

Factors Associated with the Development of District Health System Networks by the District Quality of Life Development Committee in Ban Muang District Under the Context of Health Promotion Hospitals Transferred to Sakon Nakhon Provincial Administrative Organization

Pantawee Khamsao^{1*} Theerawut Thammakun²

¹Graduate Student, Master of Public Health Program, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

² Associate Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

* Corresponding author: e-mail: khamsao32@gmail.com

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Khamsao, P., & Thammakun, T. Factors Associated with the Development of District Health System Networks by the District Quality of Life Development Committee in BanMuang District Under the Context of Health Promotion Hospitals Transferred to Sakon Nakhon Provincial Administrative Org. *Journal of Health Policy, Law and Administration*. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/287069

Received: 10 February 2026

Revised: 24 February 2026

Accepted: 2 March 2026

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine the factors and the level of district health system network development, as well as to determine the factors influencing this development under the context of transferring Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPHs) to the Provincial Administrative Organization (PAO). The sample consisted of 230 members of the District Quality of Life Development Committee (DQLDC) and health personnel in Ban Muang District. The sample size was determined using a formula for a known population size, followed by stratified random sampling. Data were collected using questionnaires with reliability coefficients ranging from 0.703 to 0.987. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression analysis, incorporating dummy variables for categorical data.

The results revealed that the respondents possessed high levels of knowledge, attitudes, input factors, process factors, and organizational structure factors, alongside a high overall level of network development. Organizational structure, process factors, and knowledge regarding DQLDC roles collectively and significantly influenced the development of the district health system network, accounting for 72.4% of the variance ($R^2 = .724$). These findings can be practically applied to establish agreements for cross-organizational resource integration and to develop collective leadership, thereby ensuring seamless and continuous primary health care services.

Keywords: District Quality of Life Development Committee; district health system network; sub-district health promoting hospital; Administrative Transfer

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอบ้านม่วง ภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถ่าย โอนสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร

พันธวิ คำสาว^{1*} อีระรุธ ธรรมกุล²

¹นักศึกษานิเทศศาสตร์ สาขาวิชานิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

²รองศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชานิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

*อีเมลติดต่อ khamsoo32@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 10 กุมภาพันธ์ 2569
วันแก้ไข 24 กุมภาพันธ์ 2569
วันตอบรับ 2 มีนาคม 2562

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยและระดับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเครือข่ายฯ ภายใต้บริบทการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) กลุ่มตัวอย่างคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และบุคลากรสาธารณสุข อำเภอบ้านม่วง จำนวน 230 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรแบบทราบจำนวนประชากร และสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.703-0.987 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยมีการสร้างตัวแปรหุ่นสำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะคิด ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และโครงสร้างองค์การอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการพัฒนาเครือข่ายฯ ในภาพรวมที่อยู่ในระดับมาก ปัจจัยโครงสร้างองค์การ กระบวนการ และความรู้เกี่ยวกับบทบาทคณะกรรมการ พชอ. มีอิทธิพลร่วมกันต่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 72.4 ($R^2 = .724$) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในการจัดทำข้อตกลง เพื่อบูรณาการทรัพยากรข้ามสังกัด และการพัฒนาศักยภาพผู้นำร่วม เพื่อให้การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเกิดความต่อเนื่องและไร้รอยต่อ

คำสำคัญ : คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การถ่ายโอน

บทนำ

ระบบสุขภาพปฐมนิคมของประเทศไทยภายใต้การขับเคลื่อนของเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ถือเป็นกลไกหลักที่ยึดโยงการบริการสุขภาพให้เข้าถึงระดับครอบครัวและชุมชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยมีเป้าหมายสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลผู้ป่วยในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง กลไกสำคัญที่ถูกนำมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานแบบบูรณาการคือ "คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)" ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างส่วนราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยใช้พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง

อย่างไรก็ตาม ระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างครั้งสำคัญที่สุดในรอบหลายทศวรรษ คือการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นไปตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2549 และประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2564 สถานการณ์ ณ ปีงบประมาณ 2567 พบว่าการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) แล้วกว่า 4,537 แห่งทั่วประเทศ คิดเป็นร้อยละ 45.93 ของ รพ.สต. ทั้งหมด (The Coverage, 2024) การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างนี้ก่อให้เกิดความท้าทายในมิติของการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพ (Network Governance) เนื่องจากการแยกส่วนระหว่างหน่วยงานบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) สังกัด อบจ. กับหน่วยงานแม่ข่ายทางวิชาการ (รพ.ชุมชน และ สสอ.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงเรื่องความไม่ต่อเนื่องของการบริการ (Continuity of Care) และปัญหาการแบ่งปันทรัพยากร (Resource Sharing) (Kunawat & Sukarin, 2022)

ในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่ครอบคลุม โดยทฤษฎีระบบ (System Theory) ของ Donabedian (1980) ได้จำแนกองค์ประกอบของระบบสุขภาพออกเป็น 3 ส่วนหลัก คือ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Health

System Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ที่ระบุว่าความเข้มแข็งของระบบสุขภาพต้องอาศัยโครงสร้างองค์กรที่มั่นคง โดยเฉพาะด้านการนำ (Leadership) และธรรมาภิบาล (Governance) นอกจากนี้ ทฤษฎีโครงสร้างองค์กรของ Mintzberg (1979) ยังชี้ให้เห็นว่าในองค์กรที่มีความซับซ้อนและมีการกระจายอำนาจสูง การประสานงานที่ไร้รอยต่อเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จ

บริบทของอำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร มีความน่าสนใจเป็นพิเศษในเชิงวิชาการและการบริหาร เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ทั้งหมดไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนครครบ 100% (จำนวน 10 แห่ง) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 การเปลี่ยนสังกัด "แบบยกกรมทั้งอำเภอ" ทำให้กลไก พชอ. ของอำเภอบ้านม่วงต้องรับบทบาทสำคัญในการเป็นตัวกลาง (Intermediary) เพื่อเชื่อมประสานวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างระหว่างท้องถิ่นและส่วนกลาง รวมถึงการจัดการข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากรภายใต้กฎระเบียบใหม่ (Panyarat, 2022) แม้จะมีแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วม (Participation) ของคนในชุมชนตามหลักการของ United Nations (1981) และการแพร่กระจายนวัตกรรม (Diffusion of Innovations) ของ Rogers (2003) มาเป็นแนวทาง แต่ในสถานะการกระจายอำนาจที่ยังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่าน ปัจจัยเชิงประจักษ์ที่ส่งผลต่อความสำเร็จของเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอยังคงเป็นช่องว่างทางการวิจัยที่สำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นผลกระทบของการถ่ายโอน รพ.สต. ในด้านงบประมาณและกำลังคน หรือศึกษาบทบาทของ พชอ. ในบริบทปกติที่ยังไม่มีการถ่ายโอน หรือมีการถ่ายโอนเพียงบางส่วน ยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอย่างสมบูรณ์ (ร้อยละ 100) ซึ่งเป็นบริบทใหม่ที่มีความซับซ้อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของคณะกรรมการ พชอ. อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff (1980) ร่วมกับทฤษฎีระบบ ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปใช้เป็นแนวทางเชิงนโยบายและปฏิบัติสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ

ระบบสุขภาพอำเภอภายใต้บริบทการกระจายอำนาจ และเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ในอนาคต เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ ทักษะเกี่ยวกับบทบาทคณะกรรมการ พชอ. ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการ และปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร ของคณะกรรมการ พชอ. อำเภอบ้านม่วง
2. เพื่อศึกษาระดับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของคณะกรรมการ พชอ. อำเภอบ้านม่วง ภายใต้บริบท รพ.สต. ถ่ายโอนสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของ พชอ. อำเภอบ้านม่วง

ภายใต้บริบท รพ.สต. ถ่ายโอนสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดที่ประยุกต์จากทฤษฎีลักษณะส่วนบุคคล (Individual Characteristics Theory), ทฤษฎีความรู้และการเรียนรู้ (Knowledge and Learning Theory), ทฤษฎีทัศนคติและพฤติกรรม (Attitude-Behavior Theory) แนวคิด Input-Process-Outcome และแนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation Theory) ของ Cohen & Uphoff (1980) ร่วมกับทฤษฎีระบบ (Systems Theory) ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านม่วง โดยมีองค์ประกอบดังนี้

ตัวแปรอิสระ

- 1.ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับบทบาทคณะกรรมการ พชอ.
- 2.ปัจจัยนำเข้า ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านเวลา และด้านเทคโนโลยี
- 3.ปัจจัยด้านกระบวนการ การจัดการประชุม การคัดเลือกประเด็น พชอ. การติดตามผลการดำเนินงาน และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมอบรางวัล
- 4.ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร ด้านการนำ ด้านกลยุทธ์ ด้านการจัดการข้อมูล และด้านการประเมินผล

ตัวแปรตาม

ผลลัพธ์

การพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านม่วง ดังนี้

การมีส่วนร่วม

- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
- การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
- การมีส่วนร่วมในการประเมินผล
- การมีส่วนร่วมของรพ.สต.สังกัด อบจ.

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) โดยทำการศึกษาในช่วงปี พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร จำนวนทั้งสิ้น 487 คน

กลุ่มตัวอย่าง: การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรแบบทราบจำนวนประชากร ที่ระดับความ

คลาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ ภาคส่วนราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ครอบคลุมทุกระดับโครงสร้างของ พชอ.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 6 ส่วนหลัก ดังนี้:

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (Personal Factors) เป็นแบบตรวจสอบรายการครอบคลุมตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และตำแหน่งหน้าที่ในคณะกรรมการ พชอ.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบสุขภาพอำเภอ เป็นแบบทดสอบเพื่อวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 20 ข้อ การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับบทบาท พชอ. ใช้เกณฑ์การพิจารณาตามแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1971)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยนำเข้า (Input) ตามแนวคิด Health System Building Blocks ของ World Health Organization (2010) เป็นทรัพยากรพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านเวลา และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยกระบวนการ (Process) ตามแนวคิดของ Donabedian (1980) เป็นกิจกรรมและกระบวนการหลักที่เครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ประกอบด้วย การจัดการประชุม การคัดเลือกประเด็น พชอ. การติดตามผลการดำเนินงาน และการจัดเวทีและแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมอบรางวัล

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร (Organizational Structure Factors) เป็นกลไกและระบบการบริหารจัดการที่สนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายตามทฤษฎีของ Mintzberg (1979) ประกอบด้วย ด้านการนำ ด้านกลยุทธ์ ด้านการจัดการข้อมูล ด้านการประเมินผล และการมีส่วนร่วมของ

รพ.สต.

ส่วนที่ 6 การพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) วัดจากระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล และการมีส่วนร่วม รพ.สต. สังกัด อบจ.

แบบสอบถามส่วนที่ 4-6 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert, 1932) เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Best (1977)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96 และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 และแยกรายด้านอยู่ระหว่าง 0.703–0.987

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขออนหนังสือรับรองความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ถึงนายอำเภอบ้านม่วง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง
3. แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง โดยเน้นย้ำความสมัครใจและความลับของข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับ พชอ./ระบบสุขภาพอำเภอ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี	69	30.00
4-5 ปี	44	19.13
มากกว่า 5 ปี	117	50.87
$\bar{X}=6.80$ S.D.=5.52 ค่าต่ำสุด=0 ปี ค่าสูงสุด=34 ปี		

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.43) และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 85.65) โดยมีอายุเฉลี่ย 40.80 ปี (S.D.=9.68) ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 87.39) รองลงมาคือผู้บริหาร (ร้อยละ 7.00) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 14.88 ปี (S.D.=9.72) และประสบการณ์

ทำงานเกี่ยวข้องระบบสุขภาพอำเภอหรือ พชอ. เฉลี่ย 6.80 ปี (S.D.=5.52) ดังตารางที่ 1

ผลการประเมินระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับบทบาทของ พชอ. แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 81.30 ขณะที่กลุ่มที่มีความรู้ในระดับปานกลางและระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 15.65 และ 3.04 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (n=230)

ระดับความรู้	เกณฑ์คะแนน (คะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	16-20	187	81.30
ระดับปานกลาง	12-15	36	15.65
ระดับน้อย	0-11	7	3.04
รวม		230	100.0

$\bar{X}=17.57$ S.D.=2.60 ค่าต่ำสุด=8 ค่าสูงสุด=20

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นต่อปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการ ปัจจัยโครงสร้างองค์กร และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ

ปัจจัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ปัจจัยนำเข้า	3.78	0.52	มาก
• ด้านบุคลากร	3.91	0.53	มาก
• ด้านงบประมาณ	3.64	0.61	มาก
• ด้านวัสดุอุปกรณ์	3.75	0.60	มาก
• ด้านเวลา	3.71	0.62	มาก
• ด้านเทคโนโลยี	3.88	0.62	มาก
ปัจจัยด้านกระบวนการ	3.77	0.62	มาก
• การจัดการประชุม	3.77	0.64	มาก
• การคัดเลือกประเด็น พชอ.	3.92	0.67	มาก
• การติดตามผลการดำเนินงาน	3.80	0.65	มาก
• การจัดเวทีและแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.61	0.68	มาก

ปัจจัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ปัจจัยโครงสร้างองค์กร	3.87	0.67	มาก
• ด้านการนำ	4.00	0.72	มาก
• ด้านกลยุทธ์	3.82	0.67	มาก
• ด้านการจัดการข้อมูล	3.83	0.70	มาก
• ด้านการประเมินผล	3.81	0.71	มาก
การมีส่วนร่วม	3.62	0.76	มาก
• การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.47	0.92	มาก
• การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	3.58	0.82	มาก
• การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	3.77	0.73	มาก
• การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.50	0.90	มาก
• การมีส่วนร่วม รพ.สต. สังกัด อบจ.	3.79	0.68	มาก

จากตารางที่ 3 ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ อยู่ในระดับมากทุกด้าน คะแนนเฉลี่ยรวม 3.78 (S.D.=0.52) ด้านบุคลากรได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ =3.91, S.D.=0.53)

ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านกระบวนการในการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยรวม 3.77 (S.D.=0.62) โดยการคัดเลือกประเด็น พขอ. ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ =3.92, S.D.=0.67)

ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กรทั้ง 4 ด้านได้รับคะแนนเฉลี่ยรวม 3.87 (S.D.=0.67)

อยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยโครงสร้าง ด้านการนำองค์กร ได้คะแนนสูงสุด ($\bar{X}$ =4.0, S.D.=0.72)

ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอทั้ง 5 องค์ประกอบ พบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทุกองค์ประกอบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 3.62 (S.D.=0.76) เมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบพบว่า การมีส่วนร่วม รพ.สต. สังกัด อบจ. ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ =3.79, S.D.=0.68) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($\bar{X}$ =3.77, S.D.=0.73)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Mean	S.D.	Mean difference	95% CI	p-value
เพศ							0.624
	ชาย(Ref.)	68	3.59	0.91	0	-	
	หญิง	162	3.64	0.68	0.05	-0.16, 0.27	
ระดับการศึกษา							0.278
	ปริญญาตรี(Ref.)	197	3.60	0.77	0	-	
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	3.66	0.47	0.07	-0.40, 0.53	
	ปริญญาโท	22	3.86	0.77	0.26	-0.08, 0.60	
ตำแหน่งปัจจุบัน							0.013*
	บุคลากรสาธารณสุข(Ref.)	201	3.63	0.74	0	-	
	ผู้บริหาร	13	3.89	0.97	0.27	-0.15, 0.69	

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Mean	S.D.	Mean difference	95% CI	p-value
	บุคลากรสังกัด อปท.	6	2.71	0.62	-0.91*	-1.52,-0.31	
	ผู้นำชุมชน	10	3.78	0.53	0.15	-0.33, 0.62	
หน่วยงานที่สังกัด							0.192
	รพ.พระอาจารย์มั่ง (Ref.)	152	3.65	0.71	0	-	
	อสม.	10	3.97	0.58	0.32	-0.16, 0.81	
	พชอ.	8	3.91	0.63	0.26	-0.28, 0.79	
	บุคลากรสังกัด อปท.	13	3.33	0.79	-0.32	-0.75, 0.11	
	รพ.สต. สังกัด อบจ.	35	3.56	0.90	-0.09	-0.37, 0.19	
	อบจ.สกลนคร	12	3.32	0.97	-0.33	-0.77, 0.12	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเดี่ยว (Simple Linear Regression) โดยมีการสร้างตัวแปรหุ่น (Dummy variables) สำหรับตัวแปรจัดประเภท และกำหนดให้กลุ่มที่มีค่า Mean difference = 0 เป็นกลุ่ม

อ้างอิง พบว่า ตำแหน่งปัจจุบัน กลุ่มบุคลากรสังกัด อปท. มีคะแนนเฉลี่ยการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ ต่ำกว่าบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = -0.91, 95% CI: -1.52, -0.31, $p = 0.003$) นอกนั้นไม่พบความแตกต่างความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการปัจจัยโครงสร้างองค์กร กับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ

ปัจจัย	การพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ					
	การมีส่วนร่วม รวม ตัดสินใจ	การมีส่วนร่วม ดำเนินงาน	การมีส่วนร่วม รับผลประโยชน์	การมีส่วนร่วม ประเมินผล	การมีส่วนร่วม รพ.สต.สังกัด อบจ.	รวม
อายุ	0.017	-0.009	-0.048	-0.041	-0.031	-0.023
ประสบการณ์การทำงาน	0.038	0.002	-0.003	-0.004	0.014	0.011
ประสบการณ์เกี่ยวข้อง พชอ.	-0.114	-0.181*	-0.147*	-0.150*	-0.109	-0.151*
ความรู้รวม	0.054	0.133*	0.199*	0.094	0.150*	0.130*
ปัจจัยนำเข้า	0.563*	0.533*	0.601*	0.580*	0.605*	0.615*
ปัจจัยกระบวนการ	0.573*	0.608*	0.698*	0.631*	0.636*	0.670*
ปัจจัยโครงสร้างองค์กร	0.725*	0.764*	0.838*	0.775*	0.792*	0.830*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอทั้ง 5 องค์ประกอบและคะแนนรวม โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Analysis) พบว่า อายุ และประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ ($p > 0.05$) ประสบการณ์เกี่ยวข้องกับ พขอ. มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอในทุกองค์ประกอบ ($r = -0.151$) ความรู้รวมเกี่ยวกับบทบาทของ พขอ. มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอในทุกองค์ประกอบ ($r = 0.130$)

ปัจจัยนำเข้า (Input Factors) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีความสัมพันธ์สูงสุดกับ รพ.สต.สังกัด อบจ. ($r = 0.605$) และมีค่าความสัมพันธ์รวม $r = 0.615$ ปัจจัยกระบวนการ (Process Factors) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพทุกองค์ประกอบ โดยมีความสัมพันธ์สูงสุดกับการรับผลประโยชน์ ($r = 0.698$) และมีค่าความสัมพันธ์รวม $r = 0.670$ และปัจจัยโครงสร้างองค์กร (Organizational Structure Factors) มี

ความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีความสัมพันธ์สูงสุดกับการรับผลประโยชน์ ($r = 0.838$) ซึ่งเป็นค่าสูงสุดของการศึกษาทั้งหมด และมีค่าความสัมพันธ์รวม $r = 0.830$

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผู้วิจัยได้นำตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ (Continuous Variables) ได้แก่ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ พขอ. ความรู้เกี่ยวกับบทบาท พขอ. ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ และปัจจัยโครงสร้างองค์กร เข้าสู่โมเดลเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ (Statistical Assumptions) ได้แก่ การแจกแจงแบบปกติ (Normality) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) และการทดสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุคูณ (Multicollinearity) ซึ่งพบว่าค่า VIF (Variance Inflation Factor) อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด จึงเป็นไปตามเงื่อนไขของการใช้สถิติอย่างถูกต้อง

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value	95% CI for B (Lower–Upper)	VIF
ประสบการณ์ เกี่ยวข้องกับ พขอ.	0.007	0.021	0.012	0.324	.746	-0.034, 0.048	1.056
ความรู้	-0.026	0.011	-0.090	-2.274	.024*	-0.049, -0.003	1.251
ปัจจัยนำเข้า	0.271	0.082	0.185	3.311	.001*	0.110, 0.432	2.516
ปัจจัยกระบวนการ	-0.424	0.102	-0.349	-4.163	.000*	-0.625, -0.223	5.660
ปัจจัยโครงสร้าง องค์กร	1.154	0.082	1.026	14.102	.000*	0.993, 1.315	4.258
(Constant)	0.311	0.343	–	0.907	.365	-0.364, 0.986	–

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 6 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยกับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอพบว่า

ปัจจัยโครงสร้างองค์กร มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทิศทางเชิงบวก ($B = 1.154$; 95%

CI:0.993, 1.315) แสดงว่าเมื่อปัจจัยโครงสร้างองค์กรเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอจะเพิ่มขึ้น 1.154 หน่วยมาตรฐาน

ปัจจัยนำเข้า มีอิทธิพลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($B = 0.271$; 95% CI: 0.110, 0.432) แสดงว่าหากปัจจัยนำเข้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอจะเพิ่มขึ้น 0.271 หน่วยมาตรฐาน

ปัจจัยกระบวนการ มีอิทธิพลเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($B = -0.424$; 95% CI: -0.625, -0.223) แสดงว่าหากปัจจัยกระบวนการเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอจะลดลง 0.424 หน่วยมาตรฐาน

ความรู้เกี่ยวกับบทบาท พชอ. มีอิทธิพลเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($B = -0.026$; 95% CI: -0.049, -0.003) แสดงว่าหากความรู้เกี่ยวกับบทบาท พชอ. เพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอจะลดลง 0.026 หน่วยมาตรฐาน

ส่วน **ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ พชอ.** ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ทั้งนี้ ตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของการมีส่วนร่วมในเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอได้ ร้อยละ 72.4 ($R = 0.851$, $R^2 = 0.724$, Adjusted $R^2 = 0.715$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านม่วง ประเด็นที่ค้นพบอย่างชัดเจนคือ ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร ถือเป็นกุญแจสำคัญสู่ความสำเร็จ โดยผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าภาวะผู้นำเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการพัฒนาเครือข่าย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Srisamai & Prasertchai (2022) ที่พบว่าในช่วงเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. นั้น ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญที่สุดคือภาวะผู้นำที่เข้มแข็งของผู้บริหารทั้งสองสังกัด ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความเชื่อมั่นและการมีส่วนร่วมของบุคลากร ยิ่งผู้บริหารแสดงบทบาทที่ชัดเจน การทำงานร่วมกันย่อมไร้รอยต่อมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยนี้ยัง

สนับสนุนแนวคิดของ Mintzberg (1979) ที่อธิบายว่าโครงสร้างองค์กรที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยกลไกการประสานงานและการสั่งการที่ชัดเจนจากผู้นำ เพื่อลดความซ้ำซ้อนของงาน

ประเด็นต่อมาคือความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ และทัศนคติ แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ความเข้าใจในบทบาท พชอ. อยู่ในเกณฑ์ดี แต่ผลการวิจัยกลับพบข้อเท็จจริงที่น่าสนใจว่าความรู้เพียงอย่างเดียว ไม่ส่งผลต่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอมากเท่ากับทัศนคติและแรงจูงใจ ประเด็นนี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์และสาธารณสุข ดังที่ Glanz, Rimer, & Viswanath (2015) ได้ อธิบายไว้ในทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพและการเปลี่ยนผ่าน (Stages of Change) ว่าความรู้ (Knowledge) เป็นเพียงปัจจัยพื้นฐาน แต่ทัศนคติ (Attitude) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมที่ยั่งยืนได้แม่นยำกว่า โดยเฉพาะความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน (Sense of Ownership) ระหว่าง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้วกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คือตัวขับเคลื่อนพฤติกรรมการทำงานร่วมกันที่แท้จริง ซึ่งชี้ให้เห็นช่องว่างที่ผู้บริหารควรเร่งเติมเต็มด้านการสร้างทัศนคติเชิงบวกมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึง ปัจจัยนำเข้าพบว่าด้านงบประมาณยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญหรือเป็นคอขวดของการดำเนินงาน โดยเฉพาะปัญหาความล่าช้าและความไม่ชัดเจนของระเบียบเบิกจ่ายในช่วงแรกของการถ่ายโอน ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Within3 (2025) ที่ระบุว่าความท้าทายหลักของการกระจายอำนาจทางสุขภาพ คือการจัดการทรัพยากรการเงินที่ไม่คล่องตัว ส่งผลให้การขับเคลื่อนโครงการสุขภาพระดับพื้นที่เกิดการสะดุดลงและไม่ต่อเนื่อง

ประเด็นที่น่าสนใจและขัดแย้งกับความกังวลเดิมคือ ระดับการมีส่วนร่วมของ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่พบว่าอยู่ในระดับสูง ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานหรือความกังวลที่ว่าความแยกสังกัดจะทำให้เกิดรอยร้าวในการทำงาน ดังที่ Sriratanaban et al. (2023) เคยตั้งข้อสังเกตไว้ ผลการศึกษานี้จึงเป็นการยืนยันว่าสายสัมพันธ์วิชาชีพ (Professional Bond) ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขด้วยกัน มีความเหนียวแน่นและทรงพลังมากกว่าโครงสร้างการบังคับบัญชาตามสายงาน (Bureaucratic

Lines) ทำให้แม้จะเปลี่ยนสังกัด แต่ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพประชาชนยังคงดำเนินต่อไปได้อย่างเข้มแข็ง

จากข้อค้นพบทั้งหมด สะท้อนให้เห็นประโยชน์ในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาเชิงระบบอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะความเสี่ยงเรื่องความไม่ต่อเนื่องของการบริการ (Continuity of Care) หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายระดับจังหวัดสามารถนำผลการวิจัยที่ระบุว่า "ปัจจัยโครงสร้างองค์กร" มีอิทธิพลสูงสุด ไปใช้เป็นกรอบในการออกแบบกลไกการทำงานใหม่ เช่น การใช้ พชอ. เป็นกลไกกลางในการจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อปลดล็อกกระเปาะการเบิกจ่ายงบประมาณและบูรณาการทรัพยากรร่วมกัน (Resource Sharing) ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหารอยต่อของการส่งต่อผู้ป่วยและยกระดับการจัดการสุขภาพปฐมภูมิได้จริงในทางปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอให้ยั่งยืน ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนครและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ควรจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) เพื่อบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน (Resource Sharing) ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุครุภัณฑ์ ให้สามารถหมุนเวียนข้ามสังกัดได้อย่างคล่องตัว

เอกสารอ้างอิง

- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213–235.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.
- Duangphanlam, P. (2024). *Factors affecting the role of district quality of life development committee in primary care unit development, Bueng Kan Province*. (Master's independent study). Sukhothai Thammathirath Open University.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed.). Jossey-Bass.
- Kunawat, N., & Sukarin, V. (2022). Guidelines for health mission transfer to local administrative organizations. *Journal of Health Science*, 31(2), 255–266.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 5–55.

1.2 ควรจัดหลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้บริหารทั้งสองสังกัด ให้มีทักษะการนำร่วม (Collective Leadership) เพื่อลดช่องว่างทางอำนาจและเอื้อต่อการทำงานแนวราบ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 คณะกรรมการ พชอ. ควรจัดเวทีถอดบทเรียนและแก้ปัญหาหน้างานร่วมกันอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง แทนการสั่งการจากส่วนกลาง

2.2 โรงพยาบาลแม่ข่ายควรจัดทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมเสริมพลัง รพ.สต. สังกัด อบจ. เพื่อรักษามาตรฐานบริการและสร้างขวัญกำลังใจให้บุคลากร

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน ระหว่างพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนและไม่มีการถ่ายโอน เพื่อสะท้อนผลกระทบที่แท้จริง

2. ควรสร้างต้นแบบระบบสุขภาพอำเภอวิถีใหม่ ที่บูรณาการจุดแข็งด้านงบประมาณของท้องถิ่นเข้ากับมาตรฐานวิชาการของสาธารณสุขให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่งจากบุคลากรโรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านม่วง และสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร ตลอดจนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์

- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations: A synthesis of the research*. Prentice-Hall.
- Panyarat, T. (2022). *Development of the district quality of life development committee model in Kalasin Province*. (Master's thesis). Mahasarakham University.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). Free Press.
- Singkhom, O., Chan-O-Wath, S., & Thammapanyawat, B. (2023). Effectiveness of sub-district health promoting hospitals after transferring to provincial administrative organization in Maha Sarakham Province. *Mahasarakham Hospital Journal*, 20(2), 154-166.
- Sriratanaban, J., et al. (2023). *Health impact assessment of the transfer of sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations*. Health Systems Research Institute.
- Srisamai, T., & Prasertchai, A. (2022). Factors affecting the operation of district health system in Na Thawi District, Songkhla Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 4(2), 1-14.
- The Coverage. (2024, October 5). *Health system intelligence unit analysis for 2024*. <https://www.thecoverage.info>
- United Nations. (1981). *Popular participation as a strategy for promoting community level action and national development*. United Nations.
- Within3. (2025). *4 challenges in decentralization of health services*. <https://within3.com/blog/challenges-in-decentralized-health-care>
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. WHO Press.
- World Health Organization. (2019). *Decentralization in health*. <https://www.who.int/health-laws/topics/governance-decentralisation/en/>

