน 7 ข้อ
  (2) ระบบข้อมูลข่าวสาร 7 ข้อ
- การมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข จำนวน 6 ข้อ

ความคิดเห็นโดยมีเกณฑ์การวัดผล[14,17,62,65] ใน 2 ด้าน คือ

การให้ความสำคัญ หมายถึง ความสำคัญของการประสานงาน ในกิจกรรมนั้นๆตามความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามมีความสำคัญมากหรือน้อยเพียงใด

สภาพเป็นจริง หมายถึง การประสานงานตามกิจกรรมนั้นๆ ตามความเป็นจริงในปัจจุบัน โดยจัดทำเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

5 = มากที่สุด หมายถึง ให้ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง เท่ากับ 81 – 100 %

4 = มาก หมายถึง ให้ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง เท่ากับ 61 – 80 %

3 = ปานกลาง หมายถึง ให้ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง เท่ากับ 41 - 60 %

2 = น้อย หมายถึง ให้ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง เท่ากับ 21 - 40 %

1 = น้อยที่สุด หมายถึง ให้ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง เท่ากับ 0 - 20 %

ส่วนที่ 3

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการประสานงานร่วมกัน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือกตอบ(Check list) และคำถามปลายเปิดเติมข้อความ

การตรวจความสมบูรณ์และถูกต้องของแบบสอบถาม

1) ความถูกต้องตามเนื้อหา(Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 7 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและรายละเอียดของข้อคำถาม ความเหมาะสมของภาษาในข้อคำถามทุกข้อ นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2) ความน่าเชื่อถือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาแล้วไปทดสอบ(Pretest Questionnaire) กับประชากรที่ลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 ราย และนำไปแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปใช้จริงและหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's coefficient alpha)[67]

ค่าความน่าเชื่อถือที่คำนวณได้ในแต่ละส่วนของแบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่มีความน่าเชื่อถือสูง ดังนี้

ความน่าเชื่อถือในด้าน	**ค่าสปส.ครอนบาคอัลฟา**
• การให้ความสำคัญต่อการประสานงานโดยรวม	0.9783
• สภาพเป็นจริงของการประสานงานโดยรวม	0.9482
• การให้ความสำคัญต่อการประสานงานด้านการบริหาร	0.9309
• สภาพเป็นจริงของการประสานงานด้านการบริหาร	0.8709
• การให้ความสำคัญต่อการประสานงานในด้านการบริการ	0.9635
• สภาพเป็นจริงของการประสานงานด้านการบริการ	0.8842
• การให้ความสำคัญต่อการประสานงานด้านวิชาการ	0.8682
• สภาพเป็นจริงของการประสานงานด้านวิชาการ	0.7416
• การให้ความสำคัญของการประสานงานด้านการมีส่วนร่วม	0.9605
• สภาพเป็นจริงของการประสานงานด้านการมีส่วนร่วม	0.9360

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

(1) เตรียมอุปกรณ์การวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็น

(2) ขอความร่วมมือจากกองสาธารณสุขภูมิภาคสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในการออกหนังสืออย่างเป็นทางการ พร้อมแบบสอบถามส่งให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อมอบหมายให้นักวิชาการสาธารณสุขประจำอำเภอเป็นแกนกลางในการจัดส่งและเก็บรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับ รวมทั้งประสานงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดช่วยในการกำกับและติดตามแบบสอบถาม

(3) หลังจากส่งแบบสอบถามออกไปประมาณ 3 สัปดาห์ ส่งหนังสือติดตามจากกองสาธารณสุขภูมิภาคพร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบถามที่ได้รับกลับมา

(4) โทรศัพท์ติดตามเป็นระยะ เพื่อติดตามแบบสอบถามที่ยังไม่ได้กลับมาทุกแห่ง รวมทั้งขอข้อมูลเพิ่มเติมจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่กรอกแบบสอบถามยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ หากติดต่อไม่ได้หรือพบว่าแบบสอบถามสูญหาย จะส่งแบบสอบถามไปใหม่

(5) ขอความร่วมมือจากชมรมศิษย์เก่าเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช่วยติดตามแบบสอบถาม

(6) สร้างคู่มือการลงรหัส

(7) แปลงข้อมูลที่ได้เป็นรหัส ตามคู่มือลงรหัสที่จัดเตรียมไว้ พร้อมที่จะนำไปบันทึกข้อมูลด้วย SPSS for Windows

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่ได้แปลงรหัส ตามคู่มือที่จัดเตรียมไว้ มาสร้างแฟ้มข้อมูล บันทึกลงในเครื่องไมโครคอมพิวเตอร์ ประมวลผลด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows วิเคราะห์ข้อมูลโดย

1.ใช้สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics) มีรายละเอียด [60,66] ดังนี้

1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ(Quantitative Data)

1.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง อายุงาน สรุป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นตาราง

1.1.2 ลักษณะทั่วไปของหน่วยงาน ได้แก่ ระยะห่างจากโรงพยาบาล จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ จำนวนประชากร สรุป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานนำเสนอเป็นตาราง

1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data)

1.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์เป็นกรรมการ คปสอ.สรุปโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ สัดส่วนนำเสนอเป็นตาราง

1.2.2 ลักษณะทั่วไปของหน่วยงานและปัจจัยอื่น ๆ เช่น ที่ตั้งตามภาค ขนาดโรงพยาบาล ประเภทของหน่วยงาน ความสัมพันธ์ของผู้บริหาร ระบบข้อมูลข่าวสาร สรุปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ นำเสนอเป็นตาราง

1.2.3 การให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงเกี่ยวกับการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน ในด้านการบริหาร การบริการ วิชาการ การมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข สรุปโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย นำเสนอเป็นตาราง

2.ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ในการทดสอบสมมุติฐานการวิจัยโดย[62,66,67]

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความสำคัญกับสภาพเป็นจริงโดยนำผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญกับสภาพเป็นจริง มาทดสอบเงื่อนไขการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S) พบว่า มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ดังนั้น จึงใช้ paired t-test ในการทดสอบ

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญและสภาพเป็นจริง ต่อการประสานงานด้านการบริหาร การบริการ วิชาการ และการมีส่วนร่วม ตาม ปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะทั่วไปของหน่วยงาน โดยการรวมคะแนนทั้งหมดของทุกข้อในด้านนั้น ๆ นำไปทดสอบเงื่อนไขการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S) พบว่า มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (โค้งเบ้ซ้าย) ทั้ง 4 ด้าน ดังนั้น จึงใช้

- Mann-Whitney U-test สำหรับตัวแปรที่มีลักษณะ 2 กลุ่ม (Categories)
- Kruskal-Wallis H test สำหรับตัวแปรที่มีลักษณะมากกว่า 2 กลุ่ม (Categories)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกี่ยวกับการประสานงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย โดยแบ่งเป็นด้านการบริหาร บริการ วิชาการและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยศึกษาในผู้ปฏิบัติงาน ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยขนาดใหญ่ และสถานีอนามัยทั่วไป ในเขตที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนที่สุ่มได้ 24 แห่งมีผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด 1,252 คน กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมด 739 คน คิดเป็นร้อยละ 59.0 (ใกล้เคียงกับขนาดตัวอย่าง 800 คน) ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน 2543 – ธันวาคม 2543 โดยการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การตอบกลับของข้อมูล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลลักษณะหน่วยงานและปัจจัยอื่น ๆ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

- การให้ความสำคัญต่อการประสานงาน
- สภาพเป็นจริงของการประสานงาน
- ความแตกต่างของความคิดเห็นระหว่างการให้ความสำคัญกับสภาพเป็นจริงของการประสานงาน

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานตามปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะหน่วยงาน

- เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้ความสำคัญตามปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะหน่วยงาน
- เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสภาพเป็นจริงของการประสานงานตามปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะหน่วยงาน

ส่วนที่ 6 ปัญหาและข้อเสนอแนะ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 การตอบกลับของข้อมูล

จากการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่สุ่มตัวอย่างได้ส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง(ร้อยละ 32.9) มีการตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 739 คน จากจำนวน 1,252 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 59.0 โดยภาคเหนือมีอัตราการตอบกลับแบบสอบถามมากที่สุด(ร้อยละ 63.3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำที่สุด ร้อยละ 51.0 (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของการตอบกลับแบบสอบถาม จำแนกตามภาค

ภาค	จำนวนผู้ปฏิบัติงาน		อัตราตอบกลับ	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
กลาง	412	32.9	256	62.1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	296	23.6	151	51.0
เหนือ	311	24.8	197	63.3
ใต้	233	18.6	135	57.9
รวม	1252	100.0	739	59.0

จำนวนอำเภอที่ตอบกลับแบบสอบถาม 24 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100 แต่ละอำเภอประกอบด้วย 3 หน่วยงาน ซึ่งมีอัตราการตอบกลับจำแนกตามหน่วยงาน ดังนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้อยละ 95.8 สถานีอนามัยขนาดใหญ่ ร้อยละ 84.2 และ สถานีอนามัยทั่วไป ร้อยละ 84.2 ซึ่งถือว่ามีความครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ผลการศึกษาสามารถเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายได้ (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของการตอบกลับแบบสอบถามจำแนกตามหน่วยงาน

หน่วยงาน	จำนวน (แห่ง)	ตอบกลับ (แห่ง)	อัตรา ตอบกลับ
จำนวนอำเภอ ที่ตั้งของรพช.ที่สุ่มได้	24	24	100.0
• สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	24	23	95.8
• สถานีอนามัยขนาดใหญ่	57	48	84.2
• สถานีอนามัยทั่วไป	279	235	84.2

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ54)เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง30 – 39 ปีร้อยละ 38. มีอายุเฉลี่ย 34.1 ปี มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 53.4 ดำรงตำแหน่งในระดับบริการร้อยละ 55.8 มีอายุงานอยู่ระหว่าง 1 – 10 ปีร้อยละ51.8 อายุงานเฉลี่ย 8 ปี ผู้ปฏิบัติงาน เป็นบุคคลในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานร้อยละ 86.9 ไม่มีประสบการณ์เป็นคปสอ.ร้อยละ64.1 สำหรับผู้ที่มีประสบการณ์การเป็นกรรมการคปสอ.ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่(ร้อยละ 64.0) มีระยะเวลาเป็นกรรมการน้อยกว่า 5 ปี (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่4.3 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	340	46.0
	หญิง	399	54.0
	รวม	739	100.0
	ชาย : หญิง	1 : 1.2	
อายุ (ปี)	20 – 29	273	37.4
	30 – 39	278	38.1
	40 – 49	130	17.8
	50 – 59	49	6.7
	รวม	730	100.0
	Mean=34.1 Min = 20 Max =58		SD=8.65
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	377	53.4
	ปริญญาตรีขึ้นไป	329	46.6
	รวม	706	100.0
ตำแหน่ง*	บริการ	407	55.8
	บริหาร	196	26.8
	วิชาการ	127	17.4
	รวม	730	100.0

* บริหาร = สาธารณสุขอำเภอและจนท.บริหารสาธารณสุข, วิชาการ = นักวิชาการสาธารณสุข, บริการ = จพง.สาธารณสุข จพง. ทันตสาธารณสุขและพยาบาล

ตารางที่4.3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุงาน(ปี)	1 - 5	383	51.8
	6 - 10	159	21.5
	11 - 15	86	11.6
	16 – 20	40	5.4
	21 ปีขึ้นไป	71	9.6
	รวม	739	100.0
	Mean= 8.0 Min =1 Max =40		SD=7.69
บุคคลในพื้นที่	ในพื้นที่	612	86.9
	นอกพื้นที่	92	13.1
	รวม	704	100.0
ประสบการณ์เป็น	ไม่มี	474	64.1
กรรมการคปสอ.	มี	265	35.9
	รวม	739	100.0
ระยะเวลาการเป็น	< 5 ปี	73	64.0
กรรมการคปสอ.(ปี)	5 ปี ขึ้นไป	41	36.0
(กรรมการในปัจจุบัน)	รวม	114	100.0
	Mean= 4.2 Min =1 Max = 15		SD = 3.56

ส่วนที่ 3 ข้อมูลลักษณะหน่วยงานและปัจจัยอื่น ๆ

ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.6) มีการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง มีการปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยทั่วไป ร้อยละ 68.9 มีสถานที่ปฏิบัติงานตั้งอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 74.3 และมีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลเฉลี่ย 12.9 กิโลเมตร ร้อยละ 68.8 มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-15 กิโลเมตร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.61 คนและสถานีอนามัยมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานเฉลี่ย 3.23 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรับผิดชอบหมู่บ้านเฉลี่ย 79.7หมู่บ้านและสถานีอนามัยรับผิดชอบหมู่บ้านเฉลี่ย 6 หมู่บ้าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 60,646 คน และสถานีอนามัยรับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 3,817 คน หน่วยงานไม่มีรถบริการส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 82.5 แต่มีวิทยุติดต่อสื่อสาร ร้อยละ 91.9 และไม่ใช้คอมพิวเตอร์ในการสื่อสาร ร้อยละ 71.5 มีการรวบรวมโดยมีศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 59.9 หน่วยงานร้อยละ 66.8 ไม่เคยได้รับรางวัลใด ๆ มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน คปสอ.ร้อยละ 63 ผู้บริหาร

รพช./สสอ.มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ร้อยละ 92.1 อย่างไรก็ตาม ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่(ร้อยละ 26.4) เห็นควรให้มีการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานอีก โดยภาพรวมประสิทธิภาพทีมงานรพช./สอ. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67 นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานเห็นควรให้ อาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมเป็นกรรมการในคปสอ.ถึง ร้อยละ 62.7 (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน จำแนกตามลักษณะหน่วยงานและปัจจัยอื่น ๆ

ข้อมูลลักษณะหน่วยงานและปัจจัยอื่น ๆ					จำนวน(คน)	ร้อยละ
ขนาดรพ.	10 เตียง				24	3.3
(ที่ประสานงานด้วย)	30 เตียง				278	37.6
	60 เตียง				259	35.0
	90 เตียง				178	24.1
	รวม				739	100.0
สถานที่ปฏิบัติงาน	สสอ.				109	14.7
	สอ. ขนาดใหญ่				121	16.4
	สอ. ทั่วไป				509	68.9
	รวม				739	100.0
ที่ตั้งเขตเทศบาล	ในเขตเทศบาล				188	25.7
	นอกเขตเทศบาล				544	74.3
	รวม				732	100.0
ระยะห่างจากรพ.(กม.)	1 – 5				181	24.5
	6 – 10				167	22.6
	11 – 15				160	21.7
	16 – 20				98	13.3
	21 กม.ขึ้นไป				133	18.0
	รวม				739	100.0
		Mean = 12.9	Min = 1	Max =150	SD =10.32	
จำนวนผู้ปฏิบัติงาน	- สสอ.	Mean= 7.61	Min = 5	Max = 11	SD = 1.23	
(คน)	- สอ.	Mean= 3.23	Min = 1	Max = 7	SD = 0.76	
จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ	- **สสอ.**	Mean =79.7	Min= 26	Max=136	SD = 27.24	
(หมู่บ้าน)	- สอ.	Mean = 6.0	Min = 1	Max =68	SD = 3.65	
จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ	- สสอ.	Mean =60645.6	Min =10000	Max=152189	SD = 29269	
(คน)	- สอ.	Mean =3817.2	Min = 600	Max 15000	SD = 2236.09	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่4.4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานจำแนกตามลักษณะหน่วยงานและปัจจัยอื่น ๆ

ข้อมูลของหน่วยงานและปัจจัยอื่น ๆ		จำนวน(คน)	ร้อยละ
รถบริการส่งต่อผู้ป่วย	ไม่มี	608	82.5
	มี	129	17.5
	รวม	737	100.0
วิทยุติดต่อสื่อสาร	ไม่มี	58	8.1
	มี	662	91.9
	รวม	720	100.0
คอมพิวเตอร์สื่อสาร	ไม่ใช้คอมพิวเตอร์สื่อสาร	524	71.5
	ใช้คอมพิวเตอร์สื่อสาร	126	17.2
	ไม่มีคอมพิวเตอร์	83	11.3
	รวม	733	100.0
ระบบข้อมูลข่าวสาร	มีการรวบรวมโดยมีศูนย์ข้อมูล	416	59.9
	มีการรวบรวมโดยไม่มีศูนย์ข้อมูล	234	33.7
	ไม่มีการรวบรวมข้อมูล	44	6.3
	รวม	694	100.0
รางวัลดีเด่น	ไม่ได้รับรางวัล	480	66.8
	ได้รับรางวัล	239	33.2
	รวม	719	100.0
ประธาน คปสอ.	ผู้อำนวยการรพช.	465	63.0
	สาธารณสุขอำเภอ	273	37.0
	รวม	738	100
ความสัมพันธ์ระหว่าง	ความสัมพันธ์ดี	597	92.1
ผู้บริหาร	ขัดแย้ง	51	7.9
	รวม	648	100.0
ประสิทธิภาพทีมงาน	ต่ำ	131	17.7
รพช./สอ.	ปานกลาง	495	67.0
	สูง	113	15.3
	รวม	739	100.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานจำแนกตามลักษณะหน่วยงานและปัจจัยอื่น ๆ

ข้อมูลของหน่วยงานและปัจจัยอื่น ๆ		จำนวน(คน)	ร้อยละ
สิ่งที่ควรปรับปรุง	ความสัมพันธ์ (1)	184	26.4
	คณะกรรมการ (2)	46	6.6
	ทรัพยากร (3)	127	18.2
	(1) และ (2)	31	4.5
	(1) และ (3)	112	16.1
	(2) และ (3)	35	5.0
	ทั้ง (1),(2) และ(3)	162	23.2
	รวม	697	100.0
กรรมการ คปสอ.	องค์กรปกครองท้องถิ่น (1)	63	9.0
	อาสาสมัครสาธารณสุข (2)	60	8.6
	ทั้ง (1) และ (2)	439	62.7
	ไม่ควรมี ทั้ง (1)และ(2)	138	19.7
	รวม	700	100.0

สำหรับลักษณะประชากรจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล สรุปได้ดังนี้

ผู้ปฏิบัติงานสังกัดสสอ. ที่ประสานงานกับโรงพยาบาลขนาดเล็ก(<60 เตียง) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.3)เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20 – 39ปี ร้อยละ 74 จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 51.7 มีตำแหน่งเป็นผู้ให้บริการ ร้อยละ55.7 มีอายุงานอยู่ระหว่าง 1 – 5 ปี ร้อยละ 54 และมีประสบการณ์เป็นกรรมการ ในคปสอ.เพียง ร้อยละ 36.8

ผู้ปฏิบัติงานสังกัดสสอ.ที่ประสานงานกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (60 เตียงขึ้นไป) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ53.8)เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-39 ปี ร้อยละ 76.5 จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 54.6 มีตำแหน่งเป็นผู้ให้บริการ ร้อยละ 55.8 และมีอายุงานอยู่ระหว่าง1–5 ปี ร้อยละ 50.3 มีประสบการณ์เป็นกรรมการใน คปสอ.เพียง ร้อยละ 35.2 (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลกับขนาดโรงพยาบาล

ปัจจัยส่วนบุคคล		ขนาดโรงพยาบาล					
		< 60 เตียง		60 เตียงขึ้นไป		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	138	45.7	202	46.2	340	46.0
	หญิง	164	54.3	235	53.8	399	54.0
	รวม	302	100.0	437	100.0	739	100.0
อายุ (ปี)	20 – 29	114	38.0	159	37.0	273	37.4
	30 – 39	108	36.0	170	39.5	278	38.1
	40 – 49	55	18.3	75	17.4	130	17.8
	50 – 59	23	7.7	26	6.0	49	6.7
	รวม	300	100.0	430	100.0	730	100.0
	Mean (SD)	34.2 (8.8)		35.7 (8.5)		34.0 (8.6)	
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	151	51.7	226	54.6	377	53.4
	ปริญญาตรีขึ้นไป	141	48.3	188	45.4	329	46.6
	รวม	292	100.0	414	100.0	706	100.0
ตำแหน่ง	บริหาร	79	26.3	117	27.2	196	26.8
	วิชาการ	54	18.0	73	17.0	127	17.4
	บริการ	167	55.7	240	55.8	407	55.8
	รวม	300	100.0	430	100.0	730	100.0
อายุงาน(ปี)	1 – 5	163	54.0	220	50.3	383	51.8
	6 – 10	65	21.5	94	21.5	159	21.5
	11 – 15	29	9.6	57	13.0	86	11.6
	16 – 20	14	4.6	26	5.9	40	5.4
	21 ขึ้นไป	31	10.3	40	9.2	71	9.6
	รวม	302	100.0	437	100.0	739	100.0
	Mean(SD)	7.7 (7.9)		7.0 (6.5)		7.9 (7.7)	
ประสบการณ์เป็นกรรมการคปสอ.	ไม่มี	191	63.2	283	64.8	474	64.1
	มี	111	36.8	154	35.2	265	35.9
	รวม	302	100.0	437	100.0	739	100.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำหรับลักษณะหน่วยงานจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล สรุปได้ดังนี้

ลักษณะของหน่วยงานที่ประสานงานกับโรงพยาบาลขนาดเล็ก(< 60 เตียง) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.2)ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยทั่วไป มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาล 1–5 กิโลเมตร ร้อยละ 29.8 รองลงมา 11–15 กิโลเมตรร้อยละ 23.5และ 6–10 กิโลเมตร ร้อยละ 21.2 มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน คปสอ.ร้อยละ 72.5 และมีหน่วยงานเคยได้รับรางวัลเพียง ร้อยละ 33.0 ผู้บริหารมีความสัมพันธ์ต่อกันดี ร้อยละ 89.5 มีการรวบรวมข้อมูลโดยมีศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 61.7 และประสิทธิภาพทีมงาน รพช./สอ.อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.2

ลักษณะของหน่วยงานที่ประสานงานกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่(60 เตียงขึ้นไป) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยทั่วไป มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาล 6 -10 กิโลเมตร ร้อยละ 23.3 รองลงมาระยะทาง 1-5 กิโลเมตรร้อยละ 22.6 และระยะทาง 11 - 15 กิโลเมตร ร้อยละ 21.2 มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน คปสอ.ร้อยละ 56.4 และหน่วยงานเคยได้รับรางวัลเพียงร้อยละ 33.4 ผู้บริหารมีความสัมพันธ์ต่อกันดี ร้อยละ 94.0 มีการรวบรวมข้อมูลโดยมีศูนย์ข้อมูล ร้อยละ58.7 ประสิทธิภาพทีมงาน รพช./สอ.อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.1 (ตารางที่ 4.6)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะปัจจัยพื้นฐานของประสานงานระหว่างโรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดใหญ่ พบว่า ทั้งโรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดใหญ่มีลักษณะพื้นฐานส่วนใหญ่ คล้ายกัน ยกเว้น ปัจจัยเกี่ยวกับ

อายุ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่ประสานงานกับโรงพยาบาลขนาดเล็ก ส่วนใหญ่(ร้อยละ38) มีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี(ร้อยละ 39.5)

ระยะห่างจากรพ. พบว่า หน่วยงานที่ประสานงานกับโรงพยาบาลขนาดเล็ก ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 30.1)มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาล 1 – 5 กิโลเมตร ในขณะที่หน่วยงานที่ประสานงานกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาล 6 – 10 กิโลเมตร(ร้อยละ 22.6) (ตารางที่ 4.6)

และเป็นที่น่าสังเกตว่า มีผู้ปฏิบัติงานสังกัดสสอ. ที่ประสานงานกับโรงพยาบาลทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ (ร้อยละ 51.7 และ 54.6) จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่เหมือนกัน แต่ผู้ปฏิบัติงานที่ประสานงานกับโรงพยาบาลขนาดเล็กจะมีผู้จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน จำแนกตามลักษณะหน่วยงานกับขนาดโรงพยาบาล

ลักษณะหน่วยงาน		ขนาดโรงพยาบาล				รวม	
		< 60 เตียง		60 เตียงขึ้นไป			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่ปฏิบัติงาน	สสอ.	48	15.9	61	14	109	14.7
	สอ. ขนาดใหญ่	51	16.9	70	16	121	16.4
	สอ. ทั่วไป	203	67.2	306	70	509	68.9
	รวม	302	100.0	437	100.0	739	100.0
ระยะห่างจากรพ.	1 – 5 กม.	91	30.1	90	20.6	181	24.5
	6 – 10 กม.	64	21.2	103	22.6	167	22.6
	11 – 15 กม.	71	23.5	89	20.4	160	21.6
	16 – 20 กม.	26	8.6	72	16.5	98	13.3
	21 กม.ขึ้นไป	50	16.6	83	19.0	133	18.0
	รวม	302	100.0	437	100.0	739	100.0
ประธานคปสอ.	ผอ.โรงพยาบาล	219	72.5	246	56.4	465	63.0
	สาธารณสุขอำเภอ	83	27.5	190	43.6	273	37.0
	รวม	302	100.0	436	100.0	738	100.0
การได้รับรางวัล	ไม่เคย	197	67.0	283	66.6	480	66.8
	เคย	97	33.0	142	33.4	239	33.2
	รวม	294	100.0	425	100.0	719	100.0
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหาร	ดี	239	89.5	358	94.0	597	92.1
	ขัดแย้ง	28	10.5	23	6.0	51	7.9
	รวม	267	100.0	381	100.0	648	100.0
ระบบข้อมูลข่าวสาร	มีศูนย์ข้อมูล	177	61.7	239	58.7	416	59.9
	ไม่มีศูนย์ข้อมูล	92	32.1	142	34.9	234	33.7
	ไม่มีการรวบรวม	18	6.3	26	6.4	44	6.3
	รวม	287	100.0	407	100.0	694	100.0
ประสิทธิภาพทีมงานรพช./ สอ.	ต่ำ	58	19.2	73	16.7	131	17.7
	ปานกลาง	206	68.2	289	66.1	495	67.7
	สูง	38	12.6	75	172	113	15.3
	รวม	302	100.0	437	100.0	739	100.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

4.1 การให้ความสำคัญต่อการประสานงานในด้านบริหาร บริการ วิชาการและการมีส่วนร่วม

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปฏิบัติงานสังกัดสสอ.มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญมากที่สุดในด้านการบริการ (3.70) และให้ความสำคัญน้อยที่สุดในด้านการมีส่วนร่วม (3.55) หากพิจารณาการให้ความสำคัญเป็นประเด็นในแต่ละข้อ พบว่า

ความสำคัญด้านการบริหาร ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก(3.61) โดยผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับ 1) การบริหารของสสอ.ให้มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ 2) การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บริหารรพช.และสสอ. 3) รพช./สอ.ควรใช้ระบบคลังยาเดียวกัน อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 66.9, 66.0 และ 65.7 ตามลำดับ) และผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญน้อยเกี่ยวกับ 1) การแบ่งบทบาทหน้าที่การทำงานร่วมกันอย่างชัดเจน 2) บรรยากาศการทำงานร่วมกันมีความเป็นกันเอง 3) การหมุนเวียนบุคลากรในการทำงานร่วมกับโรงพยาบาล ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 39.7,33.6 , 32.4 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.7)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่4.7 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน ตามระดับการให้ความสำคัญต่อการประสานงานด้านบริหาร จำแนกรายข้อ

ความสำคัญด้านบริหาร	ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน					ค่าเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. สสอ.มีความชัดเจนโปร่งใสตรวจสอบได้	2.6	5.5	25.0	31.4	35.5	3.92 (732)
2. ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บริหาร รพ. / สสอ.	3.3	6.3	24.3	32.7	33.3	3.86 (727)
3. รพช.และสอ.ใช้ระบบคลังยาเดียวกันทั้งอำเภอ	3.0	6.5	24.9	34.2	31.5	3.85 (728)
4. รพช.ช่วยเหลือ /แลกเปลี่ยน /ยืมวัสดุ อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ ที่จำเป็น	3.8	7.1	23.7	32.2	33.2	3.84 (734)
5. การประสานงานช่วยให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยลง	1.4	5.2	29.6	35.5	28.3	3.84 (732)
6. มีเป้าหมายร่วมกันพัฒนาคุณภาพบริการอย่างจริงจัง	1.8	7.4	28.0	31.5	31.3	3.83 (731)
7. ประชุมเพื่อวางแผนและประสานแผนอย่างสม่ำเสมอ	2.2	7.0	27.6	33.4	29.9	3.82 (733)
8. มีแผนงานร่วมกันให้บริการทั่วถึงทั้งอำเภออย่างชั ดเจน	2.2	8.1	26.3	36.1	27.3	3.78 (729)
9. สอ.ได้รับจัดสรรเงินกองทุนบัตรสปร.อย่างเหมาะสม	2.5	8.3	28.0	31.8	29.4	3.77 (732)
10. สอ.ได้รับการจัดสรรทรัพยากรเหมาะสม	1.5	7.5	30.8	33.8	26.5	3.76 (737)
11. ระบบประสานงาน คล่องตัว มีประสิทธิภาพ	2.5	6.3	33.3	31.2	26.7	3.73 (727)
12. สัดส่วนของคณะกรรมการ คปสอ.เป็นไปตามเกณฑ์ปัจจุบัน	1.2	3.7	37.8	38.4	18.9	3.70 (732)

ตารางที่4.7 (ต่อ) ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานตามระดับการให้ความสำคัญต่อการประสานงานด้านบริหาร จำแนกรายข้อ

ความสำคัญด้านบริหาร	ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน					ค่าเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
13. ขั้นตอนในการแต่งตั้งคปสอ..เหมาะสม	1.2	6.3	33.2	39.9	19.5	3.70 (730)
14. รพช./สอ.เข้าใจ และรับผิดชอบในการทำงานร่วมกัน	3.0	9.4	32.6	31.3	23.7	3.63 (731)
15. ทีมประสานงานเป็นแกนนำพัฒนาชุมชนในระดับอำเภออย่างมีประสิทธิภาพ	3.1	7.9	36.5	30.4	22.0	3.60 (731)
16. ท่านได้รับความสำคัญเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของ รพช.	10.0	14.1	36.0	24.2	15.6	3.21 (730)
17. สอ.มีการหมุนเวียนบุคลากรในการทำงานร่วมกับรพช.	16.1	16.3	33.5	21.9	12.3	2.98 (726)
18. บรรยากาศการทำงานร่วมกันมีความเป็นกันเอง	11.1	22.5	38.0	17.7	10.7	2.94 (719)
19. มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ ในการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจน	13.6	26.1	36.7	16.5	7.1	2.77 (728)
รวมด้านบริหาร						***3.61(739)***

ความสำคัญด้านบริการ ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (3.70) โดยผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญเกี่ยวกับ 1) สอ.ควรให้บริการมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและการป้องกันโรค 2) การให้บริการที่ยืดหยุ่นเน้นความเกี่ยวข้องผูกพันธ์กับชุมชนเป็นหลัก 3) ร่วมกันป้องกันและควบคุมโรคระบาดให้ทันต่อเหตุการณ์ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 78.8, 77.4และ 71.3 ตามลำดับ) และ ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญน้อยเกี่ยวกับ 1) ผู้ป่วยใช้บริการส่งต่อไปรพช.ตามขั้นตอน 2) การมีแพทย์หมุนเวียนมาให้บริการตรวจรักษาที่สถานีอนามัย ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุดถึง ร้อยละ 38.9, 37.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน ตามระดับการให้ความสำคัญต่อการประสานงานด้านบริการ จำแนกรายข้อ

ความสำคัญด้านบริการ	ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน					ค่าเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. สอ.มุ่งเน้นให้บริการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและการป้องกันโรค	0.4	2.6	18.2	40.4	38.4	4.14 (730)
2. สอ.ให้บริการมีความยืดหยุ่น เน้นความเกี่ยวข้องผูกพันธ์กับชุมชนเป็นหลัก	1.1	2.6	18.9	44.1	33.3	4.06 (735)
3. ร่วมกันป้องกันและควบคุมโรคระบาดทันต่อเหตุการณ์	1.0	3.6	24.2	37.2	34.1	4.00 (731)
4. สอ.คล่องตัว เหมาะสมในการให้บริการระดับต้น	0.8	3.0	24.0	40.3	31.8	3.99 (732)
5. ประชาชนได้รับความรู้ คำปรึกษาสามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนในเบื้องต้น	0.5	2.2	26.1	42.0	29.2	3.97 (729)
6. ร่วมกิจกรรมในงานอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กำจัด ลูกน้ำยุงลาย	1.6	3.9	21.7	42.1	30.6	3.96 (736)
7. ชุมชนมีความเชื่อถือศรัทธาต่อผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข	0.8	2.8	24.2	43.8	28.4	3.96 (726)
8. สอ.บริการสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุข / ความต้องการของชุมชน และสภาพเป็นจริง	0.8	3.5	30.6	41.5	23.6	3.83 (733)
9. การรับ – ส่งต่อ ผู้ป่วย สะดวกรวดเร็วตลอด 24 ชม.	2.6	8.2	25.0	33.6	30.7	3.82 (736)
10. ชุมชนมีการพัฒนา/จัดตั้งองค์กรเพื่อการพึ่งตนเอง	1.7	6.2	29.7	36.8	25.7	3.79 (725)
11. มีการประสานร่วมกับองค์กรท้องถิ่นและชุมชนเพื่อให้บริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย	2.1	5.6	30.1	37.1	25.2	3.78 (731)
12. ทั้งรพช../สอ. เลือก/ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่จำเป็นเหมาะกับท้องถิ่น (Good Health at Low Cost)	0.4	4.9	33.1	40.7	20.8	3.77 (734)
13. สอ.เยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วย/ครอบครัวต่อเนื่องจากรพ.ครบทุกราย	1.6	7.0	28.0	41.2	22.2	3.75 (731)

ตารางที่4.8 (ต่อ) ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน ตามระดับการให้ความสำคัญต่อการประสานงานด้านบริการ จำแนกรายข้อ

ความสำคัญด้านบริการ	ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน					ค่าเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
14. รพช.มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคครอบคลุมทั้งอำเภอ	3.3	7.6	28.7	37.8	22.6	3.69 (735)
15. การตรวจ และแจ้งผลการวิเคราะห์ชันสูตรของรพช.มีความสะดวกรวดเร็ว	3.3	9.1	31.2	32.3	24.1	3.65 (734)
16. รพช.บริการสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุข /ความต้องการของชุมชนและสภาพเป็นจริง	1.6	5.7	40.1	33.2	19.4	3.63 (733)
17. ร่วมกันให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่เข้าถึงผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากจน ได้ครอบคลุมทั้งอำเภอ	4.8	9.4	30.4	35.2	20.2	3.57 (731)
18. ราคาค่าบริการที่สอ.กำหนด ประชาชนสามารถจ่ายได้	4.9	10.1	34.7	30.4	19.9	3.50 (733)
19. สอ.มีผู้ปฏิบัติงานเพียงพอเปิดให้บริการตลอด 24 ชม.	11.2	10.7	25.9	25.8	26.4	3.45 (730)
20. รพช.และสอ.ร่วมกันจัดบริการผสมผสานการแพทย์แผนไทย	8.5	13.2	36.7	26.8	14.8	3.26 (728)
21. มีแพทย์หมุนเวียนมาบริการตรวจรักษาที่สอ. เป็นระบบ	29.1	7.9	21.9	21.6	19.5	2.94 (718)
22. ผู้ป่วยใช้บริการส่งต่อไป รพช. ตามขั้นตอน	11.9	27.0	39.3	13.8	8.0	2.79 (725)
รวมด้านบริการ						***3.70 (739)***

ความสำคัญด้านวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (3.58) ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญเกี่ยวกับ 1) การจัดเก็บข้อมูลสมบูรณ์ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน 2) ทั้งรพช./สอ. จัดทำทะเบียนผู้พิการ ผู้ยากจนที่เป็นจริงครบทั้งอำเภอ 3) ระบบข้อมูลข่าวสารระหว่าง สอ./สสอ./ รพช.ใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาชุมชนได้ถูกต้อง โดยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ74.2, 71.2และ 67.1 ตามลำดับ) โดยผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญน้อย เกี่ยวกับ 1) การประสานงานร่วมกันทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ 2) การที่ผู้นิเทศจาก รพช.สนใจรับฟังปัญหาของผู้ปฏิบัติงาน อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุดถึง ร้อยละ 59.2 และ 48.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน ตามระดับการให้ความสำคัญต่อการประสานงานด้านวิชาการ จำแนกรายข้อ

ความสำคัญด้านวิชาการ	ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน					ค่าเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. สอ.มีระบบจัดเก็บข้อมูลสมบูรณ์ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน	0.8	2.3	22.8	40.7	33.5	**4.04** (738)
2. ทั้งรพช./สอ.มีทะเบียนผู้พิการ ผู้ยากจนที่เป็นจริงครบทั้งอำเภอ	1.6	3.4	23.7	41.1	30.1	**3.95** (737)
3. ระบบข้อมูลข่าวสารระหว่าง สอ./สสอ . /รพช. ในการแก้ปัญหาชุมชนได้ถูกต้อง	1.0	3.9	28.0	39.5	27.6	**3.89** (736)
4. สอ.มีเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารเพียงพอ	3.3	7.5	24.0	31.0	34.2	3.85 (733)
5. ผู้นิเทศจาก รพช.. มีความรู้ในเรื่องที่นิเทศดีและสามารถอธิบายให้เข้าใจได้ชัดเจน	2.6	5.3	26.3	39.5	26.3	3.82 (730)
6. ผู้ปฏิบัติงานได้รับการฝึกอบรมพัฒนาทักษะการค้นหาและแก้ไขปัญหาในชุมชนได้	1.4	4.3	30.2	41.1	23.0	3.80 (725)
7. สอ.ใช้ข้อมูลผู้ป่วยร่วมกับรพ. เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	2.3	5.6	29.3	38.9	23.9	3.77 (735)
8. ท่านได้รับการฝึกทักษะในการทำงานร่วมกับชุมชนประชาชนและองค์กรอื่นๆ	1.6	5.3	31.8	37.7	23.5	3.76 (729)
9. รพช.เป็นพี่เลี้ยง /ให้คำปรึกษา / ข้อเสนอแนะเป็นกันเอง	2.5	7.6	30.0	36.2	23.7	3.71 (723)
10. สร้างเครือข่ายในการเรียนรู้แลกเปลี่ยนปัญหาระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกัน	2.9	6.3	33.8	34.8	22.1	3.67 (727)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.9 (ต่อ) ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน ตามระดับความสำคัญต่อการประสานงานด้านวิชาการ จำแนกรายข้อ

ความสำคัญด้านวิชาการ	ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน					ค่าเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
11. รพช./สอ. ร่วมกันศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการ	5.4	8.2	34.6	29.5	22.3	3.55 (728)
12. มีศูนย์กลางให้ข้อมูล /คำปรึกษา ด้านสุขภาพแก่ประชาชนตลอด 24 ชม.	6.9	12.4	27.1	34.7	18.9	3.46 (735)
13. ผู้นิเทศจากรพช. สนใจรับฟังปัญหาของผู้ปฏิบัติงาน	19.2	29.1	31.3	13.9	6.5	2.59 (725)
14. มีการประสานงานร่วมกันทั้งเป็นแบบทางการ และไม่เป็นทางการ	23.4	35.8	33.2	5.9	1.6	2.26 (734)
รวมด้านวิชาการ						***3.58(739)***

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความสำคัญด้านการมีส่วนร่วม ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (3.55) ในทุกกิจกรรม โดยผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับ 1)การเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานเสนอความคิดเห็นเพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพตลอดเวลา 2) การจัดทางเลือกให้ประชาชนเสนอความคิดเห็นเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ ได้หลายวิธี 3) ประชาชน/องค์กรชุมชนควรมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ วางแผน ดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 61.2, 54.8 และ 54.7 ตามลำดับ) และแม้ว่าผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญเกี่ยวกับการสนับสนุนทรัพยากรของประชาชน / องค์กรชุมชน อยู่ในอันดับสุดท้าย แต่ให้ความสำคัญอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดถึง ร้อยละ 50.2 (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานตามระดับความสำคัญต่อการประสานงานด้านการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขจำแนกรายข้อ

ความสำคัญด้านการมีส่วนร่วม	ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน					ค่าเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. ผู้ปฏิบัติงานทุกคน มีโอกาส เสนอความคิดเห็นเพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพ ตลอดเวลา	3.5	7.2	28.1	34.5	26.7	**3.74** (739)
2. ประชาชน / องค์กรชุมชน มีส่วนร่วมเป็นกรรมการวางแผน ดำเนินการเพื่อพัฒนา ระบบบริการสาธารณสุข	3.5	9.7	32.1	34.9	19.8	**3.58** (739)
3. ประชาชนมีทางเลือกในการเสนอ ความคิดเห็นเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการได้หลายวิธี	3.4	9.0	32.8	37.8	17.0	**3.56** (735)
4. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ เพื่อพัฒนาระบบบริการระดับอำเภอ	5.4	9.8	31.6	33.7	19.5	3.52 (738)
5. มีการประเมินผล ตรวจสอบการจัดบริการ โดยประชาชนและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	3.9	11.8	33.2	34.8	16.3	3.48 (738)
6. ประชาชน /องค์กรชุมชน สนับสนุนทรัพยากร เช่น เงิน คน วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง	6.8	10.9	32.2	30.7	19.5	3.45 (734)
รวมด้านการมีส่วนร่วม						***3.55(739)***

4.2 สภาพเป็นจริงของการประสานงานด้านการบริหาร บริการ วิชาการและการมีส่วนร่วม

ผู้ปฏิบัติงานสังกัดสสอ.มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการประสานงานในสภาพเป็นจริง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก ยกเว้น ด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างน้อย เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นต่อการประสานงานในสภาพเป็นจริงมากที่สุดในด้านการบริการ (3.18) และน้อยที่สุดในด้านการมีส่วนร่วม (2.78) หากพิจารณา ความคิดเห็นเกี่ยวกับการประสานงานในสภาพเป็นจริง เป็นประเด็นในแต่ละข้อ พบว่า

สภาพเป็นจริงด้านการบริหาร ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริง อยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก(3.13) โดยผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพเป็นจริงว่า 1) รพช.และสอ.ใช้ระบบคลังยาเดียวกันทั้งอำเภอ 2) การบริหารของสสอ.มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ 3)สัดส่วนของคปสอ.เป็นไปตามเกณฑ์ปัจจุบัน อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด(ร้อยละ 51.7, 45.0 และ41.0 ตามลำดับ) ยกเว้น 1) การหมุนเวียนบุคลากรในการทำงานร่วมกับรพช. 2) การให้ความสำคัญเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของรพช., รพช. / สอ. ในสภาพเป็นจริงผู้ปฏิบัติงานเห็นว่า มีการปฏิบัติกันอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างน้อย โดยอยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุดถึง ร้อยละ 56.4, 41.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.11)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.11 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน ตามระดับความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริงด้านบริหาร จำแนกรายข้อ

สภาพเป็นจริงด้านบริหาร	ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน					ค่าเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. รพช.และสอ.ใช้ระบบคลังยาเดียวกันทั้งอำเภอ	5.4	10.8	32.0	32.5	19.3	**3.49** (721)
2. สัดส่วนของคณะกรรมการ คปสอ. เป็นไปตามเกณฑ์ปัจจุบัน	2.6	9.4	46.9	30.5	10.5	**3.37** (721)
3. สสอ.มีความชัดเจนโปร่งใสตรวจสอบได้	5.5	11.2	38.3	31.0	14.0	**3.37** (726)
4. การประสานงานช่วยให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยลง	3.6	11.3	44.8	30.1	10.2	3.32 (727)
5. ขั้นตอนในการแต่งตั้งคณะกรรมการ คปสอ. มีความเหมาะสม	3.6	11.7	44.0	31.9	8.9	3.31 (721)
6. ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บริหารรพ. / สสอ.	6.8	11.7	37.9	30.5	13.0	3.31 (717)
7. รพช.ช่วยเหลือ / แลกเปลี่ยน ยืม วัสดุอุปกรณ์ยา เวชภัณฑ์ยานพาหนะ ที่จำเป็น	7.6	14.1	35.2	25.8	17.3	3.31 (728)
8. สอ.ได้รับจัดสรรเงินกองทุน บัตรสปร. อย่างเหมาะสม	6.0	16.2	38.8	29.6	9.3	3.20 (729)
9. สอ.ได้รับการจัดสรรทรัพยากรเหมาะสม	4.4	14.3	48.3	26.5	6.6	3.17 (729)
10. มีแผนงานร่วมกันให้บริการทั่วถึงทั้งอำเภออย่างชั ดเจน	5.4	17.5	41.5	26.6	8.9	3.16 (718)
11. ประชุมเพื่อวางแผนและประสานแผนอย่างสม่ำเสมอ	5.5	17.9	43.0	23.2	10.3	3.15 (725)

ตารางที่4.11 (ต่อ) ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานตามระดับความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริงด้านบริหาร จำแนกรายข้อ

สภาพเป็นจริงด้านบริหาร	ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน					ค่าเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
12. บรรยากาศการทำงานร่วมกันมีความเป็นกันเอง	4.1	19.4	45.5	20.7	10.3	3.14 (716)
13. มีเป้าหมายร่วมกันพัฒนาคุณภาพบริการอย่างจริงจัง	5.0	17.8	45.7	23.5	8.1	3.12 (720)
14. ระบบประสานงาน ความคล่องตัวมีประสิทธิภาพ	6.1	18.1	44.9	24.0	6.8	3.07 (717)
15. มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ ในการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจน	5.5	20.9	42.5	22.9	8.1	3.07 (724)
16. รพช./สอ.เข้าใจและรับผิดชอบในการทำงานร่วมกัน	7.5	19.7	44.3	23.1	5.4	2.99 (722)
17. ทีมประสานงานเป็นแกนนำพัฒนาชุมชนระดับอำเภออย่างมีประสิทธิภาพ	7.8	18.9	47.8	20.7	4.9	2.96 (720)
18. ท่านได้รับความสำคัญเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของรพช.	17.5	23.7	40.4	15.2	3.2	2.63 (722)
19. สอ.มีการหมุนเวียนบุคลากรในการทำงานร่วมกับรพช.	31.4	25.0	30.0	10.7	2.9	2.29 (723)
รวมด้านบริหาร						***3.13(739)***

สภาพเป็นจริงด้านบริการ ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริงอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก(3.18) โดยผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า 1) สถานีอนามัยให้บริการมีความยืดหยุ่นเน้นความเกี่ยวข้องผูกพันธ์กับชุมชนเป็นหลัก 2) มุ่งเน้นให้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นและการป้องกันโรค 3) ชุมชนมีความเชื่อถือศรัทธาต่อผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 65.0, 61.1 และ 53.7 ตามลำดับ) ยกเว้น 1) การมีแพทย์หมุนเวียนมาให้บริการตรวจรักษาที่สอ. 2) รพช.สอ.ร่วมกันจัดบริการผสมผสานแพทย์แผนไทย 3) สอ.มีผู้ปฏิบัติงานเพียงพอเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง 4) การร่วมให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่เข้าถึงผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากจน ครอบคลุมทั้งอำเภอ ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริงอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างน้อย โดยอยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 70.0, 46.4, 41.6 และ 34.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานตามระดับความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริงด้านบริการ จำแนกรายข้อ

สภาพเป็นจริงด้านบริการ	ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน					ค่าเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. สอ.ให้บริการมีความยืดหยุ่น เน้นความเกี่ยวข้องผูกพันธ์กับชุมชนเป็นหลัก	1.6	4.1	28.7	42.2	23.4	**3.82** (735)
2. สอ.มุ่งเน้นให้บริการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและการป้องกันโรค	1.2	6.2	31.5	41.0	20.1	**3.73** (730)
3. ชุมชนมีความเชื่อถือศรัทธาต่อผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข	1.1	4.8	40.3	43.2	10.5	**3.57** (724)
4. ร่วมกิจกรรมในงานอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอ เช่น กำจัดลูกน้ำ ยุงลาย	3.9	9.1	31.5	37.6	17.8	3.56 (736)
5. สอ.คล่องตัว เหมาะสมในการให้บริการระดับต้น	2.3	5.2	40.5	38.6	13.3	3.55 (728)
6. ร่วมกันป้องกันและควบคุมโรคระบาดทันต่อเหตุการณ์	2.5	8.2	35.8	38.4	15.0	3.55 (731)
7. สอ.บริการสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุข /ความต้องการของชุมชนและสภาพเป็นจริง	0.8	7.3	47.3	35.1	9.4	3.45 (735)
8. ประชาชนได้รับความรู้คำปรึกษาสามารถดูแลสุขภาพตนเอง/ชุมชนในเบื้องต้น	1.7	8.4	45.5	35.7	8.8	3.42 (726)
9. ทั้งรพช../สอ. เลือก/ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่จำเป็นเหมาะกับท้องถิ่น (Good Health at Low Cost)	2.3	9.7	51.0	29.6	7.5	3.30 (734)
10. การรับ – ส่งต่อ ผู้ป่วยสะดวกรวดเร็วตลอด 24 ชม.	6.5	13.5	42.2	27.5	10.3	3.22 (735)
11. มีการประสานร่วมกับองค์กรท้องถิ่นและชุมชนเพื่อให้บริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย	5.2	12.9	45.0	29.1	7.8	3.21 (729)
12. สอ.เยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วย/ครอบครัวต่อเนื่องจาก รพ.ครบทุกราย	3.4	15.0	46.1	29.4	6.2	3.20 (729)

ตารางที่4.12 (ต่อ) ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานตามระดับความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริงด้านบริการ จำแนกรายข้อ

สภาพเป็นจริงด้านบริการ	ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน					ค่าเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
13. รพช.มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคครอบคลุมทั้งอำเภอ	7.4	16.9	43.5	23.6	8.6	3.09 (733)
14. รพช.บริการสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุข /ความต้องการของชุมชนและสภาพเป็นจริง	4.1	13.6	56.3	21.6	4.5	3.09 (736)
15. ชุมชนมีการพัฒนา / จัดตั้งองค์กรเพื่อการพึ่งตนเอง	4.4	17.7	48.2	23.8	5.8	3.09 (722)
16. ราคาค่าบริการที่สอ.กำหนด ประชาชนสามารถจ่ายได้	11.5	16.2	37.2	24.6	10.4	3.06 (728)
17. การตรวจและแจ้งผลการวิเคราะห์ชันสูตรของรพช.มีความสะดวกรวดเร็ว	8.5	17.3	44.9	23.6	5.6	3.01 (732)
18. ผู้ป่วยใช้บริการส่งต่อไปรพช. ตามขั้นตอน	8.0	24.0	44.4	16.3	7.4	2.91 (726)
19. ร่วมกันให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่เข้าถึงผู้ด้อยโอกาสผู้ยากจน ได้ครอบคลุมทั้งอำเภอ	11.4	22.8	39.9	20.7	5.2	2.86 (729)
20. สอ.มีผู้ปฏิบัติงานเพียงพอเปิดให้บริการตลอด 24 ชม.	19.7	21.9	32.3	19.3	6.8	2.72 (731)
21. รพช.และสอ.ร่วมกันจัดบริการผสมผสานการแพทย์แผนไทย	22.1	24.3	38.4	13.1	2.1	2.49 (727)
22. มีแพทย์หมุนเวียนมาบริการตรวจรักษาที่สอ.เป็นระบบ	57.1	12.9	16.5	9.1	4.5	1.91 (715)
รวมด้านบริการ						***3.18(739)***

สภาพเป็นจริงด้านวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริง อยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (3.10) โดยผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความคิดเห็น ว่า 1) ทั้งรพช./สอ.มีทะเบียนผู้พิการ ผู้ยากจนที่เป็นจริงครบทั้งอำเภอ 2) สอ.มีระบบจัดเก็บข้อมูลสมบูรณ์ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน 3) ระบบข้อมูลข่าวสารระหว่าง สอ./สสอ ./รพช. ใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาชุมชนได้ถูกต้อง โดยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 47.8,47.8 และ 40.9) ยกเว้น 1) การมีศูนย์กลางให้ข้อมูล / คำปรึกษาในประเด็นทางสุขภาพแก่ประชาชนตลอด 24 ชม.ร่วมกัน 2) มีการประสานงานร่วมกันทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ 3) รพช./สอ. ร่วมกันศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบ มีการปฏิบัติกันอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างน้อย โดยอยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 43.6, 38.5 และ 35.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.13)

ตารางที่ 4.13 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน ตามระดับความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริงด้านวิชาการ จำแนกรายข้อ

สภาพเป็นจริงด้านวิชาการ	ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน					ค่าเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. สอ.มีระบบจัดเก็บข้อมูลสมบูรณ์ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน	1.5	7.3	43.4	38.7	9.1	**3.47** (737)
2. ทั้งรพช./สอ.มีทะเบียนผู้พิการ ผู้ยากจนที่เป็นจริงครบทั้งอำเภอ	2.2	11.0	39.1	35.7	12.1	**3.45** (737)
3. ระบบข้อมูลข่าวสารระหว่าง สอ./สสอ ./รพช. ใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาชุมชนได้ถูกต้อง	3.4	11.1	44.6	30.6	10.3	**3.33** (736)
4. ผู้ปฏิบัติงานได้รับการฝึกอบรมพัฒนาทักษะการค้นหาและแก้ไขปัญหาในชุมชนได้	2.3	10.3	50.3	32.0	5.1	3.27 (726)
5. ท่านได้รับการฝึกทักษะในการทำงานร่วมกับชุมชน ประชาชนและองค์กรอื่นๆ	3.3	12.8	48.6	28.6	6.7	3.23 (728)
6. สอ.มีเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารเพียงพอ	6.7	17.9	37.8	23.6	14.1	3.20 (733)
7. สอ.ใช้ข้อมูลผู้ป่วยร่วมกับรพ. เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	5.6	15.3	43.9	26.2	9.1	3.18 (734)

ตารางที่4.13 (ต่อ) ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน ตามระดับความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริง ด้านวิชาการ จำแนกรายข้อ

สภาพเป็นจริงด้านวิชาการ	ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน					ค่าเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
8. ผู้นิเทศจากรพช.มีความรู้ดีในเรื่องที่นิเทศและสามารถอธิบายให้เข้าใจได้ชัดเจน	5.1	13.8	44.5	31.8	4.8	3.17 (724)
9. รพช.เป็นพี่เลี้ยง /ให้คำปรึกษา / ข้อเสนอแนะอย่างเป็นกันเอง	7.2	17.2	45.5	24.3	5.8	3.04 (723)
10. สร้างเครือข่ายในการเรียนรู้แลกเปลี่ยนปัญหาระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกัน	7.0	17.4	48.9	21.3	5.4	3.01 (726)
11. ผู้นิเทศจากรพช.. สนใจ รับฟังปัญหาของผู้ปฏิบัติงาน	7.3	23.1	41.4	20.4	7.8	2.98 (727)
12. รพช./สอ. ร่วมกันศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาระบบบริการ	14.7	20.9	45.7	15.4	3.3	2.72 (727)
13. มีการประสานงานร่วมกันทั้ง แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ	8.8	29.7	47.6	11.0	2.9	2.69 (735)
14. มีศูนย์กลางให้ข้อมูล / คำปรึกษาในประเด็นทางสุขภาพแก่ประชาชนตลอด 24 ชม.	15.0	28.6	36.0	17.1	3.3	2.65 (733)
รวมด้านวิชาการ						***3.10(379)***

สภาพเป็นจริงด้านการมีส่วนร่วม ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริงอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างน้อย(2.78) โดยผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า 1) ผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีโอกาสเสนอความคิดเห็นในการพัฒนาการบริการสุขภาพตลอดเวลา 2)ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเพื่อพัฒนาระบบบริการระดับอำเภอ 3) ประชาชน / องค์กรชุมชนมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ วางแผน ดำเนินการ เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของอำเภออยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด(ร้อยละ 32.0, 25.2และ 21.7 ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนทรัพยากรของประชาชนและองค์กรชุมชน อย่างต่อเนื่อง ในสภาพความเป็นจริงผู้ปฏิบัติงานเห็นว่า มีการปฏิบัติกันค่อนข้างน้อย โดยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดเพียง ร้อยละ 16.1 (ตารางที่ 4.14)

ตารางที่ 4.14 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน ตามระดับความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริงด้านการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขจำแนกรายข้อ

สภาพเป็นจริงด้านการมีส่วนร่วม	ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน					ค่าเฉลี่ย (จำนวนคน)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. ผู้ปฏิบัติงานทุกคน มีโอกาสเสนอความคิดเห็นในการพัฒนาการบริการสุขภาพตลอดเวลา	7.7	17.9	42.3	23.1	9.0	3.08 (737)
2. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเพื่อพัฒนาระบบบริการระดับอำเภอ	14.1	20.5	40.2	20.1	5.2	2.82 (737)
3. ประชาชน / องค์กรชุมชน มีส่วนร่วมเป็น กรรมการวางแผนดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข	12.1	22.9	43.4	18.3	3.4	2.78 (738)
4. ประชาชนมีทางเลือกในการเสนอความคิดเห็น เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ ได้หลายวิธี	13.2	21.1	44.2	18.2	3.3	2.77 (735)
5. มีการประเมินผล ตรวจสอบการจัดบริการโดยประชาชนและองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง	14.0	24.7	41.9	16.7	2.8	2.70 (738)
6. ประชาชน /องค์กรชุมชน สนับสนุนทรัพยากร เช่น เงิน คนวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง	18.8	27.6	37.5	13.1	3.0	2.54 (733)
รวมด้านการมีส่วนร่วม						***2.78(739)***

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความแตกต่างระหว่างความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงาน

หากพิจารณาการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงาน ในประเด็นที่มีความสำคัญมาก 10 อันดับแรกของด้านบริหาร บริการ และ 5 อันดับแรกของด้านวิชาการและการมีส่วนร่วม โดยพิจารณาถึง ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่ให้คะแนน ในระดับมากถึงมากที่สุด ระหว่างการให้ความสำคัญกับสภาพเป็นจริง (ตารางที่ 4.15) พอสรุปได้ดังนี้

ด้านการบริหาร

เมื่อพิจารณา ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่ให้คะแนนในระดับมากถึงมากที่สุด ระหว่างการให้ความสำคัญกับสภาพเป็นจริง พบว่า มีผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 60.3 – 66.9 ที่ให้ความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุด ในขณะที่สภาพเป็นจริงมีผู้ปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 33.1 – 45.0 ที่ให้คะแนนในระดับมากถึงมากที่สุด

ด้านการบริการ

เมื่อพิจารณา ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่ให้คะแนนในระดับมากถึงมากที่สุด ระหว่างการให้ความสำคัญกับสภาพเป็นจริง พบว่า มีผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 62.5 – 78.8 ที่ให้ความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุด ในขณะที่สภาพเป็นจริงมีผู้ปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 29.6 – 61.1 ที่ให้คะแนนในระดับมากถึงมากที่สุด

ด้านวิชาการ

เมื่อพิจารณา ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่ให้คะแนนในระดับมากถึงมากที่สุด ระหว่างการให้ความสำคัญกับสภาพเป็นจริง พบว่า มีผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 65.8 – 74.2 ที่ให้ความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุด ในขณะที่สภาพเป็นจริงมีผู้ปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 36.6 – 47.8 ที่ให้คะแนนในระดับมากถึงมากที่สุด

ด้านการมีส่วนร่วม

เมื่อพิจารณา ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่ให้คะแนนในระดับมากถึงมากที่สุด ระหว่างการให้ความสำคัญกับสภาพเป็นจริง พบว่า มีผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 51.1 – 61.2 ที่ให้ความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุด ในขณะที่สภาพเป็นจริงมีผู้ปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 19.5 – 32.1 ที่ให้คะแนนในระดับมากถึงมากที่สุด

ตารางที่ 4.15 ความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงาน จำแนกตามร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่ให้คะแนนในระดับมากถึงมากที่สุด เรียงตามกิจกรรมที่ให้ความสำคัญมากใน 5 – 10 อันดับแรก

การประสานงาน	ร้อยละ (มาก –มากที่สุด)	
	ความสำคัญ**	สภาพเป็นจริง
ความสำคัญ 10 อันดับแรกด้านการบริหาร		
1.สสอ.มีความชัดเจนโปร่งใสตรวจสอบได้	66.9	45.0
2.ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บริหาร รพ. / สสอ.	66.0	43.5
3.รพช.และสอ.ใช้ระบบคลังยาเดียวกัน ทั้งอำเภอ	65.7	51.8
4.การประสานงานช่วยให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยลง	65.4	43.1
5.รพช.ช่วยเหลือ /แลกเปลี่ยน /ยืมวัสดุ อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ ที่จำเป็น	63.8	40.3
6.มีแผนงานร่วมกันให้บริการทั่วถึงทั้งอำเภออย่างชัดเจน	63.4	35.5
7.ประชุมเพื่อวางแผนและประสานแผนอย่างสม่ำเสมอ	63.3	33.5
8.มีเป้าหมายร่วมกันเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างจริงจัง	62.8	31.6
9.สอ.ได้รับจัดสรรเงินกองทุน บัตรสปร. อย่างเหมาะสม	61.2	38.9
10.สอ.ได้รับการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม	60.3	33.1
ความสำคัญ 10 อันดับแรกด้านการบริการ		
1.สอ.มุ่งเน้นให้บริการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและการป้องกันโรค	78.8	65.6
2.สอ.ให้บริการมีความยืดหยุ่น เน้นความเกี่ยวข้องผูกพันธ์กับชุมชนเป็นหลัก	77.4	61.1
3.ร่วมกิจกรรมในงานอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กำจัดลูกน้ำ ยุงลาย	72.7	55.4
4.ชุมชนมีความเชื่อถือศรัทธาต่อผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข	72.2	53.7
5.สอ.คล่องตัว เหมาะสมในการให้บริการ ระดับต้น	72.1	51.9
6.ร่วมกันป้องกันและควบคุมโรคระบาดทันต่อเหตุการณ์	71.3	53.4
7.ประชาชนได้รับความรู้ คำปรึกษาสามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนในเบื้องต้น	71.2	44.5
8.สอ.ให้บริการสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุข /ความต้องการของชุมชน และสภาพสังคมที่เป็นจริง	65.1	44.5
9.การรับ – ส่งต่อ ผู้ป่วย สะดวกรวดเร็วตลอด 24 ชม.	64.3	37.8
10.ชุมชนมีการพัฒนา/จัดตั้งองค์กรเพื่อการพึ่งตนเอง	62.5	29.6

** เรียงตามลำดับการให้ความสำคัญ

ตารางที่ 4.15 (ต่อ) ความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงาน จำแนกตามร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่ให้คะแนนในระดับมากถึงมากที่สุดเรียงตามกิจกรรมที่ให้ความสำคัญมากใน 5 – 10 อันดับแรก

การประสานงาน	ร้อยละ (มาก – มากที่สุด)	
	ความสำคัญ**	สภาพเป็นจริง
ความสำคัญ 5 อันดับแรกด้านวิชาการ		
1. สอ.มีระบบจัดเก็บข้อมูลสมบูรณ์ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน	74.2	47.8
2. ทั้งรพช./สอ.มีทะเบียนผู้พิการ ผู้ยากจนที่เป็นจริงครบทั้งอำเภอ	71.2	47.8
3. ใช้ประโยชน์จาก ระบบข้อมูลข่าวสารระหว่าง สอ./สสอ ./รพช. ในการแก้ปัญหาชุมชนได้ถูกต้อง	67.1	40.9
4. สอ.มีเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารเพียงพอ	65.2	37.7
5. ผู้นิเทศจากรพช..มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่นิเทศดีและสามารถอธิบายให้เข้าใจได้ชัดเจน	65.8	36.6
ความสำคัญ 5 อันดับแรกด้านการมีส่วนร่วม		
1. ผู้ปฏิบัติงานทุกคน มีโอกาส เสนอความคิดเห็นเพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพได้ตลอดเวลา	61.2	32.1
2. ประชาชน / องค์กรชุมชน มีส่วนร่วมเป็นกรรมการ วางแผน ดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของอำเภอ	54.7	21.7
3. ประชาชนมีทางเลือกในการเสนอความคิดเห็น เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ ได้หลายวิธี	54.8	21.5
4. ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ เพื่อพัฒนาระบบบริการระดับอำเภอ	53.2	25.3
5. มีการประเมินผลและตรวจสอบการจัดบริการ โดยประชาชนและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	51.1	19.5

** เรียงตามลำดับความสำคัญ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงาน

เมื่อพิจารณา ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญและคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงแต่ละข้อ และทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความสำคัญกับคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริง โดยใช้ paired t-test สรุปได้ดังนี้

ด้านการบริหาร

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการให้ความสำคัญกับสภาพเป็นจริง พบว่า ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (3.71-3.92) ในขณะที่สภาพเป็นจริงผู้ปฏิบัติงานคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (3.12-3.49) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริง พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงานแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง($p<0.001$) โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในด้าน 1) ร่วมกันการกำหนดเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างจริงจัง 2) ประชุมเพื่อวางแผนและประสานแผนร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ 3) ร่วมกันกำหนดแผนงานเพื่อให้บริการทั่วถึงทั้งอำเภออย่างชัดเจน

ด้านการบริการ

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการให้ความสำคัญกับสภาพเป็นจริง พบว่า ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (3.79-4.14) ในขณะที่สภาพเป็นจริงผู้ปฏิบัติงานคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (3.09-3.82) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริง พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงานแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง($p<0.001$) โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในด้าน 1) การสนับสนุนให้ชุมชนมีการพัฒนา/จัดตั้งองค์กรเพื่อการพึ่งตนเอง 2) การบริการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยให้มีสะดวกรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง 3) การให้ความรู้ คำปรึกษากับประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนในเบื้องต้น

ด้านวิชาการ

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการให้ความสำคัญกับสภาพเป็นจริง พบว่า ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (3.82-4.04) ในขณะที่สภาพเป็นจริงผู้ปฏิบัติงานคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (3.17-3.47) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริง พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงานแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง($p<0.001$) โดยเฉพาะมี

ความแตกต่างมาก ในด้าน 1) การมีเครื่องมือที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารเพียงพอ 2) ผู้นิเทศจากรพช. มีความรู้ในเรื่องที่นิเทศดีและสามารถอธิบายให้เข้าใจได้ชัดเจน 3) การจัดระบบข้อมูลให้สมบูรณ์ ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

ด้านการมีส่วนร่วม

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนการให้ความสำคัญกับสภาพเป็นจริง พบว่า ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (3.48-3.74) ในขณะที่สภาพเป็นจริงผู้ปฏิบัติงานคะแนนอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย (2.70-2.82) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริง พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงานแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง($p<0.001$) โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในด้าน 1) การจัดทางเลือกให้ประชาชนเสนอความคิดเห็นเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการได้หลายทาง 2) การเปิดโอกาสให้ประชาชน / องค์กรชุมชน มีส่วนร่วมเป็นกรรมการ วางแผนดำเนินการ เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข 3) การให้ประชาชน / องค์กรชุมชน มีส่วนร่วมในการประเมินผลและตรวจสอบการจัดบริการ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.16 ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริง และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามกิจกรรมที่ให้ความสำคัญมากใน 5 – 10 อันดับแรก

การประสานงาน	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่างของค่าเฉลี่ย	P- value**
	ความสำคัญ	สภาพเป็นจริง		
ความสำคัญ 10 อันดับแรกด้านการบริหาร				
1. มีเป้าหมายร่วมกันพัฒนาคุณภาพบริการอย่างจริงจัง	3.83	3.12	0.71	<0.001*
2. ประชุมเพื่อวางแผนและประสานแผนอย่างสม่ำเสมอ	3.82	3.15	0.67	<0.001*
3. มีแผนงานร่วมกันให้บริการทั่วถึงทั้งอำเภออย่างชัดเจน	3.78	3.16	0.62	<0.001*
4. สอ.ได้รับการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม	3.76	3.17	0.59	<0.001*
5. สอ.ได้รับจัดสรรเงินกองทุน บัตรสปร.อย่างเหมาะสม	3.77	3.20	0.57	<0.001*
6. สสอ.มีความชัดเจนโปร่งใสตรวจสอบได้	3.92	3.37	0.55	<0.001*
7. ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บริหาร รพ. / สสอ.	3.86	3.31	0.55	<0.001*
8. การประสานงานช่วยให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยลง	3.84	3.31	0.53	<0.001*
9. รพช.ช่วยเหลือ /แลกเปลี่ยน /ยืมวัสดุ อุปกรณ์ ยา ที่จำเป็น	3.84	3.31	0.53	<0.001*
10. รพช.และสอ.ใช้ระบบคลังยาเดียวกัน ทั้งอำเภอ	3.85	3.49	0.36	<0.001*
ความสำคัญ 10 อันดับแรกด้านการบริการ				
1. ชุมชนมีการพัฒนา/จัดตั้งองค์กรเพื่อการพึ่งตนเอง	3.79	3.09	0.70	<0.001*
2. การรับ – ส่งต่อ ผู้ป่วย สะดวกรวดเร็วตลอด 24 ชม.	3.82	3.32	0.60	<0.001*
3. ประชาชนได้รับความรู้ คำปรึกษาสามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนในเบื้องต้น	3.97	3.42	0.55	<0.001*
4. ร่วมกันป้องกันและควบคุมโรคระบาดทันต่อเหตุการณ์	4.00	3.55	0.45	<0.001*
5. สอ.คล่องตัว เหมาะสมในการให้บริการ ระดับต้น	3.99	3.55	0.44	<0.001*
6. สอ.มุ่งเน้นให้บริการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและการป้องกันโรค	4.14	3.73	0.41	<0.001*
7. ร่วมกิจกรรมในงานอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยกันอย่างสม่ำเสมอ	3.96	3.56	0.40	<0.001*
8.ชุมชนมีความเชื่อถือศรัทธาต่อผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข	3.96	3.57	0.39	<0.001*
9.สอ.บริการสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุข /ความต้องการของชุมชน และสภาพสังคมที่เป็นจริง	3.83	3.45	0.38	<0.001*
10.สอ.ให้บริการมีความยืดหยุ่น เน้นความเกี่ยวข้องผูกพันธ์กับชุมชนเป็นหลัก	4.06	3.82	0.24	<0.001*

* * paired t-test

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

ตารางที่ 4.16 (ต่อ) ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริง และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามกิจกรรมที่ให้ความสำคัญมากใน 5 – 10 อันดับแรก

การประสานงาน	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่างของค่าเฉลี่ย	P- value**
	ความสำคัญ	สภาพเป็นจริง		
ความสำคัญ 5 อันดับแรกด้านวิชาการ				
1. สอ.มีเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารเพียงพอ	3.85	3.20	0.65	<0.001*
2. ผู้นิเทศจากรพช.มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่นิเทศดีและสามารถอธิบายให้เข้าใจได้ชัดเจน	3.82	3.17	0.65	<0.001*
3. สอ.มีระบบจัดเก็บข้อมูลสมบูรณ์ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน	4.04	3.47	0.57	<0.001*
4. ระบบข้อมูลข่าวสารระหว่าง สอ./สสอ ./รพช. ใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาชุมชนได้ถูกต้อง	3.89	3.33	0.56	<0.001*
5. ทั้งรพช./สอ.มีทะเบียนผู้พิการ ผู้ยากจนที่เป็นจริงครบทั้งอำเภอ	3.95	3.45	0.50	<0.001*
ความสำคัญ 5 อันดับแรกด้านการมีส่วนร่วม				
1. ประชาชน / องค์กรชุมชน มีส่วนร่วมเป็นกรรมการ วางแผนดำเนินการ เพื่อพัฒนาระบบบริการ สาธารณสุข ของอำเภอ	3.58	2.78	0.80	<0.001*
2. ประชาชนมีทางเลือกในการเสนอความคิดเห็น เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ ได้หลายวิธี	3.56	2.77	0.79	<0.001*
3. มีการประเมินผลและตรวจสอบการจัดบริการ โดยประชาชนและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	3.48	2.70	0.78	<0.001*
4. ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ เพื่อพัฒนาระบบบริการระดับอำเภอ	3.52	2.82	0.70	<0.001*
5. ผู้ปฏิบัติงานทุกคน มีโอกาส เสนอความคิดเห็นเพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพตลอดเวลา	3.74	3.08	0.66	<0.001*

* * paired t-test

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

ส่วนที่ 5. เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานตามปัจจัยส่วนบุคคล และลักษณะของหน่วยงาน

คะแนนความคิดเห็นที่ใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่างประกอบด้วย 2 ส่วน คือ คะแนนความสำคัญต่อการจัดบริการและคะแนนความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริง แต่ละส่วนประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 61 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการบริหาร(19 ข้อ) ด้านบริการ(22ข้อ) ด้านวิชาการ(14ข้อ) และด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(6ข้อ) แต่ละข้อมีคะแนน 5 ระดับ คือ 1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก, 5 = มากที่สุด ส่วนความคิดเห็นด้านลบ คือ 1 = มากที่สุด, 2 = มาก, 3 = ปานกลาง, 4 = น้อย, 5 = น้อยที่สุด ดังนั้นในแต่ละคนจึงมีคะแนนตั้งแต่ 61(1×61) ถึง 305(5×61) คะแนน เมื่อคิดเป็นค่าเฉลี่ยของคะแนนรายข้อหรือรายด้านจะมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1 ถึง 5 คะแนน

5.1 การให้ความสำคัญต่อการประสานงาน

เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญต่อการประสานงาน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามปัจจัยส่วนบุคคล ดังนี้ ในภาพรวม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ที่แตกต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยความสำคัญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.05$) สำหรับประสบการณ์การเป็นกรรมการ คปสอ. พบว่า มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสำคัญไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านการบริหาร บริการ วิชาการ และการมีส่วนร่วม พบว่า

อายุ ผู้ปฏิบัติงานที่มีอายุแตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้านแตกต่างกันทั้ง 4 ด้าน โดยด้านการบริหารมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนด้านบริการและวิชาการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง($p<0.001$) โดยกลุ่มอายุ 20 – 29 ปี จะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญต่อการบริหาร บริการ วิชาการและการมีส่วนร่วมสูงกว่าอายุกลุ่มอื่น ๆ

ระดับการศึกษา ผู้ปฏิบัติงานที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้านแตกต่างกันทั้ง 4 ด้าน โดยด้านการบริหาร บริการ วิชาการและการมีส่วนร่วมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.05$) โดยระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านการบริหาร บริการ วิชาการและการมีส่วนร่วมสูงกว่าระดับต่ำกว่าปริญญาตรี

ตำแหน่ง ผู้ปฏิบัติงานที่มีตำแหน่งแตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญ รายด้านแตกต่างกันทั้ง 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) โดยตำแหน่งทางวิชาการ จะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญต่อการบริหาร บริการ วิชาการและการมีส่วนร่วมสูงกว่าตำแหน่งระดับบริหาร และบริการ

ประสบการณ์การเป็นกรรมการคปสอ. ผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์เป็นกรรมการ คปสอ. แตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้านไม่แตกต่างกันทั้ง 4 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p > 0.05$) โดยผู้ที่มีประสบการณ์การเป็นกรรมการ คปสอ. จะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านการบริหาร บริการ วิชาการและการมีส่วนร่วม สูงกว่าผู้ที่ไม่มีประสบการณ์การเป็นกรรมการ คปสอ. (ตารางที่ 4.17)

ตารางที่ 4.17 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้านและระดับนัยสำคัญทางสถิติจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล		คะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้าน				รวม
		บริหาร	บริการ	วิชาการ	มีส่วนร่วม	
อายุ [b] **(ปี)**	20 – 29	3.69	3.80	3.67	3.67	3.73
	30 – 39	3.60	3.68	3.58	3.54	3.62
	40 – 49	3.48	3.58	3.45	3.37	3.50
	50 – 59	3.53	3.50	3.40	3.44	3.48
	p-value	0.008*	< 0.001*	< 0.001*	0.005*	0.001*
การศึกษา [a]	ต่ำกว่าปริญญาตรี	3.57	3.65	3.54	3.48	3.58
	ปริญญาตรีขึ้นไป	3.68	3.76	3.64	3.66	3.70
	p-value	0.010*	0.031*	0.050*	0.003*	0.010*
ตำแหน่ง [b]	บริหาร	3.54	3.63	3.54	3.53	3.57
	วิชาการ	3.73	3.83	3.72	3.75	3.77
	บริการ	3.61	3.69	3.56	3.52	3.62
	p-value	0.025*	0.048*	0.017*	0.025*	0.016*
ประสบการณ์เป็นกรรมการคปสอ. [a]	ไม่มี	3.59	3.69	3.57	3.52	3.61
	มี	3.64	3.71	3.60	3.62	3.65
	p-value	0.315	0.859	0.610	0.149	0.411

[a] Mann Whitney U test [b] Kruskal – Wallis H test *มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญต่อการประสานงาน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลักษณะหน่วยงาน ดังนี้

เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสำคัญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามสถานที่ปฏิบัติงาน ระยะห่างจากรพ. ประธานคปสอ. ระบบข้อมูลข่าวสาร ($p<0.05$) และประสิทธิภาพทีมงานรพช./สอ.($p<0.001$) สำหรับปัจจัยด้านขนาดโรงพยาบาล พบว่า มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสำคัญไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(($p>0.05$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านการบริหาร การบริการวิชาการ และการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข พบว่า

ขนาดโรงพยาบาล โรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดใหญ่มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้านไม่แตกต่างกันทั้ง 4 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p>0.05$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความสำคัญ พบว่า โรงพยาบาลขนาดเล็ก(<60 เตียง) มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านบริหารบริการและการมีส่วนร่วม สูงกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่(60 เตียงขึ้นไป) ส่วนด้านวิชาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน

สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับสถานีอนามัยจะมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสำคัญในด้านการบริหารและวิชาการแตกต่างกันในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนด้านการบริการและการมีส่วนร่วม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญทั้ง 4 ด้านสูงกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย

ระยะห่างจากโรงพยาบาล ที่ต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านบริการ วิชาการและการมีส่วนร่วม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนด้านการบริหาร ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า หน่วยงานที่มีระยะห่างจากรพ. 1-5 กม. และ 6-10 กม.มีคะแนนเฉลี่ยความสำคัญทั้ง 4 ด้านใกล้เคียงกัน และมีค่าสูงกว่าระยะทางช่วง16-20 กม.และ 21 กม.ขึ้นไป

ประธานคปสอ. ประธานคปสอ.ที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลกับสาธารณสุขอำเภอมีผลต่อ คะแนนเฉลี่ยความสำคัญแตกต่างกันในด้านการบริหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.05$) โดยหน่วยงานที่มีสาธารณสุขอำเภอเป็นประธานคปสอ. มีคะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านการบริหารสูงกว่าหน่วยงานที่มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานคปสอ. สำหรับด้านการบริการ วิชาการและการมีส่วนร่วม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ของผู้บริหาร ความสัมพันธ์ที่ดีและขัดแย้ง มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสำคัญความแตกต่างกันในด้านบริหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยความสัมพันธ์ที่ดีมีคะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านการบริหารสูงกว่าหน่วยงานที่มีความขัดแย้งของผู้บริหาร ส่วนด้านบริการ วิชาการและการมีส่วนร่วม พบว่า มีการให้ความสำคัญไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

ระบบข้อมูลข่าวสาร การรวบรวมข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสำคัญแตกต่างอย่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ทั้ง 4 ด้าน โดยกลุ่มที่มีการรวบรวมโดยมีศูนย์ข้อมูลข่าวสาร จะมีคะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านการบริหาร บริการ วิชาการและการมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ประสิทธิภาพทีมงานรพช./สอ. ที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสำคัญแตกต่างกันทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง($p<0.001$) โดยหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพทีมงานรพช./สอ. สูงจะมีคะแนนเฉลี่ยความสำคัญทั้ง 4 ด้านสูงกว่าหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพทีมงานรพช./สอ.ระดับปานกลางและระดับต่ำ (ตารางที่ 4.18)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.18 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้านและระดับนัยสำคัญทางสถิติจำแนกตามลักษณะหน่วยงาน

ลักษณะหน่วยงาน		คะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้าน				รวม
		บริหาร	บริการ	วิชาการ	มีส่วนร่วม	
ขนาดรพ. [a]	< 60 เตียง	3.64	3.72	3.58	3.56	3.64
(ที่ประสานงานด้วย)	60 เตียง ขึ้นไป	3.59	3.68	3.58	3.55	3.62
	p-value	0.265	0.440	0.834	0.875	0.479
สถานที่	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	3.71	3.76	3.7	3.68	3.72
ปฏิบัติงาน [a]	สถานีอนามัย	3.59	3.68	3.56	3.53	3.61
	p-value	0.035*	0.386	0.025*	0.106	0.072*
สถานที่ปฏิบัติ	1 – 5 กม.	3.68	3.75	3.66	3.66	3.70
งานมีระยะทาง	6 – 10 กม.	3.65	3.76	3.65	3.60	3.69
ห่างจากรพ. [b]	11 – 15 กม.	3.55	3.59	3.45	3.38	3.52
	16 – 20 กม.	3.52	3.59	3.50	3.54	3.54
	21 กม.ขึ้นไป	3.60	3.74	3.60	3.58	3.65
	p-value	0.12	0.03*	0.01*	0.05*	0.02*
ประธานคปสอ. [a]	ผู้อำนวยการรพช.	3.57	3.66	3.56	3.52	3.59
	สาธารณสุขอำเภอ	3.67	3.75	3.62	3.62	3.68
	p-value	0.037*	0.052	0.148	0.123	0.037*
ความสัมพันธ์	ความสัมพันธ์ดี	3.64	3.71	3.60	3.56	3.65
ผู้บริหาร [a]	ขัดแย้ง	3.36	3.66	3.48	3.66	3.52
	p-value	0.012*	0.760	0.239	0.484	0.252
ระบบข้อมูล	มีศูนย์ข้อมูล	3.68	3.73	3.62	3.59	3.67
ข่าวสาร [b]	ไม่มีศูนย์ข้อมูล	3.53	3.66	3.53	3.51	3.58
	ไม่มีการรวบรวม	3.36	3.46	3.36	3.29	3.39
	p-value	0.004*	0.016*	0.005*	0.028*	0.004*
ประสิทธิภาพ	ต่ำ	3.32	3.49	3.38	3.29	3.39
ทีมงานรพช./สอ. [b]	ปานกลาง	3.59	3.68	3.57	3.55	3.61
	สูง	4.02	3.99	3.87	3.88	3.96
	p-value	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*

[a] Mann Whitney U test [b] Kruskal – Wallis H test * มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5.2 สภาพเป็นจริงของการประสานงาน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริงพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามปัจจัยส่วนบุคคล ดังนี้คือ

เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่มีปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อายุ ระดับการศึกษา และตำแหน่งของผู้ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p< 0.05$) สำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์เป็นกรรมการคปสอ.ต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสำคัญไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p>0.05$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน การบริหาร การบริการ วิชาการ และการมีส่วนร่วม พบว่า

อายุ ผู้ปฏิบัติงานที่มีอายุที่แตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงแตกต่างกันทั้ง 4 ด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริง ด้านการบริหาร ด้านบริการ วิชาการ และการมีส่วนร่วม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p<0.001$) โดยกลุ่มอายุ 50 – 59 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงทั้ง 4 ด้านสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น

ระดับการศึกษา ผู้ปฏิบัติงานที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงในด้านบริหาร บริการ วิชาการและการมีส่วนร่วม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.05$) โดยระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงด้านการบริหาร การบริการ สูงกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไป

ตำแหน่ง ผู้ปฏิบัติงานที่มีตำแหน่งแตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงด้านบริหาร บริการ และวิชาการ แตกต่างอย่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยตำแหน่งระดับบริการมีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงด้านบริหาร บริการ และวิชาการ สูงกว่าตำแหน่งระดับบริหารและวิชาการ ส่วนด้านการมีส่วนร่วม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

ประสบการณ์เป็นกรรมการ คปสอ. ผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์เป็นกรรมการ คปสอ. แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงด้านบริหารและการมีส่วนร่วม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p< 0.05$) โดยผู้ที่มีประสบการณ์เป็น คปสอ. มีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงด้านการบริหาร และการมีส่วนร่วม สูงกว่าผู้ที่ไม่มีประสบการณ์เป็นกรรมการ คปสอ. แต่ในด้านวิชาการและการบริการ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) (ตารางที่ 4.19)

ตารางที่ 4.19 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงรายด้านและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตาม ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล		คะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงรายด้าน				รวม
		บริหาร	บริการ	วิชาการ	มีส่วนร่วม	
อายุ [b] **(ปี)**	20 – 29	3.16	3.26	3.17	2.88	3.17
	30 – 39	3.05	3.08	3.01	2.64	3.01
	40 – 49	3.13	3.16	3.09	2.79	3.10
	50 – 59	3.39	3.35	3.24	3.09	3.31
	p-value	0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*
ระดับการศึกษา [a]	ต่ำกว่าปริญญาตรี	3.19	3.23	3.14	2.84	3.16
	ปริญญาตรีขึ้นไป	3.07	3.11	3.06	2.71	3.05
	p-value	0.013*	0.013*	0.043*	0.026*	0.010*
ตำแหน่ง [b]	บริหาร	3.13	3.16	3.06	2.78	3.09
	วิชาการ	2.98	3.03	3.02	2.68	2.98
	บริการ	3.17	3.23	3.14	2.82	3.15
	p-value	0.006*	0.001*	0.011*	0.233	0.002*
ประสบการณ์เป็นกรรมการคปสอ. [a]	ไม่มี	3.09	3.18	3.1	2.72	3.09
	มี	3.19	3.18	3.1	2.89	3.14
	p-value	0.022*	0.824	0.680	0.010*	0.089

[a] Mann Whitney U test [b] Kruskal – Wallis H test * มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลักษณะหน่วยงาน ดังนี้

เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า ลักษณะของหน่วยงาน ขนาดโรงพยาบาล ประธานคปสอ. ที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนด้าน ความสัมพันธ์ของผู้บริหาร ระบบข้อมูลข่าวสาร ประสิทธิภาพทีมงาน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p<0.001$) ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับ สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะห่างจากโรงพยาบาล พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงไม่แตกต่างกันทั้ง 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านการบริหาร การบริการ วิชาการ และการมีส่วนร่วม พบว่า

ขนาดโรงพยาบาล โรงพยาบาลขนาดที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงแตกต่างกันในด้านบริการและการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) ส่วนด้านวิชาการมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p< 0.001$) สำหรับด้านการบริหาร พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) โดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงสูงกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก

สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับสถานีอนามัยให้คะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงด้านการบริหารและการมีส่วนร่วมแตกต่างกันในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <0.05$) ส่วนด้านบริการและวิชาการไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ปฏิบัติงาน ที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีคะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านบริหาร วิชาการและการมีส่วนร่วม สูงกว่า ผู้ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย

ระยะห่างจากโรงพยาบาล ระยะทางที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงไม่แตกต่างกัน ทั้ง 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงพบว่า ระยะห่างจากโรงพยาบาลช่วง 1-5 กม. มีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงด้านบริหารสูงกว่าระยะห่างจากรพ. ช่วง 6-10 กม.,11-15 กม.,16-20 กม. และ 21 กม. ขึ้นไป ส่วนด้านบริการ วิชาการและการมีส่วนร่วม พบว่า ระยะห่างจากรพ.ช่วง 21 กม. ขึ้นไป จะมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงสูงกว่าระยะห่างจากรพ.ในช่วง 5-10 กม., 6-10 กม., 11-15 กม.และ 16-20 กม.

ประธานคปสอ. ที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงแตกต่างกันในด้านการบริหารและวิชาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.05$) โดยหน่วยงานที่มีประธานคปสอ.เป็นสาธารณสุขอำเภอ มีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงด้านการบริหารและวิชาการมากกว่า หน่วยงานที่มีประธานคปสอ.เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล แต่ในด้านการบริการ และการมีส่วนร่วม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

ความสัมพันธ์ของผู้บริหาร ที่ต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง($p\text{-value}<0.001$) ในด้านบริหาร บริการ และวิชาการ โดยกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ของผู้บริหารดี มีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริง ด้านการบริหาร การบริการ และวิชาการสูงกว่าหน่วยงานที่มีความสัมพันธ์ขัดแย้ง ส่วนด้านการมีส่วนร่วม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>0.05$)

ระบบข้อมูลข่าวสาร การรวบรวมข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงแตกต่างกันทั้ง 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง($p<0.001$) โดยหน่วยงานที่มีการรวบรวมข้อมูลข่าวสารโดยมีศูนย์ข้อมูลมีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงทั้ง 4 ด้านสูงกว่าหน่วยงานที่ไม่มีศูนย์ข้อมูลและหน่วยงานที่ไม่มีการรวบรวมข้อมูล

ประสิทธิภาพทีมงานรพช./สอ. ที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงแตกต่างกันทั้ง 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง($p< 0.001$) โดยหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพทีมงานรพช./สอ. สูง จะมีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริง ทั้ง 4 ด้าน สูงกว่า หน่วยงานที่มีประสิทธิภาพทีมงานรพช./สอ.ปานกลาง และประสิทธิภาพทีมงานรพช./สอ.ต่ำ (ตารางที่ 4.20)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.20 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงรายด้านและระดับนัยสำคัญทางสถิติจำแนกตามลักษณะหน่วยงานและปัจจัยอื่น ๆ

ลักษณะหน่วยงานและปัจจัยอื่น ๆ		คะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงรายด้าน				รวม
		บริหาร	บริการ	วิชาการ	มีส่วนร่วม	
ขนาดรพ. [a]	< 60 เตียง	3.07	3.12	3.02	2.71	3.04
(ที่ประสานงานด้วย)	60 เตียง ขึ้นไป	3.16	3.21	3.16	2.84	3.15
	p-value	0.155	0.017*	<0.001*	0.047*	0.011*
สถานที่	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	3.25	3.12	3.13	2.96	3.15
ปฏิบัติงาน [a]	สถานีอนามัย	3.11	3.19	3.09	2.75	3.10
	p-value	0.003*	0.613	0.175	0.005*	0.060
สถานที่ปฏิบัติ	1 – 5 กม.	3.18	3.10	3.08	2.85	3.09
งานมีระยะทาง	6 – 10 กม.	3.12	3.23	3.11	2.76	3.12
ห่างจากรพ. [b]	11 – 15 กม.	3.11	3.16	3.10	2.68	3.08
	16 – 20 กม.	3.05	3.14	3.03	2.78	3.05
	21 กม.ขึ้นไป	3.14	3.26	3.16	2.86	3.16
	p-value	0.30	0.12	0.23	0.19	0.37
ประธานคปสอ. [a]	ผู้อำนวยการรพช.	3.08	3.15	3.07	2.74	3.07
	สาธารณสุขอำเภอ	3.21	3.23	3.15	2.85	3.17
	p-value	0.007*	0.052	0.028*	0.054	0.007*
ความสัมพันธ์	ความสัมพันธ์ดี	3.23	3.23	3.16	2.85	3.18
ผู้บริหาร [a]	ขัดแย้ง	2.60	2.90	2.84	2.62	2.77
	p-value	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	0.076	< 0.001*
ระบบข้อมูล	มีศูนย์ข้อมูล	3.27	3.26	3.19	2.88	3.21
ข่าวสาร [b]	ไม่มีศูนย์ข้อมูล	2.96	3.08	2.97	2.61	2.97
	ไม่มีการรวบรวม	2.71	2.91	2.87	2.70	2.82
	p-value	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*
ประสิทธิภาพ	ต่ำ	2.35	2.71	2.63	2.13	2.52
ทีมงานรพช./สอ. [b]	ปานกลาง	3.14	3.17	3.10	2.79	3.11
	สูง	3.98	3.74	3.66	3.52	3.77
	p-value	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*

[a] Mann Whitney U test [b] Kruskal – Wallis H test * มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.21 สรุประดับนัยสำคัญทางสถิติของการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะหน่วยงาน

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้าน				รวม	คะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงรายด้าน				รวม
	บริหาร	บริการ	วิชาการ	มีส่วนร่วม		บริหาร	บริการ	วิชาการ	มีส่วนร่วม	
อายุ[b] (ปี)	0.008*	< 0.001*	< 0.001*	0.005*	0.001*	0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*
การศึกษา [a]	0.010*	0.031*	0.050*	0.003*	0.002*	0.013*	0.013*	0.043*	0.026*	0.010*
ตำแหน่ง [b]	0.025*	0.048*	0.017*	0.025*	0.016*	0.006*	0.001*	0.011*	0.233	0.002*
ประสบการณ์เป็นกรรมการคปสอ. [a]	0.315	0.859	0.610	0.149	0.411	0.022*	0.824	0.680	0.010*	0.089
ขนาดรพ. [a]	0.265	0.440	0.834	0.875	0.479	0.155	0.017*	<0.001*	0.047*	0.011*
สถานที่ปฏิบัติงาน [a]	0.036*	0.386	0.026*	0.106	0.072	0.003*	0.613	0.175	0.005*	0.060
ระยะห่างรพ. [b](กม.)	0.120	0.030*	0.010*	0.050*	0.020*	0.300	0.120	0.230	0.190	0.370
ประธานคปสอ. [a]	0.037*	0.052	0.148	0.123	0.037*	0.007*	0.052	0.028*	0.054	0.007*
ความสัมพันธ์ผู้บริหาร [a]	0.012*	0.760	0.239	0.484	0.252	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	0.076	< 0.001*
ระบบข้อมูลข่าวสาร[b]	0.004*	0.016*	0.005*	0.028*	0.004*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*
ประสิทธิภาพทีมงานรพช./สอ. [b]	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*

[a] Mann Whitney U test

[b] Kruskal – Wallis H test

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 ปัญหาและข้อเสนอแนะ

- การให้อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมเป็นกรรมการใน คปสอ.

ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่(ร้อยละ 75.9) เห็นด้วย กับการให้อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมเป็นกรรมการในคปสอ. โดยผู้ปฏิบัติงานให้เหตุผลว่า อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)เป็นตัวแทนประชาชนมีความรู้ด้านสาธารณสุขร่วมรับทราบ วางแผนและตัดสินใจแก้ปัญหาได้ตรงสาเหตุ ร้อยละ 69.2 รองลงมาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขมีศักยภาพ/บทบาทสูงในชุมชน เข้าถึงชุมชนได้ดี ช่วยร่วมกิจกรรมและประชาสัมพันธ์ข่าวสารได้ดี ร้อยละ 22.1 และเป็นทีมประสานงาน ที่มีเครือข่ายครอบคลุมทั้งอำเภอที่มีประสิทธิภาพต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ร้อยละ 8.7

ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 24.1 ไม่เห็นด้วย กับการให้อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมเป็นกรรมการในคปสอ. โดยผู้ปฏิบัติงานให้เหตุผลว่า อสม.ไม่มีความพร้อม ขาดความรู้ ความเข้าใจในปัญหาสาธารณสุข ร้อยละ 52.5 รองลงมาเนื่องจากจำนวนคนมาก ทำให้ไม่คล่องตัวร้อยละ 37.7 การกำหนดบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน อสม.ไม่ได้ให้ความร่วมมืออย่างจริงใจ ร้อยละ 9.0 และอาจเป็นช่องทางให้การเมืองแทรกแซงได้ ร้อยละ 0.8 (ตารางที่ 4.22)

ตารางที่ 4.22 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมเป็นกรรมการใน คปสอ. (จำนวน 493 ราย)

ความคิดเห็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เห็นด้วย เพราะ	119	24.1
1. ไม่มีความพร้อม ขาดความรู้ ความเข้าใจในปัญหาสาธารณสุข	64	52.5
2. คนมาก อุ้ยอ้าย ไม่คล่องตัว	46	37.7
3. บทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน ไม่ให้ความร่วมมืออย่างจริงใจ	11	9.0
4. เป็นช่องทางการเมืองแทรกแซง	1	0.8
เห็นด้วย เพราะ	374	75.9
1. เป็นตัวแทนประชาชนมีความรู้ด้านสาธารณสุข รับทราบปัญหา นโยบาย ร่วมวางแผนตัดสินใจ และแก้ปัญหาได้ตรงสาเหตุ	270	69.2
2. อสม.มีศักยภาพ/บทบาทสูงในชุมชน เข้าถึงชุมชนได้ดี ช่วยร่วมกิจกรรม ประชาสัมพันธ์	86	22.1
3. เป็นทีมประสานงาน ที่มีเครือข่ายครอบคลุมทั้งอำเภอ มีประสิทธิภาพต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน	34	8.7

- การให้องค์กรปกครองท้องถิ่นร่วมเป็นกรรมการในคปสอ.

ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.5) เห็นด้วย เกี่ยวกับการให้องค์กรปกครองท้องถิ่นร่วมเป็นกรรมการใน คปสอ. โดยส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานให้เหตุผลว่า เป็นตัวแทนชุมชน รับทราบปัญหา นโยบาย ร่วมวางแผน แก้ไขปัญหาและตัดสินใจร่วมกัน ร้อยละ 57.0 มีศักยภาพในการกำหนดทิศทางพัฒนาและสนับสนุนตามความต้องการ ของชุมชน เช่น การบริหารงาน การสนับสนุนงบประมาณ มีอำนาจตามกฎหมาย เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 24.6 ช่วยให้การประสานงานมีประสิทธิภาพสามารถกระจายงานสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนได้ ร้อยละ 14.2

ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 20.5 ไม่เห็นด้วย เกี่ยวกับการให้องค์กรปกครองท้องถิ่นร่วมเป็นกรรมการในคปสอ. โดยผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า องค์กรปกครองท้องถิ่นขาดความพร้อม ไม่มีความรู้ไม่เข้าใจและไม่ให้ความสำคัญงานสาธารณสุข ร้อยละ 42.0 รองลงมาเนื่องจากจำนวนคนมาก ทำให้การบริหารจัดการมีความยุ่งยาก ไม่คล่องตัว ร้อยละ 24.0 และการทำงานแฝงด้วยผลประโยชน์ส่วนตนและอาจมีการเมืองแทรกแซงได้ร้อยละ 17.0 (ตารางที่ 4.23)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.23 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมเป็นกรรมการในคปสอ.(จำนวน 487 ราย)

ความคิดเห็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เห็นด้วย เพราะ	100	20.5
1. ขาดความพร้อมองค์กร ความรู้น้อย ไม่เข้าใจและไม่ให้ความสำคัญงานสาธารณสุข	42	42.0
2. การบริหารจัดการมีความยุ่งยาก เนื่องจาก คนมาก ทำให้ไม่คล่องตัว	24	24.0
3. แฝงด้วยผลประโยชน์ส่วนตนและอาจมีอำนาจการเมืองแทรกแซงได้	17	17.0
4. การประสานงานและตัดสินใจยาก ขาดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	10	10.0
5. การกำหนดยังบทบาทไม่ชัดเจน ควรมีส่วนร่วมแค่ระดับตำบล โดยมุ่งเน้นตามหน้าที่ อบต.ในปัจจุบัน	7	7.0
เห็นด้วย เพราะ	387	79.5
1. เป็นตัวแทนชุมชน รับทราบปัญหา นโยบาย ร่วมวางแผนตัดสินใจและแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพราะทราบข้อมูลในระดับพื้นที่และสภาพปัญหาที่เป็นจริง	232	57.0
2. มีศักยภาพในการกำหนดทิศทางพัฒนาและสนับสนุนตามความต้องการของชุมชน เช่น การบริหารงาน การสนับสนุนงบประมาณ มีอำนาจตามกฎหมาย เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสาร	100	24.6
3. ช่วยให้การประสานงานมีประสิทธิภาพสามารถการกระจายงานสู่ชุมชนเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนได้	58	14.2
4. เตรียม ความพร้อมอบต. ในอนาคตอาจมีการถ่ายโอนงานสาธารณสุขบางส่วน	17	4.2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัญหาและอุปสรรคในการประสานงาน

ปัญหาในการประสานงาน ที่พบมากที่สุด(ร้อยละ 31.0) คือ สัมพันธภาพระหว่างหน่วยงานขาดความเข้าใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน รองลงมาคือ ระบบการประสานงานไม่สะดวก เคร่งครัด ไม่มีความยืดหยุ่น เช่น ประสานงาน ต้องผ่าน คปสอ.อย่างเดียว ไม่ประสานกันระหว่างฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกันร้อยละ 30.3 ขาดการประชุมชี้แจงให้เข้าใจเป้าหมายและแนวทางร่วมกันร้อยละ 10.3 ระบบติดต่อสื่อสารและประชาสัมพันธ์ขาดประสิทธิภาพ ร้อยละ 7.1 ขาดทีมแกนนำทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกันเพื่อการบริหารจัดการที่เข้มแข็ง ร้อยละ 5.8 การนิเทศงานไม่ต่อเนื่องขาดการติดตามผลและประเมิน ร้อยละ 5.2 การกระจายทรัพยากรไม่เหมาะสม ขาดความยุติธรรม ร้อยละ 4.8 ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไม่ดี ร้อยละ 3.5 และสายบังคับบัญชาที่ต่างกัน นโยบายไม่สอดคล้องกัน ไม่เข้าใจระบบบังคับบัญชาซึ่งกันและกันร้อยละ 1.9 (ตารางที่ 4.24)

ตาราง ที่ 4.24 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน (จำนวน 260 ราย)

ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
1. สัมพันธภาพระหว่างหน่วยงาน ขาดความเข้าใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน	96	31.0
2. ระบบการประสานงานไม่สะดวก เคร่งครัด ไม่มีความยืดหยุ่น เช่น ประสานงานต้องผ่าน คปสอ.อย่างเดียว ไม่ประสานกันระหว่างฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกัน	94	30.3
3. ขาดการประชุมชี้แจงให้เข้าใจเป้าหมายและแนวทางร่วมกัน	32	10.3
4. ระบบติดต่อสื่อสารและประชาสัมพันธ์ขาดประสิทธิภาพ	22	7.1
5. ขาดทีมแกนนำทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกันเพื่อการบริหารจัดการที่เข้มแข็ง	18	5.8
6. การนิเทศงานไม่ต่อเนื่อง ขาดการติดตามผลและประเมิน	16	5.2
7. การกระจายทรัพยากรไม่เหมาะสม ขาดความยุติธรรม	15	4.8
8. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไม่ดี	11	3.5
9. ต่างสายบังคับบัญชากัน นโยบายไม่สอดคล้องกัน ไม่เข้าใจระบบบังคับบัญชาซึ่งกันและกัน	6	1.9

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงการประสานงาน

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการประสานงาน ส่วนใหญ่(ร้อยละ 26.1) เสนอแนะให้มีการเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างหน่วยงาน เช่น จัดกิจกรรมร่วมกัน แนะนำเจ้าหน้าที่ใหม่ รองลงมา คือ การพัฒนาทีมแกนนำ / คปสอ. เป็นองค์กรกลางที่มีการบริหารจัดการที่เข้มแข็ง ร้อยละ 21.2 มีการประชุมชี้แจง ข่าวสาร แนวทางการทำงาน ทั้งสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นแนวทางเดียวกัน ร้อยละ 15.5 ปรับระบบการประสานงานให้ยืดหยุ่น มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงเป็นทีมเดียวกันร้อยละ 11.5 พัฒนาผู้บริหารให้มีความรู้ ความสามารถด้านการบริหาร ร้อยละ 8.0 ปรับระบบติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ เช่น ติดตั้งโทรศัพท์ ปรับช่องความถี่วิทยุให้ตรงกัน ช่วยเหลือกันเรื่องยานพาหนะร้อยละ 6.2 ระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีความคล่องตัว รวดเร็ว ยึดถือความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ร้อยละ 4.4 โรงพยาบาลชุมชน ควรช่วยพัฒนาด้านวิชาการให้กับจนท.สถานีอนามัยอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลและการวิจัย ร้อยละ 4.4 และจัดสรรทรัพยากรให้มีความชัดเจน โปร่งใส ร้อยละ 2.7 (ตารางที่ 4.25)

ตาราง ที่ 4.25 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน(จำนวน 204 ราย)

ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
1. เสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างหน่วยงาน : จัดกิจกรรมร่วมกัน แนะนำเจ้าหน้าที่ใหม่	59	26.1
2. พัฒนาทีมแกนนำ / คปสอ. เป็นองค์กรกลางที่มีการบริหารจัดการที่เข้มแข็ง	48	21.2
3. ประชุมชี้แจง ข่าวสาร แนวทางการทำงาน ทั้งสอ. และ รพช.ให้เป็น แนวทางเดียวกัน	35	15.5
4. ปรับระบบการประสานงานให้ยืดหยุ่น มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงเป็นทีมเดียวกัน	26	11.5
5. ผู้บริหารมีความรู้ ความสามารถด้านการบริหาร	18	8.0
6. ปรับระบบติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ เช่น ติดตั้งโทรศัพท์ ปรับช่องความถี่วิทยุให้ตรงกัน ช่วยเหลือกันเรื่องยานพาหนะ	14	6.2
7. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีความคล่องตัว รวดเร็ว ยึดถือความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ	10	4.4
8. รพช.ควรช่วยพัฒนาด้านวิชาการให้กับจนท.สถานีอนามัยอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลและการวิจัย	10	4.4
9. จัดสรรทรัพยากร ต้องมีความชัดเจน โปร่งใส	6	2.7

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross - sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกี่ยวกับการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในด้านการบริหาร การบริการ วิชาการและการมีส่วนร่วมตามการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงาน รวมทั้งศึกษาถึงความแตกต่างของความคิดเห็นตามปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนที่สุ่มเลือกได้จำนวน 24 แห่ง โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการทดสอบแล้ว เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2543 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2543 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows สรุปได้ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ปฏิบัติงานกลุ่มตัวอย่างมีการตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 739 คน คิดเป็นร้อยละ 59.0 โดยภาคเหนือมีอัตราการตอบกลับมากที่สุด(ร้อยละ 63.3) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการตอบกลับต่ำที่สุด(ร้อยละ 51.0) มีการตอบกลับมาจากเขตสาธารณสุข 12 เขต จังหวัด 12 จังหวัด และอำเภอ 24 อำเภอ อัตราการตอบกลับจำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 95.8 สถานีอนามัยขนาดใหญ่ร้อยละ 84.2 และ สถานีอนามัยทั่วไปร้อยละ 84.2

ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่(ร้อยละ54)เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 34.1 ปี อายุงานเฉลี่ย 8 ปี จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 53.4 ปฏิบัติงานในตำแหน่งระดับบริการร้อยละ 55.8 เป็นบุคคลในพื้นที่ร้อยละ 86.9 ส่วนใหญ่(ร้อยละ 64.1)ไม่มีประสบการณ์เป็นกรรมการ คปสอ. มีเพียงส่วนน้อย(ร้อยละ 35.8)ที่มีประสบการณ์เป็นกรรมการ คปสอ. สำหรับผู้ที่มีประสบการณ์เป็นกรรมการ คปสอ.ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่(ร้อยละ66.7) มีระยะเวลาเป็นกรรมการน้อยกว่า 5 ปี

ผู้ปฏิบัติงานสังกัดสสอ. ที่ประสานงานกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก (ร้อยละ 59.1และ 40.9) ส่วนใหญ่(ร้อยละ 68.9)ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยทั่วไป ซึ่งตั้งอยู่นอกเขตเทศบาลร้อยละ 74.3 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.61 คนและ 3.23 คน ตามลำดับ (สอ.ขนาดใหญ่ 3.69 คนและสอ.ทั่วไป 3.12 คน) สถานที่ปฏิบัติงานมีระยะทางจากโรงพยาบาลเฉลี่ย 12.9 กม. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยมีจำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบเฉลี่ย 79.7 หมู่บ้านและ 6 หมู่บ้านตามลำดับ(สอ.ขนาดใหญ่ 7 หมู่บ้านและสอ.ทั่วไป 5.8 หมู่บ้าน) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยรับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 60,646 คน และ 3,817 คนตามลำดับ (สอ.ขนาดใหญ่ 4,541 คนและสอ.ทั่วไป 3,647 คน) ส่วนใหญ่(ร้อยละ 82.5) ไม่มีรถบริการส่งต่อผู้ป่วยแต่มีวิทยุติดต่อสื่อสาร(ร้อยละ91.9) มีเพียงส่วนน้อย(ร้อยละ38.5)ที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการสื่อสาร มีการรวบรวมข้อมูลโดยมีศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 59.9 และหน่วยงานเคยได้รับรางวัลดีเด่นร้อยละ 33.2 มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานคปสอ. ร้อยละ 63 ผู้บริหารรพช./สสอ.มีความสัมพันธ์ต่อกันดี ร้อยละ 92.1 ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ26.4) เห็นควรให้มีการปรับปรุงและพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน และเห็นควรให้ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมเป็นกรรมการในคปสอ.ร้อยละ 62.7 สำหรับประสิทธิภาพทีมงานของ รพช./สอ.อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67

ปัจจัยพื้นฐานของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสสอ. ที่ประสานงานกับโรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดใหญ่ในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายกัน ยกเว้น ปัจจัยด้าน อายุและระยะทางห่างจากโรงพยาบาล โดยผู้ปฏิบัติงานที่ประสานงานกับโรงพยาบาลขนาดเล็ก ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี และสถานที่ปฏิบัติงานมีระยะทางห่างจากโรงพยาบาล 1-5 กิโลเมตร ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปีและหน่วยงานมีระยะทางห่างจากโรงพยาบาล 6-10 กิโลเมตร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ความคิดเห็นต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปฏิบัติงานสังกัด สสอ.มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการประสานงานในสภาพเป็นจริงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก ยกเว้น การประสานงานในสภาพเป็นจริง ด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างน้อย เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญมากที่สุดในด้านการบริการ (3.70) และให้ความสำคัญน้อยที่สุดในด้านการมีส่วนร่วม (3.55) และในสภาพเป็นจริงผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการประสานงานในสภาพเป็นจริงมากที่สุด ในด้านการบริการ (3.18)และมีการประสานงานในสภาพเป็นจริงน้อยที่สุดในด้านการมีส่วนร่วม (2.78) หากพิจารณาการให้ความสำคัญร่วมกับสภาพเป็นจริงเป็นประเด็นในแต่ละข้อตามลำดับการให้ความสำคัญ พบว่า

ด้านการบริหาร โดยภาพรวม ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงานด้านบริหารอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ให้ **ความสำคัญ** เกี่ยวกับ 1) การบริหารของ สสอ.ให้มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ 2) การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บริหารรพช./สสอ. 3) รพช./สอ.ควรใช้ระบบคลังยาเดียวกัน (ร้อยละ 66.9, 66.0 และ 65.7 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาใน **สภาพเป็นจริง** พบว่า มีผู้เห็นด้วยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดมีเพียงร้อยละ 45.5, 43.5 และ 51.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่า มีผู้ปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 34.2 ที่ให้ความสำคัญกับการหมุนเวียนบุคลากรทำงานร่วมกับโรงพยาบาล และในสภาพเป็นจริง พบว่า มีการปฏิบัติกันเพียงร้อยละ 13.6 เช่นกัน แต่อย่างไรก็ตาม ในด้านการแต่งตั้งกรรมการคปสอ.โดยมีสัดส่วนของกรรมการคปสอ.เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด. ซึ่งผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 57.3 ให้ความสำคัญมาก แม้ในสภาพเป็นจริงจะมีการปฏิบัติกันมากในอันดับต้น แต่ก็อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดเพียงร้อยละ 40.1 นอกจากนี้การให้ความสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงานสังกัดสสอ.เสมือนเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล ซึ่งผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก มีผู้เห็นด้วยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 39.8 แต่ในสภาพเป็นจริงมีการปฏิบัติน้อยมากเพียงร้อยละ 18.4 เท่านั้น

ด้านบริการ โดยภาพรวม ผู้ปฏิบัติงาน ให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงานด้านบริการอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ให้ **ความสำคัญ** เกี่ยวกับ 1) สถานีอนามัยควรให้บริการมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคในเบื้องต้น 2) การให้บริการมีความยืดหยุ่นเน้นความเกี่ยวข้องผูกพันธ์กับชุมชนเป็นหลัก 3) ร่วมกันป้องกันและควบคุมโรคระบาดให้ทันต่อเหตุการณ์(ร้อยละ 78.8, 77.4และ 71.3ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาใน **สภาพเป็นจริง** ของการประสานงาน พบว่า มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 61.1,65.6 และ53.4 ตามลำดับ

นอกจากนี้ พบว่า ในสภาพเป็นจริง ชุมชนมีความเชื่อถือศรัทธาต่อผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในระดับมากถึงมากที่สุดถึง ร้อยละ 53.7 แต่ถึงกระนั้นก็ยังมีผู้ป่วยใช้บริการข้ามขั้นตอนไปโรงพยาบาลชุมชนถึง ร้อยละ 76.3 อย่างไรก็ตาม แม้ว่า ผู้ปฏิบัติงานจะให้ความสำคัญกับหมุนเวียนแพทย์มาบริการตรวจรักษาที่สถานีอนามัย ในอันดับเกือบสุดท้าย แต่ก็ยังอยู่ในเกณฑ์มากถึงมากที่สุดถึง ร้อยละ 41.1 ซึ่งในสภาพเป็นจริง มีการหมุนเวียนแพทย์มาบริการตรวจรักษาที่สถานีอนามัยเพียง ร้อยละ 13.6 เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ในด้านการร่วมกันให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่เข้าถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากจน ครอบคลุมทั้งอำเภอ สถานีอนามัยมีผู้ปฏิบัติงานเพียงพอเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงและทั้ง รพช./สอ.ร่วมกันจัดบริการผสมผสานแพทย์แผนไทย ซึ่งผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญปานกลางถึงค่อนข้างมาก โดยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 55.4, 52.2และ 41.6 ตามลำดับ แต่ในสภาพเป็นจริงมีการปฏิบัติกันเพียงร้อยละ 25.9, 26.1 และ 15.2 ตามลำดับ

ด้านวิชาการ โดยภาพรวม ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงานด้านวิชาการ อยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ ให้ **ความสำคัญ** เกี่ยวกับ 1) การจัดเก็บข้อมูลสมบูรณ์ถูกต้องเป็นปัจจุบัน 2) ทั้งรพช./สอ.ร่วมกันจัดทำทะเบียนผู้พิการ ผู้ยากจนที่เป็นจริงให้ครอบคลุมทั้งอำเภอ 3) ระบบข้อมูลข่าวสารระหว่าง สอ./สสอ ./รพช.สามารถใช้ประโยชน์เพื่อแก้ปัญหาชุมชนได้ถูกต้อง(ร้อยละ 74.2,71.2 และ 67.1 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาใน **สภาพเป็นจริง** ของการประสานงาน พบว่า มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 47.8, 47.8, 40.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า การมีศูนย์กลางให้ข้อมูล/คำปรึกษาในประเด็นทางสุขภาพแก่ประชาชนตลอด 24 ชั่วโมงและทั้งรพช./สอ. ร่วมกันศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 53.6 และ 51.8 ให้ความสำคัญค่อนข้างมาก แต่มีการปฏิบัติในสภาพเป็นจริงเพียงร้อยละ 20.4 และ 18.7 เท่านั้น ส่วนการประสานงานร่วมกับรพช.มีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการในสภาพเป็นจริงมีผู้เห็นด้วยว่ามีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดเพียงร้อยละ 13.9 ซึ่งผู้ปฏิบัติงานก็ไม่ได้ให้ความสำคัญมาก เช่นกัน

ด้านการมีส่วนร่วม โดยภาพรวม ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก เกินกว่าร้อยละ 50 ของผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญกับทุกกิจกรรมในระดับมากถึงมากที่สุด แต่ในสภาพเป็นจริงมีการประสานงานด้านการมีส่วนร่วมน้อยประมาณ ร้อยละ 30 ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ให้ **ความสำคัญ** เกี่ยวกับ 1) การเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนเสนอความคิดเห็นเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพได้ตลอดเวลา 2) การจัดทางเลือกให้ประชาชนสามารถเสนอความคิดเห็นได้หลายวิธี 3) ประชาชน/องค์กรชุมชนมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ วางแผน ดำเนินการ เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (ร้อยละ 61.2, 54.8และ 54.7ตามลำดับ) เมื่อพิจารณา **สภาพเป็นจริง** ของการประสานงาน พบว่า มีผู้เห็นด้วยว่ามีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดเพียง ร้อยละ 32.0,

25.3, 21.7 ตามลำดับ ส่วนในด้านของการสนับสนุนทรัพยากรของประชาชนและองค์กรชุมชน แม้ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญอยู่ในอันดับสุดท้าย แต่มีความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุดถึงร้อยละ 50.2 และในสภาพเป็นจริงมีผู้เห็นด้วยว่า มีการปฏิบัติในระดับมากถึงมากที่สุดเพียงร้อยละ 16.1 เท่านั้น

3. ความแตกต่างระหว่างความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงาน

หากพิจารณาความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน($p<0.001$)ในการประสานงานทุกกิจกรรม และกิจกรรมที่มีความแตกต่างกันมากระหว่างการให้ความสำคัญกับสภาพเป็นจริง มีดังนี้

ด้านการบริหาร มีความแตกต่างกันมากระหว่างการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริง ในด้าน (1) การกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างจริงจัง

(2) ประชุมเพื่อวางแผนและประสานแผนร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ

(3) ร่วมกันกำหนดแผนงานเพื่อให้บริการทั่วถึงทั้งอำเภออย่างชัดเจน

ด้านการบริการ มีความแตกต่างกันมากระหว่างการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริง ในด้าน (1) การสนับสนุนให้ชุมชนมีการพัฒนา/จัดตั้งองค์กรเพื่อการพึ่งตนเอง

(2) การบริการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยให้มีสะดวกรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง

(3) การให้ความรู้ คำปรึกษากับประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนในเบื้องต้น

ด้านวิชาการ มีความแตกต่างกันมากระหว่างการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริง ในด้าน (1) การมีเครื่องมือที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารเพียงพอ

(2) ผู้นิเทศจากรพช.มีความรู้ในเรื่องที่นิเทศดีและสามารถอธิบายให้เข้าใจได้ชัดเจน

(3) การจัดระบบข้อมูลให้สมบูรณ์ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

ด้านการมีส่วนร่วม มีความแตกต่างกันมากระหว่างการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริง ในด้าน (1) การเปิดโอกาสให้ประชาชน / องค์กรชุมชน มีส่วนร่วมเป็นกรรมการ วางแผน ดำเนินการ เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

(2) การจัดทางเลือกให้ประชาชนเสนอความคิดเห็นเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการได้หลายทาง

(3) การให้ประชาชน / องค์กรชุมชน มีส่วนร่วมในการประเมินผลและตรวจสอบการจัดบริการ

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของความสำคัญและสภาพเป็นจริงตามปัจจัยส่วนบุคคล และลักษณะหน่วยงาน

จากการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและสภาพเป็นจริงรายด้านตามปัจจัยส่วนบุคคล และลักษณะหน่วยงาน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

ด้านบริหาร พบว่า

คะแนนเฉลี่ย *ความสำคัญและสภาพเป็นจริง* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ตามปัจจัยเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ประธานคปสอ. ความสัมพันธ์ของผู้บริหาร ระบบข้อมูลข่าวสาร และประสิทธิภาพทีมงานรพช./สอ. ยกเว้น ปัจจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นกรรมการคปสอ. ที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อคะแนนเฉลี่ย *สภาพเป็นจริง* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับ ขนาดของโรงพยาบาล ระยะห่างจากโรงพยาบาล และประสบการณ์เป็นกรรมการคปสอ.ที่แตกต่างกันจะมีผลต่อคะแนนเฉลี่ย *ความสำคัญและสภาพเป็นจริง* ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

ด้านบริการ พบว่า

คะแนนเฉลี่ย *ความสำคัญและสภาพเป็นจริง* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ตามปัจจัยเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระบบข้อมูลข่าวสารและประสิทธิภาพทีมงานรพช./สอ. ยกเว้น ปัจจัยเกี่ยวกับ ระยะห่างจากโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อคะแนนเฉลี่ย *ความสำคัญ* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับ ขนาดของโรงพยาบาลและความสัมพันธ์ขอผู้บริหารที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อคะแนนเฉลี่ย *สภาพเป็นจริง* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยเกี่ยวกับ ประสบการณ์การเป็นกรรมการคปสอ. ที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อคะแนนเฉลี่ย *ความสำคัญและสภาพเป็นจริง* ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

ด้านวิชาการ พบว่า

คะแนนเฉลี่ย *ความสำคัญและสภาพเป็นจริง* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ตามปัจจัยเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระบบข้อมูลข่าวสารและประสิทธิภาพทีมงานที่แตกต่างกัน ยกเว้นปัจจัยเกี่ยวกับสถานที่ปฏิบัติงาน ระยะทางห่างจากโรงพยาบาล ที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อคะแนนเฉลี่ย *ความสำคัญ* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับ ขนาดโรงพยาบาล ประธานคปสอ.และความสัมพันธ์ของผู้บริหารที่แตกต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ย*สภาพเป็นจริง* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยเกี่ยวกับ ประสบการณ์เป็นกรรมการในคปสอ

ที่แตกต่างกันจะมีผลต่อคะแนนเฉลี่ย *ความสำคัญและสภาพเป็นจริง* ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05)

ด้านการมีส่วนร่วม พบว่า

คะแนนเฉลี่ย *ความสำคัญและสภาพเป็นจริง* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ตาม ปัจจัยเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา ระบบข้อมูลข่าวสารและประสิทธิภาพทีมงาน รพช./สอ. ยกเว้น ปัจจัยเกี่ยวกับ ตำแหน่ง ระยะห่างจากโรงพยาบาล ที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อคะแนนเฉลี่ย *ความสำคัญ* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับ ขนาดโรงพยาบาลสถานที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์เป็นกรรมการคปสอ ที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อคะแนนเฉลี่ย *สภาพเป็นจริง* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยเกี่ยวกับ ประธานคปสอ.และความสัมพันธ์ของผู้บริหาร ที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อคะแนนเฉลี่ย *ความสำคัญและสภาพเป็นจริง* ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05)

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

- ความคิดเห็นเกี่ยวกับ การให้อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมเป็นกรรมการในคปสอ.

ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ75.9) เห็นด้วย เกี่ยวกับการให้อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมเป็นกรรมการใน คปสอ. เหตุผลที่พบมากที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นตัวแทนประชาชนมีความรู้ด้านสาธารณสุข ร่วมรับทราบ วางแผนและตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้ตรงสาเหตุร้อยละ 69.2

ผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 24.1 ไม่เห็นด้วย เกี่ยวกับการให้อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมเป็นกรรมการใน คปสอ. เหตุผลที่พบมากที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีความพร้อม เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในปัญหาสาธารณสุข ร้อยละ 52.5

- ความคิดเห็นเกี่ยวกับ การให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมเป็นกรรมการในคปสอ.

ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ79.5) เห็นด้วย เกี่ยวกับการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมเป็นกรรมการใน คปสอ. เหตุผลที่พบมากที่สุด คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นตัวแทนชุมชนสามารถรับทราบปัญหา นโยบาย ร่วมวางแผน ตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาร่วมกันได้ ร้อยละ 57.0

ผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 24.1 ไม่เห็นด้วย เกี่ยวกับการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมเป็นกรรมการใน คปสอ. เหตุผลที่พบมากที่สุด คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังขาดความพร้อม เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจและไม่ให้ความสำคัญต่องานสาธารณสุข ร้อยละ 42.0

ปัญหาและอุปสรรคในการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

ปัญหาในการประสานงานที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 31.0) คือ สัมพันธภาพระหว่างหน่วยงานขาดความเข้าใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน รองลงมาคือ ระบบการประสานงานมีความเคร่งครัดไม่ยืดหยุ่น ทำให้ไม่สะดวกในการประสานงาน(ร้อยละ 30.3) และ ขาดการประชุมชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจเป้าหมายและแนวทางการทำงานร่วมกัน (ร้อยละ 10.3)

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการประสานงานที่พบมากที่สุด(ร้อยละ 26.1) คือ การเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างหน่วยงาน เช่น จัดกิจกรรมร่วมกัน แนะนำเจ้าหน้าที่ใหม่ รองลงมา คือ การพัฒนาทีมแกนนำ / คปสอ.ซึ่งเป็นองค์กรกลางให้มีการบริหารจัดการที่เข้มแข็ง(ร้อยละ 21.2) และมีการประชุมชี้แจงข้อมูลข่าวสาร แนวทางการทำงานให้ผู้ปฏิบัติงานทั้งสอ.และรพช.ทราบเป็นแนวทางเดียวกัน (ร้อยละ 15.5)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ปฏิบัติงานกลุ่มตัวอย่างมีการตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 739 คน จากทั้งหมด 1,252 คน อัตราการตอบกลับคิดเป็น ร้อยละ 59.0 การที่มีการตอบกลับแบบสอบถามต่ำอาจเนื่องจากเป็นการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ซึ่งต้องใช้ ระยะเวลาในการส่งไป - กลับของแบบสอบถามและอาจมีการสูญหายของแบบสอบถามระหว่างทาง ประกอบกับผู้วิจัยไม่ได้ส่งแบบสอบถามให้ผู้ปฏิบัติงานโดยตรงแต่ส่งผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและขอความร่วมมือให้นักวิชาการสาธารณสุขเป็นผู้แจกและรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับ จึงต้องใช้ระยะเวลาในการรวบรวมกลับมาที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุข ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย ซึ่งกระจายอยู่ทั่วอำเภอลักษณะการปฏิบัติงานเป็นการออกพื้นที่ในชุมชน ทำให้ไม่สะดวกต่อการรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับ แต่เมื่อพิจารณาแบบสอบถามที่ตอบกลับ พบว่า มีการกระจายโดยมีอัตราการตอบกลับจากผู้ปฏิบัติงานจากทั้ง 4 ภาค มาจากเขต 12 เขต จังหวัด 12 จังหวัดและอำเภอ 24 อำเภอ อัตราการตอบกลับจำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้อยละ 95.8 สถานีอนามัยขนาดใหญ่ร้อยละ 84.2 และสถานีอนามัยทั่วไป ร้อยละ 84.2 จึงถือว่ามีความครอบคลุมประชากรที่ศึกษามีจำนวนผู้ตอบกลับทั้งหมดใกล้เคียงกับขนาดตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายได้ คือ 800 คน ดังนั้นจึงถือว่า ไม่มีผลต่ออำนาจของการทดสอบทางสถิติ (power of the statistical test) ผลการศึกษาสามารถเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายได้

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นเพศชายมากกว่าหญิง (1 : 1.2) มีอายุเฉลี่ย 34.1 ปี จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี(ร้อยละ 53.4) ปฏิบัติงานในตำแหน่งระดับบริการร้อยละ 55.8 มีอายุงานเฉลี่ย 8 ปี ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในพื้นที่ ไม่มีประสบการณ์การเป็นกรรมการในคปสอ.(ร้อยละ 64.1) เนื่องจากการแต่งตั้งคณะกรรมการ คปสอ. มีหลักเกณฑ์คัดเลือกตัวแทนบางส่วนจากผู้ปฏิบัติงานที่สำนักสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยรวมกับตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชนรวมแล้วไม่เกิน 12 คน[5] จึงมีเพียงส่วนน้อยที่มีประสบการณ์เป็นกรรมการในคปสอ. สำหรับผู้ที่เป็นกรรมการคปสอ. ในปัจจุบัน มีระยะเวลาเป็นกรรมการน้อยกว่า 5 ปี ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยทั่วไป (ร้อยละ 68.9) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.61 คน และสถานีอนามัยมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานเฉลี่ย 3.23 คน (สอ.ขนาดใหญ่ 3.69 คน และสอ.ทั่วไป 3.12 คน) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จาก 2.45 คน (2532) 3.03 คน (2538) 3.08 คน (2539)[4] และ 3.20 คน ในพ.ศ. 2542 [1] ตามกรอบอัตรากำลังกำหนดจำนวนผู้ปฏิบัติงานของสถานีอนามัยไว้ 6 คน[5] ซึ่งส่วนกลางอาจจะต้องประสานงานกับสถาบันการศึกษาเพื่อวางแผนการผลิตผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นให้สอดคล้องกับส่วนที่ขาด สถานที่ปฏิบัติงาน มีระยะทาง

ห่างจากโรงพยาบาล เฉลี่ย 12.9 กม ใกล้เคียงกับการศึกษาของอำพล จินดาวัฒนะ(2529) [56] พบว่า ระยะทางจากสถานีอนามัยถึงตัวอำเภอ เฉลี่ย 14.8 กิโลเมตร และประทีป ชาญสมัย(2540) [55] พบว่า ระยะทางจากสาธารณสุขอำเภอถึงสถานีอนามัย10.26 กิโลเมตร จำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลี่ย 79.7 หมู่บ้าน ส่วนสถานีอนามัยเฉลี่ย 6.0 หมู่บ้าน (สอ.ขนาดใหญ่ 7.02 หมู่บ้านและสอ.ทั่วไป 5.76 หมู่บ้าน) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 60,646 คน สัดส่วนประชากรต่อสถานีอนามัยเฉลี่ย 3,817 คน (สอ.ขนาดใหญ่ 4,541 คนและสอ.ทั่วไป 3,647 คน) ลดลงจาก 4,172 คน (พ.ศ.2541) และ 4,419 คน (พ.ศ.2539) [6] น่าจะเป็นผลจากการสร้างสถานีอนามัยเพิ่มจากเดิม 8,842 แห่ง(พ.ศ.2539) เพิ่มขึ้นเป็น 9,689 แห่ง (พ.ศ.2542) ทำให้มีครอบคลุมร้อยละ100 [1] อีกทั้งการสร้างโรงพยาบาลชุมชนแห่งใหม่ การขยายเขตเทศบาล อาจมีผลทำให้ประชากรในความรับ ผิดชอบของสถานีอนามัยลดลง จากการศึกษานี้ มีจำนวนประชากรต่อหมู่บ้านเฉลี่ย 636 คน

ในระบบการส่งต่อผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่(ร้อยละ 82.5) ไม่มีรถบริการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งน่าจะมีผลต่อให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยขาดความคล่องตัว ดังนั้นอาจจะต้องขอความร่วมมือจากสถานีตำรวจ มูลนิธิหรือองค์กรเอกชนต่าง ๆ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน นอกจากนี้พบว่า มีการใช้วิทยุติดต่อสื่อสาร ร้อยละ 91.9 มีเพียงส่วนน้อยที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการสื่อสาร(ร้อยละ38.5) ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานอาจสะดวกในการใช้วิทยุติดต่อ สื่อสารมากกว่าใช้คอมพิวเตอร์ในการสื่อสาร ซึ่งเป็นเทคโนโลยีใหม่ต้องอาศัยการเรียนรู้เพิ่มขึ้น และอาจเป็นผลจากการไม่มีโทรศัพท์ ที่ใช้เชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์เพื่อสื่อสาร จากการศึกษาของสุชารัตน์ หมายเจริญ (2542) [51] พบว่า มีผู้ใช้คอมพิวเตอร์ไม่เป็นร้อยละ 36.9 ดังนั้น อาจจะต้องฝึกอบรมการใช้คอมพิวเตอร์เพิ่มขึ้นด้วย โดยเฉพาะการใช้เพื่อการติดต่อสื่อสาร

ในด้านระบบข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 33.7 มีการรวบรวมข้อมูลโดยยังไม่มีศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้ ทีมงานของรพช./สสอ.อาจจะต้องร่วมกันกำหนดให้มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารของอำเภอ พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน และใช้ประโยชน์เพื่อการให้บริการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและแก้ปัญหาได้สอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริง [29,57]

ส่วนใหญ่ มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานคปสอ.ซึ่งจะสลับกับสาธารณสุขอำเภอคนละปี [5] ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 92.1 ผู้ปฏิบัติงานเห็นควรให้มีการปรับปรุงและพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน เพราะความสัมพันธ์ที่ดีทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการสนับสนุน ร่วมมือกัน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน[41,18] และเห็นควรให้ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรปกครองท้องถิ่นร่วมเป็นกรรมการในคปสอ.(ร้อยละ62.7) สอดคล้องกับกลยุทธการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรท้องถิ่น ซึ่งได้กำหนดเป็นนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขอย่างยั่งยืน [1,44]

เมื่อพิจารณา ประสิทธิภาพทีมงาน รพช./สอ.ส่วนใหญ่(ร้อยละ 67)อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นผลจากการกำหนดบทบาทการทำงานร่วมกันยังไม่ชัดเจน ลักษณะการทำงานจึงเป็นแบบแยกส่วนมุ่งพัฒนาหน่วยงานของตนเองเป็นหลัก [43] ดังนั้น โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย จะต้องกำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกัน ทั้งบทบาทหน้าที่ที่แยกกันอย่างชัดเจน บทบาทที่ต้องดำเนินการร่วมกันและบทบาทที่ต้องดำเนินงานให้มีความเชื่อมต่อกัน

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยพื้นฐานระหว่างโรงพยาบาลขนาดเล็กและโรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าทั้งโรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดใหญ่มีลักษณะพื้นฐานส่วนใหญ่คล้ายกัน ยกเว้น ปัจจัยด้าน อายุและระยะทางห่างจากโรงพยาบาล โดยผู้ปฏิบัติงานที่ประสานงานกับโรงพยาบาลขนาดเล็ก ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า(20-29 ปี) ผู้ปฏิบัติงานที่ประสานงานกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่(30-39 ปี) อาจเนื่องมาจากผู้ปฏิบัติงานที่ประสานงานกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่อยู่ในอำเภอใหญ่ มีความเจริญทางเศรษฐกิจ สังคม ความก้าวหน้าทางวิชาชีพมีมากกว่า ในอำเภอขนาดเล็ก ซึ่งโดยมากจะอยู่ห่างไกลความเจริญ ความก้าวหน้าทางวิชาชีพมีน้อยกว่า ทำให้มีการย้ายไปที่ใหม่ที่คิดว่าดีกว่า อีกประการหนึ่งผู้ที่จบการศึกษาใหม่มักจะถูกจัดสรรให้อยู่ในพื้นที่อำเภอห่างไกลความเจริญ ซึ่งขาดแคลนเจ้าหน้าที่[1] ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานจึงมีอายุน้อยกว่าผู้ปฏิบัติงานที่ประสานงานกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ส่วนใหญ่หน่วยงานมีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลขนาดเล็ก(1-5 กิโลเมตร) ซึ่งน้อยกว่าระยะทางห่างจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (6-10 กิโลเมตร) เนื่องจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ตั้งอยู่ในชุมชนขนาดใหญ่ รับผิดชอบประชากรจำนวนมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก มีการกระจายของสถานีอนามัยให้ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ทั้งอำเภอขนาดใหญ่ จึงทำให้ระยะทางห่างจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีมากกว่า และเป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้ปฏิบัติงานที่ประสานงานกับโรงพยาบาลทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่เหมือนกัน ในด้านของผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ผู้ปฏิบัติงานที่ประสานงานโรงพยาบาลขนาดเล็ก มีผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมากกว่าขนาดใหญ่ อาจเนื่องมาจากหน่วยงานขนาดใหญ่จะมีการควบคุม มีความเข้มงวดมากกว่าหน่วยงานขนาดเล็ก ซึ่งสมาชิกจะมีความสนิทสนมกัน ช่วยเหลือ พึ่งพากัน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ ๆ สนใจนวัตกรรมใหม่ ๆ มาพัฒนางาน [69,70-71]

ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่อ
การประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

ผู้ปฏิบัติงานสังกัดสสอ. มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญต่อการประสานงานทุกด้านไม่แตกต่างกัน ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับการประสานงานในสภาพเป็นจริงด้านบริหาร บริการ และวิชาการ ไม่แตกต่างกัน ยกเว้น ด้านการมีส่วนร่วม ซึ่งผู้ปฏิบัติงานเห็นว่า มีการประสานงานในสภาพเป็นจริงค่อนข้างน้อย โดยผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงานมากที่สุด ในด้านการบริการ และน้อยที่สุดในด้านการมีส่วนร่วม อาจเนื่องจาก กลยุทธการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นกลยุทธที่พึ่งได้รับการยอมรับให้เข้ามามีบทบาทในการพัฒนางานสาธารณสุขได้ไม่นานนัก ในทางปฏิบัติจึงยังไม่เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ดังนั้นในการพัฒนางานสาธารณสุขในอนาคต อาจจะต้องสร้างกลไก การทำงานเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมให้มีความชัดเจนมากขึ้น

หากพิจารณา ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญร่วมกับสภาพเป็นจริงเป็นประเด็นในแต่ละข้อ ตามการให้ความสำคัญ พบว่า

ด้านการบริหาร

การบริหารจัดการต้องมี ความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้เป็นหนึ่งในหลักการปฏิรูประบบสาธารณสุข [1,4] แม้จะกำหนดไว้ชัดเจน แต่ก็พบว่า การบริหารของสสอ.มีความโปร่งใสตรวจสอบได้เพียง ร้อยละ 45.5 อาจเนื่องจากข้อมูลบางอย่างไม่ได้เปิดเผยต่อผู้มีผลได้ผลเสีย ที่ควรจะได้รับทราบข้อมูล ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งยงยุทธ พงษ์สุภาพ กล่าวไว้ว่า ความโปร่งใสตรวจสอบได้ จำเป็นจะต้องมีความโปร่งใส พอที่จะให้ประชาชนหรือชุมชนรับรู้และตรวจสอบ โดยอยู่บนพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน [4] กอปรกับการทำงานในปัจจุบันจะถูกตรวจสอบมากขึ้นจากหลายทาง ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานหรือประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ควรจะเน้นการบริหารจัดการให้มีความโปร่งใสมากขึ้น รวมถึงสนับสนุนให้มีการตรวจสอบจากประชาชนเพิ่มขึ้นด้วย

การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บริหารรพช.และสสอ.เป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากที่สุดที่ส่งเสริมให้เกิดการประสานงานเป็นทีมที่ดีรวมถึงความผูกพันธ์ที่ดีของทีมงาน [3,18] ผลการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์ที่ดีในระดับมากถึงมากที่สุดเพียง ร้อยละ 43.5 แสดงให้เห็นถึงการทำงานแบบแยกส่วนกัน อาจเนื่องจาก อยู่ภายใต้ระบบโครงสร้างที่ต่างกัน ลักษณะงานบริการที่แตกต่างกัน ดังนั้นการทำงานร่วมกันจึง ต้องมีความเป็นกันเองยอมรับซึ่งกันและกันของผู้บริหาร [4]

ร้อยละ 51.8 มีการใช้ระบบคลังยาเดียวกัน ทำให้ง่าย สะดวก ประหยัดในการจัดซื้อ จัดระบบบัญชียา ช่วยให้ประชาชนรู้สึกว่า ไม่ว่า จะรักษาที่ใดในอำเภอนี้ ก็จะได้รับการรักษาที่ดีเช่นเดียวกัน [4] ซึ่งนับเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมและได้ผลดี โดย คปสอ. [26]

ที่น่าสนใจ คือ การให้ความสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงาน เสมือนเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการทำงานเป็นทีมเดียวกัน ซึ่งผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 40 ให้ความสำคัญอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด พบว่า ในสภาพเป็นจริง มีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 18.4 จากการศึกษานี้ มีผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 31 กล่าวถึง ปัญหาอุปสรรคในการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน คือ ผู้ปฏิบัติงานขาดความเข้าใจและยอมรับ ซึ่งกันและกัน ดังนั้นผู้บริหารของรพช.และสสอ. ควรจะจัดกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างความรัก ความสามัคคี สร้างความคุ้นเคยกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานของรพช.และสสอ

อย่างไรก็ตาม ในด้านการแต่งตั้งคณะกรรมการโดยมีสัดส่วนของ คปสอ.ตามเกณฑ์ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญปานกลาง ในสภาพเป็นจริงมีการปฏิบัติกันมาก อาจเนื่องจากเป็นข้อกำหนดตามระเบียบการแต่งตั้งกรรมการ คปสอ. สิ่งที่น่าสังเกต คือ มีบรรยากาศการทำงานร่วมกันเป็นกันเองเพียงร้อยละ 31.0 ซึ่งบอกถึงความจำเป็นในการปรับปรุงและพัฒนาองค์กร ดังนั้น ผู้นำจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้บรรยากาศการทำงานดีขึ้น ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุขในการทำงานมากขึ้นส่งผลต่อการทำงานให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น [54,70-71]

ด้านการบริการ

สถานีอนามัยร้อยละ 60 ให้บริการเน้นการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและการป้องกันโรค สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักของสถานีอนามัยตามที่กองสาธารณสุขภูมิภาคกำหนด [5] นอกจากนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.6) มีการจัดบริการที่มีความยืดหยุ่นเน้นความเกี่ยวข้องผูกพันธ์กับชุมชนเป็นหลัก เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดกับชุมชน ทราบวัฒนธรรม วิถีชีวิตและสภาพปัญหาของชุมชน มีความเข้าใจชุมชนในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ในด้าน การร่วมกันป้องกันและควบคุมโรคระบาดให้ทันต่อเหตุการณ์มีเพียง ร้อยละ 53.4 อาจจะต้องหาร่วมกัน เพื่อเฝ้าระวังและสอบสวนโรคให้รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ยิ่งขึ้น เช่น ปรับปรุงระบบติดต่อสื่อสารให้สะดวกรวดเร็ว ทั้งด้านโทรศัพท์ วิทยุสื่อสาร หรือระบบข้อมูลที่ทันต่อเหตุการณ์

นอกจากนี้ พบว่า ชุมชนมีความเชื่อถือศรัทธาต่อผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขถึงร้อยละ 53.7 แต่ถึงกระนั้นก็ยังพบว่า มีผู้ป่วยใช้บริการข้ามขั้นตอนไปโรงพยาบาลชุมชนถึง ร้อยละ 76.3 อาจเป็นผลจากระบบส่งต่อในทางปฏิบัติ เป็นเพียงการทำตามเรื่องที่ถูกกำหนด มิใช่ทำเพื่อประโยชน์สูงสุดเพื่อเป็นประกันคุณภาพบริการให้กับประชาชน ปัญหาความขัดแย้ง การไม่ยอมรับและไม่เห็นคุณค่าของการส่งต่อจึงเกิดขึ้น อีกประการหนึ่งประชาชนที่ใช้บริการถูกต้องตามขั้นตอนและได้รับการส่งต่อ มักไม่ได้รับบริการเป็นพิเศษที่แตกต่างจากผู้ซึ่งข้ามขั้นตอนทั้งในด้านของการรักษาการเงินและอื่น ๆ ทำให้ไม่เห็นความสำคัญของระบบนี้ไปด้วย[76] ดังนั้นจึงควรพัฒนาศักยภาพของ

สถานีอนามัยให้สามารถให้บริการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ในเบื้องต้น จัดระบบส่งต่อที่ให้ประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่าการใช้บริการแบบข้ามขั้นตอน ซึ่งจะก่อให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจและศรัทธาต่อสถานีอนามัยเพิ่มมากขึ้น [8]

นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญกับการมีแพทย์หมุนเวียนมาบริการตรวจรักษาที่สถานีอนามัยอยู่ในอันดับเกือบสุดท้าย แต่ก็อยู่ในเกณฑ์มาก ถึงกว่าร้อยละ 40 แม้ว่าในสภาพเป็นจริงจะมีเพียงร้อยละ 13.6 อาจเนื่องจากผู้ปฏิบัติงานคำนึงถึงความเป็นไปได้ เพราะ จำนวนแพทย์มีน้อยอีกทั้งสถานีอนามัยยังไม่มีความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ที่สามารถรองรับการตรวจรักษาของแพทย์ได้ [30]

อย่างไรก็ตาม ผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 55.4 ให้ความสำคัญกับ การร่วมกันให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่เข้าถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากจน ครอบคลุมทั้งอำเภอ ซึ่งในสภาพเป็นจริงผู้ปฏิบัติงานเห็นว่ามีการปฏิบัติกันเพียง ร้อยละ 25.9 แสดงถึงปัญหา การเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากจน อาจเป็นเหตุให้ประชาชนโดยเฉพาะในเขตชนบท มีแนวโน้มการซื้อยากินเองสูงมากขึ้น [1] ดังนั้น ทั้งรพช./สสอ. ควรจะมีการวางแผนร่วมกัน เพื่อให้บริการให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่เข้าถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากจน ครอบคลุมทั้งอำเภอ และร่วมกันจัดทำทะเบียนกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากจนและปรับข้อมูลให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ อีกทั้งจัดระบบส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยระหว่าง รพช./สอ. เพื่อให้บริการที่ต่อเนื่องกัน

สำหรับการเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงของสถานีอนามัย ซึ่งผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 52.2 ให้ความสำคัญมาก แต่ในสภาพเป็นจริงมีผู้ปฏิบัติงานเพียงพอต่อการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงเพียง ร้อยละ 26.1 ซึ่งจากการศึกษานี้ พบว่า สถานีอนามัยมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานเฉลี่ย 3.23 คน/แห่ง ซึ่งตามกรอบอัตรากำลังกำหนดไว้ 6 คน นับว่า ยังขาดแคลนอยู่มาก ดังนั้น ส่วนกลางอาจจะต้องประสานงานกับสถาบันการศึกษา เพื่อวางแผนการผลิตบุคลากรเพิ่มขึ้นให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่

ในด้าน การร่วมกันระหว่าง รพช./สอ. เพื่อจัดบริการผสมผสานแพทย์แผนไทย ซึ่งผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 41.6 ให้ความสำคัญอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด แต่ในสภาพเป็นจริงผู้ปฏิบัติงานเห็นว่า มีการปฏิบัติกันน้อยมากเพียง ร้อยละ 15.2 อาจเป็นเพราะ การจัดบริการผสมผสานแพทย์แผนไทยเป็นเรื่องที่มีมานาน แต่พึ่งจะเริ่มมีการยอมรับ และนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบันได้ไม่นาน มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมในบางพื้นที่ ที่มีบุคลากรที่มีความรู้เรื่องแพทย์แผนไทย อาจจะต้อง มีการเผยแพร่ความรู้และฝึกอบรมเกี่ยวกับแพทย์แผนไทยมากขึ้น รวมถึงการเสริมสร้างการยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์ร่วมด้วย และเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการ

ด้านวิชาการ

ร้อยละ 50 มีการจัดเก็บข้อมูลสมบูรณ์ถูกต้องเป็นปัจจุบันและมีการใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาชุมชนได้ถูกต้อง ซึ่งโกเมธ นาควรรณกิจ ได้ศึกษา พบว่า ระบบข้อมูลข่าวสารที่ดีจะสามารถสนับสนุน/พัฒนาระบบบริการและใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการ ตัดสินใจ วางแผน และประเมินผลได้ถูกต้อง[58] แม้ว่าปัจจุบันจะมีการรวบรวมและรายงานข้อมูลเป็นจำนวนมาก แต่พบว่า ข้อมูลที่ได้มีความซ้ำซ้อน คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่สามารถแก้ปัญหาชุมชน หรือใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่องกันระหว่างโรงพยาบาลและสถานีอนามัยได้จริง[8,41,58] ดังนั้นการรวบรวมข้อมูลข่าวสารจึงควรเก็บข้อมูลเท่าที่จำเป็นและควรกำหนดให้มีกลไกการจัดการข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ทันเวลาตรงกับความต้องการและมีความต่อเนื่องใช้ประโยชน์เพื่อการบริการและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ รวมถึงจัดทำทะเบียนผู้พิการ ผู้ยากจนที่เป็นจริงครอบคลุมทั้งอำเภอซึ่งพบเพียงร้อยละ 40.9 ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการขยายหลักประกันด้านสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มที่ยากจนและผู้ด้อยโอกาส ตามยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพที่เสมอภาค [1]

นอกจากนี้ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 53.6 ให้ความสำคัญกับการมีศูนย์กลางให้ข้อมูล / คำปรึกษาในประเด็นทางสุขภาพ แก่ประชาชนตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งในสภาพเป็นจริงมีการปฏิบัติเพียงร้อยละ 20.4 ในด้านของระบบข้อมูลข่าวสาร ส่วนกลางได้กำหนดให้มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารระดับอำเภอ ซึ่งในส่วนนี้อาจจะพัฒนาศูนย์ข้อมูลข่าวสารให้สามารถใช้ประโยชน์ เพื่อการบริการประชาชน ในเรื่องข้อมูลด้านสุขภาพ ได้ตลอด 24 ชั่วโมงด้วย ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามารับทราบข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งที่อาจจะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

ในด้านการศึกษาวิจัยร่วมกัน ทั้งรพช./สอ.เพื่อพัฒนาระบบบริการ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 51.8 ให้ความสำคัญมาก แต่มีการปฏิบัติในสภาพเป็นจริงเพียง ร้อยละ 18.7 เท่านั้น ซึ่งการศึกษาวิจัยในพื้นที่ ซึ่งถือเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการทำงานมีประโยชน์เพื่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบบริการในพื้นที่ โดยเฉพาะการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการให้บริการสาธารณสุข (Health System Research) โดยใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการ(Action Research) ซึ่งเป็นการวิจัยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ปัญหาโดยบุคลากรที่เผชิญกับปัญหานั้นเอง และขณะเดียวกันก็มุ่งพัฒนาองค์กรหรือระบบโดยมีการมีส่วนร่วมและยอมรับกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้บริหาร [21]

ส่วนการประสานงานร่วมกับรพช. มีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ในสภาพเป็นจริงผู้ปฏิบัติงานเห็นว่า มีการปฏิบัติกันน้อย พบเพียงร้อยละ 13.9 แสดงให้เห็นว่า การประสานงานไม่มีความยืดหยุ่น เป็นผลให้ไม่มีความคล่องตัว ดังนั้น การประสานงานควรปรับให้มีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดย ยึดหลักเพื่อให้เกิดผลสำเร็จของงานตามเป้าหมายร่วมกัน

ด้านการมีส่วนร่วม

เนื่องจาก การทำงานของผู้ปฏิบัติงานจะมีความรู้ทั้งในด้านปัญหาและผลลัพธ์ของการทำงาน มีความผูกพันธ์และการยอมรับทำให้คนรู้สึกถึงความสำเร็จของงานร่วมกัน[72] ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานเสนอความคิดเห็นเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนางานสาธารณสุข ซึ่งจากการศึกษาพบเพียง ร้อยละ 32 นอกจากนี้ การจัดทางเลือกประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นได้หลายวิธีมีเพียงร้อยละ 25.3 ทั้งที่การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชนเป็นยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนาแทบทุกโครงการ [25] ซึ่ง เสม พริ้งพวงแก้ว ได้กล่าวไว้ว่า ควรมุ่งพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้มีบทบาท ในการเฝ้าดู ตรวจสอบและสะท้อนความต้องการ เพื่อสร้างรากฐานเป็นผลสำเร็จของการพัฒนาระยะยาวสอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทย [1] ในด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน/องค์กรชุมชนเป็นกรรมการ วางแผน ดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของอำเภอก็พบน้อยมาก ร้อยละ 21.7 เท่านั้น จะเห็นได้ว่า การประสานงานในด้านการมีส่วนร่วมยังอยู่ในระดับต่ำ แสดงว่าในทางปฏิบัติการเสริมสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วม หรือแม้แต่การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานและประชาชนยังน้อยอยู่มาก ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นผู้ที่ทราบถึงปัญหาอุปสรรคและผลสำเร็จของงานเป็นอย่างดี ผู้บริหารที่ดีควรจะเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานร่วมคิดและทำงานที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีอิสระในการทำงาน มีการกระจายอำนาจลงระดับล่างสร้างความเป็นกันเองและความไว้วางใจกัน ในด้านประชาชนอาจเนื่องมาจาก การขาดโอกาสที่เอื้อต่อการเข้ามามีส่วนร่วม ความมั่นใจในศักยภาพของตนเองของประชาชน ความเชื่อถือและไว้วางใจที่มีต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งอาจจะต้องพัฒนาทักษะของเจ้าหน้าที่ในการทำงานร่วมกับชุมชน ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ เทคนิคการจูงใจประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วม เป็นที่น่าสังเกตว่า การสนับสนุนทรัพยากรของประชาชนและองค์กรชุมชน ทั้งที่จะเป็นการมีส่วนร่วมที่พบเห็นกันได้ทั่วไป แต่ผู้ปฏิบัติงานเห็นว่ามีเพียงร้อยละ 16.1 เท่านั้น และการมีส่วนร่วมในจุดนี้อาจจะเป็นจุดเริ่มต้นไปสู่การสร้างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจัดบริการให้กับประชาชนในโอกาสต่อไป[25]

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน ในการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงานด้านการบริหาร บริการ วิชาการและการมีส่วนร่วม มีดังนี้

อายุ ผู้ปฏิบัติงานที่มีอายุต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ *ความสำคัญและสภาพเป็นจริง* ต่างกันมาก ทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน โดยผู้ปฏิบัติงานที่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี จะให้ความสำคัญต่อการประสานงานทั้ง 4 ด้านมากกว่าอายุช่วงอื่น ๆ เมื่อพิจารณาในสภาพเป็นจริง พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี มีความเห็นต่อการประสานงานทั้ง 4 ด้านดีกว่า อายุช่วงอื่น ๆ อาจเนื่องมาจาก ผู้ปฏิบัติงานที่มีอายุมาก จะมีคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่ผ่านวงจรชีวิตผ่านประสบการณ์ได้รับทราบ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา เปรียบเทียบกับสภาพเป็นจริงในปัจจุบัน จึงทำให้เกิดความคิด ความรู้สึกที่ดีในการประสานงาน ในขณะที่ผู้ที่อายุน้อย เริ่มทำงานในระยะแรก พึ่งผ่านการเรียนรู้ในเชิงทฤษฎี วิชาการมาใหม่ เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในสภาพการทำงานจริง ทำให้เห็นความสำคัญและมีความคาดหวังสูง แต่ยังขาดประสบการณ์จึงมีความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริงน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ สอดคล้องกับไพบูลย์ เอี่ยมอินทร์ (2542) [45] พบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เจตคติของผู้ให้บริการแตกต่างกัน ปลายมาศ ขุนภักดี (2531) [47] และ พรทิพย์ อุ่นโกมล(2532) [46] พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ด้านการบริหาร บริการ วิชาการ และรวม ทุกด้าน ๆ ดังนั้น ในการติดต่อประสานงานด้านต่าง ๆ อาจต้องพิจารณาอายุของผู้ประสานงานร่วมด้วย

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่ช่วยให้คนมีประสิทธิภาพ บุคคลที่ได้รับการศึกษาสูงย่อมมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล มีความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมได้ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ จากการศึกษานี้ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ *ความสำคัญและสภาพเป็นจริง* แตกต่างกันทั้ง 4 ด้าน โดยผู้ปฏิบัติงานที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จะให้ *ความสำคัญ* ต่อการประสานงานทุกด้านสูงกว่าผู้มีการศึกษาระดับต่ำปริญญาตรี เมื่อพิจารณาใน *สภาพเป็นจริง* พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริงดีกว่า ผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป อาจเนื่องมาจาก ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี เช่น เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข พยาบาลเทคนิค ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานให้บริการในพื้นที่ ย่อมทราบข้อมูลสภาพปัญหาการประสานงานที่เป็นจริง [5] และเป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการบริหาร สอดคล้องกับจากการศึกษาของ โสภา จั่นนพรัตน์ (2541) [48] พบว่า หัวหน้าฝ่ายที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการบริหารแตกต่างกัน และการศึกษาของเพชรา คุณสันติพงษ์ (2531) [7] พบว่า ผู้ที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีความต้องการรับการนิเทศสูงกว่าผู้ที่วุฒิการศึกษาปริญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป จากการศึกษานี้ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีถึง

ร้อยละ 53.4 ดังนั้น ผู้บริหารจึงควรสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานมีการศึกษาต่อเนื่องที่สูงขึ้น เพื่อเพิ่มศักยภาพให้มีความรู้ ความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการประสานงานมากขึ้น ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานระดับพื้นที่ได้อย่างมาก

ตำแหน่ง ผู้ปฏิบัติงานที่มีตำแหน่งต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ *ความสำคัญและสภาพเป็นจริง* แตกต่างกัน โดยรวมและรายด้าน ยกเว้น สภาพเป็นจริงด้านการมีส่วนร่วม โดยตำแหน่งนักวิชาการจะให้*ความสำคัญ*ต่อการประสานงานทั้ง 4 ด้านมากกว่าตำแหน่งอื่น ๆ อาจเนื่องมาจาก นักวิชาการมีการปฏิบัติงานที่ต้องใช้ ความรู้ในหลักวิชาการ จัดทำแผนงานให้สอดคล้องกับนโยบายและสภาพปัญหาในพื้นที่ รวมถึงประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ จึงให้ความสำคัญมากกับการประสานงานในทุกด้าน แต่ใน *สภาพเป็นจริง* พบว่า ผู้ปฏิบัติงานตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข พยาบาลเทคนิค จะมีความคิดเห็นต่อการประสานงานในสภาพเป็นจริงทุกด้านดีกว่า สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข อาจเนื่องจากผู้ปฏิบัติงานตำแหน่งระดับบริการ เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ให้บริการในพื้นที่ทราบข้อมูล สภาพปัญหาการประสานงานที่เป็นจริง [5] และเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากการบริหารโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของไพบูลย์ เอี่ยมอินทร์ (2542) [45] พบว่า ตำแหน่งของผู้ให้บริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เจตคติของผู้ให้บริการทางสุขภาพแตกต่างกัน การศึกษาของโกศล ชมวงศ์ (2542) [50] พบว่า ตำแหน่งปฏิบัติงานที่แตกต่างกันมีผลให้ทัศนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อคุณลักษณะของสาธารณสุขอำเภอด้านบุคลิกภาพและมนุษยสัมพันธ์แตกต่างกัน และจากการศึกษาของโสภา จั่นนพรัตน์ (2541) [48] พบว่า หัวหน้าฝ่ายที่มีตำแหน่งแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการบริหารแตกต่างกัน ดังนั้น ในทางปฏิบัติ จึงควรพิจารณาให้ผู้ปฏิบัติงานที่มีตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบงานที่สอดคล้องกันมีการประสานงานร่วมกัน จัดให้มีการฝึกอบรม พัฒนาความรู้ทางวิชาการให้กับผู้ปฏิบัติงานบริการในพื้นที่ สำหรับผู้ที่มีตำแหน่งระดับบริหารและวิชาการ ควรเรียนรู้สภาพการปฏิบัติงานจริงร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

ประสบการณ์ เป็นกรรมการคปสอ. ผู้ปฏิบัติงานที่มีกับไม่มีประสบการณ์เป็นกรรมการคปสอ. จะให้ *ความสำคัญ* ต่อการประสานงานโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้านไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาใน *สภาพเป็นจริง* ผู้ปฏิบัติงานเห็นว่า มีการประสานงานความแตกต่างกันในด้านการบริหารและการมีส่วนร่วม โดยผู้ที่มีประสบการณ์เป็นกรรมการคปสอ. จะมีความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริงดีกว่าผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ ทั้งนี้ อาจเป็นผลจากการเป็นกรรมการในคปสอ. มีการประชุม รับทราบนโยบาย วางแผนงาน วิเคราะห์และจัดลำดับปัญหาสาธารณสุขทั้งด้านบริหาร บริการและวิชาการ [5]ทำให้เข้าใจถึงแนวทางบริหารจัดการและการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของโกศล ชมวงศ์ (2542) [50]

พบว่า ประสบการณ์ปฏิบัติงานที่แตกต่างกันมีผล ให้ทัศนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อคุณลักษณะของสาธารณสุขอำเภอด้านการบริหารแตกต่างกัน

ขนาดโรงพยาบาล การประสานงานกับโรงพยาบาลที่มีขนาดแตกต่างกัน มีผลต่อการให้ *ความสำคัญ* เกี่ยวกับการประสานงานโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่าง โดยผู้ปฏิบัติงานที่ประสานงานกับทั้งโรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดใหญ่ให้ *ความสำคัญ* กับการประสานงานทุกด้านใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาใน *สภาพเป็นจริง* โรงพยาบาลขนาดเล็กกับขนาดใหญ่ มีผลต่อความคิดเห็นในสภาพเป็นจริงแตกต่างกัน โดยเฉพาะ ด้านบริการ วิชาการและการมีส่วนร่วม โดยผู้ปฏิบัติงานที่ประสานงานโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จะมีผลต่อความคิดเห็นในสภาพเป็นจริงดีกว่าผู้ปฏิบัติงานที่ประสานงานกับโรงพยาบาลขนาดเล็กสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ(2535) [37] ที่พบว่า โรงพยาบาลชุมชนทุกขนาด มีความสามารถในการให้บริการต่างกัน โดยโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่จะมีความสามารถในการให้บริการสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงขึ้นไป มีความสามารถสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีความสามารถสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรณี กีร์ติบุตร (2529) [53] ที่ว่า ขนาดขององค์กรมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร โดยขนาดขององค์กรที่เพิ่มขึ้นจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพขององค์กร และการศึกษาของปลายมาศ ขุนภักดี(2533) [47] พบว่า ขนาดของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านวิชาการ การประสานงาน และผลการปฏิบัติงานโดยรวมทุกด้าน

ระยะทางจากโรงพยาบาล ที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อการให้ *ความสำคัญ* ต่อการประสานงานโดยรวมแตกต่างกัน โดยเฉพาะในด้านบริการ วิชาการและการมีส่วนร่วม โดยระยะทาง 1-5 กิโลเมตร จะให้ความสำคัญมากกว่าระยะทางช่วงอื่น ๆ เมื่อพิจารณา *สภาพเป็นจริง* พบว่า ระยะทางใกล้ ไกล ไม่มีผลต่อการประสานงานในทุกด้าน โดยระยะทาง 20 กิโลเมตร ขึ้นไป มีผลต่อสภาพเป็นจริงของการประสานงานดีกว่าระยะทางช่วงอื่น ๆ แสดงให้เห็นว่า ระยะทางไม่ได้เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการประสานงาน ขัดแย้งกับการศึกษาของประทีป ชาญสมัย(2540) [55] ระยะทางจากสาธารณสุขอำเภอถึงสถานีอนามัย มีอิทธิพลเชิงบวกกับการจัดลำดับของปัญหาและอุปสรรคในการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ระยะทางที่เพิ่มขึ้น จะต้องใช้ความสามารถในการบริหาร จัดการปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ มากขึ้น จึงเป็นผลให้ ระยะทางใกล้ ไกล ไม่มีผลต่อการประสานงานในสภาพที่เป็นจริง

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษานี้ พบสิ่งที่น่าสนใจเพิ่มเติม คือ

สถานที่ปฏิบัติงาน ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับสถานีอนามัย มีผลต่อการให้ *ความสำคัญและสภาพเป็นจริง* โดยรวม ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า มีผลต่อการให้ *ความสำคัญ* แตกต่างกันในด้านบริหารและวิชาการ และมีผลต่อการประสานงานตาม *สภาพเป็นจริง* ในด้าน การบริหาร และการมีส่วนร่วม โดย ผู้ที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จะให้ความสำคัญและมีการประสานงานในสภาพที่เป็นจริงดีกว่า ผู้ที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย อาจเนื่องมาจาก ผู้ที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีบทบาทหน้าที่ทางด้านการบริหาร การวางแผนงานสาธารณสุข และการนิเทศติดตามงานต่าง ๆ ของสถานีอนามัย ต่างจากสถานีอนามัยซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่หลักในการให้บริการประชาชน อีกทั้ง ผู้ที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จะมีโอกาสร่วมประชุม ชี้แจง รับทราบนโยบาย เป้าหมายการทำงานต่าง ๆ ร่วมเป็นกรรมการและมีโอกาสเสนอความคิดเห็นได้มากกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย

ประธานคปสอ. ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้นำในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ[5] จากการศึกษา พบว่า ประธาน คปสอ.ที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลกับสาธารณสุขอำเภอ จะมีผลต่อการให้ *ความสำคัญ* ต่อการประสานงานโดยรวมแตกต่างกัน โดยเฉพาะในด้านของการบริหาร ประธาน คปสอ.ที่เป็นสาธารณสุขอำเภอ จะให้ความสำคัญต่อการประสานงานทุกด้าน มากกว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาล และใน *สภาพเป็นจริง* โดยรวม พบว่าประธาน คปสอ.ที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อการประสานงานในสภาพเป็นจริงแตกต่างกัน โดยเฉพาะด้านการบริหารและวิชาการ ประธาน คปสอ.ที่เป็นสาธารณสุขอำเภอ จะมีการประสานงานในสภาพเป็นจริงดีผู้อำนวยการโรงพยาบาลในทุกด้าน เป็นไปได้ว่า สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรง มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ ลักษณะของงานเชิงรุก ปัญหาอุปสรรคในการทำงานของผู้ใต้บังคับบัญชามากกว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแพทย์มีความรู้ความสามารถเน้นทางด้านการรักษาพยาบาลมากกว่า อีกประการหนึ่ง เกิดจากความรู้สึกเป็นพวกเดียวกันของผู้ปฏิบัติงานกับสาธารณสุขอำเภอ มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ทำให้เกิดความรู้สึกยินดี ในการให้ความร่วมมือ สอดคล้องกับการศึกษาของโกศล ชมวงศ์ (2542) [50] พบว่าบุคลิกภาพและมนุษยสัมพันธ์ของผู้บริหาร มีผลให้ทัศนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อคุณลักษณะของสาธารณสุขอำเภอที่พึงประสงค์แตกต่างกัน และการศึกษาของโสภา จั่นนพรัตน์ (2541) [48] ที่พบว่า หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพควรเป็นแบบมุ่งสัมพันธ์ มีความสามารถเด่นในเรื่องความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนางาน มีมนุษยสัมพันธ์และการประสานงานดี ดังนั้น จึงควรจะพัฒนาศักยภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับการบริหารจัดการโดยเฉพาะในงานสาธารณสุขเชิงรุก เรียนรู้ลักษณะการทำงานของสถานีอนามัยเพื่อให้เกิดการยอมรับของผู้ปฏิบัติงานสถานีอนามัย เสริมสร้าง กลไกการทำงานเป็นทีม

เดียวกัน เพราะ *ภาวะผู้นำมีความสำคัญต่อผลสำเร็จของการทำงานสูง* [8] ผู้นำมีความสัมพันธ์กับบรรยากาศการทำงานขององค์กร ผู้นำที่มีประสิทธิในการทำงานมากที่สุด คือ ผู้นำที่เน้นการทำงานเป็นทีม การพัฒนาองค์กรจึงควรเน้นการทำงานเป็นทีมและเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม[44,54]

ความสัมพันธ์ของผู้บริหาร เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการประสานงาน จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 92.1 มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารดี โดยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดเพียงร้อยละ 43.5 จะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารดีกับขัดแย้ง มีผลต่อการให้ *ความสำคัญ* ของการประสานงานโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้านไม่แตกต่างกัน แต่มีผลต่อการประสานงานใน *สภาพเป็นจริง* แตกต่างกันโดยรวมสูงมาก โดยเฉพาะในด้านการบริหาร บริการ วิชาการ ส่วนด้านการมีส่วนร่วม พบว่าไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจาก การมีส่วนร่วมพึ่งจะเริ่มเข้ามามีบทบาท จึงยังไม่เห็นถึงความแตกต่างชัดเจนมากนัก จะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารดี จะมีผลต่อการประสานงานในสภาพเป็นจริงดีกว่าความสัมพันธ์ที่ขัดแย้งอย่างชัดเจนมาก และจากการศึกษานี้ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานเสนอแนะให้ปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานถึง ร้อยละ 66.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพร ลอยหา และคณะ(2539) [3] ที่ว่า ปัจจุบันผู้อำนวยการโรงพยาบาลกับผู้นำทางด้านการปกครองยังขาดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และการศึกษาของโกศล ชมวงศ์ (2542) [50] ที่ว่า บุคลิกภาพและ มนุษยสัมพันธ์ของผู้บริหารมีผลให้ทัศนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อคุณลักษณะของสาธารณสุขอำเภอที่พึงประสงค์แตกต่างกันและการศึกษาของโสภา จั่นนพรัตน์ (2541)[48] ที่พบว่า หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพควรเป็นแบบมุ่งสัมพันธ์ มีมนุษยสัมพันธ์และการประสานงานดี และกรวิกา พรมจวง (2541)[54] พบว่า ผู้นำมีความสัมพันธ์กับบรรยากาศการทำงานขององค์กร ผู้นำที่มีประสิทธิในการทำงานมากที่สุด คือ ผู้นำที่เน้นการทำงานเป็นทีม ดังนั้นจึงควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ให้มีความรัก ใกล้ชิดสนิทสนมกัน

ระบบข้อมูลข่าวสาร จากการศึกษา พบว่า การรวบรวมข้อมูลโดยมีศูนย์ข้อมูลข่าวสารกับไม่มีศูนย์ข้อมูล หรือไม่มีการรวบรวมข้อมูล มีผลต่อการให้ *ความสำคัญ* โดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้านแตกต่างกันมาก โดยเฉพาะใน *สภาพเป็นจริง* พบว่า มีความแตกต่างกันสูงมากทั้งโดยรวม และรายด้านทั้ง 4 ด้าน เป็นที่น่าสังเกตว่า หน่วยงานที่มีการรวบรวมข้อมูลโดยศูนย์ข้อมูลข่าวสาร มีผลต่อการให้ความสำคัญและการประสานงานในสภาพเป็นจริงดีกว่าหน่วยงานที่ไม่มีศูนย์ข้อมูลหรือไม่มีการรวบรวมข้อมูลอย่างชัดเจน เป็นผลจาก ระบบข้อมูลข่าวสารที่ดี ช่วยให้สามารถตัดสินใจ วางแผนงานบริหารจัดการ ควบคุม กำกับและประเมินผลงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของโกเมธ นาควรรณกิจ (2540) [58] ที่พบว่า ระบบข้อมูลข่าวสารที่ดี ต้องมีศูนย์ข้อมูลข่าวสารและคอมพิวเตอร์ มีการจัดระบบงานที่ชัดเจนทั้ง ระบบบริการ ระบบสนับสนุนบริการ ระบบพัฒนาบริการ

และระบบบริหารจัดการ มีการจัดโครงสร้างขององค์กร พร้อมกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและตำแหน่งให้ชัดเจน ซึ่งจากการศึกษานี้ พบว่า การรวบรวมข้อมูลโดยมีศูนย์ข้อมูลร้อยละ 59.9 ไม่มีศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 33.7 และไม่มีการรวบรวมข้อมูลข่าวสารร้อยละ 6.3 อาจเป็นความเข้าใจไม่ตรงกัน ที่ว่าการมีศูนย์ข้อมูลข่าวสาร หมายถึง มีการกำหนดสถานที่เป็นศูนย์รวมข้อมูลข่าวสาร มีระบบการจัดการวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน เมื่อพิจารณาในส่วนที่มีศูนย์ข้อมูลข่าวสาร พบว่า มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการแก้ไขปัญหาร่วมกันเพียง ร้อยละ 40.9 เท่านั้น ดังนั้น การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวระดับอำเภอจึงควรกำหนดให้มีการจัดศูนย์ข้อมูลข่าวสารที่มีโครงสร้าง ตำแหน่งและบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีกลไกการจัดการข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ทันเวลาตรงกับความต้องการและมีความต่อเนื่องของข้อมูล สามารถเชื่อมโยงข้อมูลด้านสาธารณสุขเป็นเครือข่ายครอบคลุมทั้งอำเภอและสามารถใช้ประโยชน์เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ รวมถึงใช้ประเมินการจัดบริการของตนเองได้ นอกจากนี้ระบบข้อมูลข่าวสารที่ดียังช่วยให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ซึ่งจะก่อให้เกิดการยอมรับการมีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้น [57]

ประสิทธิภาพทีมงานรพช. /สอ. ความสำคัญของการทำงานเป็นทีม(Team working) คือทำให้เกิดการประสานงานที่ดี สามารถผสมกลมกลืนการทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์[18] จากการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพทีมงานที่ต่างกัน มีผลต่อการให้*ความสำคัญ* และการประสานงานใน *สภาพเป็นจริง* แตกต่างกันสูงมาก ทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน หน่วยงานที่มีประสิทธิภาพทีมงานสูงจะมีผลต่อการให้ความสำคัญและการประสานงานในสภาพเป็นจริงดีกว่า หน่วยงานที่มีประสิทธิภาพปานกลาง และประสิทธิภาพต่ำอย่างชัดเจน จากผลการศึกษานี้ พบว่า มีประสิทธิภาพทีมงานสูงเพียงร้อยละ 15.3 และเกินกว่าร้อยละ 60 มีประสิทธิภาพทีมงานอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม พบว่า มีประสิทธิภาพทีมงานรพช./สอ.ในระดับต่ำถึงร้อยละ 17.7 ทีมประสานงานเป็นแกนนำพัฒนาชุมชนระดับอำเภอที่มีประสิทธิภาพเพียง ร้อยละ 25.6 แสดงให้เห็นถึงการทำงานร่วมกันของโรงพยาบาลชุนชน สาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย ที่ค่อนข้างเป็นแบบแยกส่วน อาจเนื่องจาก ปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนเน้นการพัฒนาด้านการรักษาพยาบาลมาก มีการพัฒนาแบบ ตั้งรับและเป็นเอกเทศชัดเจน ในส่วนการพัฒนางานเชิงรุกในชุมชนมีบ้าง ซึ่งจากการศึกษานี้ พบว่า โรงพยาบาลชุมชนเป็นคลังยาให้อำเภอ ร้อยละ 51.8 ช่วยฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ร้อยละ 37.1 เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา แนะนำร้อยละ 30.1 ซึ่งยังไม่มากนักและไม่ชัดเจน ส่วนสถานีอนามัยมีการพัฒนาบริการในลักษณะแข่งขันกับโรงพยาบาลชุมชน มีการช่วยเหลือกันเองบ้างระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกัน ร้อยละ 26.7 แต่ไม่มีการเชื่อมต่อกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยให้เห็นชัดเจน[43] ดังนั้น การพัฒนาประสิทธิภาพทีมงานระหว่างสถานีอนามัยกับโรงพยาบาล

ชุมชน ให้มีการทำงานเป็นระบบบริการสาธารณสุขเดียวกัน อาจจะต้องมีการปรับลักษณะการทำงานให้เป็นเครือข่ายกันอยู่ภายใต้การบริหารจัดการเดียวกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการประสานงาน

1. ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน ขาดความเข้าใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน
2. ระบบการประสานงานไม่สะดวก เคร่งครัด ไม่มีความยืดหยุ่น เช่น ประสานงานต้องผ่านกรรมการคปสอ.อย่างเดียว ไม่มีประสานกันโดยตรงระหว่างฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกัน
3. ขาดการประชุมชี้แจงให้เข้าใจเป้าหมายและแนวทางร่วมกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงการประสานงาน

1. เสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างหน่วยงาน เช่น จัดกิจกรรมร่วมกัน แนะนำเจ้าหน้าที่ใหม่
2. การพัฒนาทีมแกนนำ / คปสอ. เป็นองค์กรกลางที่มีการบริหารจัดการที่เข้มแข็ง
3. มีการประชุมชี้แจง ข่าวสาร แนวทางการทำงาน ทั้งสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นแนวทางเดียวกัน
4. ปรับระบบการประสานงานให้ยืดหยุ่น มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงเป็นทีมเดียวกัน
5. พัฒนาผู้บริหารให้มีความรู้ ความสามารถด้านการบริหาร

การร่วมเป็นกรรมการในคปสอ.ของอาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้ปฏิบัติงานเห็นควรเพิ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกรรมการในคปสอ. เพราะ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นตัวแทนประชาชน มีความรู้ด้านสาธารณสุข ร่วมรับทราบ วางแผนและตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้ตรงสาเหตุ และมีศักยภาพ/บทบาทสูงในชุมชน สามารถเข้าถึงชุมชนและร่วมกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ข่าวสารสาธารณสุข
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นตัวแทนชุมชน รับทราบปัญหา นโยบาย ร่วมวางแผนตัดสินใจและแก้ไขปัญหาร่วมกัน และมีศักยภาพในการกำหนดทิศทางพัฒนา ให้การสนับสนุนเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ปรับระบบการบริหารจัดการของโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยให้มีลักษณะเป็นเครือข่ายทีมงานเดียวกัน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกันอย่างชัดเจน ทั้งด้านบทบาทที่แยกกันชัดเจน บทบาทหน้าที่ที่ต้องดำเนินการร่วมกัน และบทบาทที่ต้องดำเนินการให้มีความเชื่อมต่อกันระหว่างโรงพยาบาลและสถานีอนามัย

2. ประชุมชี้แจงนโยบาย ทิศทางการทำงาน ข้อมูลข่าวสาร ต่าง ๆ ให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับทั้งโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยมีความเข้าใจเป็นแนวทางเดียวกัน

3. เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับของโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ เช่น จัดกิจกรรมร่วมกัน แนะนำเจ้าหน้าที่ใหม่ สร้างค่านิยมการให้ความสำคัญซึ่งกันและกัน

4. พัฒนากำลังคนด้านการบริหาร วิชาการ คุณธรรมและจริยธรรม

- พัฒนาศักยภาพของทีมแกนนำ/คปสอ.เป็นองค์กรกลางที่มีการบริหารจัดการที่เข้มแข็ง
- ฝึกอบรมผู้บริหารโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอให้มีทักษะในด้านมนุษยสัมพันธ์ การบริหารจัดการ การพัฒนางานสาธารณสุขเชิงรุก
- ฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับทักษะการทำงานเป็นทีม การทำงานแบบมีส่วนร่วมทั้งผู้ปฏิบัติงาน / ประชาชน เสริมสร้างความรับผิดชอบในการทำงานร่วมกัน
- ผู้ปฏิบัติงานมีการศึกษาต่อเนื่องถึงระดับปริญญาตรี

5. สร้างเครือข่ายการทำงานให้เชื่อมต่อกัน ระหว่าง สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนทั้งในงานสาธารณสุขเชิงรับและเชิงรุก มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน โดยโรงพยาบาลเรียนรู้การทำงานเชิงรุกจากสถานีอนามัย และสถานีอนามัยเรียนรู้ด้านการรักษาพยาบาลในเบื้องต้นจากโรงพยาบาล

6.ปรับระบบการประสานงานให้ยืดหยุ่น มีคล่องตัว สามารถให้บริการต่อเนื่องและสอดคล้องกัน

7. ปรับระบบติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ เช่น ติดตั้งโทรศัพท์ ปรับช่อง ความถี่วิทยุให้ตรงกัน สนับสนุนเรื่องยานพาหนะ

8. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้มีความคล่องตัว รวดเร็ว ยึดถือความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ทั้งนี้ อาจจัดให้มีแพทย์ที่ปรึกษาประจำสสอ./สอ. ซึ่งทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการเชื่อมต่อระบบบริการระหว่างโรงพยาบาลและสถานีอนามัยทั้งด้านงานเชิงรุกและตั้งรับ ช่วยในการดูแลการบริการระดับต้นและช่วยกลั่นกรองผู้รับบริการให้กับโรงพยาบาล ทั้งนี้ ในช่วงที่ขาดแคลนแพทย์ การดำเนินงานดังกล่าวขึ้นกับการเห็นความสำคัญผู้บริหาร รพช.และสสอ.ในการเชื่อมต่อระบบบริการสาธารณสุขให้เป็นทีมงานเดียวกัน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการบริหารจัดการและวางแผนงานร่วมกันอย่างเหมาะสมในแต่ละพื้นที่

9. ระบบข้อมูลข่าวสารให้มีศูนย์ข้อมูลข่าวสารทุกอำเภอ มีผู้รับผิดชอบชัดเจนพร้อมมีตำแหน่งรองรับและมีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเท่าที่จำเป็นสำหรับใช้ประโยชน์ เพื่อ

- การบริการและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ข้อมูลของผู้ป่วยจะต้องถูกส่งไปและส่งกลับอย่างต่อเนื่อง มีความสมบูรณ์ของข้อมูลเพียงพอเพื่อประโยชน์ในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งข้อมูลจากโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ด้านการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมป้องกันโรค
- ใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการประเมินองค์กร ศึกษาค้นคว้าและวิจัยเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะกิจกรรมที่ควรพัฒนาร่วมกันระหว่าง รพช./สสอ./สอ.

ด้านการบริหาร

(1) การกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างจริงจัง

(2) ประชุมเพื่อวางแผนและประสานแผนร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ

(3) ร่วมกันกำหนดแผนงานเพื่อให้บริการทั่วถึงทั้งอำเภออย่างชัดเจน

ด้านการบริการ

(1) การสนับสนุนให้ชุมชนมีการพัฒนา/จัดตั้งองค์กรเพื่อการพึ่งตนเอง

(2) การบริการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยให้มีสะดวกรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง

(3) การให้ความรู้ คำปรึกษากับประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนในเบื้องต้น

ด้านวิชาการ

(1) การจัดให้มีเครื่องมือที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารเพียงพอ

(2) ผู้นิเทศจากรพช.มีความรู้ในเรื่องที่นิเทศดีและสามารถอธิบายให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจได้ชัดเจน

(3) การจัดระบบข้อมูลให้สมบูรณ์ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

ด้านการมีส่วนร่วม

(1) การเปิดโอกาสให้ประชาชน / องค์กรชุมชน มีส่วนร่วมเป็นกรรมการ วางแผน ดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

(2) การจัดทางเลือกให้ประชาชนเสนอความคิดเห็นเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการได้หลายทาง

(3) การให้ประชาชน / องค์กรชุมชน มีส่วนร่วมในการประเมินผลและตรวจสอบการจัดบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลและสถานีอนามัยต่อการประสานร่วมกัน ในด้าน
   1) โครงสร้างองค์กรกลาง/ภาวะผู้นำ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน
   3) การบริการเชิงรับและเชิงรุก 4) ด้านวิจัยและพัฒนา
   5) ด้านระบบส่งต่อผู้ป่วย 6) ด้านระบบข้อมูลข่าวสาร
   7) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน / องค์กรชุมชน / ประชาชน
   8) ด้านประสิทธิภาพทีมงานสาธารณสุข
2. ศึกษารูปแบบการประสานงานของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอในกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
3. ศึกษาการประสานงานระหว่างสถานีอนามัยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. ศึกษารูปแบบของระบบสุขภาพในบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
5. ศึกษาการนิเทศงานกับกระบวนการกระจายอำนาจ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

1. สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสำนักนโยบายและแผน. **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540 - 2541**,นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
2. ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา. การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพหลังวิกฤตเศรษฐกิจ.ใน **เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการ เรื่อง ระบบบริการสุขภาพหลังยุควิกฤติเศรษฐกิจ: กลยุทธ์ใหม่สู่ชุมชนเข้มแข็ง**; 28 มีนาคม 2543; ณ โรงแรมอมารีแอพอร์ท กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม, 2543. (อัดสำเนา)
3. สุรพร ลอยหาและคณะ. **ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลชุมชน ใน 2 ทศวรรษหน้า(พ.ศ. 2560) กรณีศึกษา: โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี**. กรุงเทพฯ, 2541.
4. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. **ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมล คีมทอง, 2542.
5. สาธารณสุข, กระทรวง. กองสาธารณสุขภูมิภาค. **การบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 6 พ. ศ. 2542)**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
6. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. **อนาคตสถานีอนามัยไทย (การศึกษาวิจัยประเมินผล โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย) 2539 เล่ม 1**. กรุงเทพ ฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539: 50 – 74.
7. เพชรา คูณสันติพงษ์. **ความต้องการรับการนิเทศงานด้านการบริหารจัดการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
8. อำพล จินดาวัฒนะและคณะ. **เรียนรู้อะไรดี ๆ จากสี่ โรงพยาบาลชุมชน**. กรุงเทพฯ: 2541:163 -199.
9. ปทุมรัตน์ เหรียญไพศาล. **การศึกษาสภาพและปัญหาการประสานงานของหน่วยงานระดับกองกรมสามัญศึกษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารการศึกษา คณะครุศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
10. สำเริง แหยงกระโทกและคณะ. **เอกสารประกอบการประชุมสัมมนา เรื่อง การกระจายอำนาจภารกิจ ด้านการพัฒนาสุขภาพสู่องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น** ; 26 –27 ตุลาคม 2543; ณ โรงแรมสตาร์ จังหวัดระยอง: กองสุขศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
11. Webster. **New World Dictionary new delhi**. Oxford & BM.Polishing Co., 1974.
12. Kolasa, B. J. **Introduction to Behavior Science for Business**. New York: John Wiley,1969.

13. ประภาเพ็ญ สุวรรณ.. **ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พีระพันธนา, 2526.

14. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช, 2531:189-193.

15. เกษม สุวรรณกุล. **บริหารคน – คนบริหาร**. กรุงเทพฯ. ชมรมการบริหารงานบุคคล คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2534.

16. มะลิวัลย์ ยุติธรรม. **บทบาทของคณะกรรมการสาธารณสุขระดับอำเภอตามทัศนะของผู้บริหารระดับอำเภอ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

17. สุรัตน์ รื่นภิรมย์. **รายงานการศึกษาวิจัยบทบาทและโครงสร้างองค์กรของคปสอ. ในทัศนะของคปสอ. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดชลบุรี**. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี, 2539.

18. เรณู หาญวาฤทธิ์. **อนามัยชุมชนเล่ม 2**. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์ การพิมพ์ , 2540.

19. สาธารณสุข, กระทรวง. **แนวทางการประสานงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.) และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.ม.) ปรับปรุงใหม่ พ.ศ. 2537**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2537.

20. สำเริง แหยงกระโทก. **เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการสาธารณสุขระดับอำเภอ ผลการวิจัย เรื่อง การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับสำนักงานสาธารณสุข ปี 2526-2527**, 2529. (อัดสำเนา)

21. สงวน นิตยรัมภ์พงศ์. **ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมล คีมทอง, 2542.

22. Cassels, A.,and Janovsky, K. **Strengthening Health Management in Districts and Provinces**. England Macmillan/Clay,1995: 16-13.

23. มันทนา ประทีปะเสน และคณะ.**บทสรุปสำหรับผู้บริหารการประเมินผลงานบริการสาธารณสุขระดับตำบล**. กรุงเทพฯ, 2540: 21.

24. สาธารณสุข, กระทรวง. ปลัดกระทรวงฯ, สำนักงาน. กองสาธารณสุขภูมิภาค. **รายงานการสัมมนาทิศทางการพัฒนาหน่วยงานสาธารณสุขภูมิภาคในทศวรรษหน้า**; 24 -26 กุมภาพันธ์ 2535; ณ ห้องภาณุรังษี โรงแรมโรยัลริเวอร์. กรุงเทพฯ, 2535.

25. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสาธารณสุข กรณีศึกษาและบทเรียน**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ, 2541:1-5.

26. สาธารณสุข, กระทรวง. ปลัดกระทรวงฯ, สำนักงาน. กองสาธารณสุขภูมิภาค. **เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานจัดทำแนวทางของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ** ; 19 สิงหาคม 2541; ณ ห้องประชุมอุทัย สุดสุข กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2541.(เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

27. อำพล จินดาวัฒนะ. **บางมุมมองเพื่อ ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย**. 2536: 118-125.

28. สาธารณสุข, กระทรวง.ปลัดกระทรวงฯ, สำนักงาน. กองงานวิทยาลัยพยาบาล. **รายงานการวิจัย เรื่อง "การวิเคราะห์งานและความต้องการงานบริการสาธารณสุขของสถานีอนามัย ปี2531-2532"**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2532.

29. สมชัย ศิริกนกวิไล, อำพล จินดาวัฒนะและสุณี วงศ์คงคาเทพ. **การพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในทศวรรษหน้า**. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ท.), 2534.

30. สาธารณสุข, กระทรวง.บริการสุขภาพใกล้บ้าน ไกลใจ: แนวคิดและบทเรียนจากประสบการณ์. ใน **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง ภูมิปัญญาประชาสังคม สู่สุขภาพประชาชาติไทย**; 15-17 สิงหาคม 2543; ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพฯ, 2543.

31. สาธารณสุข, กระทรวง. **การประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2532 : คปสอ.ตัวอย่าง ปี 2532**; 21 ธันวาคม 2532; ณ โรงแรม เจ.บี. หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา._ กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2532.

32. สาธารณสุข, กระทรวง. สรุปผลการประชุม เรื่อง **การพัฒนาสถานีอนามัยในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7**; 9 - 10 เมษายน 2533; ณ โรงแรมเอเซีย กรุงเทพฯ, 2533.

33. บุญเรียง ชูแสงรัตน์และคณะ. **การพัฒนาสถานีอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ**. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ท.), 2539.

34. สาธารณสุข, กระทรวง. ปลัดกระทรวงฯ, สำนักงาน. กองสาธารณสุขภูมิภาค. **เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการ การประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ**; 2-4 พฤษภาคม 2531; ณ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. (ม.ป.ท.), 2531.

35. ประเวศ วะสี. **ช่วยกันสร้างคน**. ขอนแก่น: คลังนานา, 2533: 31.

36. สาธารณสุข, กระทรวง. กองสาธารณสุขภูมิภาค, **เอกสารสรุปการสัมมนา เรื่องทิศทางการพัฒนาสถานีอนามัยและโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย**. (ม.ป.ท.), 2538: 45.

37. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. **การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในทศวรรษหน้า**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2535.

38. ผสมทรัพย์ ศุภธรรมกิจ. **ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานคปสอ.ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. ภาคนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

39. สาธารณสุข, กระทรวง. กองสาธารณสุขภูมิภาค. **การวิจัย เรื่อง แนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาเปรียบเทียบ คปสอ.ดีเด่นและคปสอ. ทั่วไป**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535: 60-61.

40.อุบลราชธานี,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. **สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแนวใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี**. อุบลราชธานี: วิทยาออฟเซทการพิมพ์, 2535: 65.

41. ดวงพร เฮงบุณยพันธ์. **ประเด็นกลยุทธที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)**.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

42. ปรีดา แต้อารักษ์. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง. **ภาพลักษณ์และกลยุทธการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในสองทศวรรษหน้า ในมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: สามเจริญการพิมพ์, 2542.4-9.

43. อำพล จินดาวัฒนะและคณะ.โรงพยาบาลชุมชนจะไปทางไหนดี. **วารสารโรงพยาบาลชุมชน** ปีที่ 2 ฉบับที่2 (มิถุนายน – กรกฎาคม 2543): 56 – 9.

44. ธวัชชัย วานิชชากร, ดรุณี โพธิ์ศรีและชาตรี นันทพานิช . **การบริหารงานสาธารณสุขโดยเน้นการประสานพื้นที่ ภารกิจ และการมีส่วนร่วมของประชาชน**(Health Management by Area-function-Participation): **"ประสบการณ์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร"**. (ม.ป.ท.), 2543.

45. ไพบูลย์ เอี่ยมอินทร์. **ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตามกลยุทธ DOTS – แผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติของผู้ให้บริการทางสุขภาพในจังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทย์ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

46. พรทิพย์ อุ่นโกมล. **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขาภิบาลและการป้องกันโรค โรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย** . วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

47. ปลายมาศ ขุนภักดี. **ปัจจัยที่มีผลต่อการการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

48. โสภา จั่นนพรัตน์. **การวิเคราะห์รูปแบบและแนวทางการพัฒนาการบริหารงานฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนในเขต 2**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

49. สมนึก มณีกาญจน์. **ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติของเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยที่มีต่อคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดสุราษฎร์ธานี**. ภาคนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

50. โกศล ชมวงศ์. **คุณลักษณะสาธารณสุขอำเภอที่พึงปรารถนา ตามทัศนะของข้าราชการประจำสถานีอนามัย**. ภาคนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

51. สุชารัตน์ หมายเจริญ. **การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย จังหวัดนครสวรรค์ ประจำปี 2542**. งานพัฒนาบุคลากรและการสาธารณสุขมูลฐานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์.(ม.ป.ท.), 2542.

52. สมหมาย ทองเกตุ. **เจตคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลต่อการนิเทศงานสาธารณสุขโดยคณะกรรมการสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี**.ภาคนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

53. ภรณี กีรติบุตร. **การประเมินประสิทธิผลองค์การ**. กรุงเทพ: โอเดียนสโตร์, 2534.

54. กรวิภา พรมจวง. **ความสัมพันธ์ระหว่างแบบของผู้นำสภาพแวดล้อมในการทำงาน ขนาดขององค์กรกับบรรยากาศองค์การของวิทยาลัยพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

55. ประทีป ชาญสมัย. **ปัญหาและอุปสรรคในการบริหารงานงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตามทัศนะของสาธารณสุขอำเภอ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. ภาคนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

56. อำพล จินดาวัฒนะและสมศักดิ์ น่วมนุ่ม. **การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของสถานีอนามัยในจังหวัดลพบุรี**. (ม.ป.ท.), 2529: 7.

57. สมภพ อาจชนะศึก. **การยอมรับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบราชการของบุคลากรภาครัฐ: กรณีศึกษาในกรรมการบริหารโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

58. โกเมธ นาควรรณกิจ. **รูปแบบศูนย์ข้อมูลข่าวสารและคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลขนาด 400 เตียง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

59. Lemeshow, S., Hosmer, Jr., W. D., Klar, J., and Lwanga, K.S. Adequacy of Sample size in Health studies. In: **Sample size for Sample surveys**. English,1990: 41 – 47.

60. ภิรมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ชาลาประวรรตน์และทวีสิน ตันประยูร. **หลักการทำวิจัยให้สำเร็จ**. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: เท็ก แอน เจอร์นัล พับลิเคชั่น, 2542.

61. สาธารณสุข, กระทรวง. กองสาธารณสุขภูมิภาค. **รายชื่อจังหวัด/อำเภอ รพช./รพ.สาขาและรพศ./รพท. ปีงบประมาณ 2543**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2543.

62. Health and Well being in Tasmania. **First Results of the Healthy Communities Survey**. Hobart: Tasmania,1998: 45-78.

63. Richards, R.W. **Building Partnerships**. San Francisco, Jossey – Bass,1996: 1-15.

64. Creative Research Systems.**The Survey System**. [cited 2000 June 19]: Available from: URL: http://www.surveysystem.com/sdesign.htm.

65. Berkowitz, B., and Schultz, J. **Community Tool Box : Conducting Concerns Servey**. [cited 1999 September 17]: Available from: URL: http://ctb.lsi.ukans.edu

66. กัลยา วานิชย์บัญชา. **การวิเคราะห์สถิติเพื่อการตัดสินใจ**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

67. ยุวดี ฤาชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา, วิไล ลีสุวรรณ, พรรณวดี พุธวัฒนะและรุจิเรศ ธนูรักษ์. **คู่มือทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 5. ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

68. Zar, J. H. **Biostatical Analysis**. London: Prentice-Hall International,1996.

69. Steers, R. M. **Organization Effectiveness : Behavioral view. Monica** , Good year,1977.

70. Dubrin, A.J. **Foundation of Organization Behavior : An Applied Perspective** . New jersey: Prentice – Holl,1984.

71. Reddin, B. **The output Oriented Organization England**: Gower Publishing, 1988.

72. ศิริวรรณ เสรีรัตน์, สมชาย หิรัญกิตติ, สิทธิกาล ศรีวะรมย์,ชวลิต ประภาวานนท์, จิรศักดิ์ จิยจันทน์และสุดา สุวรรณาภิรมย์. **องค์การและการจัดการ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธีระฟิล์มและไซเทกซ์ , (ม.ป.ป.).

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย

เรื่อง ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้น เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงานร่วมกันของสถานบริการ สาธารณสุขระดับอำเภอ การให้ข้อมูลของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาและปรับปรุงการประสานงานให้เกิดความเข้าใจ ร่วมมือ ร่วมใจของผู้ปฏิบัติงานและเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการสนับสนุนและปรับปรุงรูปแบบการประสานงานให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน

2. แบบสอบถามฉบับนี้ สำหรับผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หมายถึง สาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยในปัจจุบัน

3. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั่วไปของหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการประสานงานร่วมกันของสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ

ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณา สละเวลา ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความคิดเห็นผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน O หน้าข้อความที่เป็นจริงและเติมคำลงในช่องว่าง

อำเภอ …….. จังหวัด …….. --- ---
12 13
สำหรับผู้วิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

1 เพศ O 1. ชาย O 2. หญิง __ 14

2 อายุ……ปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี) __ __ 15 16

3. ระดับการศึกษาสูงสุด O 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี O 2.ปริญญาตรี O 3. สูงกว่าปริญญาตรี __ 17

4. ตำแหน่ง…… __ 18

5. ท่านเป็นคนในพื้นที่(เกิดในจังหวัดนี้)หรือไม่ O 1 เป็นคนในพื้นที่ O 2 คนนอกพื้นที่ __ 19

ข้อมูลของหน่วยงาน

6. สถานที่ปฏิบัติงาน O 1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
O 2. สอ.ขนาดใหญ่ O3. สอ. ทั่วไป __ 20
หมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยงาน…….. โทรสาร ……

7. ที่ตั้ง อำเภอ……ตำบล ……8.O1 ในเขตเทศบาล O2 นอกเขตเทศบาล __ __ __ __ __ 21 22 23 24 25

9. ท่านทำงานในหน่วยงานนี้มานาน……ปี…… เดือน __ __ __ __ 26 27 28 29

10. ระยะห่างจากโรงพยาบาลชุมชน ……..(กิโลเมตร) หมู่บ้านที่รับผิดชอบ……..(หมู่บ้าน) __ __ __ __ 30 31 32 33

11. ประชากรในเขตรับผิดชอบ ……คน (ถ้าเป็นสสอ. นับจำนวนทั้งหมด) __ __ __ __ __ __ 34 35 36 37 38 39

12. ระยะเวลาที่เปิดดำเนินการ …… ปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี) __ __ 40 41

13. หน่วยงานของท่านมีรถบริการส่งต่อผู้ป่วยหรือไม่
O1.ไม่มี O2. มี ได้มาอย่างไร(โปรดระบุ)…….. __ 42

14. หน่วยงานของท่านมีวิทยุสื่อสารเพื่อใช้ในการติดต่อกับเครือข่ายสื่อสารหรือไม่ O1.ไม่มี O2.มี 43

15. หน่วยงานของท่านใช้คอมพิวเตอร์ในการสื่อสาร(E-mail)หรือไม่
O1.ไม่ใช้ O2.ใช้ O 3.ไม่มีคอมพิวเตอร์ 44

16. จำนวนผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของท่าน…… คน __ __ 45 46

17. คณะกรรมการ คปสอ.O1.ไม่เคยเป็น O2. เคยเป็น O3.ปัจจุบัน เป็น ……ปี เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี) __ __ __ 47 48 49

18. ประธาน คปสอ. ในปีปัจจุบัน คือ O1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน O2. สาธารณสุขอำเภอ __ 50

19. หน่วยงานของท่านเคยได้รับรางวัลดีเด่น เช่น สถานีอนามัยดีเด่น ,ผลงานวิชาการดีเด่น
O 1.ไม่ได้รับ
O 2.ได้รับรางวัล(โปรดระบุ)…… __ 51

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 **ความคิดเห็นของท่านต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน**

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ความสำคัญ การประสานงานแต่ละหัวข้อมีความสำคัญมากน้อย เพียงใดต่อการจัดบริการ ตามความคิดเห็นของท่าน
1 = สำคัญน้อยที่สุด 2 = สำคัญน้อย 3 = สำคัญปานกลาง 4 = สำคัญมาก 5 = สำคัญมากที่สุด

ความคิดเห็น ความคิดเห็นของท่านต่อการประสานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละหัวข้อต่อสภาพเป็นจริงในปัจจุบัน
1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 = เห็นด้วยน้อย 3 =เห็นด้วยปานกลาง 4 = เห็นด้วยมาก 5=เห็นด้วยมากที่สุด

ความคิดเห็นของท่าน ต่อการประสานงานระหว่าง รพช. /สสอ./สอ.	ความสำคัญต่อ การจัดบริการ					ความคิดเห็นต่อ สภาพเป็นจริงปัจจุบัน					ปัญหา / ข้อเสนอแนะ	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
การบริหาร	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
การจัดการองค์กร	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
20 สัดส่วนของคณะกรรมการ คปสอ. เป็นไปตามตามเกณฑ์ปัจจุบัน												
21 ขั้นตอนในการแต่งตั้งคณะกรรมการ คปสอ.เหมาะสม												52-53
22 ระบบประสานงาน ความคล่องตัว ประสิทธิภาพ												54-55
23 ประชุมเพื่อวางแผนและประสานแผนอย่างสม่ำเสมอ												56-57
24 มีเป้าหมายร่วมกันพัฒนาคุณภาพบริการอย่างจริงจัง												58-59
25 มีความซ้ำซ้อน ไม่ชัดเจนในการทำงานร่วมกัน												60-61
26 มีแผนงานร่วมกันให้บริการทั่วถึงทั้งอำเภออย่างชัดเจน												62-63
27 บรรยากาศการทำงานร่วมกันเคร่งเครียด												64-65
28 ท่านได้รับความสำคัญเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของรพช.												66-67
29 ทีมประสานงานเป็นแกนนำ เพื่อพัฒนาชุมชนในระดับอำเภอ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ												68-69
30 รพช./สอ.เข้าใจและรับผิดชอบในการทำงานร่วมกัน												70-71
31 ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บริหาร รพ. / สสอ.												72-73
การจัดการทรัพยากร												74-75
32 สอ.ได้รับจัดสรรเงินกองทุนบัตรสปร.อย่างเหมาะสม												
33 รพช.และสอ.ใช้ระบบคลังยาเดียวกันทั้งอำเภอ												76-77
34 รพช.ช่วยเหลือ /แลกเปลี่ยน /ยืม วัสดุ อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ ที่จำเป็น												78-79
35 สสอ.มีความชัดเจนโปร่งใสตรวจสอบได้												80-81

82-83

ความคิดเห็นของท่าน ต่อการประสานงานระหว่าง รพช. /สสอ./สอ.	ความสำคัญต่อ การจัดบริการ					ความคิดเห็นต่อ สภาพเป็นจริงปัจจุบัน					ปัญหา / ข้อเสนอแนะ	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
36 สอ.ได้รับการจัดสรรทรัพยากรเหมาะสม												
37 การประสานงานช่วยให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยลง												84-85
38 สอ.มีการหมุนเวียนบุคลากรในการทำงานร่วมกับรพช.												86-87
บริการ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		88-89
การจัดบริการสาธารณสุขและการส่งต่อ รพช./สอ.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
39 รพช.มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ครอบคลุมทั้งอำเภอ												
40 สอ.มุ่งเน้นให้บริการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและ การป้องกันโรค												90-91
41 สอ.คล่องตัว เหมาะสมในการให้บริการ ระดับต้น												92-93
42 สอ.มีผู้ปฏิบัติงานเพียงพอเปิดให้บริการตลอด 24 ชม.												94-95
43 มีผู้ป่วยใช้บริการข้ามขั้นตอนไปรพช.อยู่เสมอ												96-97
44 รพช.บริการสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุข/ความ ต้องการของชุมชน และสภาพสังคมที่เป็นจริง												98-99
45 สอ.บริการสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุข/ความต้องการ ของชุมชน และสภาพสังคมที่เป็นจริง												100-101
46 ทั้งรพช../สอ. เลือก/ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่จำเป็นเหมาะ กับท้องถิ่น (Good Health at Low Cost)												102-103
47 สอ.ให้บริการมีความยืดหยุ่น เน้นความเกี่ยวข้อง ผูกพันธ์กับชุมชนเป็นหลัก												104-105
48 มีแพทย์หมุนเวียนมาบริการตรวจรักษาที่สอ. เป็นระบบ												106-107
49 ประชาชนสามารถจ่ายได้ในราคาค่าบริการที่สอ. กำหนด												108-109
50 ร่วมกิจกรรมในงานอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยกันอย่าง สม่ำเสมอ เช่น กำจัดลูกน้ำยุงลาย												110-111
51 การตรวจและแจ้งผลการวิเคราะห์ชันสูตรของรพช. มีความสะดวกรวดเร็ว												112-113
52 ร่วมกันป้องกันและควบคุมโรคระบาดทันต่อเหตุการณ์												114-115
53 การรับ – ส่งต่อ ผู้ป่วยสะดวกรวดเร็วตลอด 24 ชม.												116-117
54 รพช.และสอ.ร่วมกันจัดบริการผสมผสานการแพทย์แผนไทย												118-119

120-121

ความคิดเห็นของท่าน ต่อการประสานงานระหว่าง รพช. /สสอ./สอ.	ความสำคัญต่อ การจัดบริการ					ความคิดเห็นต่อ สภาพเป็นจริงปัจจุบัน					ปัญหา / ข้อเสนอแนะ	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
55 ร่วมกันให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ เข้าถึงผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากจน ได้ครอบคลุมทั้งอำเภอ												
56 มีการประสานร่วมกับองค์กรท้องถิ่นและชุมชนเพื่อให้บริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย												122-123
57 สอ.เยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วย/ครอบครัว ต่อเนื่องจากรพ. ครบทุกราย												124-125
58 ประชาชนได้รับความรู้ คำปรึกษา สามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนในเบื้องต้น												126-127
59 ชุมชนมีการพัฒนา/จัดตั้งองค์กรเพื่อการพึ่งตนเอง												128-129
60 ชุมชนมีความเชื่อถือศรัทธาต่อผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข												130-131
วิชาการ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		132-133
การพัฒนาบุคลากรและการนิเทศงาน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
61 ผู้นิเทศจากรพช.มีความรู้ในเรื่องที่นิเทศดีและสามารถอธิบายให้เข้าใจได้ชัดเจน												
62 ผู้นิเทศจากรพช.มุ่งแต่เฉพาะงานอย่างเดียวไม่สนใจปัญหาของผู้ปฏิบัติงาน												134-135
63 ผู้ปฏิบัติงานได้รับการฝึกอบรมพัฒนาทักษะการค้นหาและแก้ไขปัญหาในชุมชนได้												136-137
64 รพช.เป็นพี่เลี้ยง /ให้คำปรึกษา / ข้อเสนอแนะเป็นกันเอง												138-139
65 สร้างเครือข่ายในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนปัญหาระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกัน												140-141
66 ท่านได้รับการฝึกทักษะในการทำงานร่วมกับชุมชน ประชาชนและองค์กรอื่นๆ												142-143
67 รพช./สอ. ร่วมกันศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบบริการ												144-145
ระบบข้อมูลข่าวสาร	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
68 สอ.มีระบบจัดเก็บข้อมูลสมบูรณ์ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน												
69 ทั้งรพช./สอ.มีทะเบียนผู้พิการ ผู้ยากจนที่เป็นจริงครบทั้งอำเภอ												148-149
70 มีศูนย์กลางให้ข้อมูล / คำปรึกษาในประเด็นทางสุขภาพแก่ประชาชนตลอด 24 ชม.ร่วมกัน												150-151
												152-153

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความคิดเห็นของท่าน ต่อการประสานงานระหว่าง รพช. /สสอ./สอ.	ความสำคัญต่อ การจัดบริการ					ความคิดเห็นต่อ สภาพเป็นจริงปัจจุบัน					ปัญหา / ข้อเสนอแนะ	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
71 สอ.มีเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารเพียงพอ												
72 จำเป็นต้องประสานงานอย่างเป็นทางการทุกครั้งเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน												154-155
73 สอ.ใช้ข้อมูลผู้ป่วยร่วมกับรพ. เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง												156-157
74 ระบบข้อมูลข่าวสารระหว่าง สอ./สสอ ./รพช. ใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาชุมชนได้ถูกต้อง												158-159
การมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		160-161
75 ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ เพื่อพัฒนาระบบบริการระดับอำเภอ												
76 ผู้ปฏิบัติงานทุกคน มีโอกาส เสนอความคิดเห็นในการพัฒนาการบริการสุขภาพตลอดเวลา												162-163
77 ประชาชน / องค์กรชุมชน มีส่วนร่วมเป็นกรรมการ วางแผนดำเนินการ เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขออำเภอ												164-165
78 มีการประเมินผลและตรวจสอบการจัดบริการ โดยประชาชนและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง												166-167
79 ประชาชนมีทางเลือกในการเสนอความคิดเห็น เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ ได้หลายวิธี												168-169
80 ประชาชน / องค์กรชุมชน สนับสนุนทรัพยากร เช่น เงิน คน วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง												170-171
												172-173

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

คำชี้แจง : กรุณาแสดงความคิดเห็นต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในด้านต่อไปนี้
และโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ○ หน้าข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

81. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหาร ของ รพช. /สสอ.

○ 1. มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

○ 2. มีปัญหาขัดแย้งกัน

○ 3. อื่นๆ (โปรดระบุ) 174-175

82. การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เช่น รายงาน , การนำเสนอข้อมูลผลงานประจำปี

○ 1. มีศูนย์ข้อมูลข่าวสารและมีผู้รับผิดชอบร่วมกัน

○ 2. ไม่มีศูนย์ข้อมูลข่าวสาร

○ 3. แยกหน่วยงานรวบรวมข้อมูลข่าวสาร

○ 4. อื่นๆ (โปรดระบุ) 176-177

83. ในอนาคตท่านต้องการให้ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงรูปแบบการประสานงานในด้านใด

○ 1. การแต่งตั้งคณะกรรมการ

○ 2. การจัดสรรทรัพยากร

○ 3. การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน

○ 4. อื่นๆ (โปรดระบุ) 178-179

84. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร เกี่ยวกับการเพิ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรปกครองท้องถิ่นร่วมเป็นส่วนหนึ่ง
ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

❒ 1. อาสาสมัครสาธารณสุข ○ 1. ไม่เห็นด้วย เพราะ 180

○ 2. เห็นด้วย เพราะ.....

❒ 2. องค์กรปกครองท้องถิ่น ○ 1. ไม่เห็นด้วย เพราะ 181

○ 2. เห็นด้วย เพราะ.....

ปัญหาและข้อเสนอแนะ อื่นๆ (โปรดระบุ)..... 182

.....

.....

.....

.....

จัดกลุ่มใหม่ เกี่ยวกับประสิทธิภาพทีมงาน ประกอบด้วย คะแนนของกิจกรรมแต่ละข้อดังนี้

1. ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บริหาร รพ. / สสอ.
2. ทีมประสานงานเป็นแกนนำพัฒนาชุมชนในระดับอำเภออย่างมีประสิทธิภาพ
3. ประชุมเพื่อวางแผนและประสานแผนอย่างสม่ำเสมอ
4. ระบบประสานงาน คล่องตัว มีประสิทธิภาพ
5. รพช./สอ.เข้าใจและรับผิดชอบในการทำงานร่วมกัน
6. ท่านได้รับความสำคัญเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของ รพช.
7. ร่วมกันให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่เข้าถึงผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากจนได้ครอบคลุมทั้งอำเภอ
8. รพช.และสอ.ใช้ระบบคลังยาเดียวกันทั้งอำเภอ
9. สร้างเครือข่ายในการเรียนรู้แลกเปลี่ยน ปัญหาระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกัน
10. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ เพื่อพัฒนาระบบบริการระดับอำเภอ

แบ่งกลุ่มระดับคะแนนเฉลี่ย โดย

คะแนนเฉลี่ย 1 - 2.49 = ประสิทธิภาพทีมงานต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 2.5 - 3.75 = ประสิทธิภาพทีมงานปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.76 – 5 = ประสิทธิภาพทีมงานสูง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

1. คุณสุพร ผดุงศุภไลย นักวิชาการสาธารณสุข 8 กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข
2. คุณวรียา สินธุเสนา นักวิชาการสาธารณสุข 7 กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข
3. รศ.นพ. พรชัย สิทธิศรัณย์กุล ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
4. คุณวนัสรา เชาว์นิยม นักวิชาการสาธารณสุข 7 รักษาการแทน ผอก.ศูนย์ สสม. ภาคกลาง
5. คุณสงัด สุรินทร์ สาธารณสุขอำเภอ อำเภอพนัสนิคม
6. คุณธรรมศักดิ์ โคจรนา นักวิชาการสาธารณสุข 6 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชัยบาดาล
7. คุณวิโรจน์ มุมานะจิตต์ นักวิชาการสาธารณสุข 6 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านบึง

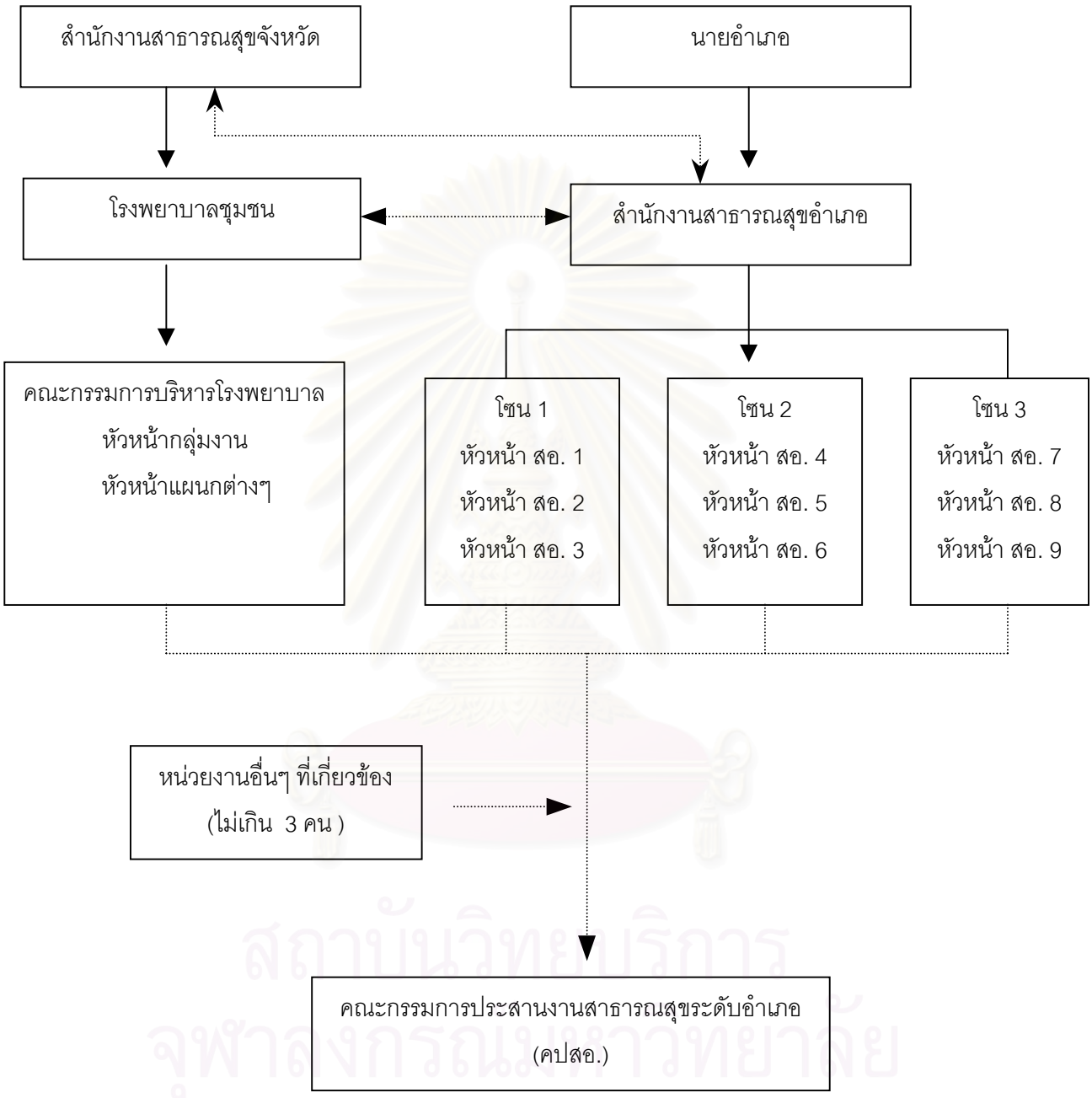
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

โครงสร้างการประสานงานของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงสร้างการประสานงาน



สายบังคับบัญชา

สายประสานงาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้วิจัย

นางสาว ทรรศนีย์ โสรัจธรรมกุล เกิดวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2509 จังหวัดชลบุรี สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่6 ในปีการศึกษา 2527 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลชลบุรี ปีการศึกษา 2531 ปฏิบัติงานครั้งแรกที่โรงพยาบาลบ่อทอง จังหวัดชลบุรี ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โดยปฏิบัติงานหมุนเวียน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานห้องคลอดและผ่าตัด และงานผู้ป่วยใน ต่อมา พ.ศ. 2534 ย้ายไปปฏิบัติงานโรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี งานผู้ป่วยใน พ.ศ. 2535 สำเร็จการศึกษาปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และปฏิบัติงานแผนกอาชีวอนามัยและความปลอดภัย พ.ศ. 2539 – พ.ศ. 2541 ต่อมาศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2542 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 งานผู้ป่วยในเด็ก โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย