

การจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารแบบมีภาวะผู้นำที่เกื้อหนุนต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้นโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

จิริยุทธ์ สินธุพันธุ์^{*†‡}

วรารณ ฉัตรดิชาต[†]

ญาณินิ เพชรานันท์[‡]

วิไลรักษ์ สันติกุล^{*}

ธัญชนก รื่นกวีล^{*}

จตุพร สุวรรณสุขุม^{*}

ผู้รับผิดชอบบทความ: จิริยุทธ์ สินธุพันธุ์

บทคัดย่อ

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีได้เป็นเพียงแค่การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง แต่เป็นการเปลี่ยนผ่านที่ซับซ้อนซึ่งส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสถาบัน บทบาทผู้นำ และระบบการสื่อสาร งานวิจัยนี้มีคำถามวิจัยว่า การจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารแบบมีภาวะผู้นำที่เกื้อหนุนสามารถสนับสนุนการให้บริการสุขภาพในช่วงเปลี่ยนผ่านนี้ได้อย่างไร โดยมุ่งทำความเข้าใจพลวัตของความไว้วางใจ การสร้างความหมายร่วม และความสอดคล้องขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจ งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ และการอภิปรายกลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสาร ด้านภาวะผู้นำ และด้านระบบสุขภาพ โดยเก็บข้อมูลจากจังหวัดน่านรองที่อยู่ระหว่างการถ่ายโอนหรือมีประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านแล้ว กรอบวิเคราะห์ที่อิงจากแนวคิดภาวะผู้นำแบบเกื้อหนุน ทฤษฎีระบบการสื่อสาร และทุนทางสังคม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความสำเร็จของการถ่ายโอนภารกิจมีได้ขึ้นอยู่กับความพร้อมเชิงโครงสร้างเท่านั้น หากแต่ต้องอาศัยการสร้าง ความไว้วางใจ การสื่อสารอย่างเปิดเผย และการสร้างความหมายร่วม ผู้นำที่สามารถรับฟังอย่างลึกซึ้ง เปิดพื้นที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วม และเชื่อมโยงความเข้าใจระหว่างหน่วยงาน จะสามารถลดความขัดแย้งและเสริมสร้างพันธมิตรร่วม

^{*} สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

[†] คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

[‡] คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ

Received 22 June 2025; Revised 16 June 2026; Accepted 10 August 2026

Suggested citation: Sinthuphan J, Chatratichart W, Petcharanan Y, Suntikul W, Ruendhawil T, Suwansukhum J. Relationship management and facilitative leadership communication for healthcare services provision of the decentralized sub-district health promoting hospitals. Journal of Health Systems Research 2026;20(3):205-24.

จิริยุทธ์ สินธุพันธุ์, วรารณ ฉัตรดิชาต, ญาณินิ เพชรานันท์, วิไลรักษ์ สันติกุล, ธัญชนก รื่นกวีล, จตุพร สุวรรณสุขุม. การจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารแบบมีภาวะผู้นำที่เกื้อหนุนต่อการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้นโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2569;20(3):205-24.

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยเสนอรูปแบบความสัมพันธ์ 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะเตรียมการถ่ายโอน: เปิดใจกว้างต่อการเปลี่ยนแปลง (2) ระยะถ่ายโอน: ร่วมมือกำหนดอนาคตร่วมกัน และ (3) ระยะหลังถ่ายโอน: ไว้ใจกันและกัน โดยระบบการสื่อสารเชิงโครงสร้าง การพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการสร้างกลไกความร่วมมือในระดับพื้นที่ ควรถูกวางเป็นองค์ประกอบสำคัญในยุทธศาสตร์การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนผ่านที่ยั่งยืนและเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้สามารถใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาที่ครอบคลุมพื้นที่และบริบทที่กว้างขึ้นในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: การสื่อสารในระบบสุขภาพ, การจัดการความสัมพันธ์, ภาวะผู้นำ, การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Relationship Management and Facilitative Leadership Communication for Healthcare Services Provision of the Decentralized Sub-District Health Promoting Hospitals

Jirayudh Sinthuphan^{*,†}, Waraporn Chatratchart[†], Yaninee Petcharanan[‡], Wilairuck Suntikul^{*}, Tanchanok Ruendhawil^{*}, Jatuporn Suwansukhum^{*}

^{*} Institute of Asian Studies, Chulalongkorn University

[†] Faculty of Communication Arts, Chulalongkorn University

[‡] School of Communication Arts, Bangkok University

Corresponding Author: Jirayudh Sinthuphan, Jirayudh.S@chula.ac.th

Abstract

The decentralization of sub-district health promoting hospitals (SHPHs) to local administrative organizations (LAOs) represents more than an administrative shift—it constitutes a complex transformation in institutional relationships, leadership roles, and communication systems. This study aimed to explore how relationship management and facilitative leadership communication contributed to effective public health service delivery during this transitional period. It focused on understanding the dynamics of trust, meaning-making, and organizational alignment across key actors involved in the transfer process. The research employed a qualitative approach combining document analysis, in-depth interviews with frontline practitioners, and focus group discussions with communications, leadership, and public health experts. Data were collected from case studies of pioneered provinces that had undergone or were preparing for decentralization process. The analysis followed the frameworks of facilitative leadership, systems theory of communication, and social capital theory. Findings revealed that successful decentralization depended not only on structural readiness but also the cultivation of trust, open dialogue, and cross-institutional meaning-making. Leaders who engaged with stakeholders through deep listening, transparent communication, and inclusive decision-making reduced institutional anxiety and fostered collaborative commitment. The study proposes a three-phased relational model: (1) preparation marked by open-mindedness toward change, (2) transfer characterized by co-creation of shared goals, and (3) post-transfer rooted in mutual trust and sustained collaboration. The study also recommends integrating communication architecture, change-agent development, and participatory relationship-building into the national decentralization strategy. These elements should be viewed not as supplementary, but as central to sustainable and context-sensitive primary healthcare reform. However, the findings and recommendations from this research are based on the analysis and synthesis of case studies specific to a particular area. Recommendation from this study can be used as a basis for future studies to cover a wider area and context.

Keywords: communication in health system, relationship management, leadership, healthcare decentralization, sub-district health promoting hospital

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยเริ่มกระบวนการกระจายอำนาจอย่างเป็นระบบมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ภายใต้ **พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** (พ.ร.บ. กระจายอำนาจ พ.ศ. 2542) โดยมีหลักการสำคัญคือ การถ่ายโอนภารกิจ งบประมาณ บุคลากร และอำนาจในการตัดสินใจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น⁽¹⁻²⁾ การดำเนินการมีความก้าวหน้าในบางมิติ เช่น การถ่ายโอนภารกิจจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ภายใต้นโยบายเร่งรัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา⁽³⁾

ความพยายามในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากหน่วยงานส่วนกลางไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นั้นเริ่มขึ้นภายใต้กรอบ พ.ร.บ. กระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 โดยเริ่มเห็นเป็นรูปธรรมภายหลังจากการประกาศใช้ **แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่อปท. ฉบับที่ 1** (พ.ศ. 2545) และ**ฉบับที่ 2** (พ.ศ. 2551) อย่างไรก็ตาม ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2565 จำนวน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัด อปท. ยังถือว่ามีส่วนน้อย โดยมีจำนวนทั้งหมดเพียง 84 แห่งจากจำนวน 9,878 แห่งทั่วประเทศ⁽³⁾ กระทั่งเมื่อมีประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่อปท. เรื่อง **หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ รพ.สต. ให้แก่อบจ.** เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2564 จำนวน รพ. สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 นั้นมีจำนวนถึง 3,263 แห่ง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 33 ของจำนวน รพ.สต. ทั้งหมด

แม้เจตนารมณ์ของการถ่ายโอนจะเน้นที่การเพิ่มประสิทธิภาพและการตอบสนองต่อบริบทท้องถิ่น แต่

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกลับมีความซับซ้อนกว่าที่คาดหมายไว้ ทั้งในด้านการจัดสรรงบประมาณ การบริหารบุคลากร การรักษาคุณภาพบริการ⁽¹⁻⁷⁾ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานร่วมกันในระดับพื้นที่^(4,8) โดยพบว่า ความสัมพันธ์ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีผลอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในการกระจายอำนาจและภารกิจด้านสุขภาพไปสู่ท้องถิ่น⁽⁹⁾ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต. กับฝ่ายบริหารของ อปท. หรือกับหัวหน้าหน่วยงาน เช่น ความสัมพันธ์ส่วนตัว ความเป็นเครือญาติ หรือความสัมพันธ์ทางธุรกิจ ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีจะนำไปสู่ความราบรื่นในการทำงานร่วมกัน เช่น มีการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม และมีการดูแลให้คำแนะนำในพื้นที่เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ ในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567 ยังพบว่า ความสัมพันธ์เดิมระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย (contracting unit for primary care, CUP) กับ รพ.สต. (ซึ่งทำหน้าที่ primary care unit, PCU) เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่างสังกัด⁽⁴⁾ หากมีความสัมพันธ์ที่ดีตั้งแต่แรก หน่วยงานทั้งสองจะยังคงให้ความช่วยเหลือกันอย่างต่อเนื่องหลังการถ่ายโอน อย่างไรก็ตาม บรรยากาศที่ไม่เป็นมิตร เช่น การกระทบกระทั่งหรือการแบ่งแยกฝ่าย จะส่งผลเสียต่อการทำงานร่วมกัน และทำให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขร่วมกันในพื้นที่กลายเป็นเพียงงานเฉพาะกิจหรือรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินเท่านั้น ยิ่งหากไม่มีการจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (effective communication) ช่องว่างระหว่างหน่วยงานก็จะมากขึ้น ส่งผลต่อความมั่นคงของความสัมพันธ์เชิงสถาบันและการบูรณาการงานสาธารณสุขระหว่างภาคส่วน เช่น การปิดกั้นช่องทางการสื่อสาร การชะลอการอนุมัติงบประมาณ การไม่ยอมรับในบทบาทของกันและกัน และการละเลยระบบเฝ้าระวังร่วม⁽⁹⁾

นอกจากนี้ ข้อค้นพบจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ ยังช่วยยืนยันอีกว่า ถึงแม้ว่าจะมีโครงสร้างทางกฎหมายสนับสนุนแล้วก็ตาม แต่ประเด็นด้านการสื่อสารและความสัมพันธ์อันดีระหว่างหน่วยงานก็มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ผลการศึกษาจากประเทศไนจีเรีย⁽¹⁰⁾ พบว่า ความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันใน 3 ระดับ คือ ระดับโครงสร้างหลัก (รัฐบาล) ระดับกลุ่ม (ชุมชน) และระดับปฏิบัติการ (ผู้ให้บริการ) มีส่วนช่วยให้การให้บริการสุขภาพมีประสิทธิภาพได้ ในขณะที่ผลการศึกษากระจายอำนาจด้านสุขภาพในบราซิล ปากีสถาน และโปรตุเกส ก็พบว่า ทั้งสามประเทศเผชิญกับอุปสรรคสำคัญทางด้านการสื่อสารและความสัมพันธ์เช่นกัน สิ่งที่พบร่วมกันในทั้งสามประเทศคือ การมีกฎหมายการกระจายอำนาจแต่ขาดกลไกทางความสัมพันธ์และการสื่อสารที่ใช้งานได้จริง ทำให้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค⁽¹¹⁾ ข้อค้นพบที่กล่าวมาแล้วนั้นกำลังสะท้อนว่าการถ่ายโอนรพ.สต. ไม่สามารถประเมินได้เพียงในระดับโครงสร้าง (structure) หรือเชิงนโยบาย (policy) เท่านั้น แต่ยังต้องพิจารณามิติของ “วัฒนธรรมความสัมพันธ์” (relationship culture) และ “กลไกการสื่อสาร” (communication mechanism) ที่ดำเนินอยู่ในระดับปฏิบัติการอีกด้วย ถึงแม้ว่าปัญหาเรื่องความสัมพันธ์อาจไม่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชน แต่ก็ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินงานทั่วไป การจัดการบริการสุขภาพ และการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ ของ รพ.สต. จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังและบริหารจัดการอย่างเป็นระบบเพื่อลดผลกระทบต่อการบริการสุขภาพของประชาชน แนวคิดเรื่องการสื่อสารแบบมีภาวะผู้นำที่เกื้อหนุน (facilitative leadership communication) จึงได้ถูกหยิบยกมาเป็นกรอบในการวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจว่าสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารสามารถขับเคลื่อนหรือขัดขวางระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างไร โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่านของ

การกระจายอำนาจ แนวคิดดังกล่าวเน้นย้ำถึงรูปแบบการสื่อสารที่ผู้นำไม่ได้ทำหน้าที่สั่งการจากบนลงล่างเพียงอย่างเดียว แต่ทำหน้าที่ “เปิดพื้นที่” ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมกำหนดเป้าหมาย กรอบคิด และทิศทางของการทำงานร่วมกัน โดยผู้นำจะเป็นผู้จัดการบทสนทนา กำหนดวาระเชิงบวก และอำนวยความสะดวก ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนอย่างเท่าเทียม⁽¹²⁾ ทั้งนี้ แนวคิดนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่าความชอบธรรมของผู้นำไม่ได้มาจากตำแหน่งหรืออำนาจทางราชการเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากความสามารถในการสร้างความเข้าใจร่วม และความสามารถในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงร่วมกับผู้อื่น⁽¹³⁻¹⁴⁾

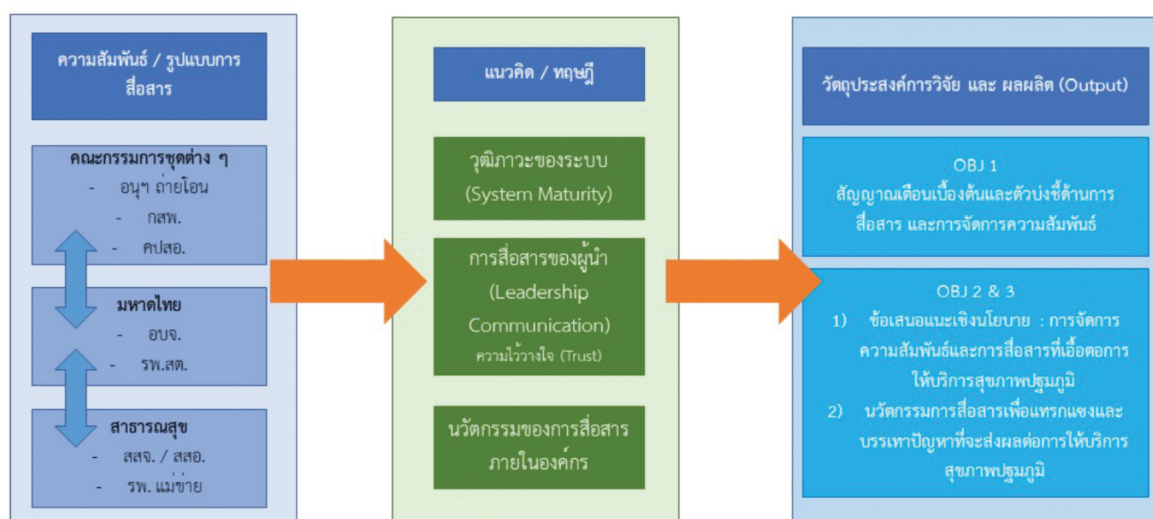
เมื่อนำแนวคิดดังกล่าวมาเชื่อมโยงกับมุมมองด้านระบบของการสื่อสาร (system model of communication) ที่มองการสื่อสารว่าเป็นมากกว่าเครื่องมือ กลไก หรือกลยุทธ์ที่ผู้นำใช้ถ่ายทอดข้อมูล หากแต่การสื่อสารเป็นปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนของผู้สื่อสาร ผู้รับสาร สาร ช่องทางบริบท และผลลัพธ์ในการสร้าง ถ่ายทอด คัดเลือกและตีความหมายระหว่างมนุษย์⁽¹⁵⁾ ประสิทธิภาพทางการสื่อสารของผู้นำจึงขึ้นอยู่กับความสามารถในการประสานองค์ประกอบเหล่านี้ ให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและคุณค่าอย่างราบรื่น ผู้นำในบริบทขององค์กรสมัยใหม่จำเป็นต้องทำหน้าที่เป็น “ผู้ให้ความหมาย” ทำหน้าที่สร้างความเข้าใจร่วมกันให้เกิดขึ้นในองค์กร ผ่านกระบวนการเชิงกลยุทธ์ที่เชื่อมโยงกันของการกำหนดวาระ (attention and agenda setting) การจัดการความหมายกับการกำหนดกรอบการตีความ (management of meaning and framing) และการสร้างนัยความเข้าใจกับการให้นัยความหมาย (sense-making and sense-giving) กล่าวคือ เป็นการที่ผู้นำองค์กรสามารถสื่อสารให้ผู้ร่วมงาน เห็นถึงคุณค่าและผลลัพธ์เชิงบวกของสิ่งที่แต่ละคนกำลังลงมือกระทำอยู่ ชี้ให้เห็นว่าสิ่งใดมีความสำคัญมากที่สุด และควรจัดการกับภาระหน้าที่นั้นอย่างไร โดยเลือกสื่อสารในห้วงเวลาที่เหมาะสม การใช้แนวทางนี้ในภาวะที่เกิดความคลุมเครือ ความขัดแย้ง หรือการ

เปลี่ยนแปลง จะทำให้ผู้นำสามารถจัดการกับความเข้าใจที่หลากหลาย และสามารถจัดการความตึงเครียดเชิงอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมงานมีบทบาทมากขึ้นในกระบวนการกำหนดนโยบายหรือแผนงาน⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ ผ่านการสื่อสารทั้งแบบที่เป็นทางการ เช่น การประชุม การอบรมเชิงปฏิบัติการ และการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ เช่น การพูดคุย ถามไถ่สารทุกข์สุกดิบ กิจกรรมสัมพันธ์ต่างๆ เมื่อนำแนวทางดังกล่าวนี้มาปรับใช้ในบริบทของการบริหารจัดการภาครัฐหรือองค์กรสุขภาพ ผู้นำที่มีลักษณะเกื้อหนุนจะสามารถออกแบบระบบการสื่อสารให้เชื่อมโยงทุกฝ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความคลุมเครือ และตอบสนองความหลากหลายของบทบาทและเป้าหมายในระบบราชการร่วมสมัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดเรื่องการสื่อสารจะถูกนำมาพาดสานกับแนวคิดเรื่อง ภาวะผู้นำและระบบ (leadership and system maturity) ที่มองว่า ระดับภาวะผู้นำขององค์กรและความสามารถในการคาดการณ์ผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนองค์กรจะถูกจำกัดโดยระดับภาวะผู้นำเสมอ (ดูภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย) กล่าวคือ หากองค์กรต้องการ

พัฒนาและเติบโต ผู้นำก็ต้องเติบโตและพัฒนาควบคู่กันไป ด้วย การกระทำ ความคิด และความสามารถของผู้นำในการสร้างค่านิยมทางวัฒนธรรมจะส่งผลโดยตรงต่อขีดความสามารถในการเติบโตขององค์กร ในการจะเปลี่ยนแปลงองค์กร ผู้นำต้องทำหน้าที่เป็น “วิศวกรทางสังคม (social engineer)” โดยออกแบบวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมขององค์กรให้เอื้อต่อการพัฒนาองค์กรไปสู่ระดับวุฒิภาวะที่สูงขึ้นไล่เรียงไป 7 ระดับ จากภาวะสับสนวุ่นวายไปสู่การเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ขององค์กร⁽¹⁸⁾

ภายใต้กรอบแนวคิดที่กล่าวมา งานวิจัยชิ้นนี้มุ่งที่จะสังเคราะห์สัญญาณเตือนเบื้องต้น (early warning signs) ด้านความสัมพันธ์และการสื่อสารในระบบบริการปฐมภูมิจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและการรับฟังข้อมูลในพื้นที่เป้าหมาย รวมถึงเพื่อถอดบทเรียนจากกรณีที่ประสบความสำเร็จ (best practices) และกรณีที่ต้องเฝ้าระวัง (red-alert practices) เพื่อเสนอรูปแบบของการบริหารจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับการสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับชุมชนให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน



กสพ.= คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่, คปสอ. = คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ, รพ. = โรงพยาบาล, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สสจ.= สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สสอ. = สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด, อนุฯ ถ่ายโอน = คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, OBJ = objective (วัตถุประสงค์การวิจัย)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีศึกษา

งานวิจัยนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) หลายวิธีร่วมกัน เพื่อสังเคราะห์สัญญาณเตือนเบื้องต้นและแนวทางบริหารจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยทั้งสิ้น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเอกสารอย่างเป็นระบบด้วยวิธีการวิเคราะห์ตัวบทเชิงคุณภาพ (systematic documentary research using qualitative textual analysis)

เป็นการศึกษาวิเคราะห์ตัวบท (textual analysis) ได้แก่ 1) รายงานการประชุมของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนและการบริหารจัดการ รพ.สต. และ 2) บันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง อบจ.และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จากนั้นจึงบันทึกข้อมูลผ่านระบบของการบันทึกข้อมูล (coding system) ที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง: เป็นการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง

(purposive sampling) โดยเลือกวิเคราะห์ 1) รายงานการประชุมในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ถึงปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของที่ประชุมทั้ง 3 ระดับ (อำเภอ/จังหวัด/ประเทศ) ตั้งแต่ระดับอำเภอ (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ หรือ คปสอ.) ระดับจังหวัด (คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ หรือ กสพ.) โดยในระดับอำเภอและระดับจังหวัดเลือกเฉพาะจังหวัดที่เป็นกรณีศึกษา ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ (1) กลุ่ม รพ.สต. ใน จังหวัดที่ รพ.สต. ทุกแห่งมีการถ่ายโอน (2) กลุ่ม รพ.สต. ใน จังหวัดที่ รพ.สต. บางแห่งมีการถ่ายโอน (3) กลุ่ม รพ.สต. ใน อำเภอที่ รพ.สต. ทุกแห่งมีการถ่ายโอน และ (4) กลุ่ม รพ.สต. ใน อำเภอที่ รพ.สต. บางแห่งมีการถ่ายโอน ส่วนระดับชาตินั้น (คณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ อนุฯ ถ่ายโอน) เลือกศึกษาทุกรายงานที่สามารถเข้าถึงได้ และ 2) บันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง อบจ. และ สสจ. สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เลือกศึกษาเฉพาะจังหวัดที่มีสัดส่วนการถ่ายโอนร้อยละ 40 ขึ้นไป รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายงานการประชุมและบันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่ใช้ศึกษา

รายการ	รายละเอียด	ปีงบประมาณ			รวม
		พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2566	พ.ศ. 2567	
1	รายงานการประชุม อนุฯ ถ่ายโอน	9	8	4	21 ฉบับ
2	รายงานการประชุม กสพ.	14	20	14	48 ฉบับ
3	รายงานการประชุม คปสอ.	13	13	12	38 ฉบับ
4	บันทึกข้อตกลงความร่วมมือเพื่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ	-	-	52	52 ฉบับ

กสพ. = คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่, คปสอ. = คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ, อนุฯ ถ่ายโอน = คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: แบบการบันทึกข้อมูล ที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของการวิจัย ประกอบด้วย ความถี่ของการจัดประชุม ความถี่ของการขาดประชุม สัดส่วนวาระและเนื้อหาของเอกสาร ความถี่ของประเด็น หรือคำสำคัญที่ปรากฏในเอกสาร ความถี่ของการที่ประเด็น ถูกหยิบยกขึ้นมากล่าวถึงในช่วงระยะเวลาที่เป็นขอบเขต ของการวิเคราะห์ เป็นต้น

การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล: ผู้วิจัย 3 คน รวบรวมบันทึกข้อตกลงความร่วมมือและรายงานการประชุมของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนและ การบริหารจัดการ รพ.สต. ทั้ง 3 ระดับ และวิเคราะห์โดย มีขั้นตอนประกอบด้วย 1) การจัดแฟ้ม 2) การลงรหัส ข้อมูลเพื่อจัดหมวดหมู่ 3) การจัดประเภทของข้อมูล 4) การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่และแยกประเภทเป็น หัวข้อย่อย 5) การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่เพื่อ สังเคราะห์เป็นสัญญาณเตือนเบื้องต้น 6) การตรวจสอบ ความถูกต้อง ผู้วิจัยประชุมร่วมกันเพื่อเปรียบเทียบหาความ เหมือน ความต่าง และหาข้อสรุปร่วมกัน จากนั้นตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูล (data triangulation) โดยการนำ ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์เอกสารรายงานการประชุมและ

บันทึกข้อตกลงความร่วมมือมาเปรียบเทียบและทวนสอบ กับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) โดยนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล และ 7) การสรุป รายงานการวิจัยด้วยวิธีพรรณนา (descriptive analysis)

ขั้นตอนที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมาย

เป็นการรับฟังข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมาย สำหรับจัดทำกรณีศึกษาด้านการจัดการปัญหาด้านความ สัมพันธ์และการสื่อสาร ทั้งที่เป็นแนวปฏิบัติที่น่าสนใจ (interesting practice) และแนวปฏิบัติที่แสดงสัญญาณ เตือน (red-alert practice) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล เชิงพรรณนา (descriptive analysis) เพื่อจำแนกบรรยาย ข้อค้นพบตามประเด็นที่กำหนดไว้ด้วยการจัดกลุ่มโน- ทัตสัน แล้วนำมาเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์เป็นข้อเสนอ (proposition)

กลุ่มตัวอย่าง: เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยจัดทำกรณีศึกษาจำนวน 11 พื้นที่ ซึ่งเป็นพื้นที่เดียวกันกับกรณีศึกษาในขั้นตอนที่ 1 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จังหวัดและอำเภอที่จัดทำกรณีศึกษา (Case studies)

พื้นที่	จังหวัด	อำเภอ	ระดับจังหวัด		ระดับอำเภอ		
			สสจ.	อบจ.	รพช.	สสอ.	รพ.สต.
1	เชียงราย (1)	เชียงแสน (3)	1	1	1	1	1
2	พะเยา (2)	จุน (3)	1	1	-	1	1
3	แพร่ (1)	ร้องกวาง (3)	1	1	1	1	1
4	ตาก (2)	บ้านตาก (4)	1	1	1	1	1
5	กาญจนบุรี (1)	ท่าม่วง (3)	1	1	1	1	1
6	สุพรรณบุรี (1)	สองพี่น้อง (3)	1	1	1	1	1
7	ร้อยเอ็ด (1)	พนมไพร (3)	1	1	1	1	1
8	ลพบุรี (2)	โคกสำโรง (4)	1	1	1	1	1
9	ปราจีนบุรี (1)	ประจันตคาม (3)	1	1	1	1	1
10	ระนอง (2)	กระบุรี (4)	1	1	1	1	1
11	สุราษฎร์ธานี (2)	กาญจนดิษฐ์ (4)	1	1	-	1	1

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บหมายถึงกลุ่มของพื้นที่ที่เป็นกรณีศึกษา (1) ถ่ายโอนทั้งจังหวัด (2) จังหวัดที่ถ่ายโอนบางส่วน (3) ถ่ายโอนทั้งอำเภอ (4) อำเภอที่มีการ ถ่ายโอนบางส่วน

รพ.สต.= โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สสจ.= สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สสอ.= สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, อบจ.= องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ผู้ให้ข้อมูล: ได้แก่ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของจังหวัดนั้นๆ โดยเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และแบบปาก้อนหิมะ (snowball sampling) ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 89 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: เป็นแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างใน 5 ประเด็น ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ได้แก่ ปัญหาของการสื่อสารและความสัมพันธ์ในพื้นที่ วิธีการบริหารหรือจัดการความสัมพันธ์ทั้งภายในและระหว่างหน่วยงาน บทบาทของผู้นำในการถ่ายโอนภารกิจและจัดบริการปฐมภูมิร่วมกันในพื้นที่ ปัจจัยที่ทำให้ความสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ยังคงเดิม/ดีขึ้น/แย่ลง และ นวัตกรรมทางการสื่อสารของพื้นที่ในการจัดบริการปฐมภูมิร่วมกัน

การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล: ประสานงานขอความร่วมมือในการเข้าสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่เป้าหมาย ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยไม่มีการเปิดเผยผู้ให้ข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งละ 60–90 นาที ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมได้จากการจดบันทึกและการถอดเทปมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ตัวบท (textual analysis) ประกอบด้วย 1) การจัดแฟ้ม 2) การลงรหัสข้อมูลเพื่อจัดหมวดหมู่ 3) การจัดประเภทของข้อมูล 4) การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่และแยกประเภทเป็นหัวข้อย่อย 5) การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่เพื่อสังเคราะห์เป็นสัญญาณเตือนเบื้องต้น 6) การตรวจสอบความถูกต้อง โดยนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล และ 7) สรุปรายงานการวิจัยด้วยวิธีพรรณนา (thematic analysis)

ขั้นตอนที่ 3 การอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) กับผู้เชี่ยวชาญ

เป็นกระบวนการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่มที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้อง จากองค์กรธุรกิจ และสถาบันการศึกษา ได้แก่ (1) ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ/สาธารณสุข และ (2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารและการบริหารเพื่อเปลี่ยนแปลงองค์กร ข้อมูลเชิงลึกที่ได้รับจากการประชุมอภิปรายกลุ่มแต่ละกลุ่มที่จัดขึ้นในกรุงเทพมหานครจะถูกนำมาใช้ประกอบการสังเคราะห์ค้นหาสัญญาณเตือนเบื้องต้นด้านการจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบของการจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารที่เอื้อต่อการให้บริการสุขภาพของรพ.สต. ภายใต้นโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง: เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยแบ่งเป็น 1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ และ 2) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสาร กลุ่มละ 6 คน

ผู้ให้ข้อมูล: ประกอบด้วย 1) ตัวแทนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 2 คน 2) นักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพแห่งชาติจากหน่วยงานในสังกัดของรัฐ จำนวน 4 คน 3) นักวิชาการด้านการสื่อสาร การสื่อสารองค์กร การสื่อสารสุขภาพ จำนวน 2 คน 4) นักวิชาชีพด้านการสื่อสารสาธารณสุข จำนวน 2 คน และ 5) นักวิชาชีพระดับผู้บริหารองค์กรที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านหรือการถ่ายโอนในองค์กรจากภาคเอกชน จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: ประกอบด้วย 1) บทสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2 และ 2) แนวคำถามเป็นแบบปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง ในประเด็นสัญญาณเตือนในมิติด้านการสื่อสารและความสัมพันธ์จากประสบการณ์และ/หรือมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ รูปแบบการสื่อสารที่พึงประสงค์/มีประสิทธิผล

ในสถานการณ์ที่องค์กรเผชิญกับการเปลี่ยนผ่าน/ถ่ายโอน การรับมือกับการเปลี่ยนผ่าน/ถ่ายโอนในหรือระหว่างองค์กร ในมิติด้านการสื่อสาร และ ข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการ สร้างหรือพัฒนานวัตกรรมสื่อสารในองค์กร

การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล: ประสานงาน ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ ตามกำหนด จัดการอภิปรายกลุ่มย่อย 2 ครั้ง ขอความยินยอมในการ เข้าร่วมการวิจัย นำเสนอบทสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยที่ได้ จากขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2 รับฟังความคิดเห็นและ ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในการบริหารจัดการความ สัมพันธ์ และการสื่อสารที่เอื้อต่อการให้บริการผู้ให้ข้อมูล สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ระยะเวลาที่ใช้ครั้ง ละ 3 ชั่วโมง นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการจดบันทึก และการถอดเทปมาสังเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ตามความเป็นจริง (pragmatical content analysis) เพื่อพัฒนาเป็นสัญญาณเตือนเบื้องต้นและแบบวัดชีพจร (pulse check list) ด้านการสื่อสาร

ขั้นตอนที่ 4 การสังเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลให้ แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เป็นกระบวนการคืนข้อมูลสำหรับรับฟังเสียงสะท้อน จากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับผลการวิจัยและ นวัตกรรมสื่อสาร เพื่อแทรกแซงและบรรเทาปัญหาที่ จะส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้องของผลการวิจัยและเพื่อปรับปรุงผลผลิตจาก งานวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง: เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเป็นผู้แทนจากกลุ่มจังหวัดและอำเภอที่ทำกรณีศึกษา จำนวน 11 พื้นที่

ผู้ให้ข้อมูล: ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดที่เป็น แนวปฏิบัติที่น่าสนใจ และที่แสดงสัญญาณเตือน จาก สสจ. สสอ. อบจ. รพช. และ รพ.สต. ของจังหวัดนั้นๆ โดย เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และแบบปากก้อนหิมะ ซึ่ง มีผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: ประกอบด้วย 1) บท สังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย และ 2) แบบวัดชีพจร (pulse check list) ที่พัฒนาขึ้นจากสัญญาณเตือนเบื้องต้น โดย อ้างอิงจากข้อมูลผ่านการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดการ วิจัย

การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล: ประสานงานผู้ ให้ข้อมูลจากพื้นที่ที่เป็นกรณีศึกษา 11 พื้นที่ จัดการเวที คืบข้อมูล 1 ครั้ง เพื่อ 1) นำเสนอบทสังเคราะห์ข้อมูลงาน วิจัย 2) นำเสนอแบบวัดชีพจร ที่พัฒนาขึ้นจากสัญญาณ เตือนเบื้องต้น รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของ ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่าง อิสระ ระยะเวลาที่ใช้ 3 ชั่วโมง นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาปรับปรุงแบบวัดชีพจรและรายงานการวิจัยที่มีการนำ เสนอผลการวิจัยด้วยวิธีพรรณนา

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัย ในมนุษย์

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุด ที่ 2 สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่รับรอง COA No. 324/67 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2567

ผลการศึกษา

1. สัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้น (early warning sign) ด้านความสัมพันธ์และการสื่อสาร จากการวิเคราะห์เอกสาร การจัดทำกรณีศึกษา และการประชุมผู้เชี่ยวชาญ

จากการเก็บข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เอกสาร การ สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่และการอภิปราย กลุ่มย่อยกับผู้เชี่ยวชาญ สามารถสังเคราะห์สัญญาณเตือน เบื้องต้นที่พบเกี่ยวกับการจัดการความสัมพันธ์และการ

สื่อสารระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน รพ.สต. ทั้งในบริบทการทำงานระดับบริการปฐมภูมิ และบริบทการสื่อสารและความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ภายใต้นโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ มีทั้งปัญหาด้านกระบวนการบริหารการเปลี่ยนแปลง การสร้างความเข้าใจ การปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร ทัศนคติผู้นำ ความไว้วางใจระหว่างหน่วยงาน การสร้างคุณค่าร่วมกัน และนวัตกรรม การสื่อสารภายในองค์กร ซึ่งล้วนส่งผลต่อประสิทธิผลในการให้บริการสุขภาพและการขับเคลื่อนนโยบายในพื้นที่ โดยสรุปได้เป็นสัญญาณเตือน 7 มิติ ดังนี้

1.1 กระบวนการบริหารการเปลี่ยนแปลง

การบริหารการเปลี่ยนแปลง คือแนวทางเชิงโครงสร้างในการพาผู้คน ทีมงาน และองค์กร ก้าวจากสภาพปัจจุบันไปสู่สภาพอนาคตที่ต้องการ ไม่ใช่เพียงแค่การติดตั้งระบบหรือกระบวนการใหม่ในเชิงเทคนิคเท่านั้น แต่เป็นการให้ความสำคัญกับ “มิติของมนุษย์” ในการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริง วัตถุประสงค์หลักของการจัดการการเปลี่ยนแปลงคือการทำให้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้รับการยอมรับและนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยผู้ที่ได้รับผลกระทบ เพื่อให้องค์กรสามารถบรรลุผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ด้วยการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจในความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลง การจัดการกับปฏิภพและอารมณ์ และการช่วยเหลือให้สมาชิกในองค์กรปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลง

อย่างไรก็ตาม ในการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ไม่พบว่าการบริหารการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ แต่ละพื้นที่มีการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ในหลายพื้นที่ปล่อยให้กระบวนการถ่ายโอนเป็นไปตามยถากรรม ไม่มีการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น บางพื้นที่เมื่อรับรู้ก็เกิดการรวมตัวและการทำสงครามข่าวสารระหว่างกลุ่มต่อต้านและกลุ่มสนับสนุนการถ่ายโอน ส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่ค่อยราบรื่น ในขณะที่

เดียวกันบางพื้นที่ก็ได้มีการสร้างกระบวนการบริหารการเปลี่ยนแปลงขึ้นมาด้วยตนเอง ผ่านการเปิดเวทีสาธารณะเพื่อชี้แจงกระบวนการ สิทธิประโยชน์ที่อาจจะได้รับหรือต้องสูญเสียไปอย่างโปร่งใส รวมทั้งมีการสร้างพื้นที่สำหรับสนทนากลุ่มย่อยตามสายงานและกลุ่มวิชาชีพเพื่อรวมออกแบบกระบวนการทำงานและอนาคตร่วมกัน เป็นการวางพื้นฐานกระบวนการทำงานและความสัมพันธ์ในพื้นที่ที่ราบรื่น ทั้งนี้ จึงอาจกล่าวได้ว่า การสื่อสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกิดความเข้าใจที่ชัดเจนตรงกันถึงความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลง การเห็นอกเห็นใจ พร้อมทั้งให้การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สร้างและรักษาความสัมพันธ์อันดีต่อกันนั้น มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความราบรื่นของการถ่ายโอนภารกิจนี้

1.2 กระบวนการสร้างนัยแห่งความหมาย

กระบวนการสร้างนัยแห่งความหมาย เป็นแนวคิดสำคัญในการสื่อสารองค์กรที่อธิบายว่า ในภาวะของความเปลี่ยนแปลงที่ไม่คาดฝันหรือเมื่อต้องเผชิญหน้ากับความไม่แน่นอนและคลุมเครือ การสร้างนัยแห่งความหมายให้สมาชิกในองค์กรและผู้เกี่ยวข้องเข้าใจว่า “เกิดอะไรขึ้น” “เรื่องมันเป็นมาอย่างไร” และ “เราควรจะทำอะไรต่อไป” กระบวนการสร้างนัยแห่งความหมายครอบคลุมไปถึงกระบวนการสร้างอัตลักษณ์ให้สมาชิกในองค์กรได้ตระหนักถึงตัวตนและบทบาทของตนที่มีอิทธิพลต่อองค์กร⁽¹⁹⁾

วิกฤตการณ์หลายครั้งที่ผ่านมาเผชิญก็เป็นแรงผลักดันให้เกิดความหมายและตัวตนใหม่ อย่างเช่นในหลายพื้นที่ที่ความสัมพันธ์และกระบวนการทำงานค่อนข้างราบรื่น ส่วนหนึ่งก็เป็นผลมาจากการทำงานร่วมกันในช่วงการระบาดของโควิด-19 ที่ทำให้เกิดสำนึกของความเป็นตัวตนในการให้บริการร่วมกัน แม้จะต่างสังกัด ในบางพื้นที่ก็มีการวางเป้าหมายร่วมกันใหม่ ทั้งที่เป็นเป้าหมายในเชิงระบบ เช่น การใช้มาตรฐาน DHSA (district health system accreditation) หรือเป้าหมายในเชิงความรู้สึก เช่น การดูแลญาติพี่น้องที่อยู่ในพื้นที่

1.3 รูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร (EN)

การทำความเข้าใจร่วมกันจัดทำบริการสาธารณะของ อปท. เป็นกลไกสำคัญของการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ที่ถูกระบุไว้อย่างชัดเจนใน ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. เรื่อง การทำความเข้าใจร่วมกันจัดทำบริการสาธารณะของ อปท. พ.ศ. 2558 ด้วยเหตุนี้ บันทึกข้อตกลงความร่วมมือเพื่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปทุมภูมิจึงถือเป็นธรรมนูญสำคัญที่เป็นตัวกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์และการทำงานร่วมกันภายในพื้นที่โดยสามารถนำมาวิเคราะห์ “นัยของความสัมพันธ์” ในเชิงโครงสร้างอำนาจและลำดับความสำคัญได้อย่างเป็นระบบ

ในการวิเคราะห์ “สัดส่วนความสัมพันธ์” ที่แนวทางการทำความเข้าใจร่วมกันจัดทำบริการสาธารณะของ อปท. (ตามประกาศ ก.ก.ถ. 2558) ได้ให้ไว้ ด้วยการวิเคราะห์โครงสร้างเอกสาร (document structure analysis) สามารถประเมินได้ว่า แนวทางการทำความเข้าใจร่วมกัน นั้นให้ความสำคัญกับมิติของความสัมพันธ์ใน 3 ด้านหลัก แต่ให้ความสำคัญไม่เท่ากัน คือ 1) ความสัมพันธ์ที่เน้นการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบ (responsibility & role clarity) คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 50 2) ความสัมพันธ์ที่เน้นการจัดสรรทรัพยากร (resource sharing) คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 30 และ 3) ความสัมพันธ์ที่เน้นกระบวนการและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (joint decision & monitoring) คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 20

อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์บันทึกข้อตกลงความร่วมมือเพื่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปทุมภูมิจาก 52 จังหวัด สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (ตารางที่ 1) กลับพบว่า มีเพียง 8 จังหวัดเท่านั้นที่มีการทำบันทึกข้อตกลงที่มีเนื้อหาครอบคลุมถึงการกำหนดภารกิจความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน และแนวทางในการทำงานร่วมกัน และมีเพียง 20 จังหวัดที่มีการทำบันทึกข้อตกลงการ

จัดสรรงบประมาณอย่างเป็นกิจจะลักษณะ ที่เหลืออีก 32 จังหวัดใช้การส่งสรุปมติที่ประชุมหรือรายงานการประชุม กสพ. มาเป็นหลักฐาน สะท้อนให้เห็นถึงระดับของความมุ่งมั่นในการทำงานร่วมกันและนัยของความสัมพันธ์ในเชิงการจัดสรรทรัพยากรเป็นหลัก

1.4 วุฒิภาวะของผู้นำในการขับเคลื่อนองค์กร

แนวคิดเรื่องวุฒิภาวะของผู้นำและระบบ (leadership and system maturity) มองว่า ระดับวุฒิภาวะขององค์กรและความสามารถในการเติบโต มักจะถูกจำกัดโดยระดับวุฒิภาวะของผู้นำเสมอ กล่าวคือ หากองค์กรต้องการพัฒนาและเติบโต ผู้นำก็ต้องเติบโตและพัฒนาควบคู่กันไปด้วย การกระทำ ความคิดและความสามารถของผู้นำในการสร้างค่านิยมทางวัฒนธรรมจะส่งผลโดยตรงต่อขีดความสามารถในการเติบโตขององค์กร⁽¹⁸⁾ ในบริบทของการถ่ายโอนภารกิจบริการปทุมภูมิไปยัง อบจ. หากผู้นำในระดับต่างๆ ชัดเจนหรือไม่ให้ความร่วมมือ กระบวนการถ่ายโอนและการทำงานหลังจากนั้นก็จะมีอุปสรรคดังที่พบในหลายพื้นที่ ขณะเดียวกันหากผู้นำให้ความสำคัญเพียงแค่การรักษาอำนาจหรือประโยชน์ของฝ่ายตนก็จะส่งผลให้เกิดความแตกแยกในพื้นที่ แต่ถ้าหากผู้นำเป็นผู้ประสานประโยชน์ มองเห็นความเชื่อมโยงของระบบบริการปทุมภูมิและออกแบบภาพอนาคตของพื้นที่ได้ การให้บริการและทำงานร่วมกันในพื้นที่ก็จะมีเป้าหมายที่ความเป็นเลิศ

นอกจากผู้นำที่เป็นบุคคลแล้ว วุฒิภาวะของผู้นำและระบบก็ยังเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของผู้นำในเชิงกลไกที่ผลักดันงานบริการปทุมภูมิ อย่างเช่น ที่ประชุมอนุฯ ถ่ายโอน ที่ประชุม กสพ. และที่ประชุม คปสอ. จากการวิเคราะห์รายงานการประชุมจะพบว่าจะมีการพูดคุยกันในประเด็นซ้ำๆ ในสัดส่วนที่เท่าๆ กันเกือบทุกครั้ง ยกตัวอย่างเช่น การประชุม กสพ. ที่โดยส่วนใหญ่จะมีสัดส่วนของวาระการบริหารจัดการงบประมาณประมาณร้อยละ 30 ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับวาระที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและเชื่อมโยงระบบบริการในสัดส่วนร้อยละ

15 สะท้อนให้เห็นว่าอาจจะยังไม่ได้มีการใช้กลไกนี้ในการขับเคลื่อนระบบบริการอย่างเต็มที่ ในขณะที่เดียวกันวาระที่ถูกบรรจุเข้ามาพิจารณาในที่ประชุมอนุฯ ถ่ายโอน ก็มักจะเป็นเรื่องซ้ำๆ เช่น กรอบอัตรากำลัง ผลการตรวจสอบข้อมูล ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินการเรื่องร้องเรียน ซึ่งล้วนเป็นเรื่องที่ต้องการการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่มีสัดส่วนถึงร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 80

1.5 ความไว้วางใจในระบบการทำงานร่วมกัน

ความไว้วางใจ (trust) นั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้ความร่วมมือ การประสานงาน และการดำเนินงานในทุกระดับความสัมพันธ์ของมนุษย์ นับตั้งแต่ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม ไปจนถึงระดับองค์กร⁽²⁰⁻²¹⁾ ในบริบทด้านระบบสุขภาพนั้น การสร้างความไว้วางใจในระบบสุขภาพในมิติของการตอบแทนกันและกัน (reciprocity) ซึ่งประกอบด้วยสามองค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การบรรลุเป้าหมายพื้นฐานร่วมกัน 2) การได้เติมเต็มความสนใจส่วนตัวที่เหมือนกัน และ 3) การแสดงออกถึงความรู้สึกขอบคุณหรือเป็นหนี้บุญคุณของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือทำงานร่วมกัน⁽²⁰⁾ จากการลงพื้นที่เพื่อทำกรณีศึกษาพบว่า ในบริบทปัจจุบันนั้นมีความไม่ไว้วางใจระหว่างกันสูง ทั้งระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ด้วยกันเอง ระหว่างหน่วยงานในพื้นที่กับหน่วยงานส่วนกลางและผู้กำหนดนโยบาย ระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน เลยไปจนถึงความไม่ไว้วางใจในระบบสาธารณสุข โดยเป็นผลมาจากกระบวนการถ่ายโอนที่ไม่มีการบริหารการเปลี่ยนแปลง ความไม่พอใจจากโครงสร้างเชิงอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขที่มีมาก่อนแล้ว การจัดสรรทรัพยากรที่ผู้ปฏิบัติงานมองว่าไม่เป็นธรรม และที่สำคัญที่สุดก็คือการสื่อสารและข้อมูลที่ไม่ชัดเจน บิดเบื้อว และมีอคติจากฝ่ายต่างๆ ทั้งในเรื่องของการถ่ายโอน ตัวชี้วัด หรือการทำงานร่วมกัน

1.6 การสร้างคุณค่าร่วมกัน

การสร้างคุณค่าร่วมกัน (value co-creation) เป็นแนวคิดสำคัญในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ขององค์กร เพราะองค์กรจะดำรงอยู่ได้ก็ด้วยปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ และคุณค่าขององค์กรในมุมมองของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ นั้น จะไม่ใช่แค่คุณค่าที่องค์กรพยายามสร้างขึ้นสำหรับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่จะต้องเป็นคุณค่าที่สร้าง “ร่วมกับ” กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ เพื่อให้องค์กรเป็นที่ยอมรับของทุกกลุ่ม⁽²²⁾

จากการวิเคราะห์เอกสารและการทำกรณีศึกษาพบว่า การสร้างคุณค่าร่วมกันยังเป็นมิติที่อ่อนแอที่สุดในระบบบริการปฐมภูมิในบริบทของการกระจายอำนาจ กล่าวคือในหลายพื้นที่นั้น หน่วยงานต่างสังกัดมักจะทำทำงานของตนในลักษณะคู่ขนานโดยไม่มีเป้าหมายร่วม อีกทั้งก็ยังไม่พบว่าได้มีการดึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างประชาชนในพื้นที่ ให้เข้ามามีส่วนร่วมทำความเข้าใจในบริบทของการให้บริการที่เปลี่ยนไป หรือร่วมกำหนดนโยบายและออกแบบบริการในพื้นที่อย่างแท้จริง ส่งผลให้ความไม่เข้าใจกันในพื้นที่ไม่ได้มีเพียงระหว่างหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานต่างสังกัด แต่รวมไปถึงความไม่เข้าใจกันระหว่างประชาชนในพื้นที่กับผู้ให้บริการ ดังจะเห็นได้จากการแสดงออกที่รุนแรงทั้งทางวาจาและกายต่อบุคลากรสาธารณสุขที่เกิดขึ้นอยู่บ่อยครั้งในหลายพื้นที่ อย่างไรก็ตามก็พบว่าในบางพื้นที่เริ่มเห็นกระบวนการสร้างคุณค่าร่วมกัน เช่น การกำหนดเป้าหมายร่วมกันตามที่กล่าวไว้ในข้อ 1.2 หลายพื้นที่ที่มีความพยายามที่จะจัดวางสนทนา สร้าง KPI ร่วม (common key performance indicator) เพื่อลอคอดระหว่างกัน

1.7 นวัตกรรมการสื่อสารภายในองค์กร

นวัตกรรมการสื่อสารมีความสำคัญยิ่งต่อการดำรงอยู่และการประสบความสำเร็จขององค์กร เนื่องจากการสื่อสารไม่เพียงเป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดวิสัยทัศน์ นโยบาย ภารกิจ เป้าหมายขององค์กรไปสู่บุคลากรภายในองค์กรเท่านั้น แต่ยังเป็นเครื่องมือในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรภายในองค์กรในทุกๆ ระดับ รวมทั้งการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก

ส่วนได้ส่วนเสียขององค์กร เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้เกิดความสามัคคี การมีส่วนร่วมในองค์กร รวมไปถึงความผูกพันกับองค์กร อันจะไปสู่การบรรลุเป้าหมายและความยั่งยืนขององค์กร⁽²³⁻²⁴⁾ การสื่อสารนโยบายที่ชัดเจนและสื่อสารอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสื่อสารนโยบายอย่างเป็นระบบไปยังผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนให้ทราบอย่างชัดเจนถึงเหตุผลของการถ่ายโอน บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน แต่ละคน และเป้าหมายปลายทางของภารกิจถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. มีความสำคัญมากในการช่วยลดความสับสน ลดการตีความคลาดเคลื่อน และช่วยป้องกันแรงต้านที่เกิดจากความไม่รู้

ในพื้นที่ที่ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานและกระบวนการทำงานร่วมกันค่อนข้างราบรื่น พบว่า มีการสร้างนวัตกรรมการสื่อสารทั้งที่เป็นทางการ เช่น การประชุมแบบ town hall หรือการประชุมร่วมกลุ่มวิชาชีพและสายงาน และในพื้นที่ที่ไม่เป็นทางการ อย่างเช่น สภากาแฟเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดและความคับข้องใจ การจัดงานฉลองเกษียณอายุและกิจกรรมร่วมกัน หรือการหาโอกาสแนะนำเจ้าหน้าที่ผู้มาใหม่ให้รู้จักข้ามหน่วยงาน ซึ่งเป็นลักษณะของกิจกรรมข้างต้นเป็นกิจกรรมที่พบในบางพื้นที่เท่านั้น มิใช่เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่เกิดขึ้นในทุกจังหวัด

2. การสังเคราะห์รูปแบบของการบริหารจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับชุมชนให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนจากกรณีที่ประสบความสำเร็จ และ กรณีที่ต้องเฝ้าระวัง 11 กรณีศึกษา

เมื่อนำสัญญาณเตือนมาวิเคราะห์ร่วมกับกรณีตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ และที่แสดงสัญญาณเตือนของการจัดการปัญหาด้านความสัมพันธ์และการสื่อสาร ต่อการให้บริการสุขภาพของ รพ.สต. ที่ได้จากการทำกรณีศึกษาสามารถสังเคราะห์คุณลักษณะของรูปแบบการจัดการความ

สัมพันธ์และการสื่อสารที่แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับ 1 “ต้องเฝ้าระวัง” ระดับ 2 “แบบปกติ” และ ระดับ 3 “แบบอย่างที่ดี” การจำแนกดังกล่าวเป็นการสังเคราะห์เชิงตีความจากข้อมูลหลายแหล่ง โดยใช้กรอบเกณฑ์ชุดเดียวกันในการพิจารณาทุกกรณีศึกษา มีการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลข้ามแหล่ง และมีการประชุมคั่นข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อสรุป ทั้งนี้การจำแนกระดับดังกล่าวเป็นเพียงการจัดกลุ่มตามแนวโน้มของลักษณะความสัมพันธ์และการสื่อสาร มิใช่การวินิจฉัยแบบตายตัว โดยมีรายละเอียดจำแนกได้เป็น 9 มิติ ดังนี้

2.1 มิติภาวะผู้นำ

ในมิติภาวะผู้นำ มีประเด็นที่ต้องพิจารณาถึงลักษณะและวิธีการในการจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารจำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ความมีวิสัยทัศน์และความสามารถในการสื่อสารเป้าหมายร่วม, การประสานประโยชน์ทุกฝ่าย, การจัดการความเห็นต่างได้อย่างมีวุฒิภาวะ, การเปิดพื้นที่หารือและรับฟัง, การใช้ข้อมูลจริงในการตัดสินใจ และการนิยามคุณค่าและวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันแบบใหม่ ไม่ยึดกับระบบการทำงานแบบเดิม ซึ่งหากผู้นำหน่วยงานมีลักษณะตามแบบระดับ 1 ถือว่าเป็นสัญญาณเตือนที่อยู่ในระดับเฝ้าระวัง แต่หากผู้นำหน่วยงานมีลักษณะตามแบบในระดับ 3 ก็จัดได้ว่าเป็นลักษณะผู้นำหน่วยงานที่เป็นแบบอย่างที่ดี

2.2 มิติรูปแบบความสัมพันธ์

ในมิติรูปแบบความสัมพันธ์มีประเด็นที่จะต้องพิจารณาถึงรูปแบบของการจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารของหน่วยงานใน 6 ด้าน คือ การจัดให้มีเวทีหารือร่วมแบบเป็นทางการ (กสพ. คปสอ. คณะกรรมการ/อนุกรรมการชุดต่างๆ), การจัดให้มีเวทีหารือร่วมแบบไม่เป็นทางการ (สภากาแฟ กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มไลน์), การจัดการความสัมพันธ์ที่ไม่ขึ้นกับบุคคล, การจัดให้มีกลไกเชื่อมโยงข้อมูลและแผนงานร่วมกัน, แนวทางความตกลง

งบประมาณและทรัพยากรอย่างโปร่งใส และความเข้าใจ บทบาทในระบบใหม่ของแต่ละฝ่าย ซึ่งหากรูปแบบความสัมพันธ์ทั้งภายในและระหว่างหน่วยงาน เป็นไปตามลักษณะในระดับ 1 ถือว่าเป็นสัญญาณเตือนที่อยู่ในระดับเฝ้าระวัง แต่หากเป็นไปตามลักษณะที่อยู่ในระดับ 3 ก็จัดได้ว่าหน่วยงานนั้นมีการจัดการความสัมพันธ์ทั้งภายในและระหว่างหน่วยงานที่เป็นแบบอย่างที่ดี

2.3 มิติกระบวนการสื่อสาร

สำหรับมิติการสื่อสาร พบประเด็นที่จะต้องพิจารณาเกี่ยวกับการจัดการการสื่อสารทั้งภายในและระหว่างหน่วยงาน รวม 10 ด้าน ได้แก่ การให้ความร่วมมือเข้าร่วมประชุมระหว่างหน่วยงาน, ความสม่ำเสมอของการจัดประชุม, คุณภาพของการประชุม/การสื่อสารร่วม, เนื้อหา/ประเด็นของการประชุม, แหล่งข้อมูลในการสื่อสาร, วิธีการสื่อสารนโยบายใหม่, ช่องทางรับฟังปัญหาจากผู้ปฏิบัติงาน, ระบบติดตามการสื่อสาร/การแก้ปัญหา, ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจเป้าหมายและคุณค่าร่วมของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ และความผูกพันต่อการทำงานร่วมกันในพื้นที่ให้บริการของผู้ปฏิบัติงาน หากหน่วยงานใดมีลักษณะหรือรูปแบบการสื่อสารที่ตรงกับระดับ 1 ก็แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานนั้นมีการสื่อสารที่ต้องเฝ้าระวัง แต่ถ้าการสื่อสารตรงตามลักษณะที่ระบุไว้ในระดับ 3 ก็สะท้อนว่าหน่วยงานมีการจัดการสื่อสารทั้งภายในและระหว่างหน่วยงานที่เป็นแบบอย่างที่ดี

2.4 มิติความไว้วางใจ

มิตินี้ให้ความสนใจที่ความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างหน่วยงาน นั่นคือ หากหน่วยงานหรือบุคลากรที่ทำงานร่วมกันไม่มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (ระดับ 1) ก็จะเป็นสัญญาณเตือนที่ต้องเฝ้าระวังในการจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสาร แต่หากหน่วยงานหรือบุคลากรทั้งภายในและระหว่างหน่วยงานเกิดความไว้วางใจต่อกัน จนเกิดความรู้สึกเป็นทีมเดียวกันและเห็นคุณค่ากันและกัน

(ระดับ 3) ก็จะสะท้อนถึงการจัดการความสัมพันธ์ที่เป็นแบบอย่างที่ดี

2.5 มิติการสร้างคุณค่าร่วม

มิติการสร้างคุณค่าร่วมมีประเด็นที่ต้องพิจารณา 2 ด้านคือ การสร้างนวัตกรรมหรือแนวทางใหม่ร่วมกันและการสร้างนियามการทำงานให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ขึ้นใหม่ หากพื้นที่นั้น ไม่มีการสร้างความร่วมมือ/นวัตกรรมระหว่างหน่วยงาน หรือไม่มีการร่วมมือกันเพื่อสร้างนियามการทำงานในพื้นที่ขึ้นมาใหม่ (ระดับ 1) แสดงให้เห็นถึงสัญญาณเตือนในการจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารในพื้นที่ แต่หากเป็นไปตามลักษณะที่ระบุในระดับ 3 ที่ทุกฝ่ายร่วมกันวางแผน ออกแบบและสร้างแนวทาง หรือนियามใหม่ร่วมกัน ก็สะท้อนให้เห็นแบบอย่างที่ดีในการจัดการความสัมพันธ์เพื่อสร้างคุณค่าร่วมของพื้นที่นั้นๆ

2.6 มิติการตั้งวาระและเป้าหมาย

มิติการตั้งวาระและเป้าหมายหลักให้มีความสำคัญใน 3 ด้าน ได้แก่ การชี้แจงและทำความเข้าใจเป้าหมายหลัก (การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ) ร่วมกัน, การจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมายของการทำงานและตัวชี้วัด และการรับรู้บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นหากหน่วยงานใดจัดการความสัมพันธ์หรือการสื่อสารตรงตามคุณสมบัติหรือลักษณะที่ระบุไว้ในระดับ 1 ก็แสดงให้เห็นถึงสัญญาณเตือนที่อยู่ในระดับเฝ้าระวัง แต่หากหน่วยงานใดได้ดำเนินการจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารเป็นไปตามคุณลักษณะที่ระบุในระดับ 3 ก็จะเป็นหน่วยงานที่เป็นแบบอย่างที่ดี

2.7 มิติการจัดการความหมาย

สำหรับมิติการจัดการความหมาย มีประเด็นที่จะต้องพิจารณารวม 4 ด้าน ได้แก่ ความเข้าใจคำสำคัญ เช่น การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตัวชี้วัด ความหลากหลายของช่องทางการสื่อสารเพื่อจัดการความหมาย, การจัดการความขัดแย้ง/ตีความหมายผิดพลาด และการทำความเข้าใจร่วมใน

หมู่ผู้ปฏิบัติงานหรือพันธมิตรในพื้นที่ โดยนำวิธีการจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารในพื้นที่หรือของหน่วยงาน มาเทียบกับคุณลักษณะตามระดับที่กำหนด และจะสะท้อนได้ว่า พื้นที่หรือหน่วยงานนั้นอยู่ในระดับเฝ้าระวัง เป็นปกติ หรือเป็นแบบอย่างที่ดี

2.8 มิติการสร้างนัยแห่งความเข้าใจ

สำหรับการสร้างนัยแห่งความเข้าใจนั้น ให้ความสำคัญกับ 4 ด้าน คือ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เข้าใจสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงได้ตรงกัน, การให้พื้นที่แก่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อได้แลกเปลี่ยนทำความเข้าใจร่วมกัน, การอธิบายเหตุผลเบื้องหลังของการกระทำให้ผู้เกี่ยวข้อง และการคำนึงถึง “สัมภาระส่วนตัว” (เป้าหมาย ทักษะ ความต้องการ ค่านิยม การศึกษา วัฒนธรรม ของแต่ละองค์กร) หากพื้นที่หรือหน่วยงาน มีความพยายามในการสร้างความเข้าใจระหว่างกันผ่านกระบวนการต่างๆ แล้ว (ตามคุณลักษณะระดับ 3) ก็จะสามารถเป็นรูปแบบที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสาร ในทางตรงข้าม หากพื้นที่หรือหน่วยงานใด ไม่ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจร่วมกัน หรือคำนึงถึงแต่ตนเอง ดังที่แสดงในคุณลักษณะระดับ 1 ก็จะเป็นสัญญาณเตือนในการเฝ้าระวังพื้นที่หรือหน่วยงานนี้

2.9 มิติการติดตามและสะท้อนผล

การติดตามและสะท้อนผล ถือเป็นมิติที่สำคัญอีกมิติหนึ่งในการจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารของพื้นที่ โดยมีประเด็นที่ต้องพิจารณา 3 ด้าน ได้แก่ การตรวจสอบความเข้าใจร่วมกัน, การตอบสนองปัญหาในการทำงาน และการทบทวนบทเรียนการทำงาน หากพื้นที่ใดไม่มีกิจกรรมทั้ง 3 ด้านนี้ ก็ถือว่าเป็นสัญญาณเตือนที่ต้องเฝ้า

ระวัง แต่หากมีระบบ กลไกและใช้งานอย่างต่อเนื่องตามคุณลักษณะต่างๆ ในระดับ 3 ก็จะเป็นพื้นที่ที่เป็นแบบอย่างที่ดี

จากการสังเคราะห์กรณีตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จและที่แสดงสัญญาณเตือนของการจัดการปัญหาด้านความสัมพันธ์และการสื่อสาร ต่อการให้บริการสุขภาพของรพ.สต. ภายใต้นโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ที่แสดงผลออกมาเป็น 9 มิติ รวม 39 ด้าน โดยแบ่งระดับของคุณลักษณะออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่เป็น “แบบอย่างที่ดี”, “แบบปกติ” และ “ต้องเฝ้าระวัง” สามารถพัฒนาเป็นแบบประเมินตนเอง (pulse check list) ของหน่วยงาน (ฉบับร่าง) ซึ่งสรุปเป็นมิติต่างๆ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 สำหรับหน่วยงานในระดับอำเภอ ได้แก่ รพ.สต. รพช. สสอ. และหน่วยงานในระดับจังหวัด ได้แก่ สสจ. และ อบจ. รวมถึงในบางประเด็นที่หน่วยงานในระดับกระทรวง สามารถนำไปประเมินเพื่อให้เข้าใจถึงสถานการณ์และสถานภาพการจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารของตนเอง ทั้งนี้ หน่วยงานผู้ประเมินสามารถทำแบบประเมินและนำคะแนนรวมที่ได้จากทั้ง 39 ด้านมาหาค่าเฉลี่ย หากได้คะแนนเฉลี่ยในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.36-3.00) ก็เป็นสัญญาณบ่งชี้ว่า หน่วยงานสามารถนำการสื่อสารมาใช้และมีการจัดการความสัมพันธ์ที่เอื้อให้การทำงานร่วมกันราบรื่น และหากได้คะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.67) ก็เป็นสัญญาณเตือนได้ว่าอาจจะพบปัญหาในการจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารทั้งภายในและระหว่างหน่วยงาน ซึ่งก็จะได้หาทางป้องกันหรือแก้ไขปัญหาก่อนจะลุกลาม



ตารางที่ 3 สรุปมิติและประเด็นการประเมินตนเองด้านความสัมพันธ์และการสื่อสารของหน่วยงาน (ฉบับร่าง)

ประเด็นการประเมิน	ระดับการประเมิน
มิติภาวะผู้นำ	
- ผู้นำมีวิสัยทัศน์และสามารถสื่อสารเป้าหมายร่วมได้ - ผู้นำประสานประโยชน์ทุกฝ่าย - ผู้นำจัดการความเห็นต่างได้อย่างมีวุฒิภาวะ - ผู้นำเปิดพื้นที่หารือและรับฟัง - ผู้นำใช้ข้อมูลจริงในการตัดสินใจ - ผู้นำนิยามคุณค่าและวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันแบบใหม่ ไม่ยึดกับระบบการทำงานแบบเดิม	รพ.สต., CUP, จังหวัด, กระทรวง รพ.สต., CUP, จังหวัด
มิติรูปแบบความสัมพันธ์	
- มีเวทีหารือร่วมแบบเป็นทางการ (กสพ. คปสอ. คณะกรรมการ/อนุกรรมการชุดต่างๆ) - มีเวทีหารือร่วมแบบไม่เป็นทางการ (สภากาแฟ กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มไลน์) - ความสัมพันธ์ไม่ขึ้นกับบุคคล - กลไกเชื่อมโยงข้อมูลและแผนงานร่วมกัน - การตกลงงบและทรัพยากรอย่างโปร่งใส - แต่ละฝ่ายเข้าใจบทบาทในระบบใหม่	รพ.สต., CUP, จังหวัด
มิติกระบวนการสื่อสาร	
- การให้ความร่วมมือเข้าร่วมประชุมระหว่างหน่วยงานรพ.สต., CUP, จังหวัด - ความสม่ำเสมอของการจัดประชุม - คุณภาพของการประชุม/การสื่อสารร่วม - เนื้อหา/ประเด็นของการประชุม - แหล่งข้อมูลในการสื่อสาร - วิธีการสื่อสารนโยบายใหม่ - ช่องทางรับฟังปัญหาจากผู้ปฏิบัติงาน - ระบบติดตามการสื่อสาร/การแก้ปัญหา - ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจเป้าหมายและคุณค่าร่วมของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ - ความผูกพันต่อการทำงานร่วมกันในพื้นที่ให้บริการของผู้ปฏิบัติงาน	
มิติความไว้วางใจ	
ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน	รพ.สต., CUP, จังหวัด
มิติการสร้างคุณค่าร่วม	
- การสร้างนวัตกรรมหรือแนวทางใหม่ร่วมกัน - การสร้างนิยามการทำงานให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ขึ้นใหม่	รพ.สต., CUP, จังหวัด
มิติการตั้งวาระและเป้าหมาย	
- การชี้แจงและทำความเข้าใจเป้าหมายหลัก (การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ) ร่วมกัน - การจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมายของการทำงานและตัวชี้วัด - การรับรู้บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน	รพ.สต., CUP, จังหวัด
มิติการจัดการความหมาย	
- ความเข้าใจคำสำคัญ เช่น การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตัวชี้วัด เป็นต้น - ความหลากหลายของช่องทางการสื่อสารเพื่อจัดการความหมาย - การจัดการความขัดแย้ง/ตีความหมายผิดพลาด - การทำความเข้าใจร่วมในหมู่ผู้ปฏิบัติงานหรือพันธมิตรในพื้นที่	รพ.สต., CUP, จังหวัด
มิติการสร้างนัยแห่งความเข้าใจ	
- ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เข้าใจสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงได้ตรงกัน - การให้พื้นที่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อแลกเปลี่ยนทำความเข้าใจร่วมกัน - การอธิบายเหตุผลเบื้องหลังของการกระทำให้ผู้เกี่ยวข้อง - การดำเนินถึง “สัมภาระส่วนตัว” (เป้าหมาย ทักษะคติ ความต้องการ ค่านิยม การศึกษา วัฒนธรรม ของแต่ละองค์กร)	รพ.สต., CUP, จังหวัด
มิติการติดตามและสะท้อนผล	
- การตรวจสอบความเข้าใจร่วมกัน - การตอบสนองปัญหาในการทำงาน - การทบทวนบทเรียนการทำงาน	รพ.สต., CUP, จังหวัด

กสพ.= คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่, คปสอ.= คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ, รพ.สต.= โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, CUP = contracted unit for primary care (หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นคู่สัญญา)

วิจารณ์และข้อยุติ

ผลการศึกษาครั้งนี้ยืนยันว่า การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพจากหน่วยงานส่วนกลางสู่การบริหารของ อปท. ตามนโยบายการกระจายอำนาจ มิใช่เพียงการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารงาน แต่เป็นกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่ลึกซึ้งในระดับ “ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสถาบัน” การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า ความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการดำเนินนโยบายกระจายอำนาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับกฎระเบียบหรือโครงสร้างที่จัดวางไว้เท่านั้น หากแต่มีรากฐานอยู่ที่คุณภาพของความสัมพันธ์และรูปแบบการสื่อสารระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

กรณีศึกษาทั้ง 11 พื้นที่ในงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ความสัมพันธ์ที่เกื้อหนุนกันระหว่าง รพ.สต. อบจ. รพช. และ สสจ. สามารถเป็นปัจจัยเร่งที่ส่งเสริมให้การดำเนินงานในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตรงกันข้าม ความสัมพันธ์ที่เปราะบาง การสื่อสารที่ขาดความต่อเนื่อง และการขาดความเข้าใจร่วม ส่งผลให้เกิดภาวะ “ความคลุมเครือเชิงสถาบัน” (institutional ambiguity) ซึ่งผลกระทบลักษณะดังกล่าวจะยังคงปรากฏให้เห็นสืบเนื่องต่อไป แม้การถ่ายโอนจะเสร็จสิ้นไปแล้วก็ตาม และจะกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณ การวางแผนการให้บริการ และความรู้สึกเป็นเจ้าของของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ในขณะที่ องค์กรที่สามารถพัฒนา⁽²³⁾ “ความไว้วางใจเชิงระบบ” (systemic trust) ได้ดีไม่ว่าจะอยู่ในระดับใดก็ตาม มักจะเป็นองค์กรที่มีผู้นำซึ่งมีความสามารถในการสื่อสารแบบเปิดกว้างและสร้างพื้นที่ปลอดภัยในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสามารถประสานความหลากหลายของบทบาทในระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีวุฒิภาวะ⁽²⁰⁾

การนำกรอบแนวคิดเรื่อง “การสื่อสารแบบมีภาวะผู้นำที่เกื้อหนุน” (facilitative leadership communication) มาใช้ในการวิเคราะห์ ได้แสดงให้เห็นว่า การสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงนั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากผู้นำ

ยึดติดกับอำนาจเชิงโครงสร้างหรือใช้การสื่อสารแบบสั่งการ (directive communication) เพียงอย่างเดียว ผู้นำที่สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ “กำหนดวาระ” (agenda setter) “สร้างความหมาย” (sense-maker) และ “ถอดรหัสบริบท” (framer) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นผู้ที่สามารถเปิดพื้นที่สำหรับการมีส่วนร่วมอย่างลึกซึ้ง นำไปสู่การตกลงเป้าหมายร่วม และขับเคลื่อนนโยบายไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงเชิงวัฒนธรรมองค์กร⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ การพัฒนาภาวะผู้นำในทุกระดับจึงควรมุ่งสู่การสร้างผู้นำที่สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ประสาน พี่เลี้ยงและผู้สร้างความหมายร่วม มากกว่าจะเป็นเพียงผู้บริหารคำสั่ง การจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารจึงไม่ใช่แค่เครื่องมือ แต่เป็นหัวใจของการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน⁽²²⁾

นอกจากนี้ การวิเคราะห์เชิงระบบของการสื่อสาร (system model of communication) ช่วยเปิดเผยความซับซ้อนที่มักถูกมองข้ามในระบบราชการแบบเดิม ได้แก่ การพึ่งพาความสัมพันธ์เฉพาะบุคคลมากกว่าระบบ การขาดเวทีอย่างเป็นทางการสำหรับการแลกเปลี่ยนความเข้าใจ การสื่อสารที่ไม่ทั่วถึงในแนวดิ่งและแนวราบตลอดจนการออกแบบสารที่ไม่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่⁽⁷⁻⁸⁾ การจัดการประเด็นเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยการลงทุนในทุนทางสังคม (social capital) และทุนทางวัฒนธรรม (cultural capital) มากกว่าการใช้กลไกควบคุมเชิงอำนาจหรือการบังคับใช้กฎหมายเพียงอย่างเดียว⁽¹²⁾ ความสัมพันธ์เชิงบุคคลเป็นสิ่งที่คู่กับประเพณีบริหารหรือไม่ อย่างไร การคงอยู่ของความสัมพันธ์นี้มีข้อดีและข้อเสียอย่างไรต่อระบบปฐมภูมิหลังการถ่ายโอน การนำทุนทางสังคมและทางวัฒนธรรมมาใช้ในประสบการณ์ที่พบจากการศึกษา เกิดขึ้นอย่างไรที่เป็นรูปธรรม ไม่ได้เกิดจากผู้วิจัยคาดคะเนไปเอง

ท้ายที่สุด ข้อเสนอสำคัญจากงานวิจัยนี้คือ “การกระจายอำนาจ” จะไม่มีวันสัมฤทธิ์ผล หากปราศจากการลงทุนใน “ทุนความสัมพันธ์” และ “ทุนทางการสื่อสาร”

ที่เป็นระบบ โดยการจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสาร ควรถูกบรรจุเป็น “องค์ประกอบหลัก” ของการออกแบบ นโยบายสุขภาพในระดับท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ ผู้นำในทุก ระดับควรได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะในฐานะ “วิศวกร ทางสังคม” ที่สามารถออกแบบวัฒนธรรมการทำงานร่วมกัน สร้างพื้นที่ปลอดภัยในการพูดคุย และกระตุ้นให้เกิด การมีส่วนร่วมที่แท้จริงระหว่างทุกภาคส่วน การสร้างระบบ สื่อสารที่ยืดหยุ่น โปร่งใส และตอบสนองต่อความแตกต่าง ของบริบทจึงเป็นหัวใจของการเปลี่ยนผ่านที่ไม่ทิ้งใครไว้ข้าง หลัง และเป็นปัจจัยสำคัญต่อความมั่นคงของระบบบริการ สุขภาพในระยะยาว⁽¹³⁻¹⁴⁾

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ พบว่าความสำเร็จของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสู่ อปท. มีได้อยู่ที่โครงสร้างหรือบทบาทหน้าที่เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับ “รูปแบบของความสัมพันธ์และการสื่อสาร” ที่สามารถสร้างความไว้วางใจ ความเข้าใจร่วม และการมี ส่วนร่วมในทุกระดับ งานวิจัยเสนอรูปแบบการจัดการความ สัมพันธ์ 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะเตรียมการถ่ายโอน: ต้อง มีผู้นำระดับประเทศและจังหวัดที่บริหารการเปลี่ยนแปลง อย่างโปร่งใส เปิดใจ และมีพื้นที่สื่อสารที่ปลอดภัย (2) ระยะระหว่างถ่ายโอน: ต้องกำหนดเป้าหมายร่วม สื่อสาร สองทาง และออกแบบเนื้อหาตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พร้อมทั้งสร้างกลไกสะท้อนปัญหาและปรับระบบร่วมกัน (3) ระยะหลังการถ่ายโอน: มุ่งสู่ความไว้วางใจและการ ออกแบบกลไกทำงานร่วมกันระยะยาว สร้างภาพเดียวกัน ของระบบสุขภาพ และมีพื้นที่สื่อสารทั้งทางการและไม่เป็น ทางการ เพื่อหล่อเลี้ยงความสัมพันธ์ระหว่างสังกัดเดิมและ ใหม่อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การพัฒนากลไกสร้างผู้นำแบบเกื้อหนุนใน

ระบบสุขภาพท้องถิ่น จากการศึกษาพบว่าผู้นำที่มีบทบาท “เกื้อหนุน” และสามารถจัดการวาระการสื่อสารได้อย่าง มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการถ่าย โอนภารกิจ รพ.สต. ดังนั้น ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ที่เน้นการพัฒนาแบบจำลองหรือ โปรแกรมฝึกอบรมสำหรับผู้นำองค์กรสุขภาพในระดับท้องถิ่น เพื่อเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การสร้างความไว้วางใจ และภาวะผู้นำเพื่อการเปลี่ยนแปลง (transformational leadership) ในบริบทที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมและ โครงสร้างอำนาจ

2. การทดลองใช้และประเมินผลเครื่องมือ ‘pulse check’ และแบบประเมินระดับวุฒิภาวะของผู้นำและ ระบบ (leadership and system maturity model) จากงานวิจัยนี้ได้พัฒนาแบบวัดชีพจร (pulse check) และใช้กรอบแนวคิดเรื่องวุฒิภาวะของระบบ ควรมีการวิจัย ในเชิงทดลอง (quasi-experimental study) เพื่อนำเครื่องมือเหล่านี้ไปใช้ในพื้นที่จริงและประเมินผลว่าสามารถช่วย พัฒนาองค์กรหรือระบบความสัมพันธ์ภายในพื้นที่ได้จริง หรือไม่ อย่างไร โดยอาจติดตามผลเป็นระยะเวลา 6-12 เดือน

3. การประเมินผลลัพธ์ระยะยาวของการจัดการ ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพบริการสุขภาพ เพื่อเชื่อมโยง ประเด็น “ความสัมพันธ์” กับ “ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ” อย่าง เป็นรูปธรรมมากขึ้น ควรมีการวิจัยเชิงปริมาณหรือผสมผสาน (mixed methods) ที่ติดตามการเปลี่ยนแปลงของ ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น ความพึงพอใจของประชาชน คุณภาพการเข้าถึงบริการ หรือความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ (continuity of care) หลังการถ่ายโอน

4. การศึกษาทุนความไว้วางใจ (trust) และการให้ ตอบแทนซึ่งกันและกัน (reciprocity) ในระบบสุขภาพ ท้องถิ่น เพื่อศึกษารูปแบบและระดับความไว้วางใจในระบบ สุขภาพท้องถิ่น เพื่อทำความเข้าใจเงื่อนไขและกลไกของ

การตอบแทนกันในเชิงสถาบันที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนามีส่วนร่วมที่ยั่งยืนในท้องถิ่น รวมทั้งความเปราะบางของความไว้วางใจที่จะบันทอนระบบสุขภาพท้องถิ่น

5. การศึกษาระบบการสื่อสารในเครือข่ายสุขภาพที่มีความซับซ้อน (complex adaptive systems) ในหลายพื้นที่ การทำงานด้านสุขภาพไม่ได้เกิดจากหน่วยงานเดียว แต่เป็นระบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงหลายฝ่าย ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน การวิจัยที่ใช้แนวคิด complex adaptive systems จะช่วยให้เห็นพลวัตของระบบการสื่อสาร การตอบสนองของหน่วยงานต่อการเปลี่ยนแปลง และบทบาทของกลไกไม่เป็นทางการในการแก้ปัญหาความขัดแย้งเชิงสถาบัน

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในลักษณะของการเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่อาศัยกรณีศึกษาจากพื้นที่และบริบทเฉพาะ จึงไม่อาจสรุปอ้างอิงไปยังทุกพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ การจัดจำแนกกรณีศึกษาให้อยู่ในระดับต่างๆ ยังอาศัยการตีความจากหลักฐานเชิงประจักษ์และดุลยพินิจของผู้วิจัย ซึ่งแม้จะมีการใช้ข้อมูลหลายแหล่ง การตรวจสอบความสอดคล้อง และการประชุมคั่นข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อลดอคติแล้ว แต่ก็ไม่สามารถจัดความเป็นอัตวิสัยได้ทั้งหมด ดังนั้น ข้อค้นพบจากการศึกษานี้จึงควรใช้ในฐานะข้อเสนอเชิงแนวคิดและแนวทางเบื้องต้นสำหรับการศึกษาต่อไปในพื้นที่ที่กว้างขึ้น รวมทั้งควรมีการพัฒนาเกณฑ์การจำแนกระดับให้มีความชัดเจนและตรวจสอบได้มากยิ่งขึ้นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย “การจัดการความสัมพันธ์และการสื่อสารแบบมีภาวะผู้นำที่เกื้อหนุนต่อการให้บริการสุขภาพของ รพ.สต. ภายใต้นโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนการวิจัยให้แก่สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการดำเนินการศึกษา และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ร่วมให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ซึ่งช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Nethipo V. The political process of public health decentralization in Thailand: studying the case of primary care units. Final report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2011. (in Thai)
2. Srisalux J, Maneechay M, Pongpirul K. Research questions for health decentralization in Thailand. Journal of Health System Research 2012;6(4):532-42. (in Thai)
3. Uansri S, Markchang K, Chotchoungchatchai S, Ontong S, Panapong N, Pattanasri T. The transfer of sub-district health promoting hospitals to local government organization: progress and challenges. Journal of Health Systems Research 2024;18(3):314-30. (in Thai)
4. Sriratanaban J, Singweratham N, Komwong D, Maneechay M. Assessment of population health impacts from the transfer of sub-district health promoting hospitals to the provincial administrative organization in 2023: phase 1 potential warning signs. Journal of Health System Research 2024;18(2):152-72. (in Thai)
5. Sriratanaban J, Singweratham N, Maneechay M, Komwong D, Sinthuphan J, Siewchaisakul P, et al. Assessment of population health impacts subsequent to the transfer of tambon health promoting hospitals (THPH) to the provincial administrative organizations (PAOs) in the fiscal year 2566: phase 2 evaluation of impacts on health and health services by a retrospective cohort study and case studies. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2025;12(2):e277236. (in Thai)
6. Tangsatien D, Lojaya S. The readiness of transferring the mission of the tambon health promoting hospital to the local administrative organization in Pathumthani province. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office 2019;3(6):21-33. (in Thai)
7. Phongoui W, Nalert P, Bodeerat C. The gaps and obstacles are one of the missions of the sub-district health promoting hospitals to the local administrative organizations. Interdis-

- ciplinary Academic and Research Journal 2022;2(4):205-20. (in Thai)
8. Pongpirul K, Maneechay M. A study project on the relationship patterns of agencies responsible for managing the sub-district health system under the health decentralization plan. Final report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014. (in Thai)
 9. Maneechay M, Pongpirul K. Informal relationship patterns among staff of local health and non-health organizations in Thailand. BMC Health Services Research 2015;15(1):113.
 10. Abimbola S, Nejin J, Jan S, Martiniuk AL. Toward people-centered health systems: a multi-level framework for analysing primary health care governance in low- and middle-income countries. Health Policy and Planning 2014;29:ii29-ii39.
 11. Mahmood S, Sequeira R, Siddiqui MMU, Herkenhoff MBA, Ferreira PP, Fernandes AC, et al. Decentralization of the health system-experiences from Pakistan, Portugal, and Brazil. Health Research Policy and System. 2024;22:61.
 12. Fairhurst GT. Discursive leadership: in conversation with leadership psychology. Thousand Oaks (CA): Sage; 2007.
 13. Fairhurst GT, Connaughton S L. Leadership: a communicative perspective. Leadership 2014a;10(7):7-35.
 14. Fairhurst GT, Connaughton SL. Leadership communication. In: Putnam L L, Mumby D K, editors. The Sage handbook of organizational communication: advances in theory, research, and method. Thousand Oaks (CA): Sage; 2014. p 401-23.
 15. Ruben BD, Stewart L. Communication and human behavior (6th ed.). Dubuque, IA: Kendall Hunt; 2016.
 16. Ruben BD, Gigliotti RA. Leadership as social influence: an expanded view of leadership communication theory and practice. Journal of Leadership & Organizational Studies 2016;23(4):467-79.
 17. Ruben BD. Communication theory and health communication practice: the more things change, the more they stay the same. Health Communication 2016;31(1):1-11.
 18. Anderson DJ. Kanban maturity model: a map to organizational agility, resilience, and reinvention. Bilbao: Kanban University Press; 2020.
 19. Weick K. Sensemaking in organizations. London & New Delhi: SAGE Publications; 1995.
 20. Adam MB, Donelson A. Trust is the engine of change: a conceptual model for trust building in health systems. System Research and Behavioral Science 2022;39(1):116-27.
 21. Oreg S. Personality, context, and resistance to organizational change. European Journal of Work and Organizational Psychology 2006;15(1):73-101.
 22. Kujala J, Lhetimaki H, Myllykangas P. Value co-creation in stakeholder relationships: a case study. In: Freeman E, Kujala J, Sachs S, editors. Stakeholder engagement: clinical research cases. London & New Delhi: Springer International Publishing; 2017. p. 15-30.
 23. Gault F. Defining and measuring innovation in all sectors of the economy. Research Policy 2018;47(3):617-22.
 24. Thammasiri S, Angsukanjanakul J, Paisal K, Chantararatmanee D. The organization's approach to innovative communications toward excellence. The Seybold Report 2023;18(2):1211-21.