

DOI: 10.14456/phdssj.2026.24

Received:	June	12, 2025
Revised:	September	16, 2025
Accepted:	November	17, 2025

การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 4

ประจวบ แสงดาว¹ ชัยนันท์ ปู่แก้ว² พรไพลิน พรมวาท³ พชร คุ้มโนนน้อย⁴

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาเมืองสุขภาพดีในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (2) พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาเมืองสุขภาพดี และ (3) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบดังกล่าว การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (R&D) 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานจากกลุ่มตัวอย่าง 78 คนใน 6 องค์กร ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนาเครือข่าย โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คนตรวจสอบความเหมาะสม ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบกับผู้เข้าร่วม 90 คนจาก 30 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระยะที่ 4 ประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์เมืองสุขภาพดี เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และแบบประเมิน

ผลการวิจัย พบว่า อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ การขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ความไม่ต่อเนื่องของนโยบาย ข้อจำกัดด้านงบประมาณ และการมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ทั่วถึง รูปแบบเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ การสร้างความตระหนัก การกำหนดโครงสร้างเครือข่าย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การบูรณาการทรัพยากร การติดตามประเมินผล การสร้างแรงจูงใจ การสื่อสาร และการขยายการอบรม หลังการทดลองใช้ อัตราการผ่านเกณฑ์เมืองสุขภาพดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.0 เป็นร้อยละ 66.7 ระดับความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สรุปได้ว่า รูปแบบเครือข่ายดังกล่าวสามารถนำไปขยายผลและใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาเมืองสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: เมืองสุขภาพดี; เครือข่ายความร่วมมือ; องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเภทบทความ: บทความวิจัย

¹ กลุ่มพัฒนานามยสิ่งแวดลอม ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

เลขที่ 1 หมู่ 11 ตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี 18130, ประเทศไทย

ผู้รับผิดชอบบทความ อีเมล: mohtoy2@gmail.com

^{2,3,4} กลุ่มพัฒนานามยสิ่งแวดลอม ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

Development of a Collaborative Network Model to Develop a Healthy City in Local Government Organizations in Health Region 4

Prachuab Seangdao¹ Chachanun Pookeaw² Pornpirin Promwat³ Patcharee Kumnonoi⁴

Abstract

This research article aimed to (1) analyze problems and obstacles in developing Healthy Cities within local government organizations, (2) develop and implement a collaborative network model for Healthy City development, and (3) evaluate the outcomes of the model. A Research and Development (R&D) design was employed in four phases. Phase 1 studied the current situation and analyzed baseline data with 78 participants from six organizations. Phase 2 involved designing and validating the model with five experts. Phase 3 piloted the model with 90 participants from 30 local government organizations. Phase 4 evaluated outcomes using Healthy City assessment criteria. Instruments included in-depth interviews, questionnaires, and the Healthy City assessment form.

Findings revealed major obstacles such as lack of inter-agency integration, policy discontinuity, limited budget, and insufficient public participation. The developed model consisted of eight components: raising awareness, defining network structure, knowledge exchange, resource integration, monitoring and evaluation, motivational mechanisms, communication, and capacity building. After implementation, the proportion of organizations meeting Healthy City standards increased from 5.0% to 66.7%. Public satisfaction and participation levels also improved significantly. In conclusion, the collaborative network model demonstrates strong potential for replication in other areas and serves as a practical framework to guide sustainable Healthy City development.

Keywords: Healthy City; Collaborative Network; Local Government Organizations

Type of Article: Research Article

¹ Environmental Health Development Group, Health Center 4, Saraburi

1. Village No. 11, Ban Mo Subdistrict, Ban Mo District, Saraburi Province 18130, Thailand

Corresponding Author Email: mohtoy2@gmail.com

^{2,3,4} Environmental Health Development Group, Health Center 4, Saraburi

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน เมืองในประเทศไทยเผชิญกับความท้าทายด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อน จากการขยายตัวของเมืองและเศรษฐกิจที่รวดเร็ว ขณะที่โครงสร้างพื้นฐานและระบบบริการสาธารณะยังไม่สามารถรองรับได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดปัญหามลพิษทางอากาศ การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Alleyne et al., 2014; Yiengprugsawan et al., 2017) ข้อมูลจากกรมควบคุมมลพิษชี้ว่าฝุ่นละออง PM2.5 เป็นปัญหาสำคัญในเขตเมืองใหญ่ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมมลพิษ, 2566) ขณะที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO), 2016) ระบุว่า การพัฒนาเมืองสุขภาพดี (healthy city) เป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิต โดยบูรณาการสุขภาพเข้ากับนโยบายเมืองและการพัฒนาอย่างยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนเมืองสุขภาพดีในประเทศไทยยังประสบข้อจำกัดหลายด้าน เช่น การขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ความไม่ต่อเนื่องของนโยบาย ข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากร (Iamtrakul & Chayphong, 2023) รายงานกรมอนามัยระบุว่า ในปี 2566 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 4 เพียงร้อยละ 5 ที่ผ่านเกณฑ์เมืองสุขภาพดี สะท้อนว่าวิธีดำเนินงานเดิมยังไม่เพียงพอ (กรมอนามัย, 2566) ขณะเดียวกัน งานวิจัยในประเทศกำลังพัฒนาและภูมิภาคอาเซียนก็พบอุปสรรคคล้ายกัน เช่น การขาดตัวชี้วัดที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนจำกัด และความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงทรัพยากรเมือง (Bai et al., 2012; Rydin et al., 2012; World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 2021)

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาและทดลองใช้ “รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือ” เพื่อแก้ไขอุปสรรคดังกล่าว โดยอิงแนวคิดการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างองค์กรและชุมชน (Green & Kreuter, 2019) และบทเรียนจากต่างประเทศที่ยืนยันว่าเครือข่ายภาคีเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเมืองสุขภาพดีอย่างยั่งยืน (วานิดา กองแก้ว, 2563; De Leeuw & Simos, 2017) คาดหวังว่าผลการวิจัยจะนำไปสู่การสร้างต้นแบบการทำงานที่เป็นระบบ และประยุกต์ใช้ได้จริงในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและสร้างความยั่งยืนของเมืองสุขภาพดีในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาเมืองสุขภาพดีในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาเมืองสุขภาพดี
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือที่พัฒนาขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหาและตัวแปร คือ การพัฒนาเมืองสุขภาพดี โดยใช้รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย (1) การศึกษาสถานการณ์และการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน กระบวนการสร้างเครือข่ายในการพัฒนาเมืองสุขภาพดี และ กระบวนการสร้างความร่วมมือในการพัฒนาเมืองสุขภาพดี (2) การออกแบบและพัฒนาแนวทางเบื้องต้น (3) การทดลองใช้และปรับปรุง (4) การประเมินผลและการนำไปใช้จริง และ (5) ประเมินผลรูปแบบ

2. ขอบเขตด้านประชากรและตัวอย่าง คือ ประชากรคณะกรรมการพัฒนาเมืองสุขภาพดี ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วย นายกเทศมนตรี ปลัด ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ใน สำนัก/กองสาธารณสุข พื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่สมัครเข้าร่วมการพัฒนาเมืองสุขภาพดี ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 9 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะทำงานเมืองสุขภาพดี ที่ได้สมัครร่วมดำเนินการพัฒนาเมืองสุขภาพดี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินเมืองสุขภาพดี ในปี พ.ศ. 2566 ในระดับดีมาก (ทอง) และ ระดับดี (เงิน) จำนวน 6 แห่ง โดยเป็น อบท. มีคะแนนการประเมินสูงที่สุด ได้แก่ เทศบาลนครปากเกร็ด เทศบาลนครนนทบุรี เทศบาลตำบลเสาธงหิน เทศบาลเมืองบึงยี่โถ เทศบาลเมืองสระบุรี อบต. สาริกา ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วย นายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยต้องเป็นผู้ที่ดำเนินงานขับเคลื่อนเมืองสุขภาพดี แห่งละจำนวน 3 คน รวม จำนวน 18 คน และ (2) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานใน สำนัก/กองสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยต้องเป็นผู้ที่ดำเนินงานขับเคลื่อนเมืองสุขภาพดี จำนวน 10 คน/แห่ง รวม จำนวน 60 คน

ตัวอย่างในพื้นที่ทดลอง เป็นคณะทำงานเมืองสุขภาพดี ที่สมัครร่วมการพัฒนาเมืองสุขภาพดี ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 30 แห่ง รวมจำนวน 90 คน ได้แก่ (1) นายกเทศมนตรี ปลัด ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข จำนวน 30 คน (2) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ในสำนัก/กองสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน/แห่ง รวมจำนวน 60 คน

3. ขอบเขตด้านพื้นที่ในการศึกษา ครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ นครนายก นนทบุรี ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี และอ่างทอง

4. ขอบเขตด้านระยะเวลาในการศึกษา ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือน ธันวาคม 2567

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือที่สามารถประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบในการขับเคลื่อนการพัฒนาเมืองสุขภาพดีอย่างเป็นระบบ โดยมีองค์ประกอบที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นได้อย่างเหมาะสม

2. เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย แผนกลยุทธ์ และแนวทางการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาเมืองสุขภาพดีอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง

3. รูปแบบเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นส่งเสริมการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการบูรณาการทรัพยากร การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน และการสร้างช่องทางสำหรับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน

4. การดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดการพัฒนาในด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน อย่างเป็นรูปธรรม มีการเพิ่มขึ้นของระดับความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของประชาชน ตลอดจนลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ซึ่งล้วนส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาว

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเมืองสุขภาพดี (healthy city concept)

ในขณะที่ World Health Organization Regional Office for South-East Asia (2021) ระบุว่า เมืองที่สนับสนุนสุขภาพของประชาชนจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการมิติทางกายภาพ สังคม และเศรษฐกิจเข้าด้วยกัน โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการกำหนดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับ Rasanathan (2021) ที่ชี้ว่า การพัฒนาเมืองสุขภาพดีให้เกิดความยั่งยืนจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทั้งในระดับนโยบายและระดับชุมชน ควบคู่ไปกับการสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ สำหรับบริบทของประเทศไทยและภูมิภาคอาเซียน รวมถึงวานิดา กองแก้ว (2563) พบว่า การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการพัฒนาเมือง และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสุขภาพดี นอกจากนี้ WHO Regional Office for South-East Asia (2021) ยังรายงานว่า เครือข่ายชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันโรค การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่เมือง เมื่อพิจารณาร่วมกัน จะเห็นได้ว่า ทั้งการศึกษาในระดับนานาชาติและระดับภูมิภาคต่างสะท้อนความสำคัญของการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเมืองสุขภาพดี โดยแนวคิดระดับสากลให้กรอบการดำเนินงานด้านนโยบายและการอภิบาลเพื่อสุขภาพ ขณะที่งานวิจัยในบริบทไทยและอาเซียนชี้ให้เห็นบทบาทของเครือข่ายชุมชนและภาคีท้องถิ่นในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องและการสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างแนวคิดระดับสากลกับบริบทการพัฒนาในระดับพื้นที่

ทฤษฎีการบริหารเชิงกลยุทธ์ (strategic management theory)

ในขณะที่ Bryson (2018) ทฤษฎีนี้ถูกนำมาใช้ในการกำหนดทิศทางและวางแผนกลยุทธ์ขององค์กร โดยเฉพาะการบริหารโครงการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเมืองสุขภาพดี การบริหารเชิงกลยุทธ์ช่วยให้หน่วยงานสามารถวางแผน กำกับดูแล และติดตามผลได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนาเมืองสุขภาพดีมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพและสามารถรับมือกับความท้าทายในการบริหารเมืองได้อย่างเหมาะสม

ทฤษฎีและแนวคิดด้านเครือข่ายและความร่วมมือ

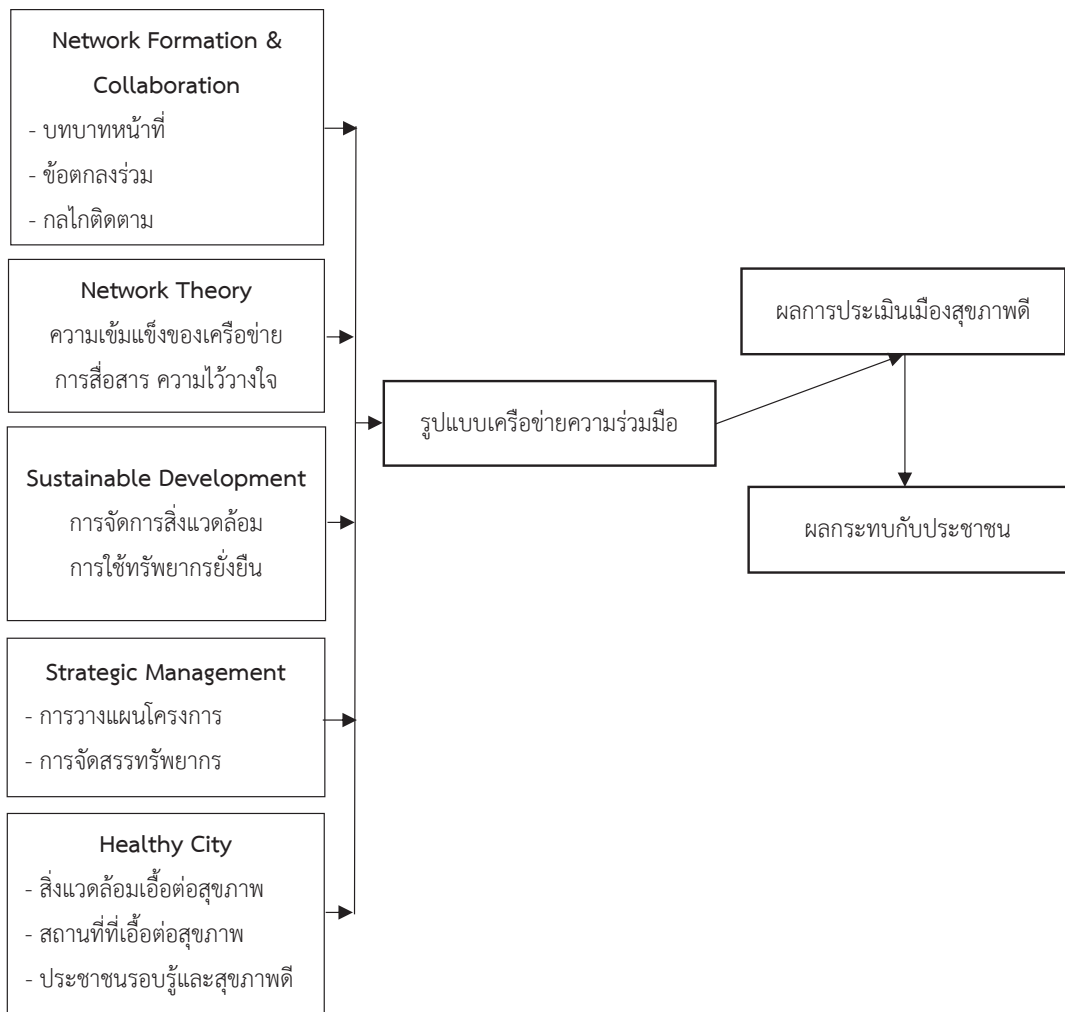
แนวคิดด้านเครือข่ายและความร่วมมือของ Provan and Kenis (2008) ให้ความสำคัญกับโครงสร้างเครือข่ายและการกำกับดูแล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร ในขณะที่ Kilduff and Tsai (2003) เน้นมุมมองเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและองค์กร (social structure) ที่ส่งผลต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลและทรัพยากร ส่วน Gray (1999); O'Leary and Bingham (2009) ขยายแนวคิดไปสู่ กระบวนการสร้างความร่วมมือ (collaboration process) ที่ต้องมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน ข้อตกลงร่วม และกลไกติดตามผล นอกจากนี้ Kilduff and Tsai (2003); Provan and Kenis (2008) มีจุดร่วมที่เน้นความสำคัญของโครงสร้างและความเชื่อมโยงภายในเครือข่าย แต่แตกต่างกันที่ Provan and Kenis เน้นมุมมององค์กรและ governance structure ส่วน Kilduff and Tsai เน้นความสัมพันธ์เชิงสังคมระหว่างบุคคลในเครือข่าย รวมถึง Gray (1999); O'Leary and Bingham (2009) เน้นกระบวนการสร้างความร่วมมือและการจัดการ ความขัดแย้ง

ซึ่งเป็น complement กับมุมมองโครงสร้างของ Kilduff and Tsai (2003); Provan and Kenis (2008) ทำให้เห็นว่าการสร้างเครือข่ายเพื่อพัฒนาเมืองสุขภาพดีต้องรวมทั้ง โครงสร้างเครือข่ายและกระบวนการร่วมมือในบริบทไทยงานของ เบญจมาศ เมืองเกษม (2564) พบว่า โครงสร้างเครือข่ายที่ชัดเจนและยืดหยุ่นเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาเมืองสุขภาพดี ขณะที่ วานิดา กองแก้ว (2563) ยืนยันว่าการสร้างความสัมพันธ์เชิงเชื่อถือนั้น และพื้นที่มีส่วนร่วมของประชาชนทำให้การขับเคลื่อนโครงการมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ Bai et al. (2012); Rydin et al. (2012) พบว่า ความท้าทายในการพัฒนาเมืองสุขภาพดีคือความซับซ้อนของปัญหาเมืองและการขาดการบูรณาการนโยบาย ขณะที่ De Leeuw and Simos (2017) ชี้ว่า “healthy city” ต้องการกระบวนการทำงานแบบเครือข่ายที่มีภาคส่วนต่าง ๆ มีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ ในประเทศไทย lamtrakul and Chayphong (2023) รายงานว่าอุปสรรคหลักของการดำเนินงานเมืองสุขภาพดี คือ ขาดจำกัดด้านบุคลากร งบประมาณ และความไม่ต่อเนื่องของนโยบาย ขณะที่ วานิดา กองแก้ว (2563) พบว่า การสร้างพันธมิตรหลายภาคส่วนช่วยเพิ่มพลังการขับเคลื่อนและความยั่งยืน

การสังเคราะห์และกรอบแนวความคิดที่ใช้สำหรับการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่าการพัฒนาเมืองสุขภาพดีต้องอาศัย การบูรณาการหลายภาคส่วน และการสร้างความร่วมมือระดับองค์กรและชุมชน (Gray, 1999; Kilduff & Tsai, 2003; O’Leary & Bingham, 2009; Provan & Kenis, 2008) การสร้างพื้นที่มีส่วนร่วมของประชาชน และการสร้างความเชื่อถือนั้นในเครือข่าย เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การพัฒนา มีผลลัพธ์เชิงบวกและยั่งยืน (วานิดา กองแก้ว, 2563; เบญจมาศ เมืองเกษม, 2564) การพัฒนาเมืองสุขภาพดีต้องสอดคล้องกับ หลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตและรักษาทรัพยากรสำหรับคนรุ่นต่อไป (UNDP, 2023; WHO, 2021)

กรอบแนวความคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาใช้ เครือข่ายความร่วมมือหลายภาคส่วน (multi-sectoral collaboration network) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนเมืองสุขภาพดี โดยผสมผสานทั้งมิติของโครงสร้างเครือข่าย การสร้างความร่วมมือ การมีส่วนร่วมของประชาชน และการพัฒนาอย่างยั่งยืน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงสุขภาพและความยั่งยืนของเมือง



ภาพ 1 กรอบแนวความคิดที่ใช้ในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ (1) การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน (2) การออกแบบและพัฒนาแนวทางเครือข่ายความร่วมมือ โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์แนวทาง และนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน (3) การทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบ ในคณะทำงานเมืองสุขภาพดีจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (4) การประเมินผลและการขยายผล โดยประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์เมืองสุขภาพดี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์และการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน (Research--R1 & Analysis--A1)

วิธีดำเนินการวิจัย

ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาเมืองสุขภาพดี โดยใช้ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

ประชากร ได้แก่ คณะทำงานการพัฒนาเมืองสุขภาพดี ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี ปลัด ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ในสำนัก/กองสาธารณสุข พื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่สมัครเข้าร่วมการพัฒนาเมืองสุขภาพดี ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 9 แห่ง

ตัวอย่าง คณะทำงานเมืองสุขภาพดี ที่ได้สมัครร่วมดำเนินการพัฒนาเมืองสุขภาพดี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินเมืองสุขภาพดี ในปี พ.ศ. 2566 ในระดับดีมาก (ทอง) และ ระดับดี (เงิน) จำนวน 6 แห่ง เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) (วิชาฯ ภูจินดา, 2560) โดยเป็น อปท. มีคะแนนการประเมินสูงที่สุด ได้แก่ เทศบาลนครปากเกร็ด เทศบาลนครนนทบุรี เทศบาลตำบลเสาธงหิน เทศบาลเมืองบึงยี่โถ เทศบาลเมืองสระบุรี อบต. สาริกา ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยต้องเป็นผู้ที่ดำเนินงานขับเคลื่อนเมืองสุขภาพดี แห่งละ จำนวน 3 คน รวมจำนวน 18 คน และ (2) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ในสำนัก/กองสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยต้องเป็นผู้ที่ดำเนินงานขับเคลื่อนเมืองสุขภาพดี จำนวน 10 คน/แห่ง รวม จำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง จำนวน 6 ข้อ และแบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และสภาพปัญหาในการพัฒนาเมืองสุขภาพดี จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการสร้างเครือข่าย จำนวน 20 ข้อ เป็นชนิดเลือกตอบ (multi choices) มี 5 ตัวเลือก ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความร่วมมือของคณะกรรมการ จำนวน 25 ข้อ เป็นชนิดเลือกตอบ (multi choices) มี 5 ตัวเลือก เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบลิเคิร์ท (Likert' Scale Type) แบ่งเป็น 5 ระดับ (วิชาฯ ภูจินดา, 2560) โดยเกณฑ์แต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

- 5 หมายถึง ระดับความสำคัญอยู่ในระดับดีมาก
- 4 หมายถึง ระดับความสำคัญอยู่ในระดับดี
- 3 หมายถึง ระดับความสำคัญอยู่ในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง ระดับความสำคัญอยู่ในระดับน้อย
- 1 หมายถึง ระดับความสำคัญอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ทำวิจัยทำหนังสือจากผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งจำนวน 6 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล และ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้แก่ตัวอย่าง ทั้งนี้ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ซักถามจนเกิดความเข้าใจ จึงลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 10 นาที และสนทนากลุ่ม เป็นเวลา 30 นาที

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 2: การออกแบบและพัฒนาแนวทางเครือข่าย (Development--D1 & Design--D1)

วิธีดำเนินการวิจัย

นำผลจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์เป็นองค์ประกอบของรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดระบบเครือข่าย (network theory) จาก Provan and Kenis (2008) และกระบวนการสร้างความร่วมมือของ Gray (1999)

ประชากรและตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน จากหน่วยงานภาครัฐและวิชาการที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบร่างรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือ และแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ เป็นแบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบลิเคิร์ต (Likert' Scale Type) แบ่งเป็น 5 ระดับ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2551) โดยเกณฑ์แต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

5.00 หมายถึง ระดับความเหมาะสมอยู่ในระดับดีมาก

4.00-4.99 หมายถึง ระดับความเหมาะสมอยู่ในระดับดี

3.00-3.99 หมายถึง ระดับความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง

2.00-2.99 หมายถึง ระดับความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย

1.00-1.99 หมายถึงระดับความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ (expert review) สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการวิเคราะห์ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ด้วยค่าเฉลี่ยจากแบบสอบถาม

ระยะที่ 3: การทดลองใช้และปรับปรุง (Research--R2 & Development--D2)

วิธีดำเนินการวิจัย นำรูปแบบเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่จริง

ประชากรและตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (พื้นที่ทดลอง) ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ (1) เป็นคณะทำงานเมืองสุขภาพดี ที่สมัครร่วมการพัฒนาเมืองสุขภาพดี ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 30 แห่ง เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) (วิสาขา ภูจินดา, 2560) จำนวน 90 คน ได้แก่ (1) นายกเทศมนตรี ปลัด ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข จำนวน 30 คน และ (2) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ใน สำนัก/กองสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน/แห่ง รวมจำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบประเมินเมืองสุขภาพดี (healthy city assessment form) ของ กรมอนามัย (2567) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (healthy environments) (2) สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ (healthy settings) และ (3) ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี (healthy people) ประกอบด้วย 18 ประเด็น 22 ตัวชี้วัด ผลการประเมิน วัดระดับเมืองสุขภาพดี มี 3 ระดับ ได้แก่

ระดับทองแดง ผ่านตัวชี้วัด ระดับพื้นฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (16 ข้อ จาก 19 ข้อ)

ระดับเงิน ผ่านตัวชี้วัด ระดับดี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (16 ข้อ จาก 19 ข้อ)

ระดับทอง ผ่านตัวชี้วัด ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (18 ข้อ จาก 22 ข้อ)

2. แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบ เป็นแบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบลิเคิร์ต (Likert' Scale Type) แบ่งเป็น 5 ระดับ (บุญธรรม กิจปรีดาภิรตฺ, 2551) โดยเกณฑ์แต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

- 5.00 หมายถึง ระดับความเหมาะสมอยู่ในระดับดีมาก
- 4.00-4.99 หมายถึง ระดับความเหมาะสมอยู่ในระดับดี
- 3.00-3.99 หมายถึง ระดับความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง
- 2.00-2.99 หมายถึง ระดับความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย
- 1.00-1.99 หมายถึง ระดับความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล (1) ผู้ทำวิจัยทำหนังสือจากผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และ นายกองค์รปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 30 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล และ (2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ซักถามจนเกิด ความเข้าใจ จึงลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยนัดวันเวลา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เป็นเวลา 30 นาที

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาและอัตราการผ่านเกณฑ์เมืองสุขภาพดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในระดับ "ทอง" "เงิน" และ "ทองแดง"

ระยะที่ 4: การประเมินผลและการขยายผล (Evaluation: E & Implementation: I)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประเมินผลลัพธ์ของการนำรูปแบบไปใช้จริงในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพร้อมวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการขยายผลสู่พื้นที่อื่น

ประชากรและตัวอย่าง ใช้ตัวอย่างเดิมจากระยะที่ 3 โดยเน้นการติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่การสร้างเครื่องมือ ใช้แบบประเมินตามเกณฑ์เมืองสุขภาพดีของกรมอนามัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ติดตามผลหลังการใช้รูปแบบผ่านการรายงานผลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินงานในด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และระดับความพึงพอใจ

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. **ผลการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา** พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ต่อการพัฒนาเมืองสุขภาพดี ได้แก่ การขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ความไม่สอดคล้องของนโยบาย ส่งผลให้ท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้องจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากร ทำให้โครงการขาดความยั่งยืน และ การมีส่วนร่วมของประชาชนที่จำกัด เนื่องจากขาดช่องทางและกลไกที่เอื้อต่อการเข้ามามีส่วนร่วม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การสนับสนุนจากบุคลากรในระดับต่างๆ โดยเฉพาะผู้นำท้องถิ่นที่มีบทบาท

สำคัญการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เช่น ภาครัฐ เอกชน และชุมชน และการใช้เทคโนโลยีในการพัฒนาเมืองสุขภาพดี เช่น ระบบติดตามข้อมูลสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

2. ผลการออกแบบและพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือ

ผลการพัฒนา จากการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 ได้นำไปสู่การออกแบบ “รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาเมืองสุขภาพดี” ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

2.1 การสร้างความตระหนักและประสานเครือข่าย ประกอบด้วย การส่งเสริมความเข้าใจในแนวคิดเมืองสุขภาพดีแก่ภาคส่วนต่าง ๆ

2.2 การกำหนดโครงสร้างเครือข่ายที่ชัดเจน ประกอบด้วย ระบุบทบาทของภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนในการพัฒนาเมืองสุขภาพดี

2.3 การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกอบรมบุคลากรในท้องถิ่น

2.4 การบูรณาการทรัพยากรและงบประมาณ ประกอบด้วย ส่งเสริมการระดมทรัพยากรจากภาครัฐ และเอกชนเพื่อความยั่งยืน

2.5 การติดตามและประเมินผล ประกอบด้วย การใช้ตัวชี้วัดเพื่อประเมินความก้าวหน้าและปรับปรุงการดำเนินงาน

3. ผลการทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบ พบว่า รูปแบบเครือข่ายไปทดลองใช้ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 30 แห่ง โดยดำเนินการตามแนวทางที่ออกแบบไว้ พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 เนื่องจากการจัดกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมที่เป็นระบบ อัตราการผ่านเกณฑ์เมืองสุขภาพดี (healthy city) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 66.67 เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้าที่อยู่ที่ร้อยละ 5 ระดับความพึงพอใจของประชาชนเพิ่มขึ้นจากคะแนนเฉลี่ย 3.8 เป็น 4.4 จากคะแนนเต็ม 5 ตัวชี้วัดด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เช่น อัตราการเกิดโรคจากมลพิษลดลง การปรับปรุงรูปแบบหลังการทดลองใช้ เพิ่มกลไกสร้างแรงจูงใจ เช่น การให้รางวัลแก่เครือข่ายที่มีผลงานดี พัฒนาช่องทาง การสื่อสารภายในเครือข่าย เช่น กลุ่ม Line/Facebook เพื่อให้การส่งข้อมูลเร็วขึ้น และขยายการฝึกอบรมให้ครอบคลุม โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็ก เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึง โดยรูปแบบการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการพัฒนาเมืองสุขภาพดี ประกอบด้วย (1) การสร้างความตระหนักและประสานงาน โดยสร้างความเข้าใจในประเด็นสุขภาพเมือง และเชื่อมโยงภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน (2) การกำหนดโครงสร้างเครือข่าย โดยระบุบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน และจัดตั้งกลไกบริหารจัดการที่ชัดเจน (3) การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการพัฒนาศักยภาพสมาชิกเครือข่าย ใช้เวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (4) การบูรณาการทรัพยากรและงบประมาณที่เหมาะสม (5) การติดตามและประเมินผล กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาโครงการ (6) เพิ่มกลไกสร้างแรงจูงใจ เช่น การให้รางวัลแก่เครือข่ายที่มีผลงานดี (7) ปรับปรุงช่องทางการสื่อสารในเครือข่าย เช่น ใช้แอปพลิเคชันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานร่วมกัน และ (8) ขยายการอบรมไปยังองค์กรขนาดเล็ก เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างทั่วถึง

4. ผลการประเมินผลและขยายผล เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายความร่วมมือและเสนอกลยุทธ์สำหรับการขยายผล ผลการประเมิน โดยใช้ตัวชี้วัดมาตรฐาน Healthy City พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 20 แห่งได้รับระดับ “ทอง” คิดเป็นร้อยละ 66.67 และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน

7 แห่ง ได้รับระดับ “เงิน” คิดเป็นร้อยละ 23.33 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 แห่ง ได้รับระดับ “ทองแดง” คิดเป็นร้อยละ 10.00

การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ (1) การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน (2) การออกแบบและพัฒนา (3) การทดลองใช้และปรับปรุง และ (4) การประเมินผลและขยายผล สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน กับการพัฒนาเมืองสุขภาพดี

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า อุปสรรคหลักในการพัฒนาเมืองสุขภาพดี ในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ การขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง นโยบายที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้การพัฒนาขาดความสม่ำเสมอ ข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากร ทำให้ขาดแคลนทรัพยากร ในการดำเนินโครงการการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ยังไม่ทั่วถึง ส่งผลให้โครงการขาดความเข้มแข็งจากฐานราก การค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ ชูลีร์ตัน เจริญพร (2560) ที่ระบุว่า การพัฒนาเมืองสุขภาพดีต้องอาศัยการบูรณาการหลายภาคส่วน และต้องมีการสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของชุมชนในการมีส่วนร่วมและการบริหารจัดการภาครัฐและการขาดความต่อเนื่องของนโยบาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Betancourt et al. (2020) ที่ระบุว่า การพัฒนาเมืองสุขภาพดีต้องอาศัยการบูรณาการจากหลายภาคส่วน

2. รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาเมืองสุขภาพดี

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถสังเคราะห์เป็น “รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาเมืองสุขภาพดี” โดยประกอบด้วย 8 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) การสร้างความตระหนักรู้และการบูรณาการความร่วมมือ (2) โครงสร้างเครือข่ายที่ชัดเจน (3) บทบาทหน้าที่ของภาครัฐ เอกชน และประชาชน (4) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (5) การบูรณาการทรัพยากรและงบประมาณ (6) การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ (7) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และ (8) การสร้างแรงจูงใจและการยอมรับในชุมชน องค์ประกอบเหล่านี้ถือเป็น กลไกสำคัญ ที่ช่วยยกระดับประสิทธิภาพของการดำเนินงาน โดยเฉพาะการมี “โครงสร้างเครือข่ายที่ชัดเจน” และ “การสร้างพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วม” ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่พบในระยะต้น การออกแบบดังกล่าวสอดคล้องกับ เบญจมาศ เมืองเกษม (2564) ที่เสนอว่าเครือข่ายเพื่อพัฒนาเมืองสุขภาพดีต้องมีทั้งความชัดเจนและความยืดหยุ่น และสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังชุมชนของ Green and Kreuter (2019)

3. ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือที่พัฒนาขึ้น

ผลการทดลองใช้รูปแบบในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 30 แห่ง พบว่า อัตราการผ่านเกณฑ์เมืองสุขภาพดีเพิ่มจากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 66.67 การมีส่วนร่วมของประชาชนเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 ความพึงพอใจของประชาชนเพิ่มจากคะแนนเฉลี่ย 3.8 เป็น 4.4 และตัวชี้วัดสุขภาพ เช่น อัตราการเกิดโรคจากมลพิษ มีแนวโน้มลดลง การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกเหล่านี้เกิดจาก กลไกของ 8 องค์ประกอบ โดยเฉพาะการบูรณาการทรัพยากร การสร้างแรงจูงใจ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ลดปัญหาการขาดงบประมาณและบุคลากร และสร้างการยอมรับจากประชาชน เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่คล้ายกัน เช่น

วานิดา กองแก้ว (2563) ที่ศึกษา “Healthy City” ในบริบทชุมชนชนบทของไทย พบว่า การสร้างพื้นที่การมีส่วนร่วม และการบูรณาการบทบาทของหลายภาคส่วนทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ (ownership) ต่อโครงการ และนำไปสู่ความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษาค้นคว้าของ van der Weert et al. (2022) พบว่า โครงการเมืองสุขภาพที่ดีที่ขับเคลื่อนด้วยการบูรณาการเครือข่ายสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันโรคในชุมชนได้ แต่การศึกษาค้นคว้านี้มี ความใหม่ ตรงที่ได้พัฒนา “รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือที่เป็นระบบ” พร้อมกลไกการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน ซึ่งยังไม่ค่อยปรากฏในงานวิจัยก่อนหน้านี้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงทฤษฎี

1.1 ผลการวิจัยสนับสนุนความสำคัญของแนวคิดระบบเครือข่าย (network theory) ของ Provan and Kenis (2008) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การมีโครงสร้างเครือข่ายที่ชัดเจน และการกำหนดบทบาทของภาคส่วนต่าง ๆ อย่างเหมาะสม จะช่วยให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพสูงสุด งานวิจัยนี้จึงสามารถเป็นกรณีศึกษาเพื่อยืนยันความถูกต้องของแนวคิดดังกล่าวในบริบทของการพัฒนาเมืองสุขภาพดี

1.2 กระบวนการพัฒนาเมืองสุขภาพดีที่ประสบผลสำเร็จตามผลการวิจัย สามารถนำมาใช้ในการขยายขอบเขตของแนวคิดการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ (strategic management) ตาม Bryson (2018) โดยชี้ให้เห็นว่าการวางแผน การติดตามผล และการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน สามารถส่งผลเชิงบวกได้จริง

1.3 การบูรณาการแนวคิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน (sustainable development) เข้ากับกระบวนการสร้างเครือข่ายในระดับท้องถิ่น เป็นข้อเสนอใหม่ที่ควรส่งเสริมให้มีการศึกษาและทดสอบในงานวิจัยเชิงทฤษฎีเพิ่มเติม เพื่อพัฒนากรอบแนวคิดด้าน “การจัดการความร่วมมือเชิงพื้นที่เพื่อการพัฒนาเมือง”

2. ข้อเสนอแนะเชิงการนำไปใช้ประโยชน์

2.1 รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือที่พัฒนาขึ้นควรถูกนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่มีลักษณะทางบริบทคล้ายคลึงกัน เพื่อยกระดับประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.2 หน่วยงานด้านสาธารณสุข และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ควรนำองค์ประกอบของรูปแบบเครือข่ายที่ได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสมระดับดีมาก ไปพัฒนาเป็น แนวทางหรือคู่มือปฏิบัติ (guideline) สำหรับใช้เป็นมาตรฐานกลางในการดำเนินโครงการเมืองสุขภาพดีในระดับประเทศ

2.3 ภาควิชาการและมหาวิทยาลัยสามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นกรณีศึกษาในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชน การบริหารท้องถิ่น หรือสาธารณสุขเชิงพื้นที่ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้จากภาคสนามและการประยุกต์ใช้แนวคิดเชิงบูรณาการในบริบทจริง

2.4 ควรพัฒนากลไกติดตามและประเมินผลที่ต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อตรวจสอบความยั่งยืนของผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบ และเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลสนับสนุนการกำหนดนโยบายในอนาคต

References

- กรมควบคุมมลพิษ. (2566). รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2566. https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2024/06/pcdnew-2024-06-21_06-42-54_474054.pdf
- กรมอนามัย. (2566). รายงานประจำปี 2566 กรมอนามัย. เอ็นซีคอนเซ็ปต์. https://library.anamai.moph.go.th/mmi/Main/cvr/000/004/686/3/240426-105031-20278_2566.pdf
- กรมอนามัย. (2567). เกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพ พ.ศ. 2567. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. <https://rim.go.th/editor5/source/1/4/3/4.pdf>
- ชูลีรัตน์ เจริญพร. (2560). “เมืองน่าอยู่”: แนวคิดเพื่อการพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วมกรณีศึกษาชุมชนหลักหก ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 11 (ฉบับพิเศษ), 30-45.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2551). ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ = *Social sciences research methodology* (พิมพ์ครั้งที่ 10). จามจุรีโปรดักท์.
- ทศพล เมืองอินทร์. (2569). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการและการวิจัยสหวิทยาการ, 6(1), e289469.
- เบญจมาศ เมืองเกษม. (2564). รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารจิตวิทยาพุทธศาสตร์ประยุกต์เพื่อสังคม, 7(1), 239-254.
- วานิดา กองแก้ว. (2563). การพัฒนาเมืองที่ยั่งยืน: กรณีศึกษาบทเรียนที่ประสบความสำเร็จจากตำบลเกาะข่า จังหวัดลำปาง. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
- วิสาชา ภูจินดา. (2560). การวิจัยทางสังคมศาสตร์และสิ่งแวดล้อม (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Alleyne, G., Binagwaho, A., Haines, A., Jahan, S., Nugent, R., Rojhani, A., & Stuckler, D. (2013). Embedding non-communicable diseases in the post-2015 development agenda. *The Lancet*, 381(9866), 566-574.
- Bai, X., Nath, I., Capon, A., Hasan, N., & Jaron, D. (2012). Health and wellbeing in the changing urban environment: complex challenges, scientific responses, and the way forward. *Current opinion in environmental sustainability*, 4(4), 465-472.
- Betancourt, T. S., Keegan, K., Farrar, J., & Brennan, R. T. (2020). The intergenerational impact of war on mental health and psychosocial wellbeing: lessons from the longitudinal study of war-affected youth in Sierra Leone. *Conflict and health*, 14(1), 1-8.
- Bryson, J. M. (2018). *Strategic planning for public and nonprofit organizations: A guide to strengthening and sustaining organizational achievement*. John Wiley & Sons.

- De Leeuw, E., & Simos, J. (Eds.). (2017). *Healthy cities: the theory, policy, and practice of value-based urban planning*. Springer.
- Gray, B. (1999). *Collaborating: Finding common ground for multiparty problems*. Jossey Bass.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (Vol. 4). McGraw-Hill.
- Iamtrakul, P., & Chayphong, S. (2023). Factors affecting the development of a healthy city in suburban areas, Thailand. *Journal of Urban Management*, 12(3), 208-220.
- Kilduff, M., & Tsai, W. (2003). *Social networks and organizations*. SAGE.
- O'Leary, R., & Bingham, L. B. (Eds.). (2009). *The collaborative public manager: New ideas for the twenty-first century*. Georgetown University Press.
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory*, 18(2), 229-252.
- Rasanathan, K. (2021). Global health and its discontents. *The Lancet*, 397(10284), 1543-1544.
- Rydin, Y., Bleahu, A., Davies, M., Dávila, J. D., Friel, S., De Grandis, G., ... Wiseman, J. (2012). Shaping cities for health: Complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *The Lancet*, 379(9831), 2079-2108.
- United Nations Development Programme (UNDP). (2023). *SDG guidebook for Thai listed companies*. <https://www.undp.org/thailand/publications/sdg-guidebook-thai-listed-companies>
- van der Weert, G., Burzynska, K., & Knoben, J. (2022). An integrative perspective on interorganizational multilevel healthcare networks: A systematic literature review. *BMC health services research*, 22(1), 923.
- World Health Organization (WHO). (2016). *Global report on urban health: Equitable, healthier cities for sustainable development*. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565271>
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2021). *Healthy cities: World Health Organization Regional Office for South-East Asia*. <https://www.who.int/southeastasia/activities/healthy-cities>
- Yiengprugsawan, V., Healy, J., Kendig, H., Neelamegam, M., Karunapema, P., & Kasemsup, V. (2017). Reorienting health services to people with chronic health conditions: diabetes and stroke services in Malaysia, Sri Lanka and Thailand. *Health Systems & Reform*, 3(3), 171-181.