

ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1
กรณีศึกษา : ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปงและชุมชนบ้านปง 3

ต.อินทขิล อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Collaboration between Public Sector and Community in Coping with COVID-19
Pandemic in Phase 1 Case Study : Collaboration between Ban Pong Tambol Health
Promoting Hospital and Ban Pong 3 Community, Inthakin Sub-district, Mae Taeng
District, Chiang Mai Province



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Public Administration in Public Administration

Department of Public Administration

FACULTY OF POLITICAL SCIENCE

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อสารนิพนธ์	ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 กรณีศึกษา : ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปงและชุมชนบ้านปง 3 ต.อินทขิล อ.แม่แตง จ. เชียงใหม่
โดย	นายเกรียงไกร เตชะวรางกุล
สาขาวิชา	รัฐประศาสนศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	อาจารย์ ดร.ชฎิล โจนานนท์

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สิริพรรณ นกสวน สวัสดิ์)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(อาจารย์ ดร.ชฎิล โจนานนท์)	
.....	กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กীরติ ชื่นพิทยาธร)	
.....	กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพงศ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา)	

เกรียงไกร เตชะวารงกุล : ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการรับมือกับการ
 แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 กรณีศึกษา : ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล
 ส่งเสริมสุขภาพพระตำบลดำบ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ต.อินทขิล อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่.
 (Collaboration between Public Sector and Community in Coping
 with COVID-19 Pandemic in Phase 1 Case Study : Collaboration between
 Ban Pong Tambol Health Promoting Hospital and Ban Pong 3
 Community, Inthakin Sub-district, Mae Taeng District, Chiang Mai Province)
 อ.ที่ปรึกษาหลัก : อ. ดร.ชฎิล โรจนานนท์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมี
 วัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือระหว่าง
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระตำบลดำบ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่
 ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 2) เพื่อศึกษารูปแบบ การก่อตัวและกระบวนการของ
 ความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.และชุมชน 3) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือฯ
 ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความร่วมมือ ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้ปัญหา
 ร่วมกัน ปัจจัยศักยภาพองค์การ ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ ปัจจัยผู้นำชุมชน และ
 ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม 2) การก่อตัวของความร่วมมือเกิดจากการรับรู้ปัญหา
 ร่วมกันว่าโรคโควิด-19 เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขโดยเร่งด่วน แต่ศักยภาพของ รพ.สต.และ
 ชุมชนไม่เพียงพอจึงต้องร่วมมือกัน โดยได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน บุคคลและ
 หน่วยงานต่าง ๆ บนพื้นฐานของความสัมพันธ์อันดีที่มีมานาน นอกจากนี้ยังพบว่า
 ความไว้วางใจและความสัมพันธ์แบบเครือญาติยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิด
 ความร่วมมือ 3) กระบวนการความร่วมมือ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ (1) การ
 เจรจา (2) การสร้างข้อตกลง (3) การดำเนินการ (4) การประเมินผล และ (5) การ
 เสริมแรง ซึ่งการเสริมแรงเป็นอีกหนึ่งกระบวนการที่การศึกษานี้ได้ค้นพบ 4) รูปแบบ
 ความร่วมมือ เป็นความร่วมมือแบบภาครัฐและประชาชนร่วมกันดำเนินการ 5) ปัญหา
 และอุปสรรคของความร่วมมือ ได้แก่ ขาดแคลนทรัพยากรในการป้องกันโรค สมาชิก
 ชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคทำให้เกิดความตื่นตระหนก และ
 ผู้นำชุมชนขาดอำนาจตามกฎหมายในการรับมือกับโรคระบาด

สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6280013524 : MAJOR PUBLIC ADMINISTRATION

KEYWORD: Collaboration, COVID-19 Pandemic, Ban Pong 3 community

Kriangkai Techawarangkun : Collaboration between Public Sector and Community in Coping with COVID-19 Pandemic in Phase 1 Case Study : Collaboration between Ban Pong Tambol Health Promoting Hospital and Ban Pong 3 Community, Inthakin Sub-district, Mae Taeng District, Chiang Mai Province. Advisor: CHADIN ROCHANANONDA, Ph.D.

This was a quantitative and qualitative research. Its objectives were 1) to study factors influencing the level of collaboration 2) to study pattern, formation and process of collaboration and 3) to study the problems of collaboration

The results showed that: 1) the factors influencing the level of collaboration included: perceived problem shared across agencies, Institutional capacity to mount collaboration, prior relationships, public support and community leaders. 2) the formation of collaboration was caused by perception of the problem shared by the hospital and the community that COVID-19 was a critical problem that need to be solved urgently. But the potential of both was not enough, so they had to work together. With support from community leaders, people and agencies on the basis of long-standing good relationships. In addition, trust and kindred relationship were the other factors that influence collaboration as well 3) the process of collaboration consisted of five steps: negotiation, commitment, implementation, assessment and reinforcement (which was found in this study) 4) the pattern of collaboration was citizen and agent mutual adjustment. And 5) the problems of collaboration included: the lack of resources, knowledge and understanding about disease prevention, community members' panic, and the lack of legal authority in coping with disease of community leader.

Field of Study: Public Administration

Student's Signature

Academic Year: 2020

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาจาก อาจารย์ ดร.ชฎิล โรจนานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้วิจัยที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย รวมถึงได้กรุณาสละเวลาช่วยแก้ไขเนื้อหาต่าง ๆ ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้น ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้นำชุมชนและคณะกรรมการชุมชนบ้านปง 3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสมาชิกชุมชนบ้านปง 3 ทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลในชุมชน ทำให้ผู้วิจัยได้ประสบการณ์ที่ประโยชน์ทั้งในด้านวิชาการและการทำงานร่วมกับชุมชน

ขอขอบคุณเจ้าอาวาสวัดบ้านปงที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของการช่วยเหลือเยียวยาด้านจิตใจแก่สมาชิกในชุมชนในช่วงที่เกิดการระบาดของโรคโควิด-19

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปงทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ทำให้ผู้วิจัยเห็นภาพรวมของการรับมือกับโรคโควิด-19 แบบรอบด้านมากขึ้น

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองเมืองแก่นพัฒนา ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการรับมือกับโรคโควิด-19 เพิ่มเติม ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้น

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณกลุ่มเพื่อนนิสิต กลุ่มอาจารย์ ดร.ชฎิล โรจนานนท์ ทุกคนที่ร่วมทำวิจัย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์มุมมองต่าง ๆ ร่วมกัน รวมถึงให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

เกรียงไกร เตชะวารงกุล

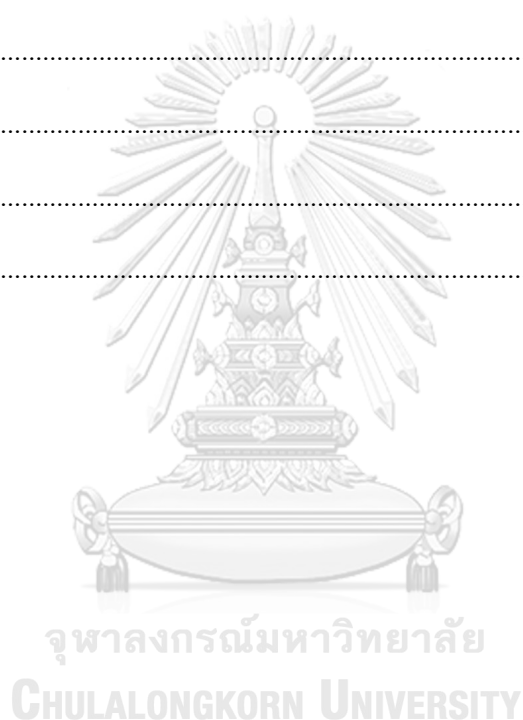
สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
สารบัญผนวก.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
1.3 คำถามการวิจัย.....	3
1.4 สมมติฐานการวิจัย	3
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	4
1.6 นิยามศัพท์	5
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม.....	7
2.1 แนวคิด.....	8
2.1.1 แนวคิดการบริการสาธารณะแนวใหม่ (New Public Service : NPS)	8
2.1.2 แนวคิดธรรมาภิบาล (Governance)	9
2.1.3 แนวคิดเครื่องมือเชิงนโยบาย (Policy Instruments).....	10
2.1.4 แนวคิดของการร่วมกันผลิต (Co-Production).....	12

2.1.5 แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือ (Collaboration).....	19
2.1.6 แนวคิดการจัดการภัยพิบัติโดยมีชุมชนเป็นฐาน.....	27
2.2 ทฤษฎี.....	28
2.2.1 ทฤษฎีระบบ (System Theory).....	28
2.2.2 ทฤษฎีการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย.....	29
2.2.3 ทฤษฎีการป้องกันและควบคุมโรค.....	30
2.2.4 ทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory).....	31
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	31
2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	38
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	41
3.1 รูปแบบการวิจัย	41
3.1.1 แนวทางการวิจัย.....	41
3.1.2 รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ.....	42
3.1.3 รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ.....	42
3.2 วิธีวิจัย.....	42
3.2.1 วิธีวิจัยเชิงปริมาณ.....	42
3.2.2 วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ	49
3.3 กำหนดการลงพื้นที่ภาคสนาม	57
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	58
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	58
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	58
ตอนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับชุมชน.....	60
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลการก่อตัวของกระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้าน ปัง และชุมชนบ้านปัง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1. 61	

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความเห็นที่มีต่อรูปแบบและกระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปาง และชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1	64
ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปาง และชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1	67
ตอนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปาง และชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 ..	73
4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....	74
ส่วนที่ 1 การก่อตัวของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1	74
ส่วนที่ 2 กระบวนการของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 ..	85
ส่วนที่ 3 รูปแบบความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1	100
ส่วนที่ 4 ปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1	102
4.3 สรุปความสอดคล้องระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ	106
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	110
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	110
5.2 การอภิปรายผลการวิจัย.....	113
5.2.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ	113
5.2.2 การก่อตัวของความร่วมมือ	114
5.2.3 กระบวนการของความร่วมมือ.....	118
5.2.4 รูปแบบของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน	120

5.2.5 การนำตัวแบบความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปงและ ชุมชนบ้านปง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 ไป ประยุกต์ใช้กับการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในอนาคต	120
5.3 ข้อเสนอแนะ	125
5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	125
5.3.2 ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ	127
5.3.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	128
5.4 บทส่งท้าย	129
บรรณานุกรม.....	131
ภาคผนวก.....	135
ประวัติผู้เขียน.....	150



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ประเภทของเครื่องมือเชิงนโยบาย.....	11
ตารางที่ 2.2 ความแตกต่างระหว่างการจัดบริการสาธารณะแบบเดิมและการร่วมกันผลิต.....	13
ตารางที่ 2.3 คุณลักษณะพื้นฐานของการร่วมกันผลิต (Co-production).....	14
ตารางที่ 2.4 สรุปประเภทของปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือ.....	22
ตารางที่ 3.1 ขนาดตัวอย่างของชั้นเพศ.....	44
ตารางที่ 3.2 ขนาดตัวอย่างของชั้นอาชีพ.....	44
ตารางที่ 3.3 เกณฑ์การให้คะแนน.....	46
ตารางที่ 3.4 สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน.....	49
ตารางที่ 3.5 หลักเกณฑ์การเลือกกรณีศึกษา.....	51
ตารางที่ 3.6 กลุ่มเป้าหมายในการสนทนากลุ่ม.....	53
ตารางที่ 3.7 กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์.....	55
ตารางที่ 3.8 กำหนดการลงพื้นที่ภาคสนาม.....	57
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	58
ตารางที่ 4.2 การรับรู้เกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับชุมชน.....	60
ตารางที่ 4.3 ความเห็นที่มีต่อการก่อตัวของความร่วมมือ.....	61
ตารางที่ 4.4 ความเห็นที่มีต่อกระบวนการของความร่วมมือ.....	65
ตารางที่ 4.5 ความเห็นที่มีต่อรูปแบบความร่วมมือ.....	66
ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความร่วมมือกับระดับของความร่วมมือ (การเจรจา).....	68
ตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความร่วมมือกับระดับของความร่วมมือ (การสร้างข้อตกลง).....	68

ตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความร่วมมือกับระดับของความร่วมมือ (การดำเนินการ).....	69
ตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความร่วมมือกับระดับของความร่วมมือ (การประเมินผล).....	70
ตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยประชากรศาสตร์กับระดับของความร่วมมือ (การเจรจา).....	71
ตารางที่ 4.11 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยประชากรศาสตร์กับระดับของความร่วมมือ (การสร้างข้อตกลง).....	71
ตารางที่ 4.12 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยประชากรศาสตร์กับระดับของความร่วมมือ (การดำเนินการ).....	72
ตารางที่ 4.13 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยประชากรศาสตร์กับระดับของความร่วมมือ (การประเมินผล).....	72
ตารางที่ 4.14 ผลการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือ.....	73
ตารางที่ 4.15 เปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านปงและสมาชิกในชุมชน บ้านปง3 (หลังจากพบผู้ติดเชื้อในชุมชน).....	76
ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบข้อจำกัดของ รพ.สต.บ้านปงและชุมชนบ้านปง 3	77
ตารางที่ 4.17 หน่วยงานภาครัฐ ชุมชนและเอกชนที่มีบทบาทในการรับมือกับการแพร่ระบาดของ ของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1.....	80
ตารางที่ 4.18 ความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยความไว้วางใจและความเห็นของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และสมาชิกในชุมชน	84
ตารางที่ 4.19 มาตรการในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1	89
ตารางที่ 4.20 การประเมินผลมาตรการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19.....	94
ตารางที่ 4.21 กระบวนการเสริมแรง (Reinforcement).....	96
ตารางที่ 4.22 ความเห็นที่มีต่อกระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปงและชุมชน บ้านปง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1	97
ตารางที่ 4.23 ความสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการความร่วมมือของ Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven	98

ตารางที่ 4.24 ความสอดคล้องกับทฤษฎีเสริมแรง (Reinforcement Theory) ของ Burrhus Skinner	100
ตารางที่ 4.25 สรุปความเห็นที่มีต่อรูปแบบความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปางและชุมชน บ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1	101
ตารางที่ 4.26 ความสอดคล้องกับรูปแบบการร่วมกันผลิตโดยประชาชนและภาครัฐปรับเปลี่ยน ความคาดหวังในบริการและร่วมดำเนินการ (Citizen/Agent Mutual Adjustment)	101
ตารางที่ 4.27 การวิเคราะห์ SWOT ความร่วมมือระหว่างรพ.สต.บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1	103
ตารางที่ 4.28 สรุปปัญหาและอุปสรรคของ รพ.สต. และชุมชน	103
ตารางที่ 4.29 สรุปความเห็นที่มีต่อปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปาง และชุมชนบ้านปาง 3.....	105
ตารางที่ 4.30 สรุปความสอดคล้องระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ.....	106
ตารางที่ 5.1 สรุปปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือ	112
ตารางที่ 5.2 การนำปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือไปประยุกต์ใช้	115
ตารางที่ 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการของความร่วมมือกับมิติการบริหารจัดการ โรคโควิด-19.....	119
ตารางที่ 5.4 ความแตกต่างของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1-3.....	121
ตารางที่ 5.5 การประยุกต์ใช้กระบวนการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในอนาคต.....	123

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 ตัวแบบระบบ (System Model).....	28
ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดการวิจัย	38
ภาพที่ 3.1 แนวทางการวิจัยแบบคู่ขนาน (Parallel-Data-base Design).....	41
ภาพที่ 4.1 การก่อตัวของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1	74
ภาพที่ 4.2 กระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1.....	85
ภาพที่ 5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือและ 7s Model กับการนำไปประยุกต์ใช้.....	114
ภาพที่ 5.2 ตัวแบบความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3	129

สารบัญผนวก

	หน้า
ภาคผนวก ก. แบบสอบถาม	136
ภาคผนวก ข. แบบสัมภาษณ์	144
ภาคผนวก ค. ภาพกิจกรรมการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1.....	146
ของ รพ.สต.บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3	
ภาพที่ ค-1 การตั้งจุดคัดกรอง COVID-19 บริเวณทางเข้า-ออกของชุมชน.....	146
ภาพที่ ค-2 มาตรการกักตัวสมาชิกในชุมชนเป็นเวลา 14 วัน	146
ภาพที่ ค-3 การจัดสรรอาหารให้กับสมาชิกในชุมชนในช่วงที่มีการกักตัว	147
ภาพที่ ค-4 กลุ่มจิตอาสาในชุมชนร่วมกันประกอบอาหารให้กับสมาชิกในชุมชนในช่วงที่มีการกักตัว.	147
ภาพที่ ค-5 การสนับสนุนอาหารและสิ่งของจากบุคคลและหน่วยงานภายนอกให้กับสมาชิก ในชุมชนในช่วงที่มีการกักตัว.....	148
ภาพที่ ค-6 ชุมชนและหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ร่วมกันให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่รักษาตัวหายแล้ว	148
ภาพที่ ค-7 การออกปฏิบัติงานตรวจเยี่ยมผู้ที่ต้องกักตัวที่บ้านของศูนย์ปฏิบัติการป้องกัน และควบคุมโรคระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา.....	149
ภาพที่ ค-8 มาตรการคัดกรองบุคคลที่จะเข้า-ออกชุมชนในช่วงที่มีการปิดชุมชน	149

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนได้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญที่ถูกนำมาใช้ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพิ่มมากขึ้น ในช่วงภาวะวิกฤตที่อาศัยการบริหารจัดการแบบบนลงล่าง (Top-Down management) โดยรัฐบาลหรือหน่วยงานส่วนกลางอาจไม่เพียงพอ เช่นเดียวกับชุมชนบ้านปง 3 ต.อินทขิล อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ ที่พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2563 เหมือนในหลายพื้นที่ แต่ปัญหาดังกล่าวได้ลุกลามจนสร้างความตื่นตระหนกและกระทบต่อการประกอบอาชีพของคนในชุมชน รวมถึงความสัมพันธ์กับชุมชนใกล้เคียง ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปงและชุมชนบ้านปง 3 ร่วมมือกันจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น โดยอาศัยเครื่องมือเชิงนโยบายแบบผสม (Mixed Policy) และความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในลักษณะของการร่วมกันคิดร่วมกันทำ จนทำให้ผ่านพ้นช่วงวิกฤตดังกล่าวไปได้ด้วยดีและเกิดเป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการรับมือกับโรคโควิด-19 อย่างยั่งยืนจนถึงปัจจุบัน กรณีนี้จึงเป็นประเด็นการศึกษาที่น่าสนใจว่าความร่วมมือดังกล่าวมีรูปแบบ การก่อตัวและกระบวนการความร่วมมืออย่างไร

การก่อตัวของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปงและชุมชนบ้านปง 3 เกิดจากปัญหาการแพร่ระบาดในชุมชนที่พบสมาชิกในชุมชนติดเชื้อจากการเดินทางกลับมาจาก จ.ภูเก็ต จำนวน 1 ราย แม้ว่าผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาตามกระบวนการด้านสาธารณสุขแล้วก็ตาม แต่ปัญหาดังกล่าวได้ลุกลามสร้างความตื่นตระหนกต่อสมาชิกในชุมชนและชุมชนใกล้เคียง เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ประชาชนยังมีความเข้าใจในการป้องกันโรคน้อย นอกจากนี้ยังทำให้การประกอบอาชีพเป็นไปอย่างยากลำบาก ปัญหาดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปง ผู้นำชุมชนบ้านปง 3 และสมาชิกในชุมชน เกิดการรับรู้ปัญหาร่วมกันว่า **หากไม่เร่งจัดการปัญหาดังกล่าวโดยเร็วย่อมนำไปสู่วิกฤตของชุมชนและสร้างความเสียหายเป็นวงกว้างมากขึ้น** ประกอบกับสถานการณ์ในขณะนั้นมีความท้าทายของปัญหาหลายประการ เช่น ขาดแคลนงบประมาณ บุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์ป้องกันโรค เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ รพ.สต.และชุมชนตระหนักดีว่าเป็นปัญหาที่เกินศักยภาพของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งที่จะจัดการได้ตามลำพัง **จึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว** โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ เป็นแรงหนุนเสริมอีกทางหนึ่ง

สำหรับกระบวนการความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.และชุมชนถือได้ว่าเป็นความโดดเด่นและแตกต่างจากพื้นที่อื่น เนื่องจากเป็นการผสมผสานระหว่างมาตรการด้านสาธารณสุขและมาตรการของชุมชน เริ่มจากการ**เจรจาสร้างความเข้าใจแก่สมาชิกในชุมชน**ให้เกิดความตระหนักและร่วมมือกับ รพ.สต. บนพื้นฐานประโยชน์ของชุมชนและด้านสาธารณสุข โดยชุมชนและ รพ.สต.ร่วมกัน**สร้างข้อตกลงร่วมกันเพื่อรับมือกับโรคโควิด-19** เช่น การปิดชุมชนและตั้งจุดคัดกรองเข้า-ออกหมู่บ้าน การกักตัวสมาชิกในชุมชนเป็นเวลา 14 วัน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น ซึ่งข้อตกลงเหล่านี้ได้นำไปปฏิบัติร่วมกันและได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ เช่น การบริจาคอาหารและสิ่งของให้ชุมชน การร่วมปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรอง เป็นต้น และเมื่อสถานการณ์ใกล้เข้าสู่ภาวะปกติ รพ.สต.และชุมชนยังได้ร่วมกัน**ประเมินสุขภาพจิตและความพร้อมของชุมชน** ก่อนที่จะนำผู้ป่วยที่รักษาตัวหายแล้ว กลับเข้ามาในชุมชน ในขั้นตอนสุดท้ายเป็นการ**เสริมแรงเชิงบวก (Positive reinforcement)** โดยเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ที่รักษาตัวหายแล้วให้กลับเข้ามาใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ รวมถึงการกล่าวขอบคุณและให้กำลังใจแก่สมาชิกในชุมชนที่ให้ความร่วมมือกัน

กระบวนการดังกล่าวของชุมชนจึงถือได้ว่าเป็นการรับมือกับโรคโควิด-19 ที่คำนึงถึงมิติการจัดการแบบรอบด้านทั้งด้านสุขภาพ ด้านจิตวิทยาและด้านสังคม และยังเป็นการระเบิดจากภายในหรือเป็นการสร้างนวัตกรรมของชุมชนในการรับมือกับโรคโควิด-19 ร่วมกับภาครัฐ ซึ่งช่วยหนุนเสริมมาตรการของภาครัฐให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลักษณะดังกล่าวนี้ยังสอดคล้องกับ**แนวคิดของการร่วมกันผลิต (Co-production)** ของ Brudney & England ที่กล่าวว่า **การจัดการสาธารณะร่วมกันระหว่างรัฐและพลเมืองจะทำให้บริการสาธารณะในฐานะที่เป็นผลผลิตของระบบมีประสิทธิภาพมากกว่าระบบทั่วไป** (Jeffrey L. Brudney & Robert E. England, 1983, pp. 61-62) และยังเป็น**การสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและพลเมืองอย่างยั่งยืน** (Trui Steen & Taco Brandsen, 2020, p. 853) ความร่วมมือดังกล่าวจึงเป็นทางเลือกเชิงนโยบาย (Alternative Policy) อย่างหนึ่งในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เป็นปัญหาซับซ้อน (Wicked Problem) และยังไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะสิ้นสุดลงเมื่อใด

ดังนั้น จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ รูปแบบ การก่อตัวและกระบวนการของความร่วมมือ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือว่า**มีลักษณะอย่างไร** ซึ่งประเด็นดังกล่าวควรมีการศึกษาจากความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปงและชุมชนบ้านปง 3 ต.อินทขิล อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ ในระยะที่ 1 (1 มีนาคม-30 เมษายน พ.ศ. 2563) ซึ่งจะช่วยให้มีการถอดบทเรียนและนำไปประยุกต์ใช้ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1
- 2) เพื่อศึกษารูปแบบ การก่อตัวและกระบวนการของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1
- 3) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

1.3 คำถามการวิจัย

- 1) ปัจจัยด้านลักษณะประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้) ปัจจัยการรับรู้ปัญหาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์การเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 หรือไม่
- 2) รูปแบบ การก่อตัวและกระบวนการของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 มีรูปแบบ การก่อตัวและกระบวนการของความร่วมมืออย่างไร
- 3) ปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร

1.4 สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านลักษณะประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้) ปัจจัยการรับรู้ปัญหาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์การเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 (1 มีนาคม-30 เมษายน 2563)

1.5 ขอบเขตการวิจัย

1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

2) รูปแบบ การก่อตัวและกระบวนการของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

3) ปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

1.5.2 ขอบเขตด้านประชากร

1) ประชากรในชุมชนบ้านปาง 3 ต.อินทขิล อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่

2) กลุ่มตัวอย่าง สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ประชากรในชุมชนบ้านปาง 3 ต.อินทขิล อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ จำนวน 440 คน

1.5.3 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant)

สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 20 คนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญของชุมชนบ้านปาง 3 ได้แก่ ผู้นำชุมชน คณะกรรมการชุมชน เจ้าอาวาสวัดบ้านปาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสมาชิกในชุมชน จำนวน 16 คน

2) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปาง จำนวน 4 ราย ได้แก่ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปาง จำนวน 3 ราย และเจ้าหน้าที่ของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา จำนวน 1 ราย

1.5.4 ขอบเขตด้านตัวแปร

1) ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยด้านลักษณะประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้) ปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์กร ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์กร

2) ตัวแปรตาม

ระดับของความร่วมมือ

1.5.5 ขอบเขตด้านพื้นที่

ชุมชนบ้านปาง 3 ต.อินทขิล อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่

หมายเหตุ – ชุมชนบ้านปาง ประกอบด้วยชุมชน 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนบ้านปาง 1 ชุมชนบ้านปาง 2 และชุมชนบ้านปาง 3 ซึ่งทั้ง 3 ชุมชนมีพื้นที่ติดต่อกัน แต่การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาเฉพาะพื้นที่ชุมชนบ้านปาง 3

1.5.6 ขอบเขตด้านเวลา

ศึกษาเฉพาะช่วงเวลาที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 (1 มีนาคม – 30 เมษายน พ.ศ. 2563) ของชุมชนบ้านปง 3

1.6 นิยามศัพท์

1) ความร่วมมือ หมายถึง กระบวนการที่ตัวแสดงที่มีอิสระมีการปฏิสัมพันธ์ผ่านการเจรจาอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และร่วมกันกำหนดระเบียบกฎเกณฑ์ โครงสร้างความสัมพันธ์ และการปฏิบัติต่อกัน หรือตัดสินใจเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ที่จะทำให้ฝ่ายต่าง ๆ มาร่วมมือกัน กระบวนการดังกล่าวจึงเกี่ยวข้องกับการสร้างบรรทัดฐานและความสัมพันธ์ที่ทำให้ทุกฝ่ายได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน (Peter Smith Ring & Andrew H. Van de Ven cited in Ann Marie Thomson & James L. Perry, 2006, p. 23)

2) การร่วมกันผลิต หมายถึง การมีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณะของส่วนราชการ ประชาชน หน่วยงานเอกชน และภาคประชาชน เช่น อาสาสมัคร องค์กรไม่แสวงหากำไร ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อร่วมกันจัดบริการสาธารณะ บริการสาธารณะจึงเป็นผลผลิตร่วมในการจัดกิจกรรมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เนื่องจากส่วนราชการไม่สามารถนำนโยบายไปปฏิบัติได้เพียงลำพังฝ่ายเดียว (ปิยากร หวังมหาพร, 2560, น.72)

3) การเสริมแรง หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ให้เป็นไปในทิศทางที่ต้องการ ซึ่งสามารถทำได้โดยใช้สิ่งจูงใจหรือสิ่งเสริมแรง ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งเสริมแรงเชิงบวกหรือเชิงลบก็ได้ (จิราภา เต็งไตรรัตน์ และคณะ, 2552, น.128-133)

4) โรคโควิด-19 หมายถึง โรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS-CoV-2 ทำให้เกิดอาการไข้ ไอ และอาจมีปอดอักเสบ (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563, น.3)

5) ชุมชน หมายถึง กลุ่มทางสังคมที่อาศัยอยู่ร่วมกันในอาณาบริเวณเดียวกัน เช่น ครอบครัว ละครบ้าน หมู่บ้าน ตำบล หรือเรียกเป็นอื่นอย่างอื่นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน มีการติดต่อสื่อสารและเรียนรู้ร่วมกัน มีความผูกพันเอื้ออาทรกันภายใต้บรรทัดฐานและวัฒนธรรมเดียวกัน ร่วมมือและพึ่งพาอาศัยกัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายร่วมกัน (สนธยา พลศรี, 2545, น.22)

6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) หมายถึง สถานบริการทางสาธารณสุขในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Primary care) การควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2558, ออนไลน์)

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 ประโยชน์ในเชิงวิชาการ

1) ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

2) ทำให้ทราบรูปแบบ การก่อตัวและกระบวนการของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

3) ทำให้ทราบปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

1.7.2 ประโยชน์ในทางปฏิบัติ

1) สามารถนำผลการศึกษาที่ได้นำไปประยุกต์ใช้หรือขยายผลต่อในชุมชนพื้นที่อื่น ๆ ซึ่งจะทำให้หน่วยงานภาครัฐและชุมชนในพื้นที่อื่น ๆ สามารถกำหนดแนวทางหรือวิธีการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของชุมชน

2) หน่วยงานภาครัฐสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปประกอบการกำหนดนโยบายหรือมาตรการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ร่วมกับชุมชน

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการศึกษา เพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยและเป็นแนวทางการวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 แนวคิด

2.1.1 แนวคิดการบริการสาธารณะแนวใหม่ (New Public Service : NPS)

2.1.2 แนวคิดธรรมาภิบาล (Governance)

2.1.3 แนวคิดเครื่องมือเชิงนโยบาย (Policy Instruments)

2.1.4 แนวคิดของการร่วมกันผลิต (Co-Production)

2.1.5 แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือ (Collaboration)

2.1.6 แนวคิดการจัดการภัยพิบัติโดยมีชุมชนเป็นฐาน

2.2 ทฤษฎี

2.2.1 ทฤษฎีระบบ (System Theory)

2.2.2 ทฤษฎีการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย

2.2.3 ทฤษฎีการป้องกันและควบคุมโรค

2.2.4 ทฤษฎีเสริมแรง (Reinforcement Theory)

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.3.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคระบาด

2.3.2 งานวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของรัฐและชุมชนในการป้องกันโรคระบาด

2.3.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติโดยมีชุมชนเป็นฐาน

2.3.4 งานวิจัยเกี่ยวกับการร่วมกันผลิตระหว่างภาครัฐและชุมชน (Co-Production)

2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แนวคิด

2.1.1 แนวคิดการบริการสาธารณะแนวใหม่ (New Public Service : NPS)

แนวคิดการบริการสาธารณะแนวใหม่ (New Public Service : NPS) เป็นแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐของนักวิชาการที่ชื่อว่า Robert B. Denhardt & Janet V. Denhardt ซึ่งแนวคิดนี้พยายามเสนอกระบวนการทัศน์การบริหารงานภาครัฐแบบใหม่จากเดิมที่มองประชาชนในฐานะลูกค้า เปลี่ยนเป็นมองประชาชนในฐานะพลเมือง โดยรัฐมีหน้าที่ส่งเสริมให้พลเมืองเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในนโยบายสาธารณะและกิจกรรมภาครัฐ หลักการสำคัญของแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วย หลักการสำคัญ 7 ประการ ได้แก่ (ปกรณ์ ศิริประกอบ, 2560, น.106-119)

1) การให้บริการพลเมือง ไม่ใช่ลูกค้า (Serving Citizens Not Customers)

การให้บริการสาธารณะ รัฐไม่ควรมองพลเมืองในฐานะลูกค้า เนื่องจากพลเมืองมีบทบาทมากกว่าลูกค้า อีกทั้งพลเมืองมีความคาดหวังว่ารัฐจะจัดบริการสาธารณะที่มีคุณภาพและสามารถตอบสนองความต้องการของพลเมืองด้วยความเป็นธรรม และพลเมืองควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการให้บริการของรัฐ

2) การค้นหาผลประโยชน์สาธารณะ (Seek the Public Interest)

รัฐควรมีบทบาทในการอำนวยความสะดวกให้พลเมืองเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมภาครัฐ เพื่อให้บรรลุผลประโยชน์สาธารณะ และสนับสนุนให้พลเมืองตระหนักถึงผลประโยชน์ของชุมชนมากกว่าผลประโยชน์ส่วนตัว

3) การให้คุณค่ากับความเป็นพลเมืองเหนือกว่าความเป็นผู้ประกอบการ (Value Citizenship Over Entrepreneurship)

ผู้บริหารขององค์การภาครัฐมีหน้าที่ส่งเสริมให้พลเมืองเข้ามามีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะ ซึ่งการที่พลเมืองเข้ามามีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะมากขึ้น เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่ารัฐให้ความสำคัญกับค่านิยมประชาธิปไตย ซึ่งจะช่วยให้รัฐมีความโปร่งใสและได้รับความไว้วางใจจากพลเมืองมากขึ้น

4) การคิดอย่างมียุทธศาสตร์ปฏิบัติอย่างประชาธิปไตย (Think Strategically, Act Democratically)

การนำนโยบายไปปฏิบัติจะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของพลเมืองและชุมชนในลักษณะที่เรียกว่าการร่วมกันผลิต (Co-production) โดยรัฐและพลเมืองมีการเรียนรู้ร่วมกัน ในนโยบายสาธารณะ ซึ่งแตกต่างจากค่านิยมของการบริหารงานภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management : NPM) ที่ให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพและความคุ้มค่าจึงมักใช้สิ่งจูงใจในรูปแบบตัว

เงิน เพื่อกระตุ้นให้พลเมืองเข้ามามีส่วนร่วม ในขณะที่ค่านิยมของการบริการสาธารณะแบบใหม่ (NPS) จะให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐกับพลเมือง โดยใช้ผลประโยชน์สาธารณะเป็น สิ่งจูงใจให้พลเมืองเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมภาครัฐ

5) การตระหนักว่าความรับผิดชอบไม่ใช่เรื่องง่าย (Recognize That Accountability Isn't Simple)

การบริหารงานภาครัฐ ผู้บริหารขององค์การนอกจากจะมีความรับผิดชอบทางกฎหมายแล้วยังต้องมีความรับผิดชอบต่อพลเมืองและมีจริยธรรม หลักการนี้สอดคล้องกับหลักการประชาธิปไตย ซึ่งแตกต่างจากค่านิยมแบบ NPM ที่ให้ความสำคัญกับภาคเอกชนมากกว่าความรับผิดชอบและการตรวจสอบได้

6) การให้บริการแทนที่จะเป็นการถือหางเสือ (Serve, Rather Than Steer)

การบริหารงานภาครัฐในปัจจุบันประสบปัญหาสังคมที่มีความซับซ้อนและมีตัวแสดงที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก การใช้แนวทางการบริหารงานภาครัฐแบบเดิมที่เน้นการตัดสินใจแบบเหตุผล หรือการสั่งการไม่สามารถแก้ไขปัญหาสังคมได้ ผู้บริหารขององค์การภาครัฐจึงต้องรับฟังความเห็นของผู้ได้บังคับบัญชาและส่งเสริมให้พลเมืองเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมภาครัฐ

7) การให้คุณค่าแก่คนไม่ใช่เพียงผลิตภาพ (Value People, Not Just Productivity)

เจ้าหน้าที่ภาครัฐต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานภาครัฐ ซึ่งจะช่วยให้ผลิตภาพได้เช่นเดียวกับการใช้สิ่งจูงใจในรูปแบบตัวเงิน การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเป็นพลเมือง ความรับผิดชอบ ความไว้วางใจของสาธารณะ อันจะนำไปสู่การบรรลุผลประโยชน์สาธารณะ

2.1.2 แนวคิดธรรมาภิบาล (Governance)

B. Guy Peters ได้เสนอแนวคิดธรรมาภิบาลแบบการมีส่วนร่วมโดยกล่าวว่า การบริหารงานภาครัฐแบบเดิมให้ความสำคัญกับการบริหารงานแบบบนลงล่าง (Top-Down) ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนและทำให้การบริหารงานภาครัฐขาดประสิทธิภาพ ดังนั้น B. Guy Peters จึงเสนอให้มีการปรับเปลี่ยนการบริหารงานภาครัฐ ดังนี้ (B. Guy Peters อ้างถึงใน ปกรณ์ ศิริประกอบ, 2560, น.267-270)

1) การจัดโครงสร้างองค์การแบบราบ (Flatter organization) เนื่องจากการจัดโครงสร้างองค์การตามสายการบังคับบัญชา (Hierarchy) เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ระดับล่างและประชาชน

2) **ควรให้ข้าราชการระดับล่างและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานภาครัฐ** โดยใช้เทคนิคการบริหารคุณภาพแบบทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management : TQM) เป็นเครื่องมือในการกระตุ้น ซึ่งรัฐอาจเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารโครงการ ทำให้โครงการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการของประชาชนและยังช่วยประหยัดงบประมาณ

3) **การกำหนดนโยบาย ควรกำหนดนโยบายแบบล่างขึ้นบน (Bottom-Up)** ซึ่งมีลักษณะเป็นการมอบอำนาจให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ซึ่งจะช่วยประหยัดงบประมาณและโครงการต่าง ๆ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความต้องการของชุมชน นอกจากนี้ยังทำให้ภาครัฐมีข้อมูลสำหรับประกอบการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายมากขึ้น

4) **การบรรลุผลประโยชน์สาธารณะ** สามารถทำได้โดยให้ประชาชนมีสิทธิเรียกร้องเมื่อไม่ได้รับความเป็นธรรม ให้เจ้าหน้าที่รัฐมีอำนาจตัดสินใจอย่างอิสระ รวมถึงให้การตัดสินใจเชิงนโยบายผ่านกระบวนการวาทกรรมและประชาชนสามารถเลือกสิ่งที่ต้องการผ่านการเลือกตั้ง

ดังนั้น จากแนวคิดข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีความเชื่อมโยงกับแนวคิด NPS ที่ต้องการให้รัฐเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะและกิจกรรมของภาครัฐมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้การบริหารงานภาครัฐมีประสิทธิภาพและบรรลุผลประโยชน์สาธารณะ

2.1.3 แนวคิดเครื่องมือเชิงนโยบาย (Policy Instruments)

เครื่องมือเชิงนโยบาย (Policy Instrument) เป็นเครื่องมือหรือวิธีการแทรกแซงปัญหาสังคมของรัฐบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรลุเป้าหมายหรือแก้ไขปัญหาสังคม เช่น การแก้ไขปัญหาความยากจน การกระจายรายได้ เป็นต้น โดยเครื่องมือเชิงนโยบายที่รัฐบาลนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสังคมมีหลายประเภท รัฐบาลอาจเลือกใช้เครื่องมือเชิงนโยบายอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างผสมผสานกันก็ได้ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา

สำหรับประเภทของเครื่องมือเชิงนโยบายได้มีนักวิชาการได้จำแนกเอาไว้หลายประเภท แต่ในที่นี้จะนำเสนอประเภทของเครื่องมือเชิงนโยบายตามแนวคิดของ **Van den Doelen** เนื่องจากเป็นแนวคิดที่เข้าใจง่ายและสามารถนำไปวิเคราะห์กับตัวแสดงในนโยบายสาธารณะได้ โดย Van den Doelen ได้จำแนกเครื่องมือเชิงนโยบายไว้ 3 ประเภท ดังนี้ (Van den Doelen cited in Frans K.M. van Nispen, 2011, pp. 1928-1930)

1) **เครื่องมือด้านกฎระเบียบ (Regulatory Instruments)** เป็นเครื่องมือเชิงนโยบายที่ภาครัฐมีอำนาจตามกฎหมายในการบังคับใช้ เช่น ระเบียบ (Regulation) ข้อบังคับ (Prohibition)

คำสั่ง (Order) ไลเซนส์ (License) หรือใบอนุญาต (Permit) ของหน่วยงานภาครัฐที่สามารถจำกัดหรือให้สิทธิแก่บุคคล

2) **เครื่องมือด้านการเงิน (Financial Instruments)** หรือเครื่องมือด้านเศรษฐศาสตร์ เป็นการใช้สิ่งจูงใจทางการเงินในการแก้ไขปัญหาสังคมหรือเศรษฐกิจ เช่น การให้เงินอุดหนุน (Subsidies) การให้เงินทุน หรือการจัดเก็บภาษีหรือค่าธรรมเนียมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้บริโภค (Tax, User charges)

3) **เครื่องมือด้านการสื่อสาร (Communicative Instruments)** เป็นการให้หรือลดข้อมูลข่าวสารแก่บุคคลหรือฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือประเภทนี้เป็นผลมาจากการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัล ทำให้มีการสื่อสารถึงกันอย่างกว้างขวาง

จากข้อมูลข้างต้นสามารถสรุปในรูปแบบของตาราง โดยจำแนกตามผลกระทบของเครื่องมือเชิงนโยบายแต่ละประเภท ดังนี้

เครื่องมือเชิงนโยบาย (Policy Instrument)	ผลกระทบเชิงบวก (Positive)	ผลกระทบเชิงลบ (Negative)
กฎระเบียบ (Regulatory)	ข้อกำหนด (Prescription)	ข้อบังคับ (Prohibition)
การเงิน (Economic)	การให้เงินอุดหนุน (Subsidies) การให้เงินทุน (Grants)	ภาษี (Tax) ค่าธรรมเนียม (User charges)
การสื่อสาร (Communicative)	การให้ข้อมูล (Information)	การโฆษณาชวนเชื่อ (Propaganda)

ที่มา : Van den Doelen, 1987, pp. 53-57 อ้างถึงใน Frans K.M. van Nispen, 2011, p.1929

ตารางที่ 2.1 ประเภทของเครื่องมือเชิงนโยบาย

เครื่องมือเชิงนโยบายข้างต้นจะเห็นได้ว่า รัฐเป็นตัวแสดงหลักในการเลือกและนำเครื่องมือเชิงนโยบายไปบังคับใช้ แต่ปัญหาสังคมและเศรษฐกิจในยุคปัจจุบันมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายฝ่าย การจัดการปัญหาตามแนวทางแบบบนลงล่าง (Top-Down management) อาจไม่สามารถจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุนี้ จึงเกิดเครื่องมือเชิงนโยบายประเภทที่สามซึ่งเป็นเครื่องมือเชิงนโยบายที่ภาคประชาชนหรือพลเมืองได้เข้ามามีส่วนร่วม (Participation Instrument) ในการร่วมผลิตหรือร่วมรับผิดชอบ ในกิจการของภาครัฐ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการกำหนดและการนำนโยบายไปปฏิบัติ ตัวอย่างของเครื่องมือ

เชิงนโยบายแบบมีส่วนร่วม เช่น การรับฟังความเห็นของประชาชน การบริหารงบประมาณแบบมีส่วนร่วม การตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่รัฐ การให้ประชาชนร่วมเป็นคณะกรรมการ การวางแผนแบบมีส่วนร่วม เป็นต้น

ดังนั้น เครื่องมือเชิงนโยบายแบบนี้จะช่วยให้รัฐบาลมีความโปร่งใส และเปิดกว้างมากขึ้น (María Helena Franco Vargas & Daniela Roldán Restrepo, 2019, pp. 109-110) เครื่องมือดังกล่าวได้แสดงให้เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติได้เปลี่ยนจากการนำนโยบายไปปฏิบัติโดยระบบราชการไปสู่การใช้กลไกตลาดและเครือข่ายมากขึ้น แนวคิดนี้จึงสอดคล้องกับแนวคิดธรรมาภิบาลและแนวคิด NPS ที่ต้องการให้รัฐส่งเสริมให้พลเมืองเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะและกิจการของภาครัฐ

2.1.4 แนวคิดของการร่วมกันผลิต (Co-Production)

การร่วมกันผลิต (Co-Production) เป็นการจัดการบริการสาธารณะร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและพลเมือง โดยหน่วยงานภาครัฐเปิดโอกาสให้พลเมืองเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบและจัดบริการสาธารณะร่วมกับเจ้าหน้าที่รัฐที่มีความชำนาญเฉพาะด้านโดยตรง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดการบริการสาธารณะ ซึ่งเหตุผลสำคัญที่ทำให้ต้องมีการร่วมกันผลิตเนื่องจากแรงกดดันและความคาดหวังของพลเมืองที่ต้องการได้รับบริการสาธารณะที่มีคุณภาพมากขึ้น รวมถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณและการลดแผนงาน/โครงการขนาดใหญ่ของหน่วยงาน ทำให้หน่วยงานภาครัฐหลายแห่งนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในฐานะที่เป็นทางเลือก (Jeffrey L. Brudney & Robert E. England, 1983, p. 59) นอกจากนี้พลเมืองยังมีภาคที่สาม (The third sector) เช่น องค์กรอาสาสมัคร องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร วิชาชีพกิจสังคมและภาคประชาสังคม เป็นต้น ที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในการจัดการบริการสาธารณะในประเทศตะวันตกหลายประเทศ เช่น เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ และอังกฤษ (Taco Brandsen & Victor Pestoff, 2006, p. 2)

Jeffrey L. Brudney & Robert E. England ได้อธิบายถึงความแตกต่างระหว่างการจัดการบริการสาธารณะแบบเดิมและการร่วมกันผลิต ดังนี้ (Ibid, pp. 60-61)

ประเด็น	การจัดการบริการสาธารณะแบบเดิม (Traditional service delivery)	การร่วมกันผลิต (Co-production)
1. ฐานะของรัฐและประชาชน	- รัฐอยู่ในฐานะผู้จัดบริการ ส่วนประชาชนหรือชุมชนอยู่ในฐานะผู้รับบริการ	- รัฐและชุมชนอยู่ในฐานะที่เท่าเทียมกัน โดยทั้งสองฝ่ายร่วมกันจัดบริการสาธารณะ
2. การปรับปรุงการให้บริการ	- หน่วยงานภาครัฐจะปรับปรุงการให้บริการก็ต่อเมื่อได้รับการร้องเรียนจากผู้รับบริการ	- รัฐและประชาชนรับรู้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) อย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีข้อมูลสำหรับนำไปปรับปรุงหรือพัฒนาการจัดการบริการสาธารณะให้ดีขึ้น - บริการสาธารณะที่ออกมาในฐานะผลิตผลผลิตของระบบจึงมีประสิทธิผลมากกว่าระบบทั่วไป

ที่มา : Toward a Definition of the Coproduction Concept, Jeffrey L. Brudney & Robert E. England, pp. 60-61

ตารางที่ 2.2 ความแตกต่างระหว่างการจัดบริการสาธารณะแบบเดิมและการร่วมกันผลิต

สำหรับองค์ประกอบของการร่วมกันผลิต นักวิชาการได้เสนอองค์ประกอบไว้หลายแบบ ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังต่อไปนี้

Jeffrey L. Brudney & Robert E. England อธิบายว่าการร่วมกันผลิตมีองค์ประกอบ 5 ประการ ได้แก่ (Ibid, pp. 62-63)

1) **การมีส่วนร่วมของพลเมือง (Participation)** ในการกำหนดและนํานโยบายไปปฏิบัติร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งแตกต่างจากการมีส่วนร่วมแบบเดิมที่พลเมืองมีบทบาทแค่เข้าร่วมรับฟังการทำประชาพิจารณ์ การร่วมเป็นคณะกรรมการหรือให้คำแนะนำ

2) **การร่วมกันผลิตเชิงบวก (Positive co-production)** หน่วยงานภาครัฐและพลเมืองต้องร่วมกันจัดบริการสาธารณะที่ไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนหรือสังคม โดยมุ่งเน้นให้เกิดผลดีต่อชุมชน เช่น การเฝ้าระวังในพื้นที่ การป้องกันอาชญากรรม เป็นต้น

3) **ความร่วมมือใจของพลเมือง (Cooperation)** ที่จะเข้าร่วมจัดบริการสาธารณะโดยไม่ถูกบังคับหรือทำตามเพราะกฎระเบียบกำหนดไว้เท่านั้น แต่ต้องเกิดจากความต้องการของพลเมืองที่จะให้ความช่วยเหลือหน่วยงานภาครัฐ

4) **พลเมืองที่มีความตื่นตัว (Active)** ซึ่งเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่มีส่วนช่วยเพิ่มคุณภาพของการจัดบริการสาธารณะ เช่น การทำงานจิตอาสา เป็นต้น

5) **การร่วมกันผลิตโดยกลุ่มคนจำนวนมาก (Collective)** จะส่งผลดีต่อสังคมและทำให้การจัดบริการสาธารณะประสบความสำเร็จ

Tony Bovaird ได้อธิบายลักษณะของการร่วมกันผลิตไว้ 3 ประการ ได้แก่ (Tony Bovaird, 2007, p. 856)

1) เจ้าหน้าที่รัฐในฐานะผู้จัดบริการและชุมชนหรือผู้รับบริการต้องมีความสัมพันธ์เท่าเทียมกัน (Mutual relationships) ซึ่งทั้งสองฝ่ายต้องกล้าเสี่ยง

2) ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่รัฐต้องมีความไว้วางใจ (Trust) ซึ่งกันและกัน เช่น มีการให้คำแนะนำและสนับสนุนกัน เจ้าหน้าที่รัฐต้องไว้วางใจต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการหรือชุมชนมากกว่าสั่งการให้ทำ

3) การยอมรับความเสี่ยงหรือรับผิดชอบร่วมกันในการจัดบริการสาธารณะ

นอกจากนี้ Katharine Vincent และคณะยังได้สรุปว่าการร่วมกันผลิตมีคุณลักษณะพื้นฐาน 5 ประการ ได้แก่ (Katharine Vincent et al., 2018, p. 52)

คุณลักษณะ	คำอธิบาย
1. เป็นวิธีการระบุปัญหาที่ซับซ้อน	การร่วมกันผลิตใช้แนวทางการศึกษาต่าง ๆ เพื่อสร้างความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการระบุปัญหาที่ซับซ้อน
2. เป็นวิธีการสร้างความรู้	การร่วมกันผลิตอยู่บนพื้นฐานของการทำความเข้าใจความรู้ที่มีอยู่และความรู้เหล่านั้นถูกสร้างขึ้นอย่างไร
3. เป็นการสร้างระบบธรรมาภิบาลและความรู้	ให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้และระบบธรรมาภิบาลที่มีการใช้ความรู้
4. เป็นวิธีการยอมรับความรู้ที่แตกต่างซึ่งเกี่ยวข้องกับความร่วมมือของตัวแสดงต่าง ๆ	การร่วมกันผลิตเป็นทางเลือกอย่างหนึ่งในการสร้างความรู้ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ผลิตและผู้บริโภคมีฐานะที่เท่าเทียมกัน ผ่านการเจรจา การอภิปรายซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ โดยผู้มีส่วนร่วมที่หลากหลาย

ที่มา : Katharine Vincent et al., Characteristics of Co-Production, p. 52

ตารางที่ 2.3 คุณลักษณะพื้นฐานของการร่วมกันผลิต (Co-production)

คุณลักษณะ	คำอธิบาย
5. ให้ความสำคัญกับความไว้วางใจ	การสร้างและการรักษาความไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการร่วมกันผลิต
6. เป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning process)	การร่วมกันผลิตมีลักษณะเป็นการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของฝ่ายต่าง ๆ ดังนั้น กระบวนการเรียนรู้ทางสังคมจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญของการร่วมกันผลิต

ที่มา : Katharine Vincent et al., Characteristics of Co-Production, p. 52

ตารางที่ 2.3 คุณลักษณะพื้นฐานของการร่วมกันผลิต (Co-production) (ต่อ)

Jeffrey L. Brudney & Robert E. England ได้จำแนกประเภทของการร่วมกันผลิตออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ (Ibid, pp. 63-64)

1) การร่วมกันผลิตระดับบุคคล (Individual Co-production) เป็นการร่วมกันผลิตที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดบริการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐน้อยที่สุด ประชาชนจะถูกบังคับให้ทำตามระเบียบกฎเกณฑ์ที่หน่วยงานภาครัฐกำหนด เช่น นักเรียนต้องเข้ารับการศึกษเมื่ออายุถึงเกณฑ์ที่กำหนด เป็นต้น ดังนั้น ส่วนใหญ่หน่วยงานภาครัฐจึงเป็นผู้จัดบริการสาธารณะ

2) การร่วมกันผลิตระดับกลุ่ม (Group Co-production) เป็นการร่วมกันผลิตที่กลุ่มคนส่วนหนึ่งเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณะในลักษณะของอาสาสมัคร เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มตนเอง โดยอาศัยกลไกในการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ เช่น ชมรมผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ เป็นต้น การร่วมกันผลิตแบบนี้มีข้อจำกัด คือ มีเพียงบางกลุ่มเท่านั้นที่เข้ามามีส่วนร่วม

3) การร่วมกันผลิตระดับสังคม (Collective Co-production) เป็นการร่วมกันผลิตที่มีกลุ่มคนจำนวนมากเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณะกับหน่วยงานภาครัฐ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์สาธารณะ เช่น การเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือตำรวจ การบริจาคเงิน เป็นต้น

นอกจากนี้ Gordon P. Whitaker ได้จำแนกประเภทของการร่วมกันผลิตไว้อย่างน่าสนใจ โดยแบ่งการร่วมกันผลิตตามระดับของการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ประเภท คือ (Gordon P. Whitaker, 1980, pp. 242-245)

1) การร่วมกันผลิตโดยประชาชนเป็นผู้ขอรับความช่วยเหลือจากภาครัฐ (Citizen requests for assistance) ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือหรือตอบสนองความต้องการของประชาชน เช่น การดับเพลิง การว่างงาน การให้บริการ เป็นต้น

2) การร่วมกันผลิตโดยประชาชนให้ความช่วยเหลือภาครัฐ (Citizen provision assistance)

คือ ประชาชนให้ความร่วมมือกับภาครัฐ เช่น การเก็บขยะ การปฏิบัติตามกฎจราจรในการขับขี่ยานพาหนะ เป็นต้น

3) การร่วมกันผลิตโดยประชาชนและหน่วยงานภาครัฐร่วมกันดำเนินการ (Citizen/Agent mutual adjustment) เกิดขึ้นจากการที่หน่วยงานภาครัฐและประชาชนร่วมกันพิจารณาปัญหาและแก้ไขปัญหาหาร่วมกัน โดยประชาชนอาจจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของตนเอง

Katharine Vincent และคณะ ได้อธิบายหลักการร่วมกันผลิตเกี่ยวกับการให้บริการด้านสภาพอากาศว่าประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ดังนี้ (Katharine Vincent et al., 2018, pp. 48-49)

1) กระบวนการ (Process) มีหลักการสำคัญในด้านกระบวนการ 3 ประการ ดังนี้

(1) **ความร่วมมือ (Collaborative)** เป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของบุคคลต่าง ๆ ที่มีความรู้และความต้องการแตกต่างกัน และบุคคลดังกล่าวสามารถทำงานร่วมกันในวิธีการแบบใหม่ ดังนั้น ทั้งผู้ผลิตและผู้รับบริการจึงต้องมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน

(2) **ความครอบคลุม (Inclusive)** การเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แลกเปลี่ยนความรู้ที่เป็นประโยชน์ร่วมกัน รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ด้อยโอกาสทางสังคมหรือผู้ที่มีฐานะยากจนและผู้ที่มีภูมิหลังแตกต่างจากตนเองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการผลิต

(3) **ความยืดหยุ่น (Flexible)** ในกระบวนการร่วมกันผลิตอาจมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับผลผลิตและกระบวนการ และในทางปฏิบัติผู้ผลิตไม่สามารถกำหนดรายละเอียดของกระบวนการได้อย่างสมบูรณ์ครบถ้วนตั้งแต่เริ่มต้น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการให้มีความยืดหยุ่น

2) **วงจรของการร่วมกันผลิต (Co-Production Cycle)** มีขั้นตอนสำคัญที่เป็นกระบวนการเชื่อมโยงกัน ดังนี้

(1) การกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการสร้างพันธมิตร (Identify Actor & Build Partnership)

(2) การสำรวจความต้องการของผู้รับบริการร่วมกัน (Co-explore needs)

(3) การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน (Co-develop solution)

(4) การนำแนวทางแก้ไขปัญหามาปฏิบัติร่วมกัน (Co-deliver solution)

(5) การประเมินผล (Evaluation)

ขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ทั้งผู้ผลิตและผู้รับบริการต้องร่วมกันดำเนินการตั้งแต่ขั้นตอนเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ โดยขั้นตอนทั้งหมดต้องอยู่บนพื้นฐานของการติดตามอย่างต่อเนื่องและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3) ผลผลิต (Product) ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่

(1) **การขับเคลื่อนด้วยการตัดสินใจ (Decision-driven)** การจัดการอยู่บนพื้นฐานของการตัดสินใจ ดังนั้น ผู้ผลิตและผู้รับบริการจึงต้องมีการสำรวจความต้องการร่วมกัน เพื่อให้เข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ

(2) **การตั้งอยู่บนพื้นฐานของกระบวนการ (Process-based)** เนื่องจากกระบวนการร่วมกันผลิตต้องอาศัยการมีส่วนร่วม การทำงานร่วมกัน ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

(3) **การจัดการเวลา (Time-managed)** เป็นการจัดการกระบวนการสำรวจความต้องการร่วมกัน การผลิตและการส่งมอบบริการร่วมกัน เพื่อให้ผลผลิตหรือข้อมูลที่ได้สามารถส่งไปยังผู้รับบริการได้ตรงเวลา ดังนั้น การจัดการเวลาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะกิจกรรมที่ต้องใช้ทรัพยากรเป็นหลัก

ในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังได้มีนักวิชาการเสนอให้ใช้แนวคิดการร่วมกันผลิตในการจัดการกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่น **Taco Brandsen & Trui Steen** ได้อธิบายเงื่อนไขของการร่วมกันผลิตอย่างยั่งยืนในช่วงที่เกิดและหลังเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ว่ามีเงื่อนไขสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ (Trui Steen & Taco Brandsen, 2020, pp. 853-854)

1) **กรอบแนวทางของกฎหมาย (Legislative frameworks)** ที่ทำให้การร่วมกันผลิตเกิดขึ้นได้ เช่น ในช่วงที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงเรียนสามารถลดข้อจำกัดของการเรียนการสอน โดยปรับการเรียนการสอนให้อยู่ในรูปแบบออนไลน์ และให้ผู้ปกครองสามารถเข้าถึงแพลตฟอร์มที่ช่วยสนับสนุนการเรียนที่บ้าน หรือการทำงานที่บ้าน (Work from home) เป็นต้น กฎหมายจึงเป็นเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดการร่วมกันผลิต

2) **การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่รัฐที่มีความเชี่ยวชาญและพลเมือง (The contribution of professionals and citizen coproducers)** โดยแต่ละฝ่ายใช้ทักษะ เวลา และมุมมองของตนเองในการทำงานร่วมกัน เช่น ผู้ปกครองของนักเรียนและครูทำงานร่วมกันในช่วงที่โรงเรียนปิดจากการแพร่ระบาด หรืออาสาสมัครที่ช่วยฆ่าเชื้อในโรงพยาบาลในช่วงที่บุคลากรทางการแพทย์มีภาระต้องดูแลคนไข้

3) สิ่งจูงใจ (Incentives) เป็นสิ่งที่จูงใจพลเมืองและเจ้าหน้าที่รัฐให้ช่วยสนับสนุนและร่วมกันผลิตอย่างยั่งยืน ซึ่งการสร้างความผูกพันหรือรับผิดชอบร่วมกันเป็นสิ่งที่ทำให้ประชาชนเกิดความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่รัฐว่าเจ้าหน้าที่รัฐจะทำเหมือนที่ตนเองทำ ซึ่งการที่จูงใจให้พลเมืองเข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐ ภาครัฐต้องแสดงให้เห็นว่าพลเมืองจะได้รับประโยชน์จากความร่วมมือ นอกจากนี้ ความกลัวเกี่ยวกับการแพร่ระบาดและผลกระทบของโรคโควิด-19 ยังเป็นสิ่งจูงใจให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐ แต่ในระยะยาวเหตุผลนี้อาจไม่เพียงพอให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม

ดังนั้น รัฐบาลควรสร้างความตระหนักและสื่อสารให้พลเมืองเห็นถึงประโยชน์ของการร่วมกันผลิตที่ริเริ่มโดยหน่วยงานส่วนกลาง และสนับสนุนโครงการที่ริเริ่มโดยประชาชนหรือเจ้าหน้าที่ระดับล่างที่ต้องการแก้ไขปัญหาโรคโควิด-19 ในระยะยาว

4) บทบาทของเทคโนโลยีสมัยใหม่ (New technologies) ในช่วงวิกฤตโควิด-19 จะเห็นได้ว่าประชาชนใช้การพิมพ์ 3 มิติ เพื่อสร้างหน้ากากและวาล์วช่วยหายใจ ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรงในการดูแลสุขภาพ เทคโนโลยีดิจิทัลยังช่วยจัดรูปแบบการทำงานใหม่ โดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือจากรัฐ แต่ยังคงมีความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล เช่น การสูญเสียการควบคุมและการตัดสินใจในข้อมูลของตนเอง เป็นต้น

ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายต้องหาสมดุลระหว่างการจัดการแบบบนลงล่าง (Top-Down management) และการจัดการแบบล่างขึ้นบน (Bottom-up management) เพื่อนำไปสู่การร่วมกันผลิตแบบดิจิทัล (Digital co-production)

จากลักษณะของการร่วมกันผลิตที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การจัดบริการสาธารณะในลักษณะของการร่วมกันผลิตจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติของเจ้าหน้าที่รัฐในฐานะผู้ให้บริการให้มองว่าประชาชนไม่ใช่ผู้ป่วยหรือผู้ติดต่อขอรับบริการ แต่ประชาชนอยู่ในฐานะที่เท่าเทียมกับตนเอง และต้องอำนวยความสะดวกให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ส่วนพลเมืองต้องมีบทบาทในการร่วมคิดและรับผิดชอบในการจัดบริการสาธารณะ ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน (David Boyle & Michael Harris, 2009, p. 17)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแนวคิดของการร่วมกันผลิตจะเป็นแนวคิดที่มีข้อดีหลายประการ แต่ในทางปฏิบัติแนวคิดดังกล่าวยังพบว่ามีข้อจำกัดที่ต้องระมัดระวังในการนำไปประยุกต์ใช้ ดังนี้ (Tony Bovaird, 2007, pp. 856-857)

- (1) ความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานภาครัฐและพลเมือง เนื่องจากทั้งสองฝ่ายมีค่านิยมแตกต่างกัน
- (2) สิ่งจูงใจที่ทำให้หน่วยงานภาครัฐและพลเมืองร่วมกันผลิตแตกต่างกัน

- (3) การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบที่ไม่ชัดเจนและปัญหาที่มีผู้ได้รับประโยชน์โดยไม่ต้องทำงานหรือรับผิดชอบงานใด ๆ (Free-riders)
- (4) สมาชิกในชุมชนต้องมีภาระเพิ่มมากขึ้น
- (5) ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบระหว่างภาครัฐ เอกชนและองค์กรภาคที่ 3 ไม่ชัดเจน

2.1.5 แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือ (Collaboration)

แนวคิดของความร่วมมือเป็นแนวคิดที่ได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดทางการเมือง โดยแบ่งออกเป็น 2 แนวคิด คือ (ปิยากร หวังมหาพร, 2560, น.83-84)

(1) **Classic Liberalism** เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับความร่วมมือที่ช่วยสร้างความชอบธรรมของบุคคลหรือเอกชนให้มีอำนาจต่อรองในผลประโยชน์ส่วนตัว

(2) **Civic Republicanism** เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับความร่วมมือที่ช่วยรวบรวมผลประโยชน์จากกลุ่มต่าง ๆ บนพื้นฐานของความเข้าใจและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน แนวคิดนี้จึงมุ่งเน้นที่ประโยชน์สาธารณะ

สำหรับพัฒนาการของความร่วมมือมีลักษณะคล้ายกับแนวคิดของการร่วมกันผลิต (Co-production) กล่าวคือ มีจุดเริ่มต้นมาจากการบริหารงานภาครัฐแบบเดิมที่ให้ความสำคัญกับการวางแผนและการสั่งการจากส่วนกลาง ซึ่งเป็นการบริหารจัดการที่ล่าสมัยและจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไข (Tony Bovaird, 2007, p. 846) รวมถึงความไม่มีประสิทธิภาพและเป็นอิสระจากหน่วยงานภายนอก (Janet A. Weiss, 1987, p. 94)

ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้นักวิชาการด้านรัฐประศาสนศาสตร์พยายามแสวงหาทางเลือกในการจัดบริการสาธารณะ จากเดิมที่ให้ความสำคัญเฉพาะการจัดบริการสาธารณะโดยระบบราชการมาเป็นการจัดบริการโดยเครือข่ายมากขึ้น (Ricardo S. Morse, 2005, p. 1) โดยใช้ความร่วมมือระหว่างองค์กรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดบริการสาธารณะ

1) ปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือ

Janet Weiss ได้อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความร่วมมือประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (Janet A. Weiss, 1987, pp. 109-111)

(1) การรับรู้ปัญหาร่วมกันขององค์กร (Perceived Problem Shared Across Agencies)

ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจจะมาจากหลายสาเหตุ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงความต้องการของบุคคล ความคาดหวังที่เพิ่มมากขึ้น การออกกฎหมายใหม่ เป็นต้น ซึ่งไม่ว่าจะเป็นปัญหาเก่า

หรือใหม่ก็ตาม หากบุคคลและองค์การเห็นว่าความร่วมมือจะเป็นหนทางในการแก้ไขปัญหา โอกาสที่จะเกิดความร่วมมือย่อมมีมากขึ้น

(2) **ทรัพยากรที่ได้จากความร่วมมือ (The availability of resources to address problems through cooperation)** การทำงานในบางครั้งต้องมีการวางแผนและระดมทรัพยากรจากหลายหน่วยงาน เช่น บุคลากร งบประมาณ ความรู้ความเชี่ยวชาญ เป็นต้น หากขาดทรัพยากรเหล่านี้ย่อมไม่สามารถทำงานต่อไปได้ แต่หากมีทรัพยากรดังกล่าวและสามารถบริหารจัดการได้จะทำให้การทำงานสามารถดำเนินการไปได้ต่อ

(3) **ศักยภาพขององค์การ (Institutional Capacity to Mount Cooperation)** ในการสร้างและรักษาความร่วมมือผ่านกิจกรรมต่าง ๆ โดยการสร้างความร่วมมือต้องยึดหลักความถูกต้องตามกฎหมายและความชอบธรรม

เงื่อนไขของความร่วมมือข้างต้น หากขาดเงื่อนไขใดไปจะส่งผลให้ออกาสของความร่วมมือเกิดขึ้นได้น้อย ดังนั้น เงื่อนไขดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยสำคัญของความร่วมมือ

Beverly A. Cigler ได้อธิบายปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือเพิ่มเติมและเสริมแนวคิดของ Weiss ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 9 ประการ ได้แก่ (Beverly A. Cigler cited in Ricardo S. Morse, 2005, pp. 7-8)

(1) วิกฤตหรือปัญหาที่ทำให้เกิดความร่วมมือ (A disaster occurrence) โดยมีปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ได้รับความสนใจจากสังคม (Focusing event) ทำให้เกิดความร่วมมือ

(2) งบประมาณขาดแคลน (Fiscal stress)

(3) ความร่วมมือทางการเมือง (A political constituency for cooperation)

(4) การช่วยเหลือ (Supportive capacity building) เช่น ความช่วยเหลือด้านงบประมาณหรือทางเทคนิค ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การภายนอกเป็นปัจจัยสำคัญของความร่วมมือระหว่างองค์การ

(5) การสนับสนุนจากนักการเมืองท้องถิ่น (Early and continued support by elected local officials)

(6) การเห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากความร่วมมือ (Visible advantages of cooperation for participating governments)

(7) การสนับสนุนของบุคคลหรือองค์การ (Existence of a policy entrepreneur) ที่สนับสนุนหรือส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างองค์การ

(8) การเล็งเห็นถึงความสำคัญของการกำหนดแผนงานหรือยุทธศาสตร์ร่วมกัน (Early focus on visible, effective strategies) ความสำเร็จของแผนงานจะช่วยจูงใจและสร้างความร่วมมือ

(9) การสร้างทักษะความร่วมมือ (Emphasis on collaborative skills-building) ซึ่งมักจะเกิดจากการสร้างความสามารถขององค์การภายนอก

Cigler ยังได้ให้ความสำคัญกับบทบาทของหน่วยงานภายนอกที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การสร้างการสนับสนุนจากสาธารณะ การพัฒนาผู้นำ การสนับสนุนจากนักการเมือง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นผลมาจากการแทรกแซง

นอกจากนี้ ยังมีนักวิชาการอีกกลุ่มหนึ่งที่กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความร่วมมือไว้อย่างน่าสนใจ คือ John M. Bryson, Barbara C. Crosby & Melissa Middleton Stone ซึ่งได้จำแนกปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือไว้ 3 ประการ คือ (John M. Bryson et al., 2006, pp. 45-46)

(1) **สภาพแวดล้อม (Environment)** เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อองค์การ ทำให้องค์การต้องร่วมมือกับองค์การอื่น ๆ โดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมที่มีความสลับซับซ้อน องค์การจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือกับองค์การภายนอก เพื่อลดการเปลี่ยนแปลงและความไม่แน่นอน

(2) **ความล้มเหลวของภาคส่วนต่าง ๆ (Sectors Failure)** ซึ่งเกิดจากการที่องค์การไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ตามลำพังหรือการดำเนินงานขององค์การทำให้เกิดความล้มเหลวและประสบกับปัญหาและอุปสรรค จึงจำเป็นต้องร่วมมือกัน เพื่อลดจุดอ่อนและเสริมจุดแข็งของแต่ละภาคส่วน

(3) **ปัจจัยที่ทำให้เกิดความร่วมมือโดยตรง (Direct Antecedents of Collaboration Formation)** ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ ได้แก่

(3.1) **องค์การที่ให้การสนับสนุนหรือมีความสนใจในปัญหาสาธารณะ (Brokering organization or a legitimate convener)** สามารถโน้มน้าวใจให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้คล้อยตามปัญหาสาธารณะ จึงเปรียบเสมือนผู้ที่สามารถชี้แนะให้เกิดการยอมรับ โดยองค์การในนี้อาจจะเป็นบุคคลหรือองค์การก็ได้

(3.2) **ข้อตกลงเกี่ยวกับปัญหา (An important linking mechanism)** เป็นกลไกที่เชื่อมโยงทุกภาคส่วน ทำให้เกิดความชัดเจนในผลประโยชน์ที่แต่ละฝ่ายจะได้รับจากความร่วมมือ

(3.3) **บทบาทความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิมและเครือข่ายที่เป็นอยู่ (The role of prior relationships or existing networks)** เป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ทุกภาคส่วนเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน หากมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อนก็จะส่งผลให้การทำงานเป็นไปในทิศทางที่ดี แต่ถ้า

ในอดีตมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีก็อาจจะแก้ปัญหาโดยการสร้างข้อตกลงแบบไม่เป็นทางการเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

จากปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือข้างต้น ผู้วิจัยได้นำปัจจัยดังกล่าวมาสรุปและจำแนกประเภท เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจและวิเคราะห์ โดยใช้สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกขององค์การมาเป็นเกณฑ์ในการจำแนก ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

นักวิชาการ	ปัจจัยภายใน (Internal Factors)	ปัจจัยภายนอก (External Factors)
Janet Weiss	<ul style="list-style-type: none"> - ทรัพยากรที่ได้จากความร่วมมือ - ศักยภาพขององค์การ 	<ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้ปัญหาาร่วมกันขององค์การ
Beverly A. Cigler	<ul style="list-style-type: none"> - งบประมาณขาดแคลน - การเล็งเห็นถึงความสำคัญของการกำหนดแผนงานหรือยุทธศาสตร์ร่วมกัน - การเห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากความร่วมมือ 	<ul style="list-style-type: none"> - วิกฤตหรือปัญหา - การช่วยเหลือ - ความร่วมมือทางการเมือง - การสนับสนุนจากนักการเมืองท้องถิ่น - การสนับสนุนของบุคคลหรือองค์การ - การสร้างทักษะความร่วมมือ
John M. Bryson et al.	<ul style="list-style-type: none"> - ความล้มเหลวของภาคส่วนต่าง ๆ - ข้อตกลงเกี่ยวกับปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> - สภาพแวดล้อม - องค์การที่ให้การสนับสนุนหรือมีความสนใจในปัญหาสาธารณะ - บทบาทความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิมและเครือข่ายที่เป็นอยู่

ตารางที่ 2.4 สรุปประเภทของปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือ

จากตารางข้างต้นสรุปได้ว่า ปัจจัยภายนอกที่ทำให้เกิดความร่วมมือมีทั้งปัจจัยเชิงบวก เช่น การสนับสนุนจากสาธารณะ ความสัมพันธ์อันดีระหว่างองค์การ ส่วนปัจจัยเชิงลบ เช่น ปัญหาภายนอกหรือวิกฤต สำหรับปัจจัยภายในที่เอื้อต่อความร่วมมือ ได้แก่ การมีข้อตกลงที่ชัดเจน และการเล็งเห็นถึงความสำคัญของแผนงานและยุทธศาสตร์ เป็นต้น ส่วนปัจจัยเชิงลบ ได้แก่ การขาด

งบประมาณ และความล้มเหลวของภาคส่วนต่าง ๆ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้องค์การเห็นถึงโอกาส และจุดแข็งที่ช่วยหนุนเสริมองค์การ รวมถึงภัยคุกคามและจุดอ่อนที่ส่งผลกระทบต่อองค์การ

2) กระบวนการของความร่วมมือ

องค์การที่มาทำงานร่วมกันจำเป็นต้องมีการสร้างระบบการทำงานร่วมกัน เช่น การวางแผน การกำหนดเป้าหมายและข้อตกลง รวมถึงการดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายหรือข้อตกลงที่ได้ กำหนดไว้ และเมื่อได้ดำเนินงานจนสิ้นสุดตามแผนงานหรือกิจกรรมแล้วต้องมีการประเมินผลร่วมกัน สิ่งเหล่านี้เป็นลักษณะธรรมชาติของทุกองค์การ เช่นเดียวกับความร่วมมือที่ประกอบด้วยกระบวนการ หรือขั้นตอนการทำงานต่าง ๆ เพื่อให้การทำงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด โดยแนวคิด เกี่ยวกับกระบวนการของความร่วมมือมีนักวิชาการที่ได้กล่าวถึงเอาไว้หลายท่าน ดังนี้

Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven ได้อธิบายกระบวนการของความร่วมมือ ว่าประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ (Peter Smith Ring & Andrew H. van de Ven, 1994, pp. 96-99)

(1) การเจรจา (Negotiation) ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อสร้างความ เข้าใจและการรับรู้ให้สอดคล้องตรงกัน หากสามารถเจรจาจนสามารถตอบสนองความต้องการของ ทุกฝ่ายได้ก็จะทำให้เกิดการตกลงยอมรับร่วมกัน

(2) การตกลงร่วมกัน (Commitment) เป็นการกำหนดข้อตกลงในการดำเนินงาน ร่วมกัน ซึ่งอาจจะเป็นข้อตกลงในรูปแบบสัญญาแบบเป็นทางการหรือสัญญาทางใจก็ได้

(3) การดำเนินการ (Implementation) เป็นการนำเอาข้อตกลงที่ได้กำหนดร่วมกัน ไปปฏิบัติโดยอาศัยบุคคลหรือองค์การ

(4) การประเมินผล (Assessment) โดยประเมินว่าการดำเนินการทั้ง 3 ขั้นตอนอยู่บน พื้นฐานที่ทำให้ทุกฝ่ายได้รับผลประโยชน์ร่วมกันหรือไม่ หากไม่เป็นไปตามที่กำหนดก็จะมี การกำหนดหรือเจรจาเพื่อสร้างข้อตกลงร่วมกันใหม่

Robert Agranoff & Michael Mcguire ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการความร่วมมือ โดยมีเนื้อหาเสริมแนวคิดของ Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven ดังนี้ (Robert Agranoff & Michael Mcguire อ้างถึงใน ปิยากร หวังมหาวร, 2560, น.92)

(1) การกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ (Activation) โดยคัดเลือกบุคคลและทรัพยากร ที่จำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมายในการดำเนินงาน

(2) **การกำหนดกรอบความร่วมมือ (Framing)** เป็นการกำหนดกรอบความร่วมมือในการดำเนินงานและเป้าหมายร่วมกัน

(3) **การระดมความร่วมมือ (Mobilization)** เป็นการแสวงหาความร่วมมือทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย เพื่อให้บรรลุข้อตกลงร่วมกัน

(4) **การสังเคราะห์ความร่วมมือ (Synthesizing)** เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดความไว้วางใจและการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน

ในขณะที่ John M. Bryson, Barbara C. Crosby & Melissa Middleton Stone ได้อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการความร่วมมือ ซึ่งมีขั้นตอนเพิ่มเติมนอกเหนือไปจากแนวคิดของนักวิชาการข้างต้น ดังนี้ (John M. Bryson et al., 2006, pp. 46-48)

(1) **การพยายามสร้างข้อตกลงเบื้องต้น (Forging initial agreement)** เป็นการสร้างข้อตกลงแบบไม่เป็นทางการเกี่ยวกับภารกิจและกระบวนการต่าง ๆ เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้ ส่วนข้อตกลงแบบเป็นทางการช่วยให้หน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายมีความชัดเจน โดยข้อตกลงที่กำหนดไว้อาจมีการแก้ไขในภายหลังเมื่อมีความร่วมมือเพิ่มขึ้น

(2) **การสร้างภาวะผู้นำ (Building leadership)** การทำงานร่วมกันต้องใช้ผู้นำแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งบทบาทของผู้นำ คือ การสนับสนุนและการทุ่มเทให้เกิดความร่วมมือ รวมถึงมีอำนาจและสามารถเข้าถึงทรัพยากรเพื่อช่วยให้การทำงานร่วมกันบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

(3) **การสร้างความชอบธรรม (Building legitimacy)** เพื่อให้เกิดการยอมรับทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย และสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับสมาชิก โดยใช้โครงสร้าง กระบวนการ และกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมขององค์การในการสร้างความชอบธรรม

(4) **การสร้างความไว้วางใจ (Building trust)** โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การแสดงเจตนาที่ดีและทำตามหน้าที่ หรือการสร้างเชื่อมั่นในความสามารถขององค์การ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความร่วมมือที่ต่อเนื่อง

(5) **การจัดการความขัดแย้ง (Managing conflict)** ซึ่งความขัดแย้งอาจจะเกิดจากเป้าหมายและความคาดหวังไม่ตรงกัน หรือความแตกต่างด้านแนวคิด เป็นต้น ผู้นำจึงต้องกระจายทรัพยากรให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำให้เกิดความก้าวหน้า

(6) **การวางแผน (Planning)** ทั้งแบบเป็นทางการและการสร้างความเข้าใจในภารกิจเป้าหมาย บทบาทการดำเนินงาน นอกจากนี้สิ่งสำคัญที่สุด คือ การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงต้องใช้ความไว้วางใจและกำลังความสามารถเพื่อจัดการความขัดแย้ง

3) รูปแบบของความร่วมมือ

Richard L. Daft ได้จำแนกรูปแบบของความร่วมมือระหว่างองค์การออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้ (Richard L. Daft อ้างถึงใน วันชัย มีชาติ, 2559, น. 249-253)

(1) **ความร่วมมือระหว่างองค์การแบบคู่ (Pairwise or Dyadic Interorganization Relationship)** เป็นการทำงานร่วมกันหรือความร่วมมือระหว่างองค์การ 2 องค์การ

(2) **ความร่วมมือระหว่างองค์การแบบหลายองค์การ (Interorganization Set)** เป็นความร่วมมือระหว่างองค์การที่ประกอบด้วยองค์การหลาย ๆ องค์การ แต่จะกำหนดให้องค์การใด องค์การหนึ่งทำหน้าที่เป็นหน่วยงานศูนย์กลางเพื่อประสานงานกับองค์การอื่น ๆ ส่วนองค์การอื่น ๆ จะเป็นเพียงหน่วยงานที่ทำงานร่วมกัน

(3) **ความร่วมมือระหว่างองค์การแบบเครือข่าย (Interorganization Network)** ประกอบด้วยหลายองค์การมาทำงานร่วมกันเช่นเดียวกับความร่วมมือระหว่างองค์การแบบหลาย องค์การ แต่ความร่วมมือประเภทนี้ทุกองค์การจะมีบทบาทและอำนาจหน้าที่เท่าเทียมกัน และสามารถ สื่อสารระหว่างองค์การได้โดยตรงโดยไม่ต้องมีศูนย์กลางกำหนด ความร่วมมือแบบนี้อาจเกิดขึ้นจาก ความต้องการที่จะแก้ไขปัญหาเฉพาะด้านหรือการดำเนินการตามนโยบายหรือการจัดบริการสาธารณะ ให้กับประชาชน เช่น นโยบายด้านสังคมหรือสุขภาพ เป็นต้น

นอกจากนี้ การทำงานร่วมกันระหว่างองค์การอาจเป็นการทำงานระหว่างองค์การที่เป็น องค์การประเภทเดียวกันหรือต่างประเภทกันก็ได้ เช่น หน่วยงานราชการกับเอกชน หรือเอกชนกับ ประชาชน หน่วยงานราชการกับหน่วยงานราชการ เป็นต้น ซึ่งการที่องค์การต่าง ๆ มาทำงานร่วมกัน อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความสามารถขององค์การไม่เพียงพอจึงต้องพึ่งพาองค์การอื่น หรือเห็นว่าการ ทำงานร่วมกันจะส่งผลดีต่อองค์การ เป็นต้น

4) ปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่างองค์การ

วันชัย มีชาติ ได้อธิบายปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่างองค์การไว้ 4 ประการ หากองค์การไม่สามารถแก้ไขหรือป้องกันปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวได้จะส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมาย ในการปฏิบัติงานขององค์การ ดังนี้ (วันชัย มีชาติ, 2559, น. 264-268)

(1) **ขาดการวางแผนที่ครอบคลุม** การทำงานร่วมกันระหว่างองค์การต้องมีการวางแผน ร่วมกัน เพื่อให้ทุกฝ่ายสามารถรับรู้และเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละองค์การ รวมถึงช่วยลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน หากไม่มีการวางแผนที่ครอบคลุมหน้าที่หรือภารกิจของ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านการประสานงานหรือการทำงานร่วมกัน

(2) **ระบบการบริหารจัดการภายในที่ขาดความยืดหยุ่น** หากองค์กรมีกฎระเบียบที่ไม่มีความยืดหยุ่นคล่องตัวจะส่งผลให้การทำงานร่วมกับองค์กรอื่นทำได้ยาก เช่น หน่วยงานราชการที่มีกฎระเบียบตายตัวทำให้การทำงานร่วมกับหน่วยงานภายนอกได้ยาก องค์กรใดที่มีปัญหานี้ต้องแก้ไขหรือปรับปรุงกฎระเบียบให้เอื้อต่อการทำงานร่วมกัน

(3) **ขาดระบบการให้รางวัล** องค์กรที่ไม่มีการให้รางวัลหรือจูงใจให้เกิดความร่วมมือจะส่งผลให้การทำงานระหว่างองค์กรเกิดขึ้นได้ยาก เนื่องจากขาดการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้องค์กรทำงานร่วมกัน เช่น ระบบงบประมาณของไทยที่มุ่งเน้นการเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณให้ได้ตามจำนวนที่ได้รับอนุมัติ มากกว่าการส่งเสริมหรือให้รางวัลแก่หน่วยงานราชการที่สามารถประหยัดงบประมาณแผ่นดิน หากเบิกจ่ายไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดจะถูกลดงบประมาณในปีถัดไป เป็นต้น

(4) **วิธีคิดในการทำงานของบุคลากรในองค์กร** การทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรจะเกิดขึ้นได้ บุคลากรในองค์กรต้องมีความคิดที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกัน หากบุคลากรในองค์กรมีความคิดที่ต่อต้านการทำงานร่วมกันย่อมเป็นอุปสรรคต่อการทำงานระหว่างองค์กร เช่น การยึดระเบียบกฎเกณฑ์มากกว่าเป้าหมาย การคิดว่าการทำงานร่วมกันเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก การยึดเป้าหมายของหน่วยงานตนเองเป็นหลักโดยไม่มองเป้าหมายในภาพรวม เป็นต้น

Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven ยังได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาของความร่วมมือเอาไว้ 4 ประการ ซึ่งเป็นผลมาจากความไม่สมดุลระหว่างกระบวนการของความร่วมมือแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ (Peter Smith Ring & Andrew H. van de Ven, 1994, p. 108)

- (1) การสร้างกฎระเบียบและการติดตามความสัมพันธ์ที่มากเกินไป
- (2) ความขัดแย้งระหว่างบทบาทและพฤติกรรมของฝ่ายต่าง ๆ
- (3) เจื่อนใจหรือสภาพแวดล้อมที่ทำลายความไว้วางใจ
- (4) การสร้างภาระงานที่เพิ่มขึ้นและไม่สามารถทำธุรกรรมร่วมกัน

ดังนั้น จากแนวคิดความร่วมมือที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีความเชื่อมโยงกับแนวคิดของการร่วมกันผลิต (Co-production) เนื่องจากความร่วมมือเป็นพื้นฐานที่ทำให้หน่วยงานภาครัฐและชุมชนร่วมมือกันจัดบริการสาธารณะให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากเงื่อนไขที่นำไปสู่ความร่วมมือบางเงื่อนไขมีลักษณะคล้ายกับคุณลักษณะพื้นฐานของการร่วมกันผลิต เช่น การสร้างความไว้วางใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารร่วมกัน เป็นต้น ทั้งสองแนวคิดจึงเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน

2.1.6 แนวคิดการจัดการภัยพิบัติโดยมีชุมชนเป็นฐาน

Victoria นักวิชาการด้านการจัดการภัยพิบัติได้อธิบายหลักการจัดการภัยพิบัติโดยมีชุมชนเป็นฐานซึ่งประกอบด้วยหลักการจัดการ 8 ประการ ดังนี้ (Victoria อ้างถึงใน กัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์, น.1722)

(1) **กระบวนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน (Participatory Process and Content)** โดยกลุ่มเสี่ยงได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ เช่น การประเมินความเสี่ยง การกำหนดมาตรการลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อม การตัดสินใจ การนำแผนไปปฏิบัติ เป็นต้น

(2) **การตอบสนอง (Responsiveness)** เป็นการทำให้สมาชิกในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาว่าจำเป็นต้องมีการจัดการภัยพิบัติ โดยพิจารณาจากการรับรู้ การจัดลำดับความสำคัญของมาตรการลดความเสี่ยงภัยพิบัติ

(3) **การบูรณาการ (Integration)** โดยชุมชนเป็นผู้กำหนดและนำไปปฏิบัติ ตั้งแต่ก่อนเกิดภัยพิบัติจนถึงหลังภัยพิบัติ มีการบูรณาการกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

(4) **มุ่งเน้นเชิงรุก (Proactive)** โดยให้ความสำคัญกับการป้องกันภัยพิบัติ การลดผลกระทบ และการเตรียมความพร้อม

(5) **ความครอบคลุม (Comprehensive)** มีการเตรียมความพร้อมทั้งในระยะสั้น - ระยะยาว รวมถึงการเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างทั้งสิ่งที่จับต้องได้ เช่น ศูนย์อพยพ โรงพยาบาล ศูนย์เตือนภัยพิบัติ เป็นต้น และสิ่งที่ไม่สามารถจับต้องได้ เช่น การฝึกอบรม สุขภาพ เป็นต้น

(6) **ความหลากหลายของทุกภาคส่วนและสหวิทยาการ (Multi-Sectoral & Multidisciplinary)** การพิจารณาบทบาทของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการผสมผสานความรู้ทั้งวิทยาการสมัยใหม่และภูมิปัญญาท้องถิ่น

(7) **การเสริมอำนาจ (Empowering)** เป็นการให้อำนาจกับประชาชนในการเข้าถึงและใช้ทรัพยากร การบริการทางสังคม ผ่านกระบวนการทำงานร่วมกัน เช่น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การควบคุมทรัพยากร ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับสมาชิกในชุมชน

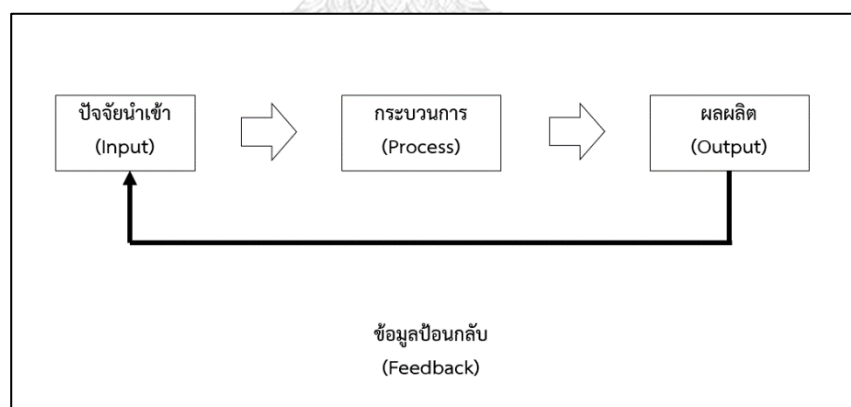
(8) **การพัฒนา (Development)** การมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนา ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติและแก้ไขปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากแนวคิดข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีลักษณะบางอย่างที่คล้ายกับแนวคิดกระบวนการของความร่วมมือของ Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven เช่น การสร้างความตระหนักถึงปัญหาภัยพิบัติที่คล้ายกับขั้นตอนการเจรจาที่มุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจให้กับสมาชิกในชุมชน เป็นต้น

2.2 ทฤษฎี

2.2.1 ทฤษฎีระบบ (System Theory)

ทฤษฎีระบบเป็นทฤษฎีที่อธิบายว่าองค์การเป็นระบบย่อย (Sub-system) ระบบหนึ่งของสังคม ย่อมได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และเทคโนโลยีไม่มากนักน้อย องค์การจึงจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม เพื่อรักษาสมดุลขององค์การ หากองค์การไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ย่อมทำให้องค์การเสื่อมลง โดยในระบบการทำงานขององค์การประกอบด้วยหน่วยงานย่อยหลาย ๆ หน่วยงานที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันจึงจะทำให้องค์การอยู่รอดได้ หากหน่วยงานภายในขององค์การ หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งไม่สามารถทำงานประสานหรือเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นได้จะส่งผลกระทบต่อความเติบโตขององค์การ สำหรับระบบมีองค์ประกอบ 4 ส่วน ได้แก่ (วันชัย มีชาติ, 2559, น. 58-60)



ที่มา : วันชัย มีชาติ, การบริหารองค์การ, หน้า 59.

ภาพที่ 2.1 ตัวแบบระบบ (System Model)

(1) **ปัจจัยนำเข้า (Input)** คือ ทรัพยากรต่าง ๆ ที่องค์การนำมาใช้ในการดำเนินงาน เช่น งบประมาณ คน วัสดุอุปกรณ์ ข้อมูล เป็นต้น

(2) **กระบวนการแปรสภาพ (Conversion Process)** เป็นกระบวนการนำเอาปัจจัยนำเข้ามาแปรสภาพให้อยู่ในรูปของสินค้าหรือบริการ

(3) **ผลผลิต (Output)** สินค้าหรือบริการต่าง ๆ ที่ได้จากระบวนการแปรสภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่จะนำออกสู่สภาพแวดล้อมต่อไป

(4) **ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback)** เป็นเสียงสะท้อนหรือข้อมูลที่ได้มาจากสภาพแวดล้อมหลังจากที่ได้นำผลผลิตออกสู่ภายนอก

2.2.2 ทฤษฎีการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยได้อธิบายว่าการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัยสามารถดำเนินการได้โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2559, น. 41-45)

1) ช่วงก่อนเกิดภัย

(1) **การป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and mitigation)** เป็นการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดสาธารณภัยและสร้างความเสียหายต่อบุคคลหรือชุมชน ซึ่งการลดความเสี่ยงสามารถทำได้โดยการใช้โครงสร้างการก่อสร้าง เพื่อป้องกันภัยและไม่ใช้โครงสร้างการก่อสร้าง เช่น การออกกฎหมายควบคุม การฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการก่อสร้างแก่วิศวกร เป็นต้น

(2) **การเตรียมความพร้อม (Preparedness)** คือ การเตรียมความพร้อมให้กับประชาชนหรือชุมชนให้มีความรู้และทักษะในการรับมือกับภัย โดยขั้นตอนนี้จะครอบคลุมกระบวนการตั้งแต่การวางแผนจนถึงการเตรียมสิ่งของยังชีพ รวมถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เข้ากับสภาพแวดล้อม

2) ขณะเกิดภัย

ขณะเกิดภัยจะใช้หลักการเผชิญเหตุ (Response) เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยโดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อให้ผู้ประสบภัยรอดชีวิต รวมถึงการบริหารจัดการให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถรับมือกับภัยที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการเตรียมการเอาไว้ก่อนล่วงหน้าจึงจะช่วยให้การเผชิญเหตุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3) หลังเกิดภัย

การฟื้นฟู (Recovery) เป็นกระบวนการฟื้นฟูหรือทำให้สถานการณ์ต่าง ๆ กลับเข้าสู่ภาวะปกติ มุ่งเน้นในการจัดการสถานการณ์ภายหลังที่เกิดภัยแล้ว ซึ่งมีแนวทางอยู่ 2 ประการ คือ การสร้างใหม่ให้เหมือนเดิมและการสร้างใหม่ให้ดีกว่าเดิม ในขั้นตอนนี้จะครอบคลุมทั้งการฟื้นฟูทางกายภาพและการฟื้นฟูจิตใจผู้ประสบภัย ซึ่งควรมีการประเมินความเสียหายและความต้องการของผู้ประสบภัย เพื่อนำไปประกอบการจัดทำแผนฟื้นฟูต่อไป

สำหรับการจัดการความเสี่ยงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพควรมีการประเมินความเสี่ยง เพื่อหาสาเหตุของความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการบริหารจัดการสาธารณสุข ในแง่ที่ว่าทำให้เกิดการตื่นตัวเตรียมความพร้อมและพยายามลดความเสี่ยงอยู่ตลอดเวลา โดยไม่ต้องรอให้เกิดภัยขึ้นก่อน กระบวนการดังกล่าวจึงให้ความสำคัญกับการป้องกันมากกว่าการรับมือกับความเสียหายที่เกิดขึ้นตามมาในภายหลัง

2.2.3 ทฤษฎีการป้องกันและควบคุมโรค

ทฤษฎีดังกล่าวมีแนวคิดที่ว่าโรคระบาดเกิดจากการเสียสมดุลของปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ ปัจจัยเกี่ยวกับคน (Host) ปัจจัยเกี่ยวกับตัวก่อโรค (Agent) และปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (Environment) ปัจจัยทั้ง 3 อย่าง เรียกว่า Epidemiologic Triad ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้ (สุทัศน์ โชตนะพันธ์, 2559, น. 150-152)

1) ปัจจัยที่เกี่ยวกับคน (Host)

(1) พันธุกรรม ทำให้บุคคลเสี่ยงติดโรคแตกต่างกัน บุคคลที่มีความเสี่ยงด้านพันธุกรรม จึงต้องรักษาสุขภาพหรือรับการตรวจโรค

(2) เพศ เช่น นีโวนุ่นน้ำดี เป็นในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย จึงต้องรักษาสุขภาพให้มากกว่าเพศชาย

(3) อายุ บางวัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคมกกว่าวัยอื่น เช่น ผู้สูงอายุมักมีปฏิกิริยาโรคกระดูกพรุน

(4) ภูมิต้านทานต่อโรค คนที่เคยป่วยจะมีภูมิต้านทานโรค เช่น โรคหัด ดังนั้น หากมีวัคซีนป้องกันโรคก็ควรต้องฉีด เช่น วัคซีนป้องกันคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก หัด เป็นต้น

(5) การศึกษา บุคคลที่มีการศึกษาคดีเชื่อว่า จะดูแลสุขภาพดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อยกว่า เช่น ผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่มักมีการศึกษาน้อย ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรค

(6) ความเชื่อทางศาสนา บางความเชื่อทำให้เสี่ยงต่อการติดโรคต่าง ๆ เช่น ความเชื่อบางลัทธิในอเมริกาห้ามฉีดวัคซีน ทำให้เกิดโรคระบาดที่ควรป้องกันได้ด้วยวัคซีน

(7) อาชีพ บางอาชีพเสี่ยงต่อการสัมผัสกับเชื้อโรคบางอย่างได้มากกว่าคนอาชีพอื่นๆ เช่น เกษตรกรเลี้ยงแพะมีความเสี่ยงเป็นโรคบลูเซลโลซิสมากกว่าชาวไร่ที่ปลูกผลไม้

(8) รายได้ ผู้มีรายได้น้อยมักเจ็บป่วยมากกว่าผู้มีฐานะดี เช่น เป็นโรคขาดสารอาหาร เป็นต้น

(9) พฤติกรรม บางอย่างทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรค เช่น การสูบบุหรี่ ทำให้เสี่ยงเป็นมะเร็งปอด เป็นต้น

2) **ปัจจัยเกี่ยวกับตัวก่อโรค (Agent)** สาเหตุของการเกิดโรคประกอบด้วย เชื้อโรค สารเคมี นอกจากนี้ ยารักษาโรคบางชนิดยังมีผลอันตรายต่อร่างกายด้วย หน่วยงานภาครัฐจึงต้องมีการควบคุม เช่น การออกกฎหมายควบคุมบุหรี่ยาสูบ การปล่อยสารเคมี เป็นต้น เพื่อควบคุมภัยอันตราย (Agent) มิให้มีผลกระทบต่อประชาชน

3) **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)** หากปัจจัยนี้มีผลกระทบต่อเชิงบวกจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดี แต่หากส่งผลกระทบต่อเชิงลบก็จะมีผลเสียต่อสุขภาพ ดังนั้น จึงต้องส่งเสริมให้เกิดปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อเชิงบวกมากกว่าเชิงลบ เช่น การควบคุมโรคเอดส์ต้องประสบกับปัญหาการกีดกันผู้ติดเชื้อ และผู้ติดเชื้อบางรายจะไม่ยอมเปิดเผยตัวหรือเข้าไม่ถึงการรักษาพยาบาล แต่ยังคงแพร่เชื้อได้อย่างต่อเนื่อง

2.2.4 ทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory)

ทฤษฎีการเสริมแรงเป็นทฤษฎีที่คิดค้นขึ้นโดย Burrhus Skinner นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ให้ไปในทิศทางที่ต้องการสามารถทำได้ โดยใช้การเสริมแรง ซึ่งอาจจะเป็นการเสริมแรงแบบเป็นครั้งคราวหรือเสริมแรงทุกครั้งเมื่อเกิดพฤติกรรมที่ต้องการ โดย Skinner ได้แบ่งสิ่งเสริมแรงออกเป็น 2 ประเภท คือ (จิราภา เต็งไตรรัตน์ และคณะ, 2552, pp. 128-133)

(1) **สิ่งเสริมแรงเชิงบวก (Positive reinforcer)** เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ เช่น เงิน ค่าชมเชย อาหาร เป็นต้น สิ่งเสริมแรงนี้จะช่วยทำให้เกิดพฤติกรรมหรือการตอบสนองที่ต้องการเพิ่มมากขึ้น เช่น นักเรียนที่ขยันทำการบ้านก็จะได้รับคำชมจากครู ซึ่งจะทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมขยันมากขึ้น

(2) **สิ่งเสริมแรงเชิงลบ (Negative reinforcer)** เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงหรือยับยั้งการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น นักเรียนที่กลัวครูดุถ้าทำการบ้านไม่เสร็จ ทำให้นักเรียนต้องทำการบ้านให้เสร็จ เพื่อไม่ให้ตนเองถูกครูดุซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.3.1 กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด 19 กรณีศึกษาผู้สูงอายุพหุพลังชุมชนหนองตะโก

วรยุทธ นาคอ้าย กมลนัถ์ ม่วงยิ้ม และเดชา วรรณพาทูล ได้ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด 19 กรณีศึกษาผู้สูงอายุพหุพลังชุมชนหนองตะโก ผลการศึกษามีสาระสำคัญดังต่อไปนี้ (วรยุทธ นาคอ้าย และคณะ, 2563, น.23-27)

1) รูปแบบของการมีส่วนร่วม

รูปแบบของการมีส่วนร่วมพบว่ามีลักษณะตามแนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) ของเดมมิ่ง ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ได้แก่

(1) **การวางแผน (Plan)** เป็นการวางแผนจัดทำกิจกรรมหรือโครงการในลักษณะของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุกับเครือข่ายหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน

(2) **การปฏิบัติการ (Do)** มีการสื่อสารสุขภาพและทำหน้าที่ากอนามัยโดยใช้จิตอาสาในชุมชน ซึ่งมีการแบ่งงานตามแผนที่กำหนด

(3) **การตรวจสอบ (Check)** ประเมินจากการแจกจ่ายผลิตภัณฑ์ให้กับสมาชิกกลุ่มและคนในชุมชน รวมถึงกระบวนการและความเข้มแข็งที่เกิดขึ้นจากความเป็นเอกภาพของกลุ่ม และแกนนำกลุ่มสามารถจัดการปัญหาและออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

(4) **การปรับปรุงการดำเนินงาน (Act)** มีการประชุมเพื่อประเมินและแลกเปลี่ยนความเห็นของสมาชิก เพื่อทบทวนการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค

2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด 19

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด 19 ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 4 ประการ ได้แก่

(1) **ความเข้มแข็งของแกนนำ** ซึ่งมาจากหลายภาคส่วนและเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการขับเคลื่อนกิจกรรมของกลุ่ม และยังมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา ซึ่งบางคนเป็นผู้นำชุมชนและคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุน

(2) **ทุนทางสังคมและพันธะทางสังคม** ในชุมชนหนองตะโกประกอบด้วยกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์เชิงเครือญาติทำให้เกิดความร่วมมือ และยังมีกฎกติกาของชุมชนที่ทำให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด 19

(3) **การสื่อสารสุขภาพในภาวะวิกฤต** การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของประชาชน ทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการป้องกันตัวมากขึ้น นอกจากนี้ ยังทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่ม สมาชิกในชุมชนให้ความร่วมมือและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

(4) **กลไกและเครือข่ายสนับสนุน** การสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายนักวิชาการ และกลุ่มแม่บ้าน เป็นต้น ได้เข้ามามีบทบาทสนับสนุนการทำกิจกรรมของกลุ่ม

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังได้สรุปว่าภาครัฐสามารถมีบทบาทในการส่งเสริมกิจกรรมของกลุ่มโดยการสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในกิจกรรมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ

2.3.2 รัฐ-ชุมชนกับการจัดการภัยพิบัติโรคไวรัสโคโรนา 19 พื้นที่ถนนข้าวสาร เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร

สอยฤทัย เกลี้ยงนิล ได้ศึกษากระบวนการจัดการโรคไวรัสโคโรนา 19 ของหน่วยงานภาครัฐและชุมชนในพื้นที่ถนนข้าวสาร เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษามีสาระสำคัญดังนี้ (สอยฤทัย เกลี้ยงนิล, 2563, น. 4-13)

1) กระบวนการจัดการของรัฐ-ราชการ

กระบวนการจัดการโรคไวรัสโคโรนา 19 ของสำนักงานเขตพระนครและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีกระบวนการจัดการที่สำคัญ 5 ขั้นตอน ได้แก่

(1) การให้คำแนะนำความรู้และวิธีป้องกันตนเอง เช่น การประชุมชี้แจงแนวทางป้องกัน การลงพื้นที่ตรวจ แนะนำแนวทางป้องกันโรคให้กับสถานประกอบการ เป็นต้น

(2) การนำนโยบายมาตรการบริหารจัดการพื้นที่ เช่น การรณรงค์ การป้องกันควบคุมโรค ทำความสะอาดถนน จัดเก็บขยะหลังจากร้านปิด จัดระเบียบแถวในการคัดกรองอุณหภูมิ เป็นต้น

(3) การมีส่วนร่วมกับภาคประชาชน เช่น อบรมให้ความรู้แก่พนักงาน ผู้ประกอบการ จัดตั้งจุดคัดกรอง จัดกิจกรรมทำความสะอาดร่วมกับประชาชน แจกอาหารและสิ่งของ เป็นต้น

(4) การช่วยเหลือประชาชนเมื่อได้รับผลกระทบ เช่น ดูแลทำความสะอาด จัดระเบียบแถวประชาชน แจกสิ่งของช่วยเหลือ เป็นต้น

(5) การติดตามผลการปฏิบัติงาน เช่น จัดทำแผนออกตรวจร่วม ตรวจสอบเหตุร้องเรียน ติดตามผลตามมาตรการของ กทม. ตรวจเยี่ยมชุมชน เป็นต้น

จากการดำเนินการของหน่วยงานราชการดังกล่าวพบว่ามาตรการต่าง ๆ มีข้อจำกัด เช่น ปัญหาบุคลากร งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ การประชาสัมพันธ์ขาดความน่าสนใจ เป็นต้น ทำให้การดำเนินงานขาดประสิทธิภาพ

2) กระบวนการจัดการของชุมชนและประชาชน

(1) การให้คำแนะนำความรู้และวิธีป้องกันตนเอง เช่น แนะนำให้ความรู้และแจกสื่อประชาสัมพันธ์ให้แก่ประชาชนในพื้นที่ จัดประชุมและแจ้งข่าวสารความรู้ให้กับประชาชน เป็นต้น

(2) การนำนโยบายและมาตรการบริหารจัดการพื้นที่ไปปฏิบัติ เช่น ประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐและประชาชนให้ปฏิบัติตามมาตรการของภาครัฐ จัดบุคลากรเข้าอบรมวิธีการคัดกรอง เป็นต้น

(3) การมีส่วนร่วมกับภาคประชาชน เช่น ทำความสะอาดถนนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ มีอาสาสมัครช่วยดูแลพื้นที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐ เป็นต้น

(4) การช่วยเหลือประชาชนเมื่อได้รับผลกระทบ เช่น แจกอาหารให้กับประชาชน ช่วยประชาสัมพันธ์ข้อมูล ดูแลสวัสดิการต่าง ๆ ประชุมหาแนวทางช่วยเหลือผู้ประกอบการอาชีพ เป็นต้น

(5) การติดตามผลการปฏิบัติงาน เช่น ตรวจสอบติดตามประชาชนและสถานประกอบการในพื้นที่ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่เมื่อพบปัญหา เป็นต้น

3) ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ

ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ ได้แก่ การให้คำแนะนำความรู้และวิธีป้องกันตนเอง การนำนโยบายและมาตรการบริหารจัดการพื้นที่ไปปฏิบัติ การมีส่วนร่วมกับภาคประชาชน การช่วยเหลือประชาชนเมื่อได้รับผลกระทบ และการติดตามผลการปฏิบัติงาน

2.3.3 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

อภิรักษ์ ทองอินทร์และพิพัฒน์ ไทยอารี ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่เทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อ.ถลาง จ.ภูเก็ต โดยผลการศึกษามีสาระสำคัญ ดังนี้ (อภิรักษ์ ทองอินทร์ และพิพัฒน์ ไทยอารี, 2558, น.706-710)

- (1) เพศแตกต่างกัน ทำให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน
- (2) อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่แตกต่างกัน ทำให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน
- (3) ระดับความรู้โรคไข้เลือดออกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กัน

2.3.4. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม

กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม โดยผลการศึกษามีสาระสำคัญ ดังนี้ (กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์, 2560, น. 63-65)

- (1) ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่ในด้านการป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับปานกลาง
- (2) กลุ่มอายุที่แตกต่างกันมีระดับการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีอายุ 31 – 41 ปี มีระดับการมีส่วนร่วมมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- (3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคยเข้ารับการอบรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกามีระดับการมีส่วนร่วมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3.5 การจัดการภัยพิบัติโดยมีชุมชนเป็นฐาน กรณีศึกษา : อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

กัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์ ได้ศึกษาการจัดการภัยพิบัติของชุมชนในพื้นที่อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยผลการศึกษามีสาระสำคัญ ดังนี้ (กัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์, , น. 1723-1725)

- (1) ด้านการป้องกันและเตรียมความพร้อม พบว่าในภาพรวมชุมชนมีความพยายามในการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือกับอุทกภัยอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการฝึกอบรมความรู้เรื่องน้ำท่วม การสร้างความตระหนักรู้ผ่านสื่อกิจกรรม การร่วมกันสำรวจจุดเสี่ยงภัยในชุมชน และการเตรียมการกำลังคนและเครื่องจักร
- (2) ด้านการจัดการในภาวะฉุกเฉิน ในภาพรวมชุมชนมีความพยายามในการจัดการในภาวะฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการให้ความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก การสื่อสารการกระจายความช่วยเหลือ
- (3) ด้านการฟื้นฟูหลังประสบภัย ในภาพรวมชุมชนมีความพยายามในการฟื้นฟูหลังประสบภัยอยู่ในระดับปานกลาง

4) ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ

(1) **ประสบการณ์ในการรับมือกับภัยพิบัติในอดีต** มีผลต่อการรับรู้และการปรับตัวของชุมชน ทำให้ประชาชนสามารถคาดการณ์และเตรียมความพร้อมได้อย่างทัน่วงที

(2) **ความตระหนักต่อปัญหาภัยพิบัติ** ซึ่งจะทำให้เกิดความตระหนักและเตรียมพร้อมรับมือกับภัยพิบัติโดยชุมชน

(3) **ผู้นำชุมชน** ต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถและมีจริยธรรม และยังคงได้รับความไว้วางใจจากคนในชุมชน ปัจจัยนี้มีผลต่อการจัดการภัยพิบัติเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้นำชุมชนจะเป็นผู้ริเริ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ

(4) **ความสัมพันธ์แบบเครือญาติ** ทำให้เกิดการช่วยเหลือและความร่วมมือของคนในชุมชน รวมถึงลดความขัดแย้งต่าง ๆ อีกด้วย

(5) **ความต่อเนื่องของนโยบายภาครัฐ** โดยหน่วยงานภาครัฐต้องสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นและสร้างความตระหนักในปัญหาภัยพิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการให้ความร่วมมือช่วยเหลือซ่อมสร้างที่พัก และร่วมกันสำรวจความเสียหาย ซึ่งเป็นผลมาจากประชาชนในพื้นที่ที่มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ จึงทำให้มีความร่วมมืออยู่ในระดับสูง

2.3.6 การศึกษาความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ เอกชนและชุมชนในการจัดกิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ กรณีศึกษาบ้านแม่กำปอง กิ่งอำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่

ภาวิดา รังสี ได้ศึกษาความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ เอกชนและชุมชนในการจัดกิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ กรณีศึกษาบ้านแม่กำปอง กิ่งอำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ โดยผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความร่วมมือสามารถจำแนกได้ 2 ปัจจัย ได้แก่ (ภาวิดา รังสี, 2550, น.100-108)

1) ปัจจัยภายในชุมชน

(1) **ผู้นำ** ต้องเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์สามารถจูงใจให้สมาชิกในชุมชนเกิดความเข้าใจในกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชน ซึ่งจะทำให้สมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนต่อไป

(2) **ความสัมพันธ์แบบเครือญาติ** ทำให้คนในชุมชนมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น เมื่อประสบกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ สมาชิกในชุมชนจะร่วมแรงร่วมใจกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

(3) **ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่อุดมสมบูรณ์** เป็นปัจจัยที่เอื้อให้ชุมชนสามารถจัดการการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ให้สอดคล้องกับพื้นฐานของชุมชน

2) ปัจจัยภายนอก

การสนับสนุนจากองค์การภายนอก เช่น ททท. สำนักงานภาคเหนือเขต 1 สำนักงานพัฒนาชุมชน กิ่ง อ.แม่ฮอน เป็นต้น ซึ่งคอยให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรือเป็นที่ปรึกษาให้กับชุมชน ในลักษณะของการเป็นพันธมิตรหรือหุ้นส่วน

นอกจากนี้ ภาวิตา รังสี ยังได้สรุปว่ากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ของหมู่บ้านแม่กำปอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

(1) การสร้างความเข้าใจ โดยผู้นำชุมชนต้องสร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้นในสมาชิกของชุมชน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

(2) การดำเนินการ ตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์และร่วมประเมินผลของกิจกรรม โดยชุมชนและหน่วยงานภาครัฐร่วมกันดำเนินการ

(3) การเรียนรู้ แม้ว่าการมีส่วนร่วมจะไม่สมบูรณ์ เนื่องจากมีการขึ้นนำจากผู้นำชุมชนก็ตาม แต่เมื่อเกิดวงจรใหม่ของการมีส่วนร่วม สมาชิกในชุมชนจะเกิดการเรียนรู้ร่วมกันเพิ่มขึ้น

2.3.7 การร่วมกันจัดบริการสาธารณะระดับท้องถิ่นของพลเมือง กรณีศึกษาการจัดการขยะของชุมชนชลประทาน จังหวัดอุบลราชธานี

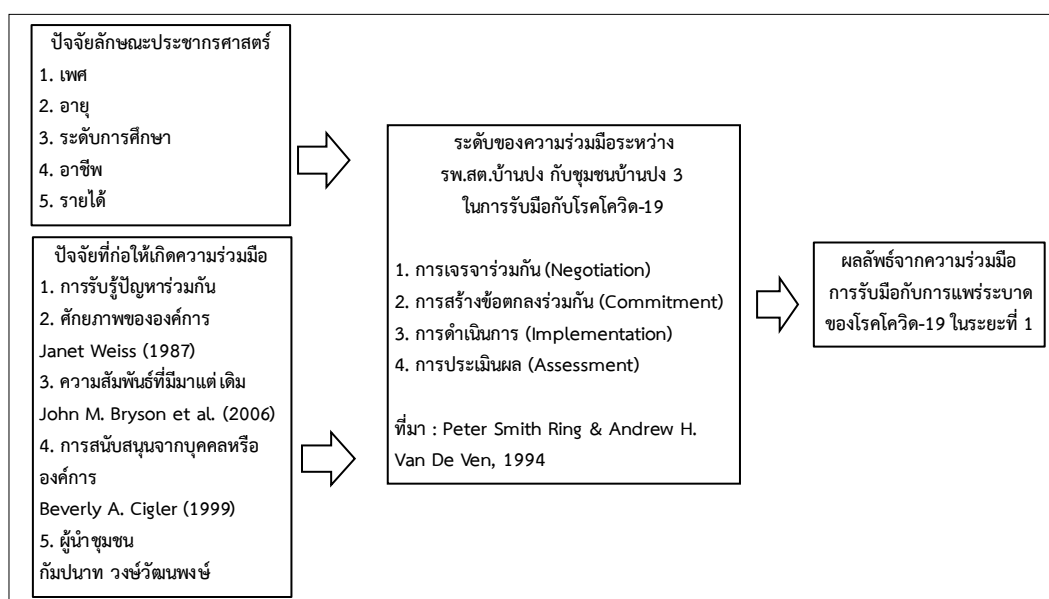
อรุณี สันฐิติวณิชย์ ได้ศึกษาการจัดการขยะร่วมกันของเทศบาลเมืองอุบลราชธานีและชุมชนชลประทาน โดยผลการศึกษามีสาระสำคัญ ดังนี้ (อรุณี สันฐิติวณิชย์, 2557, น. 630-633)

(1) การร่วมกันผลิตดังกล่าวเกิดจากเทศบาลเมืองอุบลราชธานีได้กำหนดนโยบายชุมชนปลอดขยะ และเปิดรับสมัครชุมชนนำร่องเข้าร่วมโครงการ โดยกระบวนการของการร่วมกันผลิตเทศบาลเมืองอุบลราชธานีจะทำหน้าที่ให้การสนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นและคำแนะนำให้แก่ชุมชน ส่วนชุมชนชลประทานจะทำหน้าที่ออกแบบการจัดการขยะให้สอดคล้องกับชุมชน รวมถึงขยายรูปแบบการจัดการขยะให้มีความหลากหลายและเป็นประโยชน์ต่อชุมชนมากขึ้น ความร่วมมือระหว่างเทศบาลเมืองอุบลราชธานีและชุมชนชลประทานส่งผลให้ปริมาณขยะในชุมชนดังกล่าวลดลง

(2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการร่วมกันจัดการขยะ ได้แก่ พลังทางสังคม จิตอาสาของคนในชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะ การดำเนินงานแบบเครือข่าย การสนับสนุนของเทศบาลเมืองอุบลราชธานี ความสัมพันธ์อันดีของคนในชุมชน ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การจัดการขยะในชุมชนประสบความสำเร็จและทำให้การจัดการขยะในระยะยาวเกิดความต่อเนื่อง

ดังนั้น จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับแนวคิดของความร่วมมือและการร่วมกันผลิต โดยงานวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการที่หน่วยงานภาครัฐและพลเมืองหรือชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขร่วมกันในลักษณะของการร่วมคิด ร่วมทำและร่วมรับผิดชอบ ส่งผลให้การจัดบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากกรอบแนวคิดข้างต้นอธิบายได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 ประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการ ได้แก่

(1) **การรับรู้ปัญหาาร่วมกัน** ความร่วมมือระหว่างองค์การจะเกิดขึ้นได้ หากองค์การหรือฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมีการรับรู้ปัญหาาร่วมกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงจะทำให้เกิดความร่วมมือ โดยปัญหาดังกล่าวอาจเป็นปัญหาภายในองค์การหรือเหตุการณ์ภายนอกก็ได้ (Janet A. Weiss, 1987, p. 109)

(2) **ศักยภาพขององค์การ** ก่อนที่จะเกิดความร่วมมือระหว่างองค์การ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องพิจารณาหรือประเมินก่อนว่าปัญหาที่เกิดขึ้น องค์การของตนเองสามารถแก้ไขปัญหหรือบริหารจัดการได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องร่วมมือกับองค์การอื่นได้หรือไม่ หากปัญหาดังกล่าวองค์การสามารถแก้ไขหรือจัดการได้ตามลำพังก็ไม่จำเป็นต้องมีความร่วมมือแต่อย่างใด แต่หากองค์การประเมินแล้วว่า

ปัญหาที่เกิดขึ้นเกินกำลังความสามารถที่จะรับมือได้ องค์การย่อมมีความจำเป็นต้องร่วมมือกับองค์การอื่น เพื่อให้องค์การสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนด (Janet A. Weiss, 1987, p. 111)

(3) ความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม การที่ภาครัฐและชุมชนมีความสัมพันธ์อันดีต่อกันมาก่อนหรือเคยทำกิจกรรมร่วมกันมาในอดีต ย่อมทำให้ความร่วมมือระหว่างองค์การเป็นไปอย่างราบรื่น แต่ถ้าองค์การที่เกี่ยวข้องไม่เคยทำกิจกรรมร่วมกันมาก่อนหน้านั้นหรือมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อกัน ย่อมทำให้โอกาสของความร่วมมือระหว่างองค์การเกิดขึ้นได้น้อยหรือไม่เกิดเลย (John M. Bryson et al., 2006, p. 46)

(4) การสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ มีส่วนช่วยให้การทำงานร่วมกันเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การได้รับการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือหรือทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินงาน เป็นต้น ปัจจัยนี้ช่วยให้เกิดความร่วมมือมากขึ้น (Beverly A. Cigler cited in Ricardo S. Morse, 2005, p. 7)

(5) ผู้นำชุมชน เป็นบุคคลที่มีความสามารถในการจูงใจให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับกิจกรรมภาครัฐและเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน ซึ่งผู้นำชุมชนอาจเป็นผู้นำแบบเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ ผู้นำชุมชนมีความสำคัญเป็นอย่างมากในช่วงที่เกิดวิกฤตหรือปัญหา โดยเฉพาะบทบาทในการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและแก้ไขปัญหาคุศลธรรม ผู้นำชุมชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความร่วมมือของคนในชุมชน (กัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์, น.1725)

ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจะนำไปสู่ระดับของความร่วมมือระหว่างองค์การ ในที่นี้ คือ ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปงและชุมชนบ้านปง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 โดยมีระดับของความร่วมมือ 4 ระดับ ได้แก่ (Peter Smith Ring & Andrew H. van de Ven, 1994, pp. 96-99)

(1) การเจรจา (Negotiation) อาจมีการเจรจาแบบเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อสร้างความเข้าใจและการรับรู้แก่คนในชุมชนให้มีความเข้าใจและการรับรู้ที่สอดคล้องตรงกัน หากสามารถเจรจาจนสามารถตอบสนองความต้องการของทุกฝ่ายได้ก็จะนำไปสู่การสร้างข้อตกลงร่วมกันต่อไป

(2) การสร้างข้อตกลงร่วมกัน (Commitment) เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังจากที่มีการเจรจากันเรียบร้อยแล้ว โดยในขั้นตอนนี้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้ที่เกี่ยวข้องจะกำหนดข้อตกลงในการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งข้อตกลงที่ได้ อาจเป็นข้อตกลงแบบเป็นทางการหรือเป็นสัญญาทางใจก็ได้

(3) **การดำเนินการ (Implementation)** เป็นการนำเอาข้อตกลงที่ได้กำหนดร่วมกันไปปฏิบัติ ขั้นตอนนี้ควรเป็นไปในลักษณะที่ทำให้ทุกฝ่ายได้รับประโยชน์ร่วมกัน

(4) **การประเมินผล (Assessment)** เป็นการประเมินผลว่าข้อตกลงที่กำหนดร่วมกันได้มีการนำไปปฏิบัติตามที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ และเกิดประโยชน์ต่อฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือไม่ หากไม่เป็นไปตามที่กำหนดก็จะมีการกำหนดหรือเจรจาเพื่อสร้างข้อตกลงร่วมกันใหม่

หลังจากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ได้เกิดความร่วมมือตามกระบวนการที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือ คือ การรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 ร่วมกัน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ทำให้ทั้ง รพ.สต.และชุมชนได้ประโยชน์ร่วมกัน กล่าวคือ ทั้งสองฝ่ายเกิดความเข้าใจและมีมาตรการรับมือกับโรคโควิด-19 ร่วมกัน อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาโรคโควิด-19 ในชุมชนต่อไป



บทที่ 3

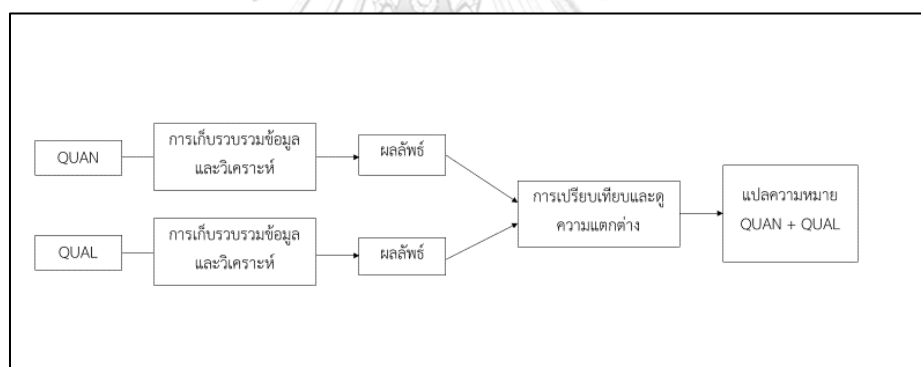
ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสม (Mixed Method) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับวิธีการวิจัย ประกอบด้วย ขั้นตอนวิธีการวิจัย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ เกณฑ์การให้คะแนน การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

3.1.1 แนวทางการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวทางการวิจัยแบบคู่ขนาน (Parallel-Data-base Design) โดยมีแนวทางการวิจัย ดังนี้ (Edmonds & Kennedy อ้างถึงใน ภัทรราวีตี มากมี, 2559, น.26-27)



ภาพที่ 3.1 แนวทางการวิจัยแบบคู่ขนาน (Parallel-Data-base Design)

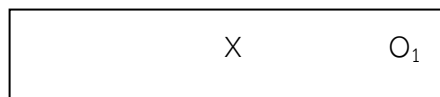
1) ศึกษาปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 ของชุมชนบ้านปง 3 โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน คือ ใช้แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตการณ์ การบันทึกภาคสนามและการวิจัยเชิงเอกสาร สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ

2) นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพมาเปรียบเทียบ เพื่อหาความเหมือนและความแตกต่าง

3) ตีความผลการศึกษาที่ได้ร่วมกันทั้งสองวิธี ทั้งวิธีการเชิงปริมาณและคุณภาพ

3.1.2 รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงปริมาณใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียวที่มีหลังการทดลอง (One group post-test design) ตามแผนการทดลองนี้



กำหนดให้ X = การรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

O₁ = การวัดผลตัวแปรตามหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

3.1.3 รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพใช้วิธีการศึกษาจากกรณีศึกษา (Case Study) ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านโป่งและชุมชนบ้านโป่ง 3 ต.อินทขิล อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์ การวิจัยเอกสาร การสนทนาแบบกลุ่ม และการบันทึกภาคสนาม

3.2 วิธีวิจัย

3.2.1 วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

1) ประชากร

ประชากรที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในชุมชนบ้านโป่ง 3 ต.อินทขิล อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของกรมการปกครอง ณ วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2564 พบว่ามีประชากร จำนวน 553 ราย

2) กลุ่มตัวอย่าง

(1) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร Taro Yamane ในการคำนวณ โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

N = จำนวนประชากรที่ทราบค่า

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

แทนค่า

$$n = \frac{553}{1+553(.05)^2}$$

$$n = \frac{553}{1.385}$$

$$n = 399.27 \approx 400 \text{ คน}$$

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ง่ายต่อการคำนวณและได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ จึงกำหนดให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับเก็บข้อมูล จำนวน 440 คน

(3) วิธีการสุ่มตัวอย่างประชากร

การสุ่มตัวอย่างประชากร ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบช่วงชั้นตามเพศและอาชีพ โดยมีวิธีการ ดังนี้

(3.1) กำหนดขนาดประชากรที่ต้องการศึกษา (N) โดยจำนวนประชากรของชุมชนบ้านโป่ง 3 มีจำนวน 553 คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 260 คน และเพศหญิง จำนวน 293 คน

(3.2) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเก็บข้อมูล (n) โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 440 คน ซึ่งได้จากการคำนวณตามสูตร Taro Yamane ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

(3.3) กำหนดขนาดตัวอย่างของชั้นเพศให้เป็นสัดส่วนเดียวกับขนาดของประชากรภายในชั้นเพศ โดยใช้การจัดแบ่งขนาดตัวอย่างแบบเป็นสัดส่วน (Proportional allocation) ซึ่งใช้หลักเกณฑ์การกำหนดขนาดตัวอย่างตามจำนวนหน่วยการเลือกตัวอย่าง (ประชากรย่อย) หากเพศใดมีจำนวนประชากรย่อยมากกว่าก็จะได้รับการเลือกตัวอย่างมากกว่า โดยมีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n_i = n \left(\frac{N_i}{N} \right)$$

n_i = ขนาดตัวอย่างในชั้นที่ i

N_i = ประชากรย่อยในชั้นที่ i

N = ขนาดประชากร

n = ขนาดตัวอย่างทั้งหมดที่ต้องการเลือก

เพศชาย	เพศหญิง
$n_i = 440 \left(\frac{260}{553} \right)$	$n_i = 440 \left(\frac{293}{553} \right)$
$n = 440 \times 0.47$	$n = 440 \times 0.52$
$n = 206.8 \approx 207 \text{ คน}$	$n = 233 \text{ คน}$

ตารางที่ 3.1 ขนาดตัวอย่างของชั้นเพศ

(3.4) กำหนดขนาดตัวอย่างของชั้นอาชีพ โดยพิจารณาจากสัดส่วนตามเพศและจัดสัดส่วนจำนวนหน่วยการเลือกตัวอย่างให้ครอบคลุมทุกอาชีพ เพื่อให้ได้ความเป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มอาชีพต่าง ๆ โดยมีจำนวนหน่วยการเลือกตัวอย่างของแต่ละอาชีพ ดังนี้

อาชีพ	ชาย	หญิง	รวม
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	
1. เกษตรกร	60	70	130
2. รับจ้าง	100	120	220
3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	5	10
4. พนักงานบริษัทเอกชน	15	16	31
5. ประกอบธุรกิจส่วนตัว	20	15	35
6. อื่นๆ	7	7	14
รวม	207	233	440

ตารางที่ 3.2 ขนาดตัวอย่างของชั้นอาชีพ

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

สำหรับการเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีวิธีการสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้

(1) กำหนดวัตถุประสงค์ประสงค์ของการสร้างแบบสอบถาม โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลสำหรับนำมาวิเคราะห์และสรุปผล และเพื่อตอบสนองมติฐานการวิจัย

(2) ศึกษาניยามศัพท์ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการจัดบริการสาธารณะ เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานทางทฤษฎีสำหรับสร้างแบบแบบสอบถาม

(3) กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน เพื่อนำมาจัดทำแบบสอบถามเป็นรายข้อ

(4) เขียนข้อคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ทฤษฎีและนิยามเชิงปฏิบัติการ

(5) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเรียบร้อยแล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความถูกต้อง และให้ข้อเสนอแนะ

(6) แก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

(7) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ช่วยตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

(8) หลังจากที่ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ จากนั้นนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบและให้คำแนะนำอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

(9) นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จำนวน 10 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นเป็นรายข้อ ซึ่งแบบสอบถามแต่ละชุดจะนำมาทดสอบความเชื่อถือของความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค (Cronbarch) ซึ่งค่าอัลฟาที่ได้จะแสดงถึงระดับความคงที่ของแบบสอบถาม ในการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือการวิจัยเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าค่าความเชื่อมั่นที่ได้นั้นมีค่าไม่น้อยกว่า 0.70 ซึ่งในกรณีนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 90.25

$$\text{สูตร} \quad \alpha = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right)$$

α = ค่าความสอดคล้องภายใน

n = จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

$\sum s_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

s_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเห็นต่อรูปแบบและกระบวนการของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 มีค่าความเชื่อมั่น $r_{tt} = 0.95$ นำมาคิดเป็นร้อยละของความเชื่อมั่นได้ ดังนี้

$$(r_{tt})^2 \times 100 = 0.95$$

$$(0.95)^2 \times 100 = 90.25\%$$

สรุปได้ว่า เครื่องมือวัดที่สร้างขึ้นมามีค่าความเชื่อมั่น = 90.25% ซึ่งในการวิจัยเป็นที่ยอมรับได้ เนื่องจากมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.70 สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนมีรายละเอียด ดังนี้

คำตอบ	คะแนนข้อความที่เป็นบวก	คะแนนข้อความที่เป็นลบ
มากที่สุด	5	5
มาก	4	4
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	2
น้อยที่สุด	1	1

ตารางที่ 3.3 เกณฑ์การให้คะแนน

การให้คะแนนความเห็นต่อระดับของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 คิดค่าคะแนนเฉลี่ยจากแบบสอบถาม ที่มีระดับการวัด 5 ระดับ ถือเป็นคะแนนตามสัดส่วนของช่วงคะแนนเท่ากัน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับความร่วมมือในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับความร่วมมือในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับความร่วมมือในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับความร่วมมือในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับความร่วมมือในระดับน้อยที่สุด

(10) เนื้อหาของแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด โดยให้เลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับชุมชน เป็นข้อคำถามว่า ผู้ตอบแบบสอบถามรับรู้ว่าคุณชนของตนมีความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 หรือไม่ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด โดยให้เลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนดจำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 การก่อตัวของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด โดยให้เลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนดเพียง 1 ข้อ

ส่วนที่ 4 รูปแบบและกระบวนการของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 โดยแบบสอบถามในส่วนนี้เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดหลายระดับ (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่

- 5 หมายถึง ท่านมีความเห็นในเรื่องนี้อยู่ในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านมีความเห็นในเรื่องนี้อยู่ในระดับมาก
- 3 หมายถึง ท่านมีความเห็นในเรื่องนี้อยู่ในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านมีความเห็นในเรื่องนี้อยู่ในระดับน้อย
- 1 หมายถึง ท่านมีความเห็นในเรื่องนี้อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคของของความร่วมมือ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปงและชุมชนบ้านปง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 ข้อคำถามมีลักษณะเป็นคำถามผสมระหว่างคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด โดยให้เลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนดจำนวน 1 ข้อ

4) การเก็บรวบรวมข้อมูล

- (1) ทำหนังสือแจ้งไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปงเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาและผู้นำชุมชนบ้านปง 3 เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในชุมชน
- (2) ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 440 คน โดยมีกำหนดการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 25 - 28 มีนาคม พ.ศ. 2564
- (3) รวบรวมแบบสอบถามตามจำนวนที่กำหนด ก่อนที่จะนำไปจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5) การจัดกระทำข้อมูล

- (1) ตรวจสอบข้อมูล (Editing) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามโดยแยกแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออก
- (2) การลงรหัส (Coding) นำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องเรียบร้อยแล้ว มาลงรหัสตามที่ได้กำหนดรหัสไว้ล่วงหน้า
- (3) การประมวลผลข้อมูลที่ลงรหัสแล้ว นำมาบันทึกโดยใช้เครื่องไมโครคอมพิวเตอร์ เพื่อประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (Statistic Package for Social Science หรือ SPSS)

6) การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ ใช้การวิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับชุมชน ใช้การวิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละ

ส่วนที่ 3 การก่อตัวของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนใช้การวิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับรูปแบบและกระบวนการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ใช้การวิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของระดับความเห็นที่มีต่อรูปแบบและกระบวนการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในแต่ละด้าน ได้แก่

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีระดับความเห็นในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีระดับความเห็นในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีระดับความเห็นในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีระดับความเห็นในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีระดับความเห็นในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน ใช้การวิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย

7) สถิติที่ใช้

(1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้และอาชีพ

(2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้ใช้สถิติที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ ดังนี้

สมมติฐาน	สถิติที่ใช้
- ปัจจัยด้านลักษณะประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้) ปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์กร ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์กรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 หรือไม่	- ใช้ Two-way ANOVA

ตารางที่ 3.4 สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.2.2 วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

1) ออกแบบงานวิจัย

(1) คำถามการวิจัย

(1.1) รูปแบบ การก่อตัวและกระบวนการของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 มีรูปแบบการก่อตัวและกระบวนการอย่างไร

(1.2) ปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร

(2) คำถามการวิจัยและกรอบพื้นฐานทางทฤษฎี

คำถามการวิจัยที่ 1 :

รูปแบบ การก่อตัวและกระบวนการของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 มีรูปแบบการก่อตัวและกระบวนการอย่างไร

กรอบพื้นฐานทางทฤษฎี :

การก่อตัวของความร่วมมือเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ปัญหาาร่วมกันขององค์กรว่าส่งผลกระทบต่อการทำงานขององค์กร แต่ศักยภาพขององค์กรมีไม่เพียงพอจึงต้อง

ร่วมมือกัน และได้รับการสนับสนุนจากบุคคลและองค์กร ประกอบกับการมีความสัมพันธ์ที่ดีมาแต่เดิม และการมีผู้นำชุมชนที่มีความรู้ความสามารถ ปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่ความร่วมมือระหว่างองค์กร

กระบวนการของความร่วมมือ Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven ได้ อธิบายเกี่ยวกับแนวคิดกระบวนการความร่วมมือว่า ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การ เจริญ การสร้างข้อตกลง การดำเนินการ และการประเมินผล โดยกระบวนการดังกล่าวตั้งอยู่บน พื้นฐานของการทำให้เกิดประโยชน์ร่วมกันทุกฝ่าย

รูปแบบของความร่วมมือ Gordon P. Whittaker ได้แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ความร่วมมือโดยประชาชนขอความช่วยเหลือจากภาครัฐ ความร่วมมือโดยประชาชนให้ความ ช่วยเหลือภาครัฐ และความร่วมมือโดยประชาชนและภาครัฐร่วมกันดำเนินการ

คำถามการวิจัยที่ 2 :

ปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับ ตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 มีปัญหาและอุปสรรค อย่างไร

กรอบพื้นฐานทางทฤษฎี :

ปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่างองค์กรอาจเกิดจากปัจจัยหลาย ประการ เช่น ขาดการวางแผนที่มีความครอบคลุม ระบบการบริหารจัดการภายในที่ขาดความยืดหยุ่น ขาดระบบการให้รางวัล วิธีคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานร่วมกับองค์กรอื่น เป็นต้น ปัญหาและอุปสรรค ดังกล่าวจะส่งผลให้การทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด

(3) หน่วยวิเคราะห์

(3.1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปาง

(3.2) ชุมชนบ้านปาง 3 ต.อินทขิล อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่

(4) ความเชื่อมโยงระหว่างคำถามการวิจัยและกรอบพื้นฐานทางทฤษฎี

(4.1) การก่อตัวของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล บ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 อาจเกิดจากการที่ทั้งสององค์กรรับรู้ ปัญหาโรคโควิด-19 ร่วมกันว่าเป็นปัญหาที่เกินกำลังความสามารถที่จะรับมือได้เพียงฝ่ายเดียว จึงต้องร่วมมือกัน โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรหรือบุคคล รวมถึงผู้นำชุมชน ประกอบกับการมี ความสัมพันธ์อันดีต่อกันมาในอดีต ทำให้เอื้อต่อการก่อตัวของความร่วมมือ

(4.2) กระบวนการของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับ ตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 เริ่มจากการเจริญ การ สร้างข้อตกลงร่วมกัน การดำเนินการและการประเมินผล โดยความร่วมมือที่เกิดขึ้นมีรูปแบบเป็น ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและประชาชนร่วมกันดำเนินการ

(4.3) ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนซึ่งมีลักษณะองค์การแตกต่างกัน เมื่อมีการปฏิบัติงานร่วมกันอาจทำให้มีปัญหาและอุปสรรค เช่น ขาดการวางแผนที่ครอบคลุม ระบบการบริหารงานภายในที่ยึดการปฏิบัติงานตามระเบียบทำให้ขาดความยืดหยุ่น ขาดระบบการให้รางวัล เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติงานร่วมกัน รวมถึงวิธีคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ไม่สอดคล้องกัน เป็นต้น ปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวจะส่งผลให้กระบวนการของความร่วมมือไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2) เลือกกรณีศึกษา

ผู้วิจัยได้เลือกกรณีศึกษาแบบเดี่ยว (Single Case Study) โดยเลือกกรณีศึกษาของชุมชนบ้านปง 3 ต.อินทขิล อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ เป็นพื้นที่ศึกษา เนื่องจากชุมชนบ้านปง 3 เป็นหนึ่งในชุมชนของ จ.เชียงใหม่ ที่พบผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 (1 มีนาคม – 30 เมษายน พ.ศ. 2564) ซึ่งเกณฑ์การเลือกพื้นที่มีรายละเอียด ดังนี้

ชุมชน/หมู่บ้าน	จำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 (คน)	รูปแบบของความร่วมมือ			ความท้าทายของปัญหา
		ชุมชนรอยต่อความช่วยเหลือจากรัฐ	ชุมชนทำตามกฎระเบียบของภาครัฐ	ภาครัฐและชุมชนร่วมมือกันดำเนินการ	
ชุมชนบ้านปง 3	1	-	✓	✓	1. เป็นโรคอุบัติใหม่
หมู่บ้านแห่งหนึ่ง อ.แม่ออน	1	-	✓	-	2. ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจน้อย
หมู่บ้านแห่งหนึ่ง อ.สารภี	1	-	✓	-	3. ขาดแคลนทรัพยากร
หมู่บ้านแห่งหนึ่ง อ.สันกำแพง	1	-	✓	-	4. หลักเกณฑ์การรับมือไม่ชัดเจน
รวม	4	-	4	1	

ที่มา : ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (EOC) จ.เชียงใหม่ (จำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19)

ตารางที่ 3.5 หลักเกณฑ์การเลือกกรณีศึกษา

(1) จำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 จะเห็นได้ว่าชุมชนบ้านปง 3 มีผู้ติดเชื้อเพียง 1 ราย ไม่แตกต่างจากหมู่บ้านในอำเภออื่น แต่สามารถควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดในชุมชนเพิ่มขึ้น

(2) รูปแบบความร่วมมือ ชุมชนบ้านปง 3 มีรูปแบบการรับมือกับโรคโควิด-19 แตกต่างจากชุมชนอื่น กล่าวคือ รพ.สต.และชุมชนได้ร่วมมือกันรับมือกับโรคโควิด-19 ในลักษณะของการร่วม

คิด ร่วมทำ เช่น การสร้างความเข้าใจในปัญหาและการป้องกันโรคที่ถูกต้องแก่คนในชุมชน การกักตัวคนในชุมชนเป็นเวลา 14 วัน การตั้งจุดคัดกรองของชุมชน การบริหารจัดการสิ่งของบริจาคและอาหารในช่วงที่มีการกักตัว เป็นต้น รวมถึงการปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุข ทำให้ชุมชนสามารถผ่านพ้นปัญหาดังกล่าวไปได้ และยังทำให้ชุมชนมีมาตรการในการรับมือกับโรคระบาดดังกล่าวร่วมกับ รพ.สต. อย่างเป็นรูปธรรม

(3) ความท้าทายของปัญหา การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงดังกล่าว รพ.สต. และชุมชนประสบปัญหาและอุปสรรคหลายอย่างที่ทำทลายความสามารถในการรับมือ เช่น โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคน้อย นอกจากนี้ยังขาดแคลนงบประมาณ บุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์ป้องกันโรค รวมถึงหลักเกณฑ์ในการรับมือที่ยังไม่ชัดเจน ปัญหาดังกล่าวทำให้การรับมือกับโรคโควิด-19 เป็นไปอย่างยากลำบาก แต่ชุมชนและ รพ.สต. สามารถกำหนดมาตรการให้สอดคล้องกับปัญหาต่าง ๆ เช่น การจัดทำหน้ากากผ้าอนามัยและผลิตเจลล้างมือแจกจ่ายให้สมาชิกในชุมชนโดยได้รับการสนับสนุนจากเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา การร่วมกันกำหนดมาตรการรับมือกับโรคโควิด-19 เป็นต้น ทำให้การรับมือกับโรคโควิด-19 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น กรณีศึกษาดังกล่าวจึงเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจ หากมีการศึกษาในพื้นที่นี้จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการการรับมือกับโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ และกรณีศึกษาี้ยังสามารถให้ข้อมูลที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงได้เลือกพื้นที่ชุมชนบ้านปง 3 เป็นพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้

3) วิธีการเก็บข้อมูล

(1) การสังเกตการณ์

ผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม โดยสังเกตจากการจัดกิจกรรมของชุมชน สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

(2) การสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่มเพื่อเก็บข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการศึกษา โดยมีวิธีการ ดังนี้

(2.1) เลือกกลุ่มเป้าหมายในการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มเป้าหมาย คือ

(2.1.1) เป็นบุคคลที่เต็มใจให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

(2.1.2) เป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นที่ศึกษา

(2.1.3) เป็นบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา

ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มเป้าหมายในการสนทนากลุ่ม จำนวน 15 คน ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย	เหตุผลในการเลือกกลุ่มเป้าหมาย
1. ผู้นำชุมชน จำนวน 1 ราย	เนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทในการสนับสนุนให้สมาชิกในชุมชนช่วยกันรับมือกับโรคโควิด-19 ที่เกิดขึ้นในชุมชน และยังเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการโรคดังกล่าวในชุมชน จึงเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ให้กับผู้วิจัยได้
2. คณะกรรมการชุมชน จำนวน 2 ราย	เนื่องจากเป็นกลุ่มคนที่มีบทบาทช่วยให้คำปรึกษาหารือแก่ผู้นำชุมชน และยังมีบทบาทโดยตรงในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในช่วงดังกล่าว เช่น การพิจารณาให้บุคคลเข้า-ออกชุมชน การตั้งจุดคัดกรองในชุมชน เป็นต้น จึงเป็นกลุ่มคนที่สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 3 ราย	เนื่องจากเป็นกลุ่มคนที่มีบทบาทโดยตรงในการรับมือกับโรคโควิด-19 ที่เกิดขึ้นในชุมชน นอกจากนี้ ยังเป็นกลไกสำคัญในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางและสมาชิกในชุมชนให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการควบคุมและป้องกันโรคดังกล่าวให้เป็นไปด้วยดี กลุ่มคนเหล่านี้จึงมีประสบการณ์โดยตรงกับการรับมือกับโรคระบาดดังกล่าว และสามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาของผู้วิจัยได้
4. สมาชิกในชุมชน จำนวน 9 ราย	ผู้วิจัยเลือกจากบุคคลที่ไม่ได้ดำรงตำแหน่งใด ๆ ในชุมชน และเต็มใจที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย อีกทั้งเคยมีส่วนร่วมในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในชุมชนมาก่อน เช่น การตั้งจุดคัดกรองของชุมชน การจัดการสิ่งของบริจาค เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลจากมุมมองของบุคคลที่ไม่ได้มีตำแหน่งอย่างเป็นทางการ ทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนรอบด้านมากขึ้น

ตารางที่ 3.6 กลุ่มเป้าหมายในการสนทนากลุ่ม

(2.2) กำหนดประเด็นในการสนทนากลุ่ม โดยมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด สำหรับประเด็นในการสัมภาษณ์จะครอบคลุมประเด็นการศึกษา 2 ประเด็น ได้แก่

(2.2.1) รูปแบบ การก่อตัวและกระบวนการของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลกับชุมชนบ้านปง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

(2.2.2) ปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลกับชุมชนบ้านปง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

(2.2.3) ส่งแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและความซับซ้อนของแบบสอบถามก่อนที่จะนำไปสัมภาษณ์ และแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

(2.2.4) ส่งหนังสือแจ้งไปยังกลุ่มเป้าหมายเพื่อนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยกำหนดให้มีการสนทนากลุ่มระหว่างวันที่ 25 – 28 มีนาคม พ.ศ. 2564 ทั้งนี้กำหนดการอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

(2.3) ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยกำหนดให้มีการสนทนากลุ่ม 2 วัน คือ วันที่ 25 – 26 มีนาคม พ.ศ. 2564 ณ ศาลาประชาคมของชุมชน โดยแบ่งกลุ่มสนทนาออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 7 – 8 คน โดยแต่ละกลุ่มจะให้มีการคละตำแหน่งกัน เพื่อให้ได้ความเห็นที่รอบด้านและทำให้ผู้ร่วมสนทนาสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่

(2.4) ดำเนินการสนทนาโดยผู้วิจัยจะแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ร่วมสนทนาทราบก่อน พร้อมกับขออนุญาตผู้ร่วมสนทนาบันทึกข้อมูลและอัดเสียง เพื่อนำมาถอดเทป หลังจากการสนทนาเสร็จสิ้น ในระหว่างการสนทนาจะมีการสังเกตอาการกิริยาท่าทางของผู้ร่วมสนทนาด้วย

(2.5) นำไฟล์บันทึกเสียงมาถอดเทปให้อยู่ในรูปแบบของไฟล์เอกสารทันทีหลังจากสนทนาเสร็จ เพื่อให้ได้รายละเอียดที่ครบถ้วนก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ต่อไป

(3) การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง

(3.1) ผู้วิจัยได้กำหนดข้อคำถามโดยเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างตามประเด็นการศึกษาที่กำหนด

(3.2) ส่งแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและความซับซ้อนของแบบสอบถามก่อนที่จะนำไปสัมภาษณ์ และแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

(3.3) กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์ โดยเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกเช่นเดียวกับการสนทนากลุ่ม โดยกลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์ในครั้งนี้มีจำนวน 5 ราย ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย	เหตุผลในการเลือกกลุ่มเป้าหมาย
1. เจ้าอาวาสวัดบ้านปาง จำนวน 1 ราย	เนื่องจากมีบทบาทในการจัดหาสิ่งของบริจาคและอาหารสำหรับช่วยเหลือสมาชิกในชุมชนบ้านปาง 3 ในช่วงที่มีการกักตัว 14 วัน ทำให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจของคนในชุมชนที่จะช่วยกันรับมือกับโรคดังกล่าว ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนรอบด้านและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา
2. ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม หรือเจ้าหน้าที่ที่รับมอบหมายจากกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา จำนวน 1 ราย	เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีบทบาทให้การสนับสนุนทรัพยากรและเครื่องมือในการป้องกันโรคแก่ชุมชน รวมถึงเคยทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในช่วงดังกล่าว จึงสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับมือกับโรคโควิด-19 ของ รพ.สต.และชุมชน ได้
3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปาง และเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย จำนวน 3 คน	เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ และมีบทบาทสำคัญในการรับมือกับโรคโควิด-19 ที่เกิดขึ้นร่วมกับชุมชนบ้านปาง 3 การสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายนี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

ตารางที่ 3.7 กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์

(3.4) ส่งหนังสือแจ้งไปยังกลุ่มเป้าหมายเพื่อบันทึกหมายวัน เวลาและสถานที่ในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยกำหนดให้มีการสัมภาษณ์ระหว่างวันที่ 25 – 28 มีนาคม พ.ศ. 2564 ทั้งนี้กำหนดการอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

(3.5) ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยกำหนดให้มีการสัมภาษณ์ คือ วันที่ 25 – 26 มีนาคม พ.ศ. 2564 ณ สถานที่ที่กลุ่มเป้าหมายกำหนด

(3.6) ดำเนินการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยจะแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มเป้าหมายทราบก่อน พร้อมกับขออนุญาตผู้ให้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลและอัดเสียง เพื่อนำมาถอดเทปหลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ในระหว่างการสัมภาษณ์จะมีการสังเกตอาการปฏิกิริยาท่าทางของผู้ร่วมสนทนาด้วย

อย่างไรก็ตาม ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยอาจสอบถามประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ซึ่งเป็นคำถามที่ไม่ได้กำหนดไว้ในแบบสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์แบบนี้จะช่วยให้การสัมภาษณ์มีความยืดหยุ่นและสามารถได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และสามารถจัดการสัมภาษณ์ให้เหมาะสมกับบริบทด้านบุคคล เวลาและสถานที่

(3.7) นำไฟล์บันทึกเสียงมาถอดเทปให้อยู่ในรูปแบบของไฟล์เอกสารทันทีหลังจากสัมภาษณ์เสร็จ เพื่อให้ได้รายละเอียดที่ครบถ้วนก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ต่อไป

(4) การสัมภาษณ์แบบออนไลน์

ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชัน Line, Zoom, Facebook Messenger เพื่อเป็นทางเลือกในการเก็บข้อมูล หากเกิดปัญหาและอุปสรรคไม่สามารถเดินทางไปยังพื้นที่ได้หรือมีประเด็นที่ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

(5) การศึกษาจากข้อมูลเอกสาร

(5.1) การศึกษาข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) ได้แก่ ระเบียบกฎหมาย นโยบาย ประกาศ คำสั่งของทางราชการ ข้อตกลงของชุมชน เป็นต้น

(5.2) การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) เช่น วารสาร บทความ วิชาการ ตำราทางวิชาการ วิทยานิพนธ์ เว็บไซต์ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน เป็นต้น

(6) การบันทึกข้อมูลภาคสนาม

ผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมหรือบริบทของชุมชน เช่น ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาประกอบการวิเคราะห์และทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของชุมชน

4) การรวบรวมข้อมูล

(4.1) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(4.2) นำข้อมูลที่ได้จากเอกสาร การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน วิเคราะห์ แยกประเภทและเปรียบเทียบก่อนที่จะนำไปสรุปผลการศึกษา

5) การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

(5.1) นำข้อมูลที่ได้จากเอกสาร การสังเกตการณ์ การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์มาจัดกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือ

(5.5.1) รูปแบบ การก่อตัวและกระบวนการของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

(5.5.2) ปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

(5.2) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความเชื่อมโยง แนวโน้มหรือสาระสำคัญที่อยู่ในข้อมูล

(5.3) นำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาทดสอบกับคำถามการวิจัย เพื่อสร้างคำอธิบาย

3.3 กำหนดการลงพื้นที่ภาคสนาม

ผู้วิจัยมีกำหนดการลงพื้นที่ภาคสนามในระหว่างวันที่ 25 - 28 มีนาคม พ.ศ. 2564 ดังนี้

ลำดับ	รายการ	วัน/เดือน/ปี
1.	สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา	25/มี.ค./64 (ภาคเช้า)
2.	สนทนากลุ่ม (กลุ่มที่ 1) - ผู้นำชุมชน/คณะกรรมการชุมชน - อสม.	25/มี.ค./64 (ภาคบ่าย)
3.	สนทนากลุ่ม (กลุ่มที่ 2) - สมาชิกในชุมชน	26/มี.ค./64 (ภาคเช้า)
4.	สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปาง	26/มี.ค./64 (ภาคบ่าย)
5.	สัมภาษณ์เจ้าอาวาสวัดบ้านปาง	27/มี.ค./64 (ภาคเช้า)

หมายเหตุ - กำหนดการอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

ตารางที่ 3.8 กำหนดการลงพื้นที่ภาคสนาม

บทที่ 4

ผลการวิจัย

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

4.1.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

n	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
\bar{x}	=	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง (Mean)
S.D.	=	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
t	=	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
Sig	=	ระดับนัยสำคัญ
df	=	ระดับขั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
F	=	ค่าการกระจายของข้อมูล

4.1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานของการวิจัย โดยแบ่งลำดับการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ลักษณะประชากรศาสตร์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	170	42.5
หญิง	230	57.5
รวม	400	100
$\bar{x} = 1.52$ S.D.= .495		

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ลักษณะประชากรศาสตร์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2. อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	3	0.8
20-30 ปี	36	9.0
31-40 ปี	81	20.3
41-50 ปี	44	11.0
51-60 ปี	126	31.5
มากกว่า 60 ปี ขึ้นไป	110	27.5
รวม	400	100
$\bar{x} = 4.46$ S.D.= .1.356		
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	244	61.0
มัธยมศึกษา	90	22.5
ปวส.	22	5.5
ปวช.	11	2.8
ปริญญาตรี	33	8.3
ปริญญาโท	-	-
ปริญญาเอก	-	-
รวม	400	100
$\bar{x} = 1.75$ S.D.= .1.207		
4. อาชีพ		
เกษตรกร	118	29.5
รับจ้าง	208	52.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15	3.8
พนักงานบริษัทเอกชน	19	4.8
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	40	10.0
นักการเมือง	-	-
อื่นๆ ระบุ.....	-	-
รวม	400	100
$\bar{x} = 2.26$ S.D.= .1.316		

ตาราง 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ลักษณะประชากรศาสตร์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. รายได้		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	277	69.3
10,001 - 20,000 บาท	98	24.5
20,001 - 30,000 บาท	17	4.3
30,001 - 40,000 บาท	5	1.3
40,001 - 50,000 บาท	3	0.8
50,001 บาท ขึ้นไป	-	-
รวม	400	100
$\bar{x} = 1.41$ S.D. = 743		

ตาราง 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

จากตารางข้างต้นอาจสรุปได้ว่า ลักษณะของชุมชนเป็นสังคมการเกษตรและเป็นพื้นที่ชนบท จำนวนประชากรมีไม่มากและมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน สภาพแวดล้อมของชุมชนดังกล่าวจึงเอื้อต่อความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาโรคโควิด-19

ตอนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับชุมชน

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	S.D.
1. มี	400	100	0.00
2. ไม่มี	-	-	-
3. ไม่แน่ใจ	-	-	-

ตารางที่ 4.2 การรับรู้เกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับชุมชน

จากตารางข้างต้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า ชุมชนและ รพ.สต. มีความร่วมมือในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 จำนวน 400 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนตัวเลือก ไม่มีและไม่แน่ใจไม่มีผู้ตอบในข้อนี้แต่อย่างใด แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมีความเห็นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ชุมชนและ รพ.สต. มีความร่วมมือกัน ซึ่งสามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในลำดับถัดไปได้

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลการก่อตัวของกระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. บ้านปาง และชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม		.
1.1 กิจกรรมงานบุญ/งานประเพณี	-	-
1.2 กิจกรรมด้านเศรษฐกิจชุมชน	-	-
1.3 กิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อม	8	2.0
1.4 กิจกรรมด้านสุขภาพ	253	63.2
1.5 กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์	139	34.8
1.6 อื่น ๆ	-	-
รวม	400	100
$\bar{x} = 4.38$ S.D. = .530		
2. การรับรู้ปัญหาร่วมกัน		
2.1 เป็นปัญหาเฉพาะบุคคล	-	-
2.2 เป็นปัญหาของ รพ.สต.บ้านปาง	2	0.5
2.3 เป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อการทำงาน	17	4.3
ประกอบอาชีพ		
2.4 เป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	205	51.2
2.5 เป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	176	44.0
และการประกอบอาชีพ		
2.6 อื่น ๆ	-	-
รวม	400	100
$\bar{x} = 4.39$ S.D. = .594		

ตารางที่ 4.3 ความเห็นที่มีต่อการก่อตัวของความร่วมมือ

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. การสนับสนุนจากบุคคลและองค์กร		
3.1 การให้กำลังใจ	-	-
3.2 การช่วยเหลือด้านงบประมาณ	3	0.8
3.3 การให้คำแนะนำในการป้องกันตนเอง	8	2.0
3.4 การมอบอาหารและสิ่งของบริจาค	255	63.7
3.5 การส่งบุคลากรมาร่วมแก้ไขปัญหา	134	33.5
3.6 อื่น ๆ	-	-
รวม	400	100
$\bar{x} = 4.30$ S.D. = .544		
4. ผู้นำชุมชน		
4.1 รวมอำนาจการตัดสินใจไว้ที่ตนเอง	-	-
4.2 สั่งการเองและให้คนในชุมชนตัดสินใจ ในบางเรื่อง	1	3
4.3 ปล่อยปละละเลยให้คนในชุมชน ตัดสินใจเอง	6	1.5
4.4 สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย	234	58.5
4.5 รับฟังความเห็นของคนในชุมชน	159	39.8
4.6 อื่น ๆ	-	-
รวม	400	100
$\bar{x} = 4.33$ S.D. = .511		

ตาราง 4.3 ความเห็นที่มีต่อการก่อตัวของความร่วมมือ (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. ศักยภาพขององค์กร		
5.1 ชุมชนให้ รพ.สต.บ้านปาง แก้ปัญหาทั้งหมด	1	0.3
5.2 ชุมชนแก้ปัญหาเองในบางเรื่อง	7	1.8
5.3 ชุมชนแก้ปัญหาเองทั้งหมด	36	9.0
5.4 ชุมชนและ รพ.สต.บ้านปาง ต้องร่วมมือกัน	237	59.3
5.5 ชุมชน รพ.สต.บ้านปางและหน่วยงานภายนอกร่วมมือกันแก้ปัญหา	119	29.8
5.6 อื่น ๆ	-	-
รวม	400	100
$\bar{x} = 4.39$ S.D. = .594		
6. ปัจจัยอื่น		
6.1 มี	41	10.3
6.2. ไม่มี	359	89.8
รวม	400	100
$\bar{x} = 1.90$ S.D. = .304		

ตาราง 4.3 ความเห็นที่มีต่อการก่อตัวของความร่วมมือ (ต่อ)

จากตารางข้างต้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นต่อการก่อตัวของความร่วมมือในแต่ละด้าน ดังนี้

- (1) ความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบว่ากิจกรรมด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ระหว่าง รพ.สต.บ้านปางและชุมชน มากที่สุด จำนวน 253 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2
- (2) การรับรู้ปัญหาาร่วมกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่ากรรับรู้ปัญหาาร่วมกันในประเด็นโรคโควิด-19 ที่เกิดขึ้นในชุมชนเป็นปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพ มากที่สุด จำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 51.2
- (3) การสนับสนุนจากบุคคลและองค์กร พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการมอบอาหารและสิ่งของบริจาคเป็นเรื่องที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลและองค์กรมากที่สุด จำนวน 255 คิดเป็นร้อยละ 63.7

(4) ผู้นำชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นว่าผู้นำชุมชนมีลักษณะที่สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในการรับมือกับโรคโควิด-19 มากที่สุด จำนวน 234 คน คิดเป็นร้อยละ 58.5

(5) ศักยภาพขององค์กร พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นว่าศักยภาพขององค์กรในการรับมือกับโรคโควิด-19 มีลักษณะที่ชุมชนและ รพ.สต.บ้านปง ต้องร่วมมือกัน จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 59.3

(6) ปัจจัยอื่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าไม่มีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการก่อตัวของความร่วมมือ จำนวน 359 คน คิดเป็นร้อยละ 89.8 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่ามีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการก่อตัวของความร่วมมือมีจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 10.3

ดังนั้น จากข้อมูลข้างต้นอาจสรุปได้ว่าการก่อตัวของความร่วมมือเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมภายนอก ได้แก่ ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นภัยคุกคาม (Treat) ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและการประกอบอาชีพของประชากรในชุมชน ประกอบกับเมื่อประเมินสภาพแวดล้อมภายในชุมชนและ รพ.สต. มีจุดอ่อน (Weakness) ได้แก่ ศักยภาพของชุมชนและ รพ.สต. ไม่เพียงพอจึงต้องร่วมมือกัน โดยมีปัจจัยอื่น ๆ เกื้อหนุน เช่น การสนับสนุนจากบุคคลหรือหน่วยงานต่าง ๆ ผู้นำชุมชนและความสัมพันธ์อันดีที่มีมาแต่เดิม

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความเห็นที่มีต่อรูปแบบและกระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปง และชุมชนบ้านปง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

การให้คะแนนระดับความเห็นต่อรูปแบบและกระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชนในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 คิดค่าคะแนนเฉลี่ยจากแบบสอบถาม ที่มีระดับการวัด 5 ระดับ โดยถือคะแนนตามสัดส่วนของช่วงคะแนนเท่ากัน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับความร่วมมือในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับความร่วมมือในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับความร่วมมือในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับความร่วมมือในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับความร่วมมือในระดับน้อยที่สุด

ปัจจัยที่ใช้วัด	ระดับความเห็น		
	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. ในช่วงที่เกิดโรคโควิด-19 ขึ้นในชุมชน ชุมชนของท่านและ รพ.สต.บ้านปาง ได้มีการ เจรจาพูดคุยกันทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน ก่อนที่จะทำงานร่วมกัน เช่น การพูดคุยเจรจา เพื่อให้คนในชุมชนเข้าใจปัญหาดังกล่าวให้ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เป็นต้น ในระดับใด	4.35	.567	มาก
2. ชุมชนของท่านและ รพ.สต.บ้านปาง ได้มีการ กำหนดข้อตกลงร่วมกัน ในการรับมือกับโรค โควิด-19 ก่อนที่จะมีการนำข้อตกลงดังกล่าว ไปปฏิบัติจริง เช่น การห้ามทำกิจกรรม รวมกลุ่ม การเว้นระยะห่าง การกักตัวกลุ่ม เสี่ยง เป็นต้น ในระดับใด	4.38	.530	มาก
3. ชุมชนของท่านได้ร่วมมือกับ รพ.สต.บ้านปาง เพื่อร่วมกันดำเนินการ เช่น ร่วมกันระบุ ปัญหา ร่วมกันกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การนำ ข้อตกลงไปปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การ ร่วมกันรับผิดชอบและประโยชน์ที่เกิดขึ้น เป็นต้นในระดับใด	4.32	.536	มาก
4. ชุมชนของท่านและ รพ.สต.บ้านปาง ได้มีการ ประเมินผลร่วมกัน เกี่ยวกับข้อตกลงหรือแนว ทิศทางการรับมือกับโรคโควิด-19 เช่น การ ทบทวนเป้าหมาย การติดตามสถานการณ์ การปรับปรุงข้อตกลงให้สอดคล้องกับ สถานการณ์หรือปัญหา ในระดับใด	4.29	.563	มาก

ตารางที่ 4.4 ความเห็นที่มีต่อกระบวนการของความร่วมมือ

จากตารางข้างต้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความเห็นต่อกระบวนการความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชนในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 อยู่ในระดับ มาก โดยสามารถเรียงลำดับกระบวนการที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดไปน้อยที่สุด คือ การสร้างข้อตกลงร่วมกัน = 4.38 การเจรจา = 4.35 การดำเนินการ = 4.32 การประเมินผล = 4.29

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่ากระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.และชุมชนที่อยู่ในระดับมาก จึงเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ให้เห็นถึงความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.และชุมชน และระดับของความพยายามในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกัน ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้ยังสอดคล้องกับข้อมูลตอนที่ 3 ที่ระบุว่าศักยภาพของ รพ.สต.และชุมชนไม่เพียงพอจึงต้องร่วมมือกัน

สำหรับรูปแบบของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความเห็นต่อประเด็นดังกล่าว โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ปัจจัยที่ใช้วัด	ระดับความเห็น		
	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. ชุมชนขอความช่วยเหลือจากภาครัฐ - ชุมชนของท่าน ขอรับความช่วยเหลือจากรพ.สต.บ้านปาง เพื่อรับมือกับโรคโควิด-19 เช่น ขอรับบริจาคสิ่งของ วัสดุอุปกรณ์ป้องกันโรค เป็นต้น ในระดับใด	4.17	.674	มาก
2. ชุมชนปฏิบัติตามกฎระเบียบของภาครัฐ - ชุมชนของท่าน ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 ของ รพ.สต.บ้านปาง เช่น การรักษาระยะห่าง การสวมหน้ากากอนามัย การงดทำกิจกรรมรวมกลุ่ม การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น ในระดับใด	4.43	.562	มาก
3. ภาครัฐและชุมชนร่วมมือกัน - ชุมชนของท่านและ รพ.สต.บ้านปางได้ร่วมมือกันเพื่อรับมือกับโรคโควิด-19 ในลักษณะของการ ร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน เช่น ร่วมกำหนดมาตรการป้องกันโรคร่วมกัน คัดกรองบุคคลร่วมกัน เป็นต้น ในระดับใด	4.56	.517	มากที่สุด

ตารางที่ 4.5 ความเห็นที่มีต่อรูปแบบความร่วมมือ

จากตารางข้างต้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความเห็นต่อรูปแบบของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชนในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 อยู่ในระดับมากที่สุด และยังมีรูปแบบความร่วมมือแบบชุมชนปฏิบัติตามกฎระเบียบของภาครัฐได้ค่าคะแนนเฉลี่ยรองลงมา แสดงให้เห็นว่ารูปแบบความร่วมมือทั้งสองรูปแบบมีส่วนเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน และยังคงสอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่ว่าประชากรทุกพื้นที่ต้องปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุข

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปาง และชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงอ้างอิงในการวิเคราะห์ ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-Way ANOVA) โดยมีผลการวิเคราะห์ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย :

ปัจจัยลักษณะประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้) ปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์การ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ หรือไม่

สมมติฐานทางสถิติ :

H_0 : ปัจจัยลักษณะประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้) ปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์การ ไม่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ

H_1 : ปัจจัยลักษณะประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้) ปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์การ มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ

หมายเหตุ - กำหนดระดับนัยสำคัญ = .05

1) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์การ กับระดับของความร่วมมือ (การเจรจา)

ตัวแปร		df	F	Sig
ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม			
1. การรับรู้ปัญหาาร่วมกัน	การเจรจา	3	.871	.000
2. ความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม		3	3.831	.000
3. การสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ		3	.422	.001
4. ผู้นำชุมชน		2	6.070	.000
5. ศักยภาพขององค์การ		3	24.747	.001

ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความร่วมมือกับระดับของความร่วมมือ (การเจรจา)

จากตารางข้างต้นพบว่าปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์การ กับระดับของความร่วมมือ (การเจรจา) มีค่า Sig น้อยกว่าระดับนัยสำคัญ .05 แสดงว่าปัจจัยดังกล่าว มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ (การเจรจา)

2) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์การ กับระดับของความร่วมมือ (การสร้างข้อตกลง)

ตัวแปร		df	F	Sig
ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม			
1. การรับรู้ปัญหาาร่วมกัน	การสร้างข้อตกลง	3	61.483	.000
2. ความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม		3	61.483	.000
3. การสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ		3	68.074	.000
4. ผู้นำชุมชน		2	18.102	.000
5. ศักยภาพขององค์การ		3	8.826	.000

ตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความร่วมมือกับระดับของความร่วมมือ (การสร้างข้อตกลง)

จากตารางข้างต้นพบว่าปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัย การสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์กร ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์กรกับระดับของ ความร่วมมือ (การสร้างข้อตกลง) มีค่า Sig น้อยกว่าระดับนัยสำคัญ .05 แสดงว่า**ปัจจัยดังกล่าวมี อิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ (การสร้างข้อตกลง)**

3) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัย การสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์กร ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์กร กับระดับของความร่วมมือ (การดำเนินการ)

ตัวแปร		df	F	Sig
ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม			
1. การรับรู้ปัญหาาร่วมกัน	การดำเนินการ	3	2.739	.043
2. ความสัมพันธ์ที่มีมาแต่ เดิม		3	34.633	.000
3. การสนับสนุนจากบุคคล หรือองค์กร		3	3.170	.024
4. ผู้นำชุมชน		2	7.009	.001
5. ศักยภาพขององค์กร		3	34.633	.000

ตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความร่วมมือกับระดับของความร่วมมือ (การดำเนินการ)

จากตารางข้างต้นพบว่าปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัย การสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์กร ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์กร กับระดับของ ความร่วมมือ (การดำเนินการ) มีค่า Sig น้อยกว่าระดับนัยสำคัญ .05 แสดงว่า**ปัจจัยดังกล่าว มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ (การดำเนินการ)**

4) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัย การสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์การ กับระดับของความร่วมมือ (การประเมินผล)

ตัวแปร		df	F	Sig
ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม			
1. การรับรู้ปัญหาาร่วมกัน	การประเมินผล	3	18.753	.000
2. ความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม		3	24.087	.000
3. การสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ		3	60.336	.000
4. ผู้นำชุมชน		2	12.765	.000
5. ศักยภาพขององค์การ		3	12.270	.000

ตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความร่วมมือกับระดับของความร่วมมือ (การประเมินผล)

จากตารางข้างต้นพบว่าปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัย การสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์การ กับระดับของ ความร่วมมือ (การประเมินผล) มีค่า Sig น้อยกว่าระดับนัยสำคัญ .05 แสดงว่า**ปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ (การประเมินผล)**

ดังนั้น จากการวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัย การสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์การกับระดับของ ความร่วมมือ จึงยอมรับ H_1 ปฏิเสธ H_0 หมายความว่า **ปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์การ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ** รพ.สต.และหน่วยงานภาครัฐจึงควร นำปัจจัยดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการสร้างความร่วมมือกับชุมชนในการรับมือกับโรคโควิด-19 ต่อไป

5) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะประชากรศาสตร์กับระดับของความร่วมมือ (การเจรจา)

ตัวแปร		df	F	Sig
ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม			
1. เพศ	การเจรจา	1	.910	.341
2. อายุ		5	1.221	.973
3. ระดับการศึกษา		4	1.130	.342
4. อาชีพ		5	1.474	.198
5. รายได้ต่อเดือน		4	1.176	.321

ตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยประชากรศาสตร์กับระดับของความร่วมมือ
(การเจรจา)

จากตารางข้างต้นพบว่าปัจจัยประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้กับระดับของความร่วมมือ (การเจรจา) มีค่า Sig มากกว่ากว่าระดับนัยสำคัญ .05 แสดงว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ (การเจรจา)

6) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะประชากรศาสตร์กับระดับของความร่วมมือ (การสร้างข้อตกลง)

ตัวแปร		df	F	Sig
ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม			
1. เพศ	การสร้างข้อตกลง	1	.426	.515
2. อายุ		5	.663	.652
3. ระดับการศึกษา		4	.084	.987
4. อาชีพ		5	1.249	.287
5. รายได้ต่อเดือน		4	1.427	.224

ตารางที่ 4.11 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยประชากรศาสตร์กับระดับของความร่วมมือ
(การสร้างข้อตกลง)

จากตารางข้างต้นพบว่าปัจจัยประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้กับระดับของความร่วมมือ (การสร้างข้อตกลง) มีค่า Sig มากกว่ากว่าระดับนัยสำคัญ .05 แสดงว่า ปัจจัยดังกล่าวไม่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ (การสร้างข้อตกลง)

7) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะประชากรศาสตร์กับระดับของความร่วมมือ (การดำเนินการ)

ตัวแปร		df	F	Sig
ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม			
1. เพศ	การดำเนินการ	1	2.596	.108
2. อายุ		5	.345	.885
3. ระดับการศึกษา		4	.137	.969
4. อาชีพ		5	1.657	.146
5. รายได้ต่อเดือน		4	1.749	.140

ตารางที่ 4.12 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยประชากรศาสตร์กับระดับของความร่วมมือ (การดำเนินการ)

จากตารางข้างต้นพบว่าปัจจัยประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้กับระดับของความร่วมมือ (การดำเนินการ) มีค่า Sig มากกว่ากว่าระดับนัยสำคัญ .05 แสดงว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ (การดำเนินการ)

8) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะประชากรศาสตร์กับระดับของความร่วมมือ (การประเมินผล)

ตัวแปร		df	F	Sig
ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม			
1. เพศ	การประเมินผล	1	2.596	.108
2. อายุ		5	.345	.885
3. ระดับการศึกษา		4	.137	.969
4. อาชีพ		5	1.657	.146
5. รายได้ต่อเดือน		4	1.749	.140

ตารางที่ 4.13 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยประชากรศาสตร์กับระดับของความร่วมมือ (การประเมินผล)

จากตารางข้างต้นพบว่าปัจจัยประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ กับระดับของความร่วมมือ (การประเมินผล) มีค่า Sig มากกว่าระดับนัยสำคัญ .05 แสดงว่า**ปัจจัยดังกล่าวไม่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ (การประเมินผล)**

ดังนั้น จากผลการวิเคราะห์ข้างต้นจึงสรุปได้ว่า**ปัจจัยลักษณะประชากรศาสตร์ไม่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ** จึงยอมรับ H_0 ปฏิเสธ H_1 หมายความว่า ปัจจัยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ ไม่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ จากผลการวิเคราะห์นี้อาจเป็นไปได้ว่าในช่วงเวลาดังกล่าวอยู่ในภาวะวิกฤต ทำให้ประชากรทุกเพศและสาขาอาชีพต้องร่วมแรงร่วมใจกันแก้ไขปัญหาโรคโควิด-19 ทำให้ปัจจัยลักษณะประชากรศาสตร์ไม่มีผลต่อระดับของความร่วมมือแต่อย่างใด

ตอนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. บ้านปง และชุมชนบ้านปง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ปัญหาและอุปสรรค		.
1.1 ไม่มีปัญหาและอุปสรรค	253	63.2
1.2 มีปัญหาและอุปสรรค	147	36.8
รวม	400	100
2. รายละเอียดของปัญหาและอุปสรรค		.
2.1 การทำงานล่าช้า	2	1.3
2.2 ความขัดแย้งระหว่างชุมชน	3	2
2.3 การสื่อสารไม่เข้าใจตรงกัน	6	4
2.4 ขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันโรค	60	40.8
2.5 ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19	76	51.7
รวม	147	100

ตารางที่ 4.14 ผลการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือ

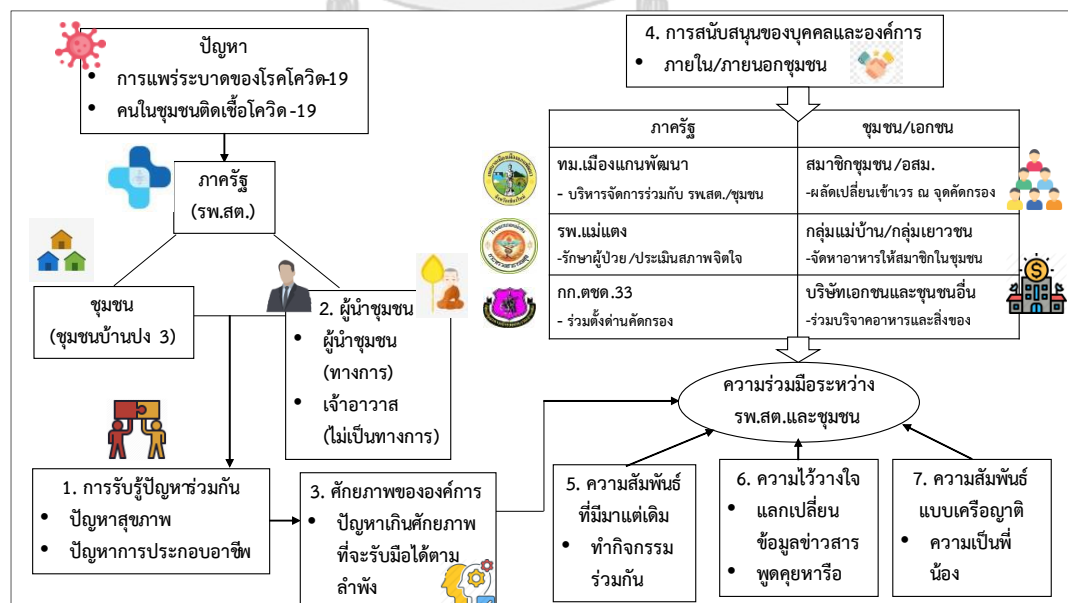
จากตารางข้างต้นจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชนไม่มีปัญหาและอุปสรรคแต่อย่างใด จำนวน 253 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่ามีปัญหาและอุปสรรคมีจำนวน 147 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.8 เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดของผู้ที่ตอบว่ามีปัญหาและอุปสรรคพบว่า การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลต่อความร่วมมือมากที่สุด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบข้อนี้ จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 51.7

ดังนั้น เมื่อปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อความร่วมมือ รพ.สต. และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องจึงควรใช้กระบวนการเจรจา โดยเน้นการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการศึกษาข้อมูลเอกสารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์และการบันทึกข้อมูลภาคสนาม ทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นการศึกษาต่าง ๆ โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นการศึกษา ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การก่อตัวของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปง และชุมชนบ้านปง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1



ภาพที่ 4.1 การก่อตัวของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปงและชุมชนบ้านปง 3

ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

การก่อตัวของความร่วมมือถือเป็นเงื่อนไขสำคัญที่นำไปสู่กระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.และชุมชน โดยพบว่าการก่อตัวของความร่วมมือดังกล่าวเป็นไปตามแนวคิดของ Janet Weiss, Beverly A. Cigler, John M. Bryson et al. และกัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์ ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้ปัญหา ร่วมกัน ปัจจัยศักยภาพขององค์กร ปัจจัยผู้นำชุมชน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิมและปัจจัย การสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์กร

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังพบว่าปัจจัยที่นำไปสู่การก่อตัวของความร่วมมือยังประกอบด้วยปัจจัย สำคัญอีก 2 ปัจจัย ได้แก่ **ปัจจัยความไว้วางใจและปัจจัยความสัมพันธ์แบบเครือญาติ** ซึ่งปัจจัย เหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Katharine Vincent (Katharine Vincent et al., 2018, p. 52) และ กัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์ (กัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์, , น.1725) โดยการก่อตัวของความร่วมมือดังกล่าว มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1) การรับรู้ปัญหาาร่วมกัน

การรับรู้ปัญหาาร่วมกันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างองค์กร หากฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องรับรู้ปัญหาเหมือนกันหรือเป็นไปในทิศทางเดียวกันความร่วมมือระหว่างองค์กรย่อมมี แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยผู้วิจัยพบว่ากรรับรู้ปัญหาของ รพ.สต.และชุมชน เกิดจากปัญหาเหตุการณ์ ภายนอก (Outside events) ที่เป็นสาเหตุให้ รพ.สต.และชุมชนต้องร่วมมือกัน คือ **ปัญหาการแพร่ ระบาดของโรคโควิด-19 และพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชน** โดยพัฒนาการของปัญหาสามารถแบ่งได้ เป็น 2 ระยะ ในแต่ละระยะเวลามีการรับรู้ปัญหาแตกต่างกัน คือ

ระยะที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1-18 มีนาคม พ.ศ. 2563 เป็นระยะที่ยังไม่พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 **ในชุมชน** แต่มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างภายในประเทศ โดยพบว่ามีแรงงานจากต่างประเทศและ ต่างจังหวัดเริ่มทยอยกลับภูมิลำเนา ทางเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.บ้านปาง ร่วมกับเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) **ได้ประชุมปรึกษาหารือเพื่อกำหนด มาตรการในการรับมือกับโรคระบาดดังกล่าวร่วมกัน** โดยกำหนดให้แรงงานที่เดินทางกลับมาในชุมชน ต้องเข้ารับการตรวจคัดกรองอาการเบื้องต้นและกักตัวเป็นเวลา 14 วัน รวมถึงแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ ต้องเข้ารับการตรวจคัดกรองจาก รพ.สต. เพื่อประเมินความเสี่ยงว่ามีความเสี่ยงมากน้อยเพียงใด

ดังนั้น ในระยะที่ 1 จึงสรุปได้ว่าทั้ง รพ.สต.บ้านปาง และชุมชนมีการรับรู้ปัญหาเป็นไปใน ทิศทางเดียวกัน คือ **รับรู้ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อ สุขภาพ** ทำให้ความร่วมมือของทั้งสองฝ่ายเพื่อรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เกิดขึ้นอย่าง เป็นทางการตั้งแต่ในระยะที่ 1 เป็นต้นมา

ระยะที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 19 มีนาคม-30 เมษายน พ.ศ. 2563 เป็นระยะที่พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชน ซึ่งเกิดจากการที่มีสมาชิกในชุมชนรายหนึ่งเดินทางกลับมาจาก จ.ภูเก็ต ในวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2563 และติดเชื้อโควิด-19 มาจากผู้โดยสารที่นั่งติดกันบนเครื่องบินเที่ยวบินที่ FD 3161 ภูเก็ต-เชียงใหม่ ในระยะแรกผู้ติดเชื้อยังไม่ปรากฏอาการ จนกระทั่งผ่านไปหลายวันเริ่มมีอาการไข้ ปวดศีรษะ จึงไปตรวจที่โรงพยาบาลในวันที่ 28 มีนาคม แล้วทราบผลตรวจยืนยันว่าติดเชื้อโควิด-19 ในวันที่ 30 มีนาคม

เมื่อข่าวของผู้ติดเชื้อแพร่กระจายเป็นวงกว้าง ทำให้คนในชุมชนและชุมชนใกล้เคียงเกิดความตื่นตระหนก เนื่องจากผู้ติดเชื้อได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับสมาชิกในชุมชน โดยพบว่า การรับรู้ปัญหาในช่วงแรกของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านปง และสมาชิกในชุมชนแตกต่างกัน ดังนี้

การรับรู้ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (หลังจากพบผู้ติดเชื้อ)	
เจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านปง	สมาชิกในชุมชนบ้านปง 3
- มองว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่ต้องป้องกันโดยเร่งด่วน	1. กลุ่มที่สัมผัสใกล้ชิดกับคนไข้ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง - มองว่าเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ 2. กลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสใกล้ชิดกับคนไข้ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ - มองว่าเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิต

ตารางที่ 4.15 เปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านปงและสมาชิกในชุมชนบ้านปง3 (หลังจากพบผู้ติดเชื้อในชุมชน)

จากตารางข้างต้นจะเห็นได้ว่า ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่ระบุว่าปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน เป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ รองลงมาเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและการประกอบอาชีพ ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า รพ.สต. และชุมชนมิได้มีการรับรู้ปัญหาที่ตรงกันตั้งแต่แรก โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสใกล้ชิดกับคนไข้ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ แต่เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบเป็นอย่างมากไม่สามารถประกอบอาชีพหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เนื่องจากนายจ้าง ผู้ประกอบการเมื่อทราบว่าลูกจ้างหรือพนักงานของตนเองมาจากชุมชนบ้านปง 3 ก็จะไม่ยอมให้ทำงาน เพราะเกรงว่าจะติดเชื้อโควิด-19 นอกจากนี้ ชุมชนใกล้เคียงยังเกิด

ความตื่นตระหนกและมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทำให้ในช่วงเวลาดังกล่าวสมาชิกในชุมชนบ้านปง 3 ไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนใกล้เคียงได้ตามปกติ

หลังจากปัญหาได้เริ่มลุกลามมากขึ้น เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.บ้านปง จึงได้ลงพื้นที่ชุมชนเพื่อทำความเข้าใจถึงปัญหาดังกล่าวกับสมาชิกในชุมชน โดยนำปัญหาสุขภาพของ รพ.สต. และปัญหาการประกอบอาชีพและการดำรงชีวิตของสมาชิกในชุมชนมาปรับให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของทั้งชุมชนและ รพ.สต. ซึ่งในช่วงแรกสมาชิกในชุมชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำยังไม่เข้าใจถึงเหตุผลความจำเป็นว่าทำไมต้องมีการกักตัวทั้งชุมชน ทั้ง ๆ ที่ตนเองมิได้มีประวัติสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ ซึ่งเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ต้องใช้การเจรจาอยู่หลายรอบจึงทำให้ทั้ง รพ.สต. และชุมชนเกิดการรับรู้ปัญหาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ มองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและการประกอบอาชีพ

ดังนั้น การรับรู้ปัญหาของภาครัฐและชุมชนมิได้มีลักษณะตรงไปตรงมาหรือสอดคล้องกันตั้งแต่เริ่มแรก และการสร้างการรับรู้ปัญหาร่วมกันไม่สามารถทำได้ง่ายเสมอไป เนื่องจากการสร้างความร่วมมือเกี่ยวข้องกับบุคคลหรือฝ่ายต่าง ๆ ที่มีความเห็นหรือผลประโยชน์ที่แตกต่างกัน การสร้างการรับรู้ปัญหาร่วมกันจึงต้องทำในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปผ่านกระบวนการเจรจาพูดคุยและปรึกษาหารือร่วมกันบนพื้นฐานของผลประโยชน์ภาครัฐและชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือและหาทางออกร่วมกัน

2) ศักยภาพขององค์กร

การรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนบ้านปง 3 ทางเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ผู้นำชุมชนและสมาชิกในชุมชนได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันและได้ข้อสรุปว่า **ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่เกินขีดความสามารถของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งที่จะรับมือได้ตามลำพัง** เนื่องจากทั้ง รพ.สต.และชุมชนมีข้อจำกัดหลายประการที่ไม่สามารถรับมือกับปัญหาดังกล่าวได้ด้วยตนเอง โดยข้อจำกัดที่พบ ได้แก่

ข้อจำกัดในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1	
รพ.สต.บ้านปง	ชุมชนบ้านปง 3
- ขาดแคลนงบประมาณ บุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยมีบุคลากรแค่ 5 ราย ย่อมไม่สามารถควบคุมโรคได้อย่างทั่วถึง	- ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ สมาชิกในชุมชนยังมีความรู้ที่ในการป้องกันโรคน้อย - ขาดอุปกรณ์ในการป้องกันโรค

ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบข้อจำกัดของ รพ.สต.บ้านปงและชุมชนบ้านปง 3

จากตารางข้างต้นจะเห็นได้ว่า ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่ระบุว่าปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน เกิดจากสมาชิกในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 รองลงมาเป็นปัญหาขาดแคลนอุปกรณ์ในการป้องกันโรค

ดังนั้น เมื่อ รพ.สต.บ้านปางและชุมชนได้ประเมินศักยภาพของตนเองแล้วว่า **ปัญหาดังกล่าวไม่สามารถรับมือได้ตามลำพัง ทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องร่วมมือกัน** เพื่อให้การรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นไปเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้สอดคล้องกับแนวคิดการร่วมกันผลิต (Co-production) ที่ระบุไว้ว่าการร่วมกันผลิตจะทำให้ระบบการผลิตมีประสิทธิภาพมากกว่าระบบทั่วไป (Jeffrey L. Brudney & Robert E. England, 1983, pp. 61-62) โดยประเด็นนี้ยังสอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ซึ่งเจ้าหน้าที่ดังกล่าวให้ข้อมูลว่า

“บุคลากรในหน่วยงานของตนเองมีจำนวนน้อยมีข้าราชการแค่ 5 คน และต้องรับผิดชอบดูแลประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบถึง 8,000 คน จึงต้องให้ชุมชนเข้ามาช่วยเหลือ และปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาของชุมชนด้วยไม่ใช่ปัญหาของ รพ.สต. เท่านั้น”

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้สัมภาษณ์สมาชิกในชุมชนบ้านปาง 3 โดยผู้ให้สัมภาษณ์ดังกล่าวได้ให้ข้อมูลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ดังนี้

“โรคโควิดเป็นโรคอุบัติใหม่ คนในชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันตนเอง จึงจำเป็นต้องร่วมมือกับทาง รพ.สต.”

3) ผู้นำชุมชน

ในช่วงที่เกิดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ขึ้นในชุมชน ผู้นำชุมชนบ้านปาง 3 เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเป็นอย่างมาก โดยผู้นำชุมชนได้ใช้รูปแบบของการบริหารงาน (Style) ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งข้อมูลส่วนนี้ยังสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความเห็นว่า ผู้นำชุมชนได้สร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการจัดการกับปัญหาโรคโควิด-19 หากผู้นำชุมชนขาดความรู้ความสามารถในการจัดการภาวะวิกฤตและไม่ได้ให้ความสำคัญกับการสร้างความร่วมมือระหว่างชุมชนกับ รพ.สต. มาตั้งแต่แรก **จะส่งผลให้ปัญหาดังกล่าวมีความรุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็นวิกฤต** จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการบริหารงานของผู้นำชุมชนที่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าวมีลักษณะดังต่อไปนี้

(1) **ผู้นำแบบประชาธิปไตย (Democratic leadership)** การตัดสินใจดำเนินการหรือการกำหนดมาตรการในการรับมือกับโรคโควิด-19 ผู้นำชุมชนจะมีการรับฟังความเห็นจากสมาชิกในชุมชนก่อนเสมอ เพื่อให้สมาชิกในชุมชนมีการปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนความเห็นกันก่อนที่จะกำหนดเป็นข้อตกลงร่วมกันของคนในชุมชน **ทำให้มาตรการรับมือกับโรคโควิด-19 ของชุมชนได้รับการยอมรับและปฏิบัติตามจากสมาชิกในชุมชน**

(2) **การตัดสินใจแบบตรงไปตรงมาและมีความเสียสละ** เมื่อสมาชิกในชุมชนได้มีข้อตกลงร่วมกันแล้วและมีผู้ไม่ปฏิบัติตาม ผู้นำชุมชนจะตัดสินใจโดยยึดตามข้อตกลงของชุมชนโดยทันที ทำให้ปัญหาความขัดแย้งสามารถยุติได้โดยเร็ว นอกจากนี้ การทำงานในช่วงภาวะวิกฤตผู้นำชุมชนยังได้เสียสละเวลาส่วนตัว เพื่อทำหน้าที่ดูแลความสงบเรียบร้อยในชุมชน เช่น การปฏิบัติหน้าที่ ณ จุดคัดกรองของชุมชนและต้องเดินทางไปถึงจุดคัดกรองก่อนสมาชิกในชุมชน เป็นต้น การประพฤติตนให้เป็นแบบอย่าง ทำให้เป็นที่ยอมรับของสมาชิกในชุมชน

ประเด็นดังกล่าวผู้วิจัยได้มีการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เกี่ยวกับบทบาทของผู้นำชุมชนในการรับมือกับโรคโควิด-19 ซึ่งเจ้าหน้าที่ดังกล่าวได้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

“ผู้นำชุมชนช่วยประสานงานและประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้สมาชิกในชุมชนทราบ มีปัญหาอะไรก็จะประชุมปรึกษาหารือกับสมาชิกในชุมชนเสมอ”

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์สมาชิกในชุมชนยังได้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความเห็นของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยได้ให้ข้อมูลตอนหนึ่ง ดังนี้

“ผู้นำชุมชนไม่มีเงินเดือนแต่เสียสละทุกอย่าง และเป็นคนตรงไปตรงมา กล้าตัดสินใจ ปรึกษาหารือกับชาวบ้าน มีการประชุมกับสมาชิกในชุมชนว่าจะทำอย่างไร”

จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่ระบุว่า ผู้นำชุมชนมีรูปแบบการบริหารงานที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย รองลงมาเป็นการรับฟังความเห็นของคนในชุมชน

นอกจากนี้ ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวยังพบว่า **เจ้าอาวาสวัดบ้านปงซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้นำชุมชนที่ไม่เป็นทางการได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาพร้อมกับผู้นำชุมชน** โดยได้เข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือจัดหาอาหารและสิ่งของให้กับสมาชิกในชุมชนในช่วงที่มีการกักตัวและประสานงานความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปงกับสมาชิกในชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานของหน่วยงานดังกล่าวและชุมชนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงเป็นศูนย์รวมจิตใจของสมาชิกในชุมชนในช่วงที่มีความตื่นตระหนกของสมาชิกในชุมชน

ดังนั้น ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงมีทั้งผู้นำชุมชนแบบเป็นทางการซึ่งได้รับการเลือกตั้งจากสมาชิกในชุมชนและเจ้าอาวาสวัดบ้านปงซึ่งเป็นผู้นำชุมชนแบบไม่เป็นทางการได้เข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปงและชุมชนเป็นไปด้วยดี

4) การสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การ

ความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชนในการรับมือกับโรคโควิด-19 ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากบุคคลและหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกชุมชนเป็นจำนวนมาก ซึ่งการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชน เหตุผลสำคัญที่ต้องมีการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การภายนอก คือ เพื่อลดข้อจำกัดของ รพ.สต.และชุมชน เช่น การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรคระบาด อาหารและสิ่งของจำเป็นสำหรับสมาชิกในชุมชนที่ต้องกักตัว เป็นต้น

ในช่วงที่มีการรับมือกับโรคโควิด-19 บุคคลหรือองค์การที่ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญที่ทำให้ความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชนบรรลุผลสำเร็จ มีดังต่อไปนี้

หน่วยงานภาครัฐ	บทบาท
1. เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากรและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการป้องกันโรคให้กับ รพ.สต. และชุมชน - ร่วมปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรอง - ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคแก่สมาชิกในชุมชน - ร่วมบริหารจัดการอาหาร เงินและสิ่งของบริจาคของชุมชน - จัดโครงการฝึกอบรมการทำหน้ากากผ้าอนามัยแก่สมาชิกในชุมชน - ร่วมตรวจคัดกรองโรคและกลุ่มเสี่ยง
2. โรงพยาบาลแม่แตง	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนด้านการตรวจและให้คำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. และชุมชน - นำตัวผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษา - ร่วมประเมินสุขภาพจิตใจของสมาชิกในชุมชน

ตารางที่ 4.17 หน่วยงานภาครัฐ ชุมชนและเอกชนที่มีบทบาทในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

หน่วยงานภาครัฐ	บทบาท
3. กองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 33	- จัดกำลังพลมาสับเปลี่ยนเข้าเวรประจำจุดคัดกรองของชุมชนในช่วงที่มีการกักตัว
ชุมชน/เอกชน	บทบาท
1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้น - ติดตามกลุ่มเสี่ยงและรายงานผลให้ รพ.สต. ทราบ - ร่วมปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองของชุมชน - เป็นตัวกลางประสานงานระหว่างชุมชนและ รพ.สต. - ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันโรคให้กับสมาชิกในชุมชน
2. กลุ่มเยาวชนบ้านปง	- ประกอบอาหารและจัดหาสิ่งของจำเป็นให้กับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานราชการที่มาปฏิบัติหน้าที่ ณ จุดคัดกรองของชุมชน รวมถึงสมาชิกในชุมชนที่ต้องกักตัวตลอดเวลา 14 วัน
3. กลุ่มแม่บ้าน	- ประกอบอาหารและจัดหาสิ่งของจำเป็นให้กับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานราชการที่มาปฏิบัติหน้าที่ ณ จุดคัดกรองของชุมชน รวมถึงสมาชิกในชุมชนที่ต้องกักตัวตลอดเวลา 14 วัน - จัดทำหน้ากากผ้าอนามัยเพื่อแจกจ่ายให้กับสมาชิกในชุมชน
4. เอกชนและชุมชนอื่น ๆ	- บริจาคอาหาร เงินและสิ่งของจำเป็นสำหรับสมาชิกในชุมชนบ้านปง 3 ในช่วงที่มีการกักตัว 14 วัน

ตาราง 4.17 หน่วยงานภาครัฐ ชุมชนและเอกชนที่มีบทบาทในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 (ต่อ)

จากข้อมูลข้างต้นยังสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่าในช่วงเวลาดังกล่าวชุมชนได้รับการสนับสนุนด้านอาหารและสิ่งของบริจาคมากที่สุด รองลงมาเป็นการส่งบุคลากรมาร่วมแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่าหน่วยงานภาครัฐที่ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและแก้ไขปัญหาดังกล่าว คือ เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา เนื่องจากเป็นหน่วยงานหลักที่ได้เข้ามาช่วยเหลือทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร และอุปกรณ์ควบคุมโรค ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการ หาก รพ.สต.บ้านปงและชุมชนบ้านปง 3 ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานดังกล่าว อาจส่งผลให้การรับมือกับโรคโควิด-19 ไม่ประสบผลสำเร็จ

สำหรับกลุ่มคนที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ประสานงานระหว่างชุมชนและ รพ.สต. เนื่องจากผู้นำชุมชนไม่มีอำนาจตามกฎหมายเหมือนกับผู้ใหญ่บ้าน ทำให้กลุ่ม อสม. มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้กับสมาชิกในชุมชนและคอยติดตามกลุ่มเสี่ยง และรายงานผลให้ รพ.สต. ทราบ

หากพิจารณาการสนับสนุนของบุคคลหรือองค์การดังกล่าวจะเห็นได้ว่า มีลักษณะสอดคล้องกับแนวคิดความร่วมมือระหว่างองค์การที่องค์การต่าง ๆ มีความร่วมมือกันโดยมีการแลกเปลี่ยนทรัพยากรซึ่งกันและกัน เพื่อลดข้อจำกัดด้านทรัพยากร (วันชัย มีชาติ, 2559, น. 247) ในกรณีความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชนในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อาจจะไม่บรรลุผลสำเร็จหากไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์การข้างต้น ปัจจัยนี้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้กระบวนการความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

5) ความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม

จากการศึกษาพบว่า รพ.สต.บ้านปง และชุมชนบ้านปง 3 เคยมีการทำกิจกรรมร่วมกันมาเป็นระยะเวลานาน เช่น การรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก การลงพื้นที่ตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุ การให้ความช่วยเหลือผู้ยากไร้ การตรวจสุขภาพให้กับคนในชุมชน เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ รพ.สต. และชุมชนมีความสัมพันธ์อันดีต่อกันและยังเอื้อต่อความร่วมมือ

การที่ชุมชนและ รพ.สต. มีความสัมพันธ์อันดีมาแต่เดิมนั้นย่อมเป็นต้นทุนทางสังคมที่ทำให้ความร่วมมือเกิดขึ้นได้ง่าย และยังส่งผลให้ชุมชนและ รพ.สต. เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน โดยในประเด็นนี้ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. โดยมีข้อความตอนหนึ่งว่า

“กรณีที่มีผู้ยากไร้มีโรคประจำตัวหรือผู้สูงอายุอยู่บ้านกันแค่ 2 คน ไม่มีรายได้ส่วนอื่น นอกจากสวัสดิการของรัฐเงินผู้สูงอายุ พอเราลงพื้นที่ไปเราก็จะประสานไปยังอำเภอหรือกาชาดว่ามีของบริจาคให้คนกลุ่มนี้ หรือไม่ ซึ่งการที่เราลงพื้นที่บ่อย ๆ ทำให้คนในชุมชนไว้วางใจเรามากขึ้น”

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์สมาชิกในชุมชนเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวยังได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความเห็นของเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. โดยมีข้อความตอนหนึ่งว่า

“หมอจาก รพ.สต. มาช่วยตรวจสุขภาพให้กับผู้สูงอายุติดเตียงติดบ้านและเอาของมาให้หรืองานศพจะมาตั้งโต๊ะวัดไข้วัดอุณหภูมิให้คนในชุมชน ชาวบ้านก็ให้ความร่วมมือในช่วงเกิดโควิดก็ไม่ได้มีปัญหา”

จากข้อมูลข้างต้นยังสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความเห็นว่าชุมชน และ รพ.สต. เคยมีการทำกิจกรรมร่วมกันมาก่อน โดยพบว่ากิจกรรมด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ รพ.สต. ทำร่วมกับชุมชนมากที่สุด จำนวน 253 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2 รองลงมาเป็นกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 34.8

6) ความไว้วางใจ

ความไว้วางใจเป็นปัจจัยที่ค้นพบจากการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยพบว่าความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 อยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจ เนื่องจากทั้งสองฝ่ายมีการพบปะ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอยู่ตลอดเวลา เช่น การประชุมปรึกษาหารือ การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารร่วมกัน หรือร่วมกันปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชนในการแก้ไขปัญหาโรคโควิด-19 เป็นไปอย่างราบรื่น หากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่ได้รับความไว้วางใจจะส่งผลให้อีกฝ่ายหนึ่งเกิดการไม่ยอมรับหรือไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงที่ได้กำหนดไว้ร่วมกัน ซึ่งจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ได้ให้ข้อมูลเน้นย้ำถึงความสำคัญของความไว้วางใจ โดยมีข้อความตอนหนึ่งระบุว่า

“บางคนโทรมาตอนกลางคืนถามว่าเลี้ยงผึ้งไว้ที่สวนจะไปเก็บน้ำผึ้งได้ไหม ...เราขอบคุณเขา ทุกครั้งเลยนะที่เขาบอกว่าเขาจะไปได้ไหม เขาจะทำแบบนี้ได้ไหม เหมือนเขาไว้วางใจเรา เขาจะได้รับการแก้ไข เราก็เลยบอกว่าไปได้ เดียวไปขอกับผู้นำให้ อย่างผู้นำบอกว่าอย่างเคลนี้ต้อง กักตัวไหม เราก็บอกว่าต้องกักเดี๋ยวมีปัญหา แต่พอมีสแบบนี้พอเราได้ลงไปคุย เขาก็ไว้วางใจเชื่อใจ”

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์สมาชิกในชุมชนยังให้ข้อมูลที่สอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. โดยมีข้อความตอนหนึ่งระบุว่า

“ตั้งแต่มีโควิดมาก็สนิทสนมกับหมออนามัยเป็นอย่างดี เมื่อก่อนไม่ค่อยรู้จักกัน มีอะไรก็โทรปรึกษาพูดคุยกันตลอด ความเข้าใจพูดคุยไปในทิศทางเดียวกัน เป็นพี่เป็นน้องกัน เอาที่ถูกต้อง”

ผู้วิจัยได้นำความเห็นข้างต้นมาวิเคราะห์และเชื่อมโยงกับกับแนวคิดของ Katharine Vincent และคณะ ที่กล่าวว่าความไว้วางใจเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือและยังเป็นคุณลักษณะพื้นฐานของการร่วมกันผลิต (Co-production) โดยพบว่ามีความเชื่อมโยงสอดคล้องกัน ดังนี้

ปัจจัย	องค์ประกอบหลัก	ความเห็นที่สอดคล้อง
ความไว้วางใจ	1. การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร	- การโทรศัพท์พูดคุยปรึกษาหารือ
	2. การแสดงออกของการมีเจตนาที่ดีต่อกัน	- การขอบคุณสมาชิกในชุมชนที่ไว้วางใจและปรึกษาหารือกับเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.
	3. การปฏิบัติตามหน้าที่ความรับผิดชอบ	- การหาแนวทางช่วยเหลือสมาชิกในชุมชนที่มีความจำเป็นต้องออกนอกพื้นที่ - สมาชิกในชุมชนปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่รพ.สต

ตารางที่ 4.18 ความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยความไว้วางใจและความเห็นของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และสมาชิกในชุมชน

7) ความสัมพันธ์แบบเครือญาติ

ความสัมพันธ์แบบเครือญาติเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีการกำหนดบทบาทและสถานภาพของสมาชิกในครอบครัวซึ่งเกิดจากสายโลหิตหรือจากการแต่งงาน ความสัมพันธ์แบบเครือญาติจะมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มคนที่อาศัยในชนบท โดยเฉพาะในระดับหมู่บ้านหรือชุมชน จากผลการศึกษาพบว่า **ความสัมพันธ์แบบเครือญาติเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้คนในชุมชนบ้านปาง 3 ให้ความร่วมมือและจัดการกับปัญหาโรคระบาดดังกล่าวได้เป็นอย่างดี** เนื่องจากสภาพชุมชนอยู่ในพื้นที่ชนบท สมาชิกในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติและรู้จักคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี เมื่อชุมชนมีกิจกรรมหรืองานประเพณีต่าง ๆ คนในชุมชนจะร่วมแรงร่วมใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลักษณะดังกล่าวยังสะท้อนผ่านการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 ที่สมาชิกในชุมชนได้ให้ความช่วยเหลือชุมชนและอาสาเข้ามาทำงานต่าง ๆ ในลักษณะของจิตอาสา เพื่อให้ชุมชนผ่านพ้นปัญหาดังกล่าว เช่น การผลิตเปลี่ยนกันมาเข้าเวร ณ จุดคัดกรองของชุมชน การรวมกลุ่มประกอบอาหารเพื่อแจกจ่ายแก่สมาชิกในชุมชน เป็นต้น

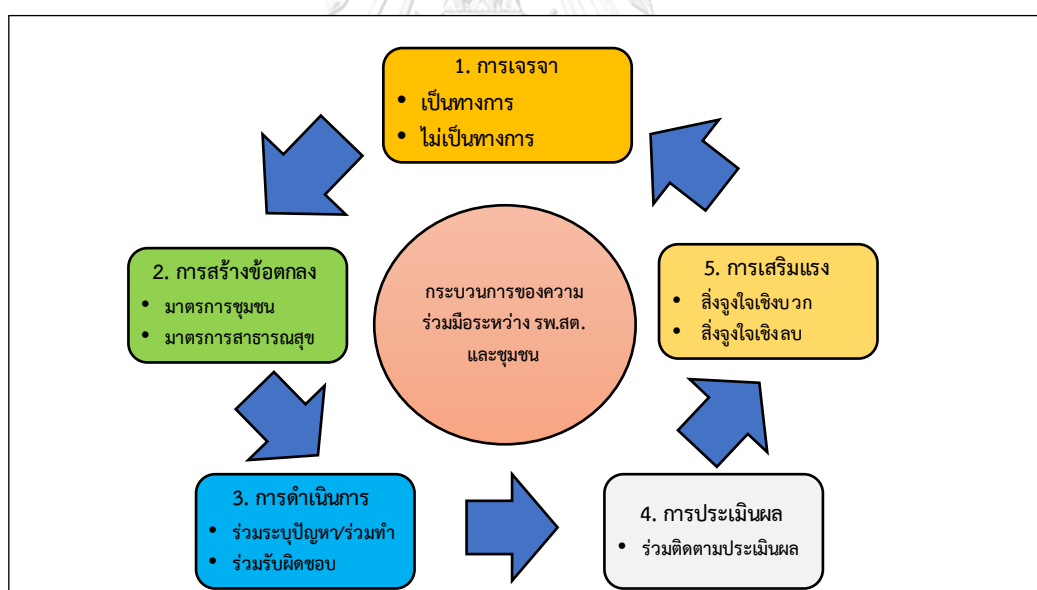
นอกจากนี้ เมื่อผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ได้รับการรักษาตัวจนหายแล้ว คนในชุมชนยังได้ร่วมกันให้กำลังใจ เพื่อให้บุคคลดังกล่าวสามารถกลับเข้ามาใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ โดยจากการสัมภาษณ์สมาชิกชุมชนพบว่ามีความต่อนหนึ่งที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์แบบเครือญาติ คือ

“หลังจากน้องเขารักษาตัวหายแล้วก็ไม่มีใครกล่าวโทษคนไข้อีก เพราะถือว่าเป็นลูกเป็นหลานเรา มีแต่ให้กำลังใจ เพราะแค่ตัวเขาก็แ่อยู่แล้ว ถ้าเลือกได้ก็คงไม่มีใครอยากจะเป็นหรอก”

จากข้อมูลข้างต้นสอดคล้องกับแนวคิดของกัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์ ซึ่งกล่าวว่าความสัมพันธ์แบบเครือข่ายเป็นปัจจัยที่ทำให้สมาชิกในชุมชนมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สามารถจัดการปัญหาทำให้เกิดความร่วมมือและระดมกำลังทั้งภายในและภายนอกชุมชน สร้างความไว้วางใจและช่วยเหลือกันในยามทุกข์ยาก (กัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์, , น.1725)

ส่วนที่ 2 กระบวนการของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

จากการศึกษาพบว่ากระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.และชุมชน มีลักษณะที่แตกต่างจากกรอบแนวคิดการวิจัยและแนวคิดกระบวนการของความร่วมมือของ Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven เนื่องจากมีกระบวนการที่เพิ่มขึ้นมาอีกหนึ่งกระบวนการ คือ กระบวนการเสริมแรง (Reinforcement) ซึ่งเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มคนให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ โดยใช้สิ่งจูงใจเชิงบวกหรือเชิงลบในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ โดยกระบวนการของความร่วมมือดังกล่าวมีลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 4.2 กระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

1) การเจรจา (Negotiation)

ก่อนที่ รพ.สต.และชุมชนจะร่วมมือกันพบว่า ทั้งสองฝ่ายมีการเจรจาพูดคุยและปรึกษาหารือร่วมกันทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น การเจรจาเกี่ยวกับแนวทางการรับมือกับโรคดังกล่าวในชุมชน การกักตัวผู้ที่มีความเสี่ยง หรือการลงพื้นที่ในชุมชนเพื่อพูดคุยทำความเข้าใจสมาชิกในชุมชน การประชุมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และสมาชิกในชุมชน เป็นต้น ซึ่งกระบวนการนี้มีการผสมผสานวิธีการเจรจาทั้ง 2 รูปแบบ โดยวัตถุประสงค์ของการเจรจา คือ เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่าง รพ.สต.และชุมชน ก่อนที่จะมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันต่อไป กระบวนการนี้เป็นผลมาจากการที่ทั้งสองฝ่ายมีการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน กล่าวคือ ปัญหาในขณะนั้นมีความซับซ้อนและเริ่มลุกลามไปยังชุมชนใกล้เคียง ซึ่งหากไม่เร่งแก้ไขจะส่งผลให้ปัญหาดังกล่าวลุกลามจนกลายเป็นวิกฤตได้ ปัญหาดังกล่าว ได้แก่

(1) ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งพบว่ามีสมาชิกในชุมชน จำนวน 1 ราย ติดเชื้อทำให้เกิดความตื่นตระหนกของสมาชิกในชุมชนและชุมชนใกล้เคียง เนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นโรคอุบัติใหม่ สมาชิกในชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันตนเอง

(2) ปัญหาสมาชิกในชุมชนบ้านปง 3 ไม่สามารถประกอบอาชีพและทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เนื่องจากชุมชนใกล้เคียงและนายจ้างมีความวิตกกังวลว่าจะติดเชื้อจากลูกจ้างหรือพนักงานของตนเองที่มาจากชุมชนบ้านปง 3 ทำให้สมาชิกในชุมชนบ้านปง 3 ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ แม้ว่าบางกลุ่มไม่ได้มีประวัติใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อหรือเป็นกลุ่มเสี่ยงก็ตาม เมื่อปัญหาเริ่มลุกลามมากขึ้น รพ.สต.และชุมชนจึงได้มีการเจรจาพูดคุย เพื่อหาทางออกร่วมกัน โดยกระบวนการเจรจาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการเจรจาเพื่อให้คนในครอบครัวของคนไข้และบุคคลที่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับคนไข้ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเข้ารับการกักตัว โดยเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ได้ลงพื้นที่พูดคุยกับผู้นำชุมชนและครอบครัวของคนไข้ขอให้มีการกักตัวเป็นเวลา 14 วัน เพื่อสังเกตอาการ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากกลุ่มคนดังกล่าว ในระยะแรกบางคนยังไม่ให้ความร่วมมือ เนื่องจากวิตกกังวลเรื่องความเป็นอยู่และอาหารสำหรับการดำรงชีพ แต่เมื่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และผู้นำชุมชนได้เจรจาให้ความช่วยเหลือในเรื่องดังกล่าวแล้ว ทำให้กลุ่มคนดังกล่าวให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ระยะที่ 2 เป็นการเจรจาเพื่อแก้ไขปัญหาและให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือดำรงชีวิตร่วมกับชุมชนอื่น ๆ ได้ตามปกติ กลุ่มคนเหล่านี้ คือ สมาชิกในชุมชนบ้านปง 3 ที่เป็นกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ โดยมีการเจรจาแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น การประชุมพูดคุยกับสมาชิกในชุมชนเพื่อหาหรือแนวทางการกักตัวทั้งชุมชน การลงพื้นที่ตามครัวเรือนเพื่อปรับความเข้าใจของคนในชุมชนให้เห็นถึงความจำเป็นในการกักตัว เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับชุมชนใกล้เคียงและเพื่อให้สมาชิกในชุมชนบ้านปง 3

สามารถกลับมาใช้ชีวิตตามปกติโดยเร็ว ซึ่งในระยะแรกเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ประสบปัญหาความไม่เข้าใจของสมาชิกในชุมชนบางส่วนที่ยังไม่เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องกักตัว 14 วัน และมีความกังวลเกี่ยวกับอาหารและสิ่งของจำเป็นในการดำรงชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จึงได้พยายามสร้างความมั่นใจให้กับสมาชิกในชุมชนว่าข้อกังวลต่าง ๆ จะได้รับการแก้ไข เพื่อให้สมาชิกในชุมชนให้ความร่วมมือโดยเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ได้กล่าวถึงการเจรจากับสมาชิกในชุมชนในตอนหนึ่งว่า

“บางทีปัญหาที่เขาเห็นกับที่เราเห็นมันไม่ได้เหมือนกัน เราอาจจะเห็นในด้านการรักษาด้านพยาบาลด้านความเครียดด้านวิตกกังวล แต่ชาวบ้านวันพรุ่งนี้จะเอาอะไรกิน ไปไหนก็ไม่ได้ มันคนละความรู้สึกเลย... บางคนที่เขามองว่าเป็นปัญหาสุขภาพก็คือคนที่ไปปาร์ตี้ล้มต๋ำด้วย หมูกระทะด้วยอันนี้ชั้นจะเริ่มเป็นชั้นจะป่วยไม่ ชั้นจะต้องทำยังไงดี โอเคฉันก็กักตัวไว้ใช้ แต่สำหรับคนอื่นไม่เคยรู้จักเลยไม่เคยเห็นหน้าเลย แต่ไปไหนไม่ได้ไปทำงานก็ไม่ได้ไปทำมาหากินทางไหนก็ไม่ได้ มันเหมือนจะไฟก๊สแค่จุดเดียวไม่ได้ ต้องมองแบบรวม ๆ มันตั้ง 100 กว่าหลังคาเรือน แต่ต้องกักตัวแค่ 25 คน แต่คนอื่นทำไมต้องมากักตัวด้วยมีเป็นร้อยกว่าคน ทำไมต้องมากักตัวด้วย ทำไมต้องมาอยู่แต่ในบ้านไปไหนก็ไม่ได้ไปทำงานก็ไม่ได้ เหมือนต้องพูดคุยกุ้ย ๆ ใส่เข้าไปเรื่อย ๆ พร้อมกับปัญหาที่เขาอยากจะแก้ไข อันนี้จะเร็วเพราะถ้าพูดแต่เรื่องสุขภาพอย่างเดียวเขาไม่เอา แต่ถ้าเอาไปบอกด้วยก็จะเร็วเหมือนเขาต้องการจะแก้ปัญหานี้อยู่แล้ว เาานี้ไปใส่เหมือนกับเป็นวงเล็บเล็ก ๆ เข้าไป ก็เหมือนกับเรื่องที่ว่าตอนนี้เขาก็ไปที่ไหนไม่ได้แล้วไงมาโทษผู้ช่วยคนเดียวก็ไม่ได้แล้วจะทำอย่างไรดี เรายอมเหน้อยกัน ไม่กักตัวกันแค่นี้ พอหายแล้วเปิดเผยแล้วก็ไปทำมาหากินกันตามปกติ ไม่ต้องกังวลแล้ว ถ้าฝืนไปทำตอนนี้ก็ไม่มีใครจะโอเคกับเรานะ”

CHULALONGKORN UNIVERSITY

นอกจากนี้ ในการเจรจายังพบว่า รพ.สต. ได้ใช้วิธีการตั้งคำถามเพื่อให้สมาชิกในชุมชนได้คิดหาทางออกร่วมกันมากกว่าการสั่งการ ทำให้ รพ.สต. ประสบความสำเร็จในการสร้างความเข้าใจแก่สมาชิกในชุมชนจนนำไปสู่ความร่วมมือ ซึ่งจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับหลักการเจรจาไว้ตอนหนึ่ง คือ

“ช่วงแรกทุกคนจะโทษเคสทำไมไม่กักตัวไปต่อกันก็มี บางทีคนนั้นเป็นป้ามันทำไมไม่บอก เราก็เลยต้องลงไป เพราะตอนนี้มันโดนผลกระทบหมดเลย เราต้องช่วยกัน เราจะทำยังไงดี คือ ต้องลงเข้าไปคุยบ่อยๆ ส่วนใหญ่ก็จะใช้คำถามว่าจะทำยังไงดี **เราจะป้องกันยังไงดี เราจะช่วยกันทำให้มันดีขึ้นได้ยังไง สามัคคีกัน ตอนนี้มันไม่ใช่ปัญหาของคน ๆ เดียวแล้วนะ** ตอนนี้เขาก็กักตัวแล้วนะ เราจะทำยังไง เรายังไปไหนไม่ได้ เราจะช่วยกันยังไงดี คือ ต้องพยายามต้องกระตุ้นตรงนี้เหมือนว่า **ถ้าเราไม่ช่วยกัน เราไม่ร่วมมือกัน ปัญหามันจะหายไปไม่ เหมือนให้ชุมชนได้คิด เหมือนถามนำขึ้นมาไปก่อนนะ”**

ดังนั้น การเจรจาจึงเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญที่จะนำไปสู่กระบวนการของความร่วมมือ ในขั้นตอนอื่น ๆ ซึ่งจากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่ากระบวนการเจรจามีได้มีลักษณะที่ตรงไปตรงมาหรือ ทำได้ง่ายต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคหลายอย่าง กระบวนการดังกล่าวจึงต้องใช้เวลาและประสานผลประโยชน์ของทุกฝ่าย ทางออกของการแก้ไขปัญหาอาจจะไม่ใช่แนวทางที่ดีที่สุด แต่เป็นแนวทางที่พอเป็นไปได้และได้รับการยอมรับจากฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การเจรจาร่วมกันระหว่าง รพ.สต.และชุมชน ส่งผลให้เกิดการยอมรับร่วมกัน โดยกรณีนี้จะเห็นได้ว่าเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ได้ใช้วิธีการเจรจาแบบ ประนีประนอม (Compromise) โดยนำเอาปัญหาการประกอบอาชีพและการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นปัญหาของชุมชนมาปรับให้เข้ากับปัญหาด้านสุขภาพของ รพ.สต. ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้สมาชิกในชุมชนรวมถึงชุมชนใกล้เคียงเกิดความเข้าใจและนำไปสู่ความร่วมมือ

2) การสร้างข้อตกลงร่วมกัน (Commitment)

กระบวนการนี้เป็นการสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่าง รพ.สต.และชุมชน ก่อนที่จะนำข้อตกลงไปปฏิบัติ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเมื่อ รพ.สต.และชุมชนได้มีการเจรจาเพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกันแล้ว หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.และชุมชนได้สร้างข้อตกลงร่วมกันซึ่งมีลักษณะเป็นมาตรการแบบผสม (Mixed Policy) กล่าวคือ เป็นการผสมผสานระหว่างมาตรการด้านสาธารณสุขและ มาตรการทางสังคมเข้าด้วยกัน โดยก่อนที่จะมีการกำหนดข้อตกลง เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน และสมาชิกในชุมชนได้ประชุมปรึกษาหารือกันก่อนที่จะกำหนดข้อตกลง โดยรายละเอียดของ ข้อตกลงหรือมาตรการในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีรายละเอียดตามตารางที่ปรากฏด้านล่างนี้

มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ	
	ภาครัฐ	ชุมชน
1. ให้นำตัวผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษา	- รพ.สต.บ้านปง - รพ.แม่แตง	- ครอบครัวผู้ป่วย
2. ให้ครอบครัวของคนไข้และผู้ที่มีประวัติใกล้ชิดกับคนไข้กักตัวเป็นระยะเวลา 14 วัน พร้อมสังเกตอาการตนเองและรายงานผลให้ รพ.สต. ทราบเป็นระยะ	- รพ.สต.บ้านปง	- ผู้นำชุมชน - อสม.
3. ให้ผู้ที่ไม่มั่นใจว่าตนเองมีความเสี่ยงในการติดเชื้อมากน้อยเพียงใดให้เข้ารับการตรวจคัดกรองอาการเบื้องต้นกับ รพ.สต. เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับสมาชิกในชุมชน	- รพ.สต.บ้านปง - รพ.แม่แตง	- ผู้นำชุมชน - อสม. - สมาชิกในชุมชน
4. ให้สมาชิกในชุมชนทั้งหมดกักตัวเป็นระยะเวลา 14 วัน เช่นเดียวกับครอบครัวของคนไข้และผู้ที่มีประวัติใกล้ชิดกับคนไข้ แต่สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำและมีความจำเป็นต้องเดินทางออกนอกชุมชนสามารถทำได้ แต่ต้องได้รับการคัดกรองและอนุญาตจากกรรมการชุมชนก่อน	- รพ.สต.บ้านปง - ทม.เมืองแกนพัฒนา	- ผู้นำชุมชน - คณะกรรมการชุมชน - อสม. - สมาชิกในชุมชน
5. ให้สมาชิกชุมชนทุกคนสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องออกนอกพื้นที่หรือพบปะกับบุคคลอื่น หมั่นล้างมือ เว้นระยะห่าง และให้ชุมชนงดเว้นการทำกิจกรรมรวมกลุ่มกัน งดการจัดงานบุญและงานประเพณีที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ	- รพ.สต.บ้านปง - ทม.เมืองแกนพัฒนา	- ผู้นำชุมชน - คณะกรรมการชุมชน - อสม. - สมาชิกในชุมชน

ตารางที่ 4.19 มาตรการในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ	
	ภาครัฐ	ชุมชน
6. ตั้งจุดคัดกรองเป็นระยะเวลา 14 วัน ณ บริเวณทางเข้า-ออกชุมชน โดยมีการมอบหมายและแบ่งหน้าที่ให้กรรมการชุมชนและสมาชิกในชุมชนมาสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาปฏิบัติหน้าที่ ณ จุดคัดกรอง และกำหนดให้มีการคัดกรองผู้ที่เข้าออกชุมชน ต้องได้รับการวัดอุณหภูมิก่อนทุกครั้ง และกรรมการชุมชนต้องเซ็นรับรองผู้ที่เดินทางออกนอกชุมชนทุกครั้ง	- รพ.สต.บ้านปง - ทม.เมืองแกนพัฒนา - ตัวแทนกำลังพลจากกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 33	- ผู้นำชุมชน - คณะกรรมการชุมชน - อสม. - สมาชิกในชุมชน
7. จัดตั้งกองทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายจัดหาอาหารและแจกจ่ายอาหารสำหรับครอบครัวคนไข้ที่ต้องกักตัว รวมถึงสมาชิกในชุมชนที่ต้องกักตัวเป็นเวลา 14 วัน โดยนำเงินจากกองทุนต่าง ๆ ในชุมชนมารวมกัน เช่น กองทุนตลาดนัดวันเสาร์ในชุมชน เงินกองทุนพัฒนาชุมชน กองทุนของกลุ่มแม่บ้าน กองทุนของ อสม. เป็นต้น	- รพ.สต.บ้านปง - ทม.เมืองแกนพัฒนา	- ผู้นำชุมชน - คณะกรรมการชุมชน - อสม. - สมาชิกในชุมชน - กลุ่มแม่บ้าน
8. ให้มีการจัดทำหน้ากากผ้าอนามัย เพื่อแจกจ่ายให้กับสมาชิกในชุมชน โดยเทศบาลเปิดรับสมัครผู้ที่สามารถตัดเย็บผ้าเป็นให้เข้ามารับการฝึกอบรมทำหน้ากากผ้าอนามัย	- ทม.เมืองแกนพัฒนา	- สมาชิกในชุมชนที่สามารถตัดเย็บผ้าเป็น
9. ผู้ที่เดินทางกลับมาจากต่างจังหวัดหรือต่างประเทศต้องเข้ารับการกักตัว 14 วัน เช่นเดียวกัน เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ เมื่อกักตัวครบแล้วจะได้รับใบรับรองการกักตัวจาก รพ.สต.	- รพ.สต.บ้านปง	- ผู้นำชุมชน - คณะกรรมการชุมชน - อสม. - สมาชิกในชุมชน

ตาราง 4.19 มาตรการในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 (ต่อ)

มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ	
	ภาครัฐ	ชุมชน
<p>10. ให้มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับมาตรการด้านสาธารณสุขในการรับมือกับโรคโควิด-19 ให้สมาชิกในชุมชนทราบและปฏิบัติตามผ่านเสียงตามสายทุกเช้า-เย็น เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การหมั่นล้างมือ การเว้นระยะห่าง เป็นต้น</p> <p>นอกจากนี้ ให้มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับผู้ที่กักตัวครบ 14 วัน ให้สมาชิกในชุมชนและชุมชนใกล้เคียงทราบ เพื่อลดความวิตกกังวลและเกิดความเชื่อมั่น ซึ่งมีการจัดตั้งไลน์กลุ่มระหว่าง รพ.สต. และผู้นำชุมชนสำหรับแจ้งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ</p>	<p>- รพ.สต.บ้านปง</p> <p>- ทม.เมืองแกนพัฒนา</p>	<p>- ผู้นำชุมชน</p> <p>- คณะกรรมการชุมชน</p> <p>- อสม.</p>
<p>11. ให้มีการประเมินสุขภาพจิตใจและภาวะความเครียดของสมาชิกในชุมชนในช่วงที่มีการกักตัว</p>	<p>- รพ.สต.บ้านปง</p> <p>- รพ.แม่แตง</p>	<p>- ผู้นำชุมชน</p> <p>- อสม.</p>
<p>12. กำหนดบทลงโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง คือ ให้นำตัวบุคคลดังกล่าวไปกักตัวที่เทศบาลเป็นระยะเวลา 14 วัน โดยให้ผู้นำแจ้งไปยังเทศบาลและเทศบาลจะดำเนินการต่อ</p>	<p>- รพ.สต.บ้านปง</p> <p>- ทม.เมืองแกนพัฒนา</p>	<p>- ผู้นำชุมชน</p> <p>- คณะกรรมการชุมชน</p> <p>- อสม.</p>

ตาราง 4.19 มาตรการในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 (ต่อ)

จากกระบวนการสร้างข้อตกลงดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน และยังสอดคล้องกับแนวคิดของการร่วมกันผลิต (Co-production) ระหว่างภาครัฐและชุมชน โดยชุมชนอยู่ในฐานะเป็นผู้ผลิตและผู้รับบริการและสามารถออกแบบนโยบายหรือการจัดบริการสาธารณะได้เช่นเดียวกับหน่วยงานภาครัฐ (Gordon P. Whitaker, 1980, pp. 244-245) การสร้างข้อตกลงร่วมกันจึงเป็นการเสริมอำนาจ (Empowerment) ให้กับชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณะอีกทางหนึ่ง นอกจากนี้ ยังทำให้สมาชิกในชุมชนเกิดความผูกพันหรือเกิด

สัญญาทางใจ (Commitment) ต่อข้อตกลงดังกล่าว ซึ่งจะทำให้การนำข้อตกลงไปปฏิบัติมีโอกาสประสบความสำเร็จมากขึ้น

3) การดำเนินการ (Implementation)

หลังจากที่ได้มีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันแล้ว ขั้นตอนต่อมา คือ การนำข้อตกลงไปปฏิบัติ โดยกระบวนการในขั้นตอนนี้พบว่า มีขั้นตอนสำคัญ ได้แก่

(1) **การร่วมกันค้นหาปัญหา** โดยเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. และชุมชนได้ร่วมกันระบุปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนถูกกำหนดให้เป็น**ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การประกอบอาชีพและการดำรงชีวิตประจำวันของสมาชิกในชุมชน** นอกจากนี้ยังมีการร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน เช่น ปัญหาการจัดหาเงินทุนสำหรับจัดซื้ออาหาร แจกจ่ายสมาชิกในชุมชนในช่วงที่มีการกักตัว เป็นต้น โดยขั้นตอนนี้มีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันทุกครั้ง

(2) **การร่วมกันระบุผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ที่เกี่ยวข้อง** เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน และสมาชิกในชุมชนจะมีการประชุม เพื่อระบุว่าใครที่เกี่ยวข้องกับปัญหานี้บ้าง ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย สมาชิกในชุมชนบ้านปง 3 รพ.สต.บ้านปง เทศบาลเมืองเมืองแก่นพัฒนา โรงพยาบาลแม่แตง ชุมชนใกล้เคียง เป็นต้น หน่วยงานและกลุ่มคนดังกล่าวมีส่วนสำคัญในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะได้กล่าวถึงในลำดับถัดไป

(3) **การร่วมกันดำเนินการ** โดยนำข้อตกลงที่ได้กำหนดไว้มาปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม ได้แก่

(3.1) **การกักตัวครอบครัวคนไข้และผู้ใกล้ชิดคนไข้ รวมถึงสมาชิกในชุมชนเป็นเวลา 14 วัน** ในระหว่างที่มีการกักตัวจะมีการกำหนดอาณาเขตของบ้านนั้น ๆ โดยนำเชือกฟางมาล้อมรอบบ้านเพื่อให้สมาชิกในครัวเรือนนั้นทราบถึงขอบเขตการทำกิจกรรมให้อยู่ภายในบริเวณบ้านตนเอง และมีการติดป้ายข้อความระบุว่าครัวเรือนนี้มีการกักตัวตั้งแต่วันที่ใดและจะสิ้นสุดการกักตัวในวันที่ใด เนื่องจากแต่ละครอบครัวจะกักตัวไม่พร้อมกัน หากครัวเรือนใดที่กักตัวครบแล้ว รพ.สต. จะออกใบรับรองการกักตัวให้ว่าครัวเรือนนี้กักตัวครบแล้ว 14 วัน สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ

นอกจากนี้ ในชุมชนยังได้มีการตั้งโต๊ะเอาไว้บริเวณหน้าบ้านของทุกครัวเรือนที่มีการกักตัว เพื่อรับอาหารที่จะมีการแจกจ่ายในแต่ละวัน

(3.2) **การตั้งจุดคัดกรองเข้า-ออกชุมชน** โดยกำหนดให้มีการตรวจวัดอุณหภูมิผู้ที่เข้า-ออกชุมชน โดยผู้ที่ออกนอกชุมชนต้องได้รับการรับรองจากกรรมการชุมชนก่อนทุกครั้ง ซึ่งการตั้งจุดคัดกรองนี้ได้รับความร่วมมือจากสมาชิกในหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน กรรมการชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ของเทศบาลเมืองเมืองแก่นพัฒนา และตำรวจตระเวนชายแดนจาก กก.ตชด.ที่ 33

ที่สับเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรอง โดยแบ่งการอยู่เวรเป็น 2 ช่วง คือช่วงเช้าตั้งเวลา 05.00-12.00 น. และช่วงที่ 2 ตั้งตั้งเวลา 12.00-21.00 น.

(3.3) การจัดหาอาหารสำหรับแจกจ่ายให้กับสมาชิกในชุมชนในช่วงที่มีการกักตัว รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรอง โดยสมาชิกในชุมชนมีการบริจาคอาหารและสิ่งของสมทบมาส่วนหนึ่ง และชุมชนนำเงินกองทุนที่ได้ไปจัดซื้ออาหารแจกจ่ายในช่วงแรก ในระยะต่อมาชุมชนได้รับการสนับสนุนอาหารและสิ่งของจากบุคคลและหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกชุมชนมากขึ้น เช่น เจ้าอาวาสวัดบ้านปางสนับสนุนอาหารและสิ่งของจำเป็นผ่านกลุ่มเยาวชนบ้านปาง ชุมชนใกล้เคียงและบริษัทเอกชนที่ทราบข่าวได้นำอาหารและสิ่งของจำเป็นมาร่วมบริจาค เป็นต้น ทำให้ชุมชนมีอาหารเพียงพอสำหรับแจกจ่ายให้คนในชุมชนทั้งหมด และในช่วงที่มีของบริจาคเพิ่มมากขึ้นเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาได้เข้ามาช่วยในการประชาสัมพันธ์และบริหารจัดการสิ่งของบริจาคต่าง ๆ ให้เป็นระบบมากขึ้น

นอกจากนี้ รพ.สต.บ้านปางและเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนายังได้มีการประชาสัมพันธ์ให้กับชุมชนใกล้เคียงให้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือชุมชนบ้านปาง 3 โดยเป็นการตั้งคำถามให้ชุมชนใกล้เคียงได้คิดว่า **เมื่อสมาชิกในชุมชนบ้านปาง 3 เสียสละพร้อมใจกันกักตัวทั้งหมด ชุมชนใกล้เคียงหรือชุมชนอื่น ๆ จะมีบทบาทช่วยเหลือชุมชนบ้านปาง 3 อย่างไรบ้าง**

(3.4) การติดตามกลุ่มเสี่ยงและอาการของสมาชิกในชุมชน โดย รพ.สต. ร่วมกับเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา ผู้นำชุมชนและ อสม. ติดตามอาการของผู้ที่อยู่ระหว่างการกักตัวหากพบอาการผิดปกติจะรายงานผลไปยัง รพ.สต. ทันที เพื่อจัดชุดเจ้าหน้าที่เข้ามาตรวจอาการในเบื้องต้น โดยในขั้นตอนนี้ อสม. ถือว่ามีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการเป็นผู้ประสานงานระหว่างชุมชนกับ รพ.สต. เนื่องจากผู้นำชุมชนไม่ใช่ผู้ใหญ่บ้าน ทำให้ไม่มีอำนาจตามกฎหมายในการสั่งการสมาชิกในชุมชนให้ปฏิบัติตามอย่างเด็ดขาด อสม. จึงมีบทบาทในการติดตามและให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน

นอกจากนี้ ในช่วงที่มีการติดตามและลงพื้นที่ตรวจชุมชน รพ.สต. ประสบปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ในการป้องกันโรค เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ ชุด PPE เป็นต้น ซึ่งในขณะนั้นอุปกรณ์ดังกล่าวขาดแคลนและมีราคาแพง ด้วยเหตุนี้ เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาจึงได้เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนบุคลากร งบประมาณสำหรับจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์จำเป็นในการปฏิบัติงานแก่ รพ.สต. และชุมชน เนื่องจากหน่วยงานดังกล่าวเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำให้สามารถจัดซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นในการป้องกันโรค เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ เครื่องวัดอุณหภูมิ เป็นต้น

(3.5) การประชาสัมพันธ์ เมื่อคริวเรือนใดที่มีการกักตัวครบ 14 วันแล้ว ทาง รพ.สต. จะแจ้งไปยังผู้นำชุมชนให้ประกาศให้สมาชิกในชุมชนทราบ เพื่อให้บุคคลที่กักตัวครบแล้วสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้กับสมาชิกในชุมชนรวมถึงชุมชนใกล้เคียงด้วย ในขั้นตอนนี้

พบว่ามี การสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อแจ้งข้อมูลข่าวสารระหว่าง รพ.สต. กับ ผู้นำชุมชน เพื่อให้ผู้นำชุมชนประกาศออกเสียงตามสายให้สมาชิกในชุมชนทราบโดยทั่วกัน รวมถึงการ กล่าวขอบคุณสมาชิกในชุมชนที่ให้ความร่วมมือในการกักตัว ทำให้สมาชิกในชุมชนและชุมชนใกล้เคียง รับทราบข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องและลดความวิตกกังวล

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า การดำเนินการร่วมกันระหว่าง รพ.สต. และชุมชนสอดคล้อง กับแนวคิดของการร่วมกันผลิต (Co-production) ที่ภาครัฐและชุมชนร่วมกันจัดบริการสาธารณะ โดยมีหน่วยงานภายนอก เช่น เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา วัด ชุมชนและเอกชนให้การสนับสนุน ส่งผลให้กระบวนการความร่วมมือที่เกิดขึ้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังพบว่าในขั้นตอนของการดำเนินการเมื่อเกิดปัญหาขึ้นทั้ง รพ.สต. และ ชุมชนจะรับผิดชอบร่วมกันและพยายามแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมถึงมีการ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารร่วมกัน ทำให้กระบวนการความร่วมมือมีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับ การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและปัญหา และยังทำให้ รพ.สต.และชุมชนเกิดความไว้วางใจต่อกัน

4) การประเมินผล (Assessment)

จากการศึกษาพบว่าการประเมินผลที่เกิดขึ้นในกระบวนการของความร่วมมือมีลักษณะสำคัญ 2 ประการ

(1) เป็นการประเมินผลร่วมกันระหว่าง รพ.สต. หน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องและ ชุมชน กระบวนการประเมินผลมีได้ทำเฉพาะเพียงหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่เป็นการประเมินผล ร่วมกัน เพื่อให้ผลการประเมินที่ได้เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย โดยพบว่ามี การจัดประชุมปรึกษาหารือ ร่วมกันกับฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา โรงพยาบาลแม่แตง ผู้นำชุมชน และสมาชิกในชุมชน

(2) เป็นการประเมินผลร่วมกันตั้งแต่ก่อนดำเนินการ ขณะดำเนินการและหลัง ดำเนินการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การประเมินผล	รายละเอียด
ก่อนดำเนินการ	- มีการประเมินสภาพปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และปัญหาของสมาชิกในชุมชน ก่อนที่จะมีการกำหนด มาตรการร่วมกับชุมชน

ตารางที่ 4.20 การประเมินผลมาตรการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

การประเมินผล	รายละเอียด
ขณะดำเนินการ	<ul style="list-style-type: none"> - ขณะที่มีการกักตัวของสมาชิกในชุมชน รพ.สต.ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของ รพ.แม่แตง ได้เข้ามาประเมินสุขภาพจิตและภาวะความเครียดของสมาชิกในชุมชน - ประเมินปัญหาจากการนำมาตรการไปปฏิบัติและแก้ไขให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เช่น ให้มีการจัดหาอาหารให้สมาชิกในชุมชนเมื่อต้องมีการกักตัว 14 วัน เป็นต้น
หลังดำเนินการ	<ul style="list-style-type: none"> - ก่อนที่จะมีการนำตัวคนไข้ที่รักษาตัวหายแล้วกลับเข้ามาใช้ชีวิตในชุมชน รพ.สต. เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาและชุมชนได้ร่วมกันประเมินความพร้อมของชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถนำคนไข้ที่รักษาตัวหายแล้วกลับเข้ามาใช้ชีวิตได้ตามปกติ

ตาราง 4.20 การประเมินผลมาตรการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ต่อ)

จากตารางข้างต้น ขั้นตอนการประเมินผลที่มีความสำคัญต่อกระบวนการถัดไป คือ การประเมินความพร้อมของชุมชนก่อนที่จะมีการเปิดหมู่บ้านและให้ผู้ป่วยที่รักษาตัวหายแล้วสามารถกลับเข้ามาใช้ชีวิตในชุมชนตามปกติ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. มีความกังวลว่าหากไม่มีการประเมินความพร้อมในเรื่องนี้จะทำให้ชุมชนและ รพ.สต. ไม่ทราบว่าชุมชนมีความพร้อมมากน้อยเพียงใดในการรับผู้ป่วยที่รักษาตัวหายแล้วกลับเข้ามาในชุมชนหรือสมาชิกในชุมชนสามารถใช้ชีวิตร่วมกับบุคคลดังกล่าวได้หรือไม่ โดย รพ.สต.ร่วมกับเจ้าหน้าที่ด้านจิตเวชของ รพ.แม่แตง ประเมินสุขภาพจิตใจและภาวะความเครียดของสมาชิกในชุมชน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนได้ทราบถึงแนวทางการนำผู้ป่วยที่รักษาตัวหายแล้วกลับเข้ามาในชุมชน

อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการประเมินผลแล้วว่าสมาชิกในชุมชนมีความพร้อมที่จะรับผู้ป่วยที่รักษาตัวหายแล้วเข้ามาในชุมชน แต่บุคคลดังกล่าวมีความประสงค์ที่จะกักตัวต่ออีก 14 วัน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนและชุมชนใกล้เคียงเกิดความมั่นใจมากขึ้น รพ.สต.และเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาจึงได้นำตัวบุคคลดังกล่าวมากักตัวต่อที่เทศบาลอีกเป็นเวลา 14 วัน รวมระยะเวลาที่บุคคลดังกล่าวรักษาตัวและกักตัวเป็นเวลา 30 วัน

ดังนั้น กระบวนการประเมินผลดังกล่าวเป็นกระบวนการที่ รพ.สต.และชุมชนร่วมกันประเมินและแก้ไขข้อบกพร่องที่เกิดขึ้น เพื่อให้การรับมือกับโรคโควิด-19 มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของสมาชิกในชุมชน

5) การเสริมแรง (Reinforcement)

การเสริมแรงเป็นข้อค้นพบ (Finding) ที่ได้จากการศึกษานี้ โดยการเสริมแรงเป็นกระบวนการด้านจิตวิทยาที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคคลหรือกลุ่มคนโดยใช้สิ่งจูงใจเชิงบวกหรือลบ ในการจูงใจให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ (จิราภา เต็งไตรรัตน์ และคณะ, 2552, น. 128-133) โดยในกรณีนี้พบว่ามีการใช้สิ่งจูงใจแบบผสมผสานทั้งการเสริมแรงเชิงบวก (Positive Reinforcement) รวมถึงการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือที่เรียกว่าการเสริมแรงเชิงลบ (Negative Reinforcement) มาใช้ในการรับมือกับโรคโควิด-19 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กระบวนการ	องค์ประกอบ	รายละเอียด
การเสริมแรง (Reinforcement)	สิ่งเสริมแรงเชิงบวก (Positive Reinforcer)	- การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่รักษาตัวหายแล้ว เพื่อให้บุคคลดังกล่าวสามารถเข้ามาใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ - ผู้นำชุมชนกล่าวขอบคุณสมาชิกในชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ
	สิ่งเสริมแรงเชิงลบ (Negative Reinforcer)	- ผู้ที่ฝ่าฝืนข้อตกลงของชุมชนจะได้รับการลงโทษ โดยให้นำไปกักตัวที่เทศบาลเป็นเวลา 14 วัน

ตารางที่ 4.21 กระบวนการเสริมแรง (Reinforcement)

จากการศึกษาพบว่า การเสริมแรงถูกนำมาใช้เพื่อป้องกันมิให้สมาชิกในชุมชนมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อโรค สำหรับกระบวนการที่สำคัญ คือ หลังจากที่ได้มีการประเมินความพร้อมของชุมชนว่าสามารถเปิดหมู่บ้านและรับผู้ป่วยที่รักษาตัวหายแล้วให้กลับเข้ามาใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ ผู้นำชุมชนได้กล่าวขอบคุณสมาชิกในชุมชนที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามข้อตกลงของชุมชน รวมถึงหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือในช่วงที่ผ่านมา

หลังจากที่ผู้ป่วยที่รักษาตัวหายแล้ว รพ.สต. ร่วมกับเทศบาลเมืองเมืองแก่นพัฒนาได้จัดให้มีพิธีเปิดหมู่บ้าน เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับสมาชิกในชุมชนและเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับชุมชนใกล้เคียงว่าชุมชนบ้านปง 3 กักตัวครบ 14 วันแล้ว สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ และยังให้ผู้ป่วยที่รักษาตัวหายแล้วได้บอกเล่าประสบการณ์ในช่วงที่มีการรักษา รวมถึงกล่าวขอบคุณสมาชิกในชุมชนที่ให้โอกาสในการกลับเข้ามาใช้ชีวิตในชุมชน และขอโทษที่ทำให้สมาชิกในชุมชนต้องเดือดร้อนซึ่งสมาชิกในชุมชนได้ร่วมกันให้กำลังใจบุคคลดังกล่าว โดยนับตั้งแต่บุคคลดังกล่าวได้กลับเข้ามาใน

ชุมชนจนถึงปัจจุบันพบว่า สมาชิกในชุมชนไม่มีการตำหนิบุคคลดังกล่าวว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้สมาชิกในชุมชนได้รับความเดือดร้อนแต่อย่างใด จากการสัมภาษณ์สมาชิกในชุมชนได้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งที่สอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการเสริมแรง คือ

“หลังจากที่น้องเขารักษาหายแล้ว คนในชุมชนก็ไม่มีกรกล่าวโทษคนไข้ ถือว่าเป็นลูกเป็นหลานเรา มีแต่ให้กำลังใจ เพราะแค่ตัวเขาก็แ่อยู่แล้ว ถ้าเลือกได้ไม่มีใครอยากจะเป็นหรอก”

ดังนั้น จากกระบวนการของความร่วมมือที่ได้กล่าวมาข้างต้น การเสริมแรงจึงเป็นอีกหนึ่งกระบวนการที่ทำให้ความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชนในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ครอบคลุมทั้งมิติด้านสุขภาพร่างกาย มิติด้านจิตวิทยาและมิติด้านสังคม ทำให้ชุมชนและผู้ป่วยที่รักษาตัวหายแล้วสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ

จากกระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.และชุมชนที่ได้กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การเจรจา การสร้างข้อตกลง การดำเนินการ การประเมินผล และการเสริมแรง ซึ่งกระบวนการดังกล่าวมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและมีผลวัดปรับตัวอยู่เสมอ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและสถานการณ์ โดยกระบวนการดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานของการร่วมกันผลิต (Co-production) มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง รพ.สต.และชุมชน

เพื่อให้เห็นถึงภาพรวมของกระบวนการดังกล่าว ผู้วิจัยได้สรุปความเห็นของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และชุมชน ที่มีต่อกระบวนการของความร่วมมือ โดยมีรายละเอียดปรากฏตามตารางด้านล่างนี้

ประเด็น	ความเห็นที่มีต่อรูปแบบความร่วมมือ					
	เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	เจ้าหน้าที่ ของ เทศบาลฯ	ผู้นำชุมชน/ กรรมการ ชุมชน	เจ้าอาวาส	อสม.	สมาชิก ในชุมชน
1. การเจรจา	- มีการพูดคุยแบบ ส่วนตัวและ ทางการ	- มีการพูดคุยประชุมกับคนในชุมชนและ รพ.สต.				
2. การสร้าง ข้อตกลงร่วมกัน	- มีการกำหนดมาตรการร่วมกันกับชุมชน					

ตารางที่ 4.22 ความเห็นที่มีต่อกระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปางและชุมชน

บ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

ประเด็น	ความเห็นที่มีต่อรูปแบบความร่วมมือ					
	เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	เจ้าหน้าที่ ของ เทศบาลฯ	ผู้นำชุมชน/ กรรมการ ชุมชน	เจ้าอาวาส	อสม.	สมาชิกใน ชุมชน
3. การ ดำเนินการ	- ร่วมกันกับ ชุมชนในการ ป้องกัน	- รพ.สต.และชุมชนร่วมกันทำ ปรีกษาหารือร่วมกัน ช่วยกันหาปัญหาและ แก้ปัญหาด้วยกัน				
4. การ ประเมินผล	- มีการติดตาม และปรับ วิธีการ แก้ปัญหา ร่วมกัน	- มีการประชุมปรึกษาเพื่อปรับวิธีการให้เข้ากับสถานการณ์				
5. การเสริมแรง	- ให้กำลังใจ คนที่หายป่วย และขอบคุณ คนในชุมชนที่ ให้ความ ร่วมมือ	- ให้กำลังใจคน ที่หายป่วย	- ให้กำลังใจคนที่หายป่วยและคนในชุมชนที่ให้ความ ร่วมมือ - ให้อภัยกันถือว่าเป็นลูกหลาน			

ตาราง 4.22 ความเห็นที่มีต่อกระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3
ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 (ต่อ)

เมื่อนำข้อมูลข้างต้นมาวิเคราะห์พบว่ามึลักษณะที่สอดคล้องตรงกับแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการ
ของความร่วมมือของ Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven โดยมีลักษณะที่สอดคล้อง ดังนี้

ความสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการความร่วมมือของ Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven		
กระบวนการ	องค์ประกอบ	ความสอดคล้อง
1. การเจรจา	- ทาทางการ - ไม่เป็นทางการ	- มีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันเพื่อกำหนด ข้อตกลงและสร้างความเข้าใจ - มีการพูดคุยแบบเป็นการส่วนตัวกับผู้นำชุมชนและ คนในชุมชน

ตารางที่ 4.23 ความสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการความร่วมมือของ Peter Smith Ring &
Andrew H. Van De Ven

ความสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการความร่วมมือของ Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven		
กระบวนการ	องค์ประกอบ	ความสอดคล้อง
2. การสร้างข้อตกลง	- ทิศทางการ - สัญญาทางใจ	- มีการกำหนดมาตรการและข้อตกลงร่วมกันระหว่าง รพ.สต. และชุมชน - มีการพูดคุยเพื่อสร้างการยอมรับร่วมกัน เน้นการสร้าง ความเข้าใจและปฏิบัติตามข้อตกลง
3. การดำเนินการ	- ร่วมระบุปัญหา - ร่วมหาผู้มีส่วนได้เสีย - ร่วมทำ - ร่วมรับผิดชอบ	- ร่วมกันประชุมเพื่อค้นหาปัญหาร่วมกัน - ร่วมกันค้นหาและดึงเอาผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาให้ เข้ามามีส่วนร่วม - ร่วมกันนำข้อตกลงไปปฏิบัติ - เมื่อเกิดปัญหาขึ้นทั้ง รพ.สต. และชุมชนจะช่วยเหลือกัน หาทางออกร่วมกัน
4. การประเมินผล	- ร่วมติดตามประเมินผล - ปรับปรุงมาตรการ	- รพ.สต. มีการลงพื้นที่ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจคนในชุมชนเป็นระยะ - รพ.สต. และชุมชนร่วมกันประเมินมาตรการและปรับปรุงให้สอดคล้องกับสถานการณ์และปัญหา

ตาราง 4.23 ความสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการความร่วมมือของ Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven (ต่อ)

จากตารางข้างต้นจะเห็นได้ว่ากระบวนการความร่วมมือที่เกิดขึ้นมีลักษณะสอดคล้องกับแนวคิดของนักวิชาการดังกล่าว โดยในส่วนของกระบวนการเสริมแรงซึ่งเป็นกระบวนการที่เพิ่มขึ้นมานั้น ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีเสริมแรง (Reinforcement Theory) ของ Burrhus Skinner นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน มาประกอบการวิเคราะห์โดยพบว่ามีลักษณะที่สอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมแรง ดังนี้

ความสอดคล้องกับทฤษฎีเสริมแรง (Reinforcement Theory) ของ Burrhus Skinner		
การจงใจ	องค์ประกอบ	ความสอดคล้อง
1. การเสริมแรงเชิงบวก	- เป็นการให้สิ่งเร้าใดเมื่อนำมาใช้แล้วทำให้อัตราการตอบสนองมากขึ้น	- การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่รักษาตัวหายแล้วให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ - การกล่าวขอบคุณสมาชิกในชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือชุมชน
2. การเสริมแรงเชิงลบ	- เป็นการให้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการลดพฤติกรรม	- มีการกำหนดมาตรการและบทลงโทษแก่ผู้ฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงของชุมชน

ตารางที่ 4.24 ความสอดคล้องกับทฤษฎีเสริมแรง (Reinforcement Theory) ของ Burrhus Skinner

จากข้อมูลข้างต้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยกลุ่มตัวอย่างได้ให้ความเห็นว่กระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชน อยู่ในระดับมาก โดยสามารถเรียงลำดับกระบวนการที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดไปน้อยที่สุดได้ ดังนี้ การสร้างข้อตกลงร่วมกัน = 4.38 การเจรจา = 4.35 การดำเนินการ = 4.32 และการประเมินผล = 4.29

ส่วนที่ 3 รูปแบบความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.บ้านปาง เจ้าหน้าที่ของเทศบาลเมืองแกนพัฒนาเจ้าอาวาสวัดบ้านปาง และสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน กรรมการชุมชน อสม. และสมาชิกในชุมชนบ้านปาง 3 พบว่าความเห็นของทั้ง 2 กลุ่มที่มีต่อรูปแบบความร่วมมือเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยสามารถสรุปเป็นตารางได้ ดังนี้

ความเห็นที่มีต่อรูปแบบความร่วมมือ					
เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	เจ้าหน้าที่ของ เทศบาลฯ	ผู้นำชุมชน/ กรรมการชุมชน	เจ้าอาวาส	อสม.	สมาชิก ในชุมชน
- โดดเด่นในเรื่องของความร่วมมือ - ชุมชนให้ความร่วมมือและสามารถออกแบบแนวทางเอง	- เป็นความร่วมมือของชุมชนอย่างแท้จริง - มีนวัตกรรมของชุมชน	- เป็นการร่วมแรงร่วมใจของทุกฝ่าย - เป็นความสามัคคีของคนในชุมชน	- เป็นการร่วมแรงร่วมใจของทุกฝ่าย - ไม่ปล่อยให้หน่วยงานราชการเท่านั้น	- เป็นความร่วมมือของชุมชนและอนามัย - เป็นความสามัคคีของคนในชุมชน	- เป็นความร่วมมือของชาวบ้านและอนามัย - ชุมชนไม่ได้รอความช่วยเหลือจากอนามัยเพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 4.25 สรุปความเห็นที่มีต่อรูปแบบความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า รูปแบบความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 มีลักษณะที่สอดคล้องกับรูปแบบการร่วมกันผลิตโดยประชาชนและภาครัฐปรับเปลี่ยนความคาดหวังในบริการและร่วมดำเนินการ (Citizen/Agent Mutual Adjustment) ของ Goedon P. Whitaker และสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่ชี้ว่ารูปแบบความร่วมมือดังกล่าวมีลักษณะเป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนร่วมกันดำเนินการ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย = 4.56 ซึ่งถือว่ามีระดับความร่วมมือมากที่สุด สำหรับความสอดคล้องกับแนวคิดการร่วมกันผลิตมีรายละเอียด ดังนี้

ความสอดคล้องกับรูปแบบการร่วมกันผลิตโดยประชาชนและภาครัฐปรับเปลี่ยนความคาดหวังในบริการและร่วมดำเนินการ ของ Goedon P. Whitaker	
ลักษณะ	ความสอดคล้อง
1. ภาครัฐและชุมชนอยู่ในฐานะผู้ผลิตและผู้รับบริการร่วมกัน	- รพ.สต.บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ร่วมกันดำเนินการ โดยทั้งสองฝ่ายอยู่ในฐานะผู้ผลิตและผู้รับบริการร่วมกัน มีการปรึกษาหารือและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

ตารางที่ 4.26 ความสอดคล้องกับรูปแบบการร่วมกันผลิตโดยประชาชนและภาครัฐปรับเปลี่ยนความคาดหวังในบริการและร่วมดำเนินการ (Citizen/Agent Mutual Adjustment)

ความสอดคล้องกับรูปแบบการร่วมกันผลิตโดยประชาชนและภาครัฐปรับเปลี่ยนความคาดหวัง ในบริการและร่วมดำเนินการ ของ Goedon P. Whitaker	
ลักษณะ	ความสอดคล้อง
2. ภาครัฐและชุมชนสามารถออกแบบนโยบายหรือการจัดบริการสาธารณะให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพลเมือง	- รพ.สต.และชุมชนสามารถออกแบบมาตรการหรือข้อตกลงให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของสมาชิกในชุมชน เช่น การจัดตั้งกองทุนสำหรับจัดหาอาหารให้กับสมาชิกในชุมชนในช่วงที่มีการกักตัว เป็นต้น
3. ภาครัฐและชุมชนมีการรับผิดชอบร่วมกันเมื่อเกิดปัญหาขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและปัญหาที่เปลี่ยนไป	- รพ.สต.และชุมชนมีการรับผิดชอบร่วมกันเมื่อเกิดปัญหาขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและปัญหาที่เปลี่ยนไปโดยผ่านกระบวนการเจรจาและการประเมินผลร่วมกัน

ตารางที่ 4.26 ความสอดคล้องกับรูปแบบการร่วมกันผลิตโดยประชาชนและภาครัฐปรับเปลี่ยนความคาดหวังในบริการและร่วมดำเนินการ (Citizen/Agent Mutual Adjustment) (ต่อ)

ส่วนที่ 4 ปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.บ้านปาง เจ้าหน้าที่ของเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา เจ้าอาวาสวัดบ้านปาง และการสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน กรรมการชุมชน อสม. และสมาชิกในชุมชนบ้านปาง มาประกอบการวิเคราะห์ โดยนำหลักการวิเคราะห์ SWOT มาใช้ในการวิเคราะห์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

<p>โอกาส (Opportunity)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีเครือข่ายหน่วยงานภายนอกที่คอยให้การสนับสนุน 2. ชุมชนและ รพ.สต. อยู่ในพื้นที่ที่ใกล้กัน 3. เทคโนโลยีการสื่อสารสมัยใหม่ ทำให้เอื้อต่อการประชาสัมพันธ์และการเข้าถึงข้อมูลสาธารณสุขมากขึ้น 	<p>ภัยคุกคาม (Threat)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การระบาดของโรคโควิด-19 เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง 2. หลักเกณฑ์ในการป้องกันและคัดกรองโรคไม่ชัดเจน 3. ชุมชนใกล้เคียงเกิดความตื่นตระหนก 4. วิธีการทำงานของหน่วยงานที่ไม่ตรงกัน
<p>จุดแข็ง (Strength)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีความรู้ความสามารถ 2. ผู้นำชุมชนมีความเข้มแข็ง 3. สมาชิกในชุมชนให้ความร่วมมือ 4. มีกองทุนในการพัฒนาหมู่บ้าน 5. มีกระบวนการของความร่วมมือที่ดี 6. มีเครือข่าย อสม. ที่เข้มแข็ง 7. รพ.สต. และชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน 8. มีระบบการสื่อสารที่เชื่อมโยงกับชุมชน 	<p>จุดอ่อน (Weakness)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ขาดแคลนบุคลากร งบประมาณและอุปกรณ์ในการป้องกันโรค 2. คนในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค 3. ผู้นำชุมชนขาดอำนาจตามกฎหมาย

ตารางที่ 4.27 การวิเคราะห์ SWOT ความร่วมมือระหว่างรพ.สต.บ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

จากการวิเคราะห์ข้างต้น ผู้วิจัยได้แบ่งปัญหาและอุปสรรคออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัญหาและอุปสรรคของ รพ.สต. และปัญหาอุปสรรคของชุมชน โดยแต่ละกลุ่มจะแบ่งปัญหาและอุปสรรคเป็น 2 ด้าน คือ ปัญหาและอุปสรรคภายในซึ่งเกิดจากจุดอ่อน (Weakness) และปัญหาอุปสรรคภายนอกที่เกิดจากภัยคุกคาม (Threat) ดังนี้

ปัญหาและอุปสรรคภายนอกที่เกิดจากภัยคุกคาม (Threats)	
ปัญหาและอุปสรรคของ รพ.สต.	ปัญหาอุปสรรคของชุมชน
<ol style="list-style-type: none"> 1. การระบาดของโรคโควิด-19 เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง 2. หลักเกณฑ์ในการป้องกันและคัดกรองโรคไม่ชัดเจน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การระบาดของโรคโควิด-19 เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง 2. ชุมชนใกล้เคียงเกิดความตื่นตระหนกและกระทบต่อการทำกิจกรรมร่วมกัน

ตารางที่ 4.28 สรุปปัญหาและอุปสรรคของ รพ.สต. และชุมชน

ปัญหาและอุปสรรคภายนอกที่เกิดจากภัยคุกคาม (Threats) (ต่อ)	
ปัญหาและอุปสรรคของ รพ.สต.	ปัญหาอุปสรรคของชุมชน
3. ชุมชนใกล้เคียงเกิดความตื่นตระหนกและกระทบต่อการทำกิจกรรมร่วมกัน	
4. วิธีการทำงานระหว่าง รพ.สต. และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่บางหน่วยงานที่ไม่ตรงกัน	
ปัญหาและอุปสรรคภายในที่เกิดจากจุดอ่อน (Weaknesses)	
ปัญหาและอุปสรรคของ รพ.สต.	ปัญหาอุปสรรคของชุมชน
ปัญหาและอุปสรรคภายใน (Weakness) - ขาดแคลนบุคลากร งบประมาณและอุปกรณ์ในการป้องกันโรค	ปัญหาและอุปสรรคภายใน (Weakness) 1. คนในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค 2. คนในชุมชนเกิดความตื่นตระหนกในช่วงแรก 3. ผู้นำชุมชนมีอำนาจตามกฎหมายน้อย

ตารางที่ 4.28 สรุปปัญหาและอุปสรรคของ รพ.สต. และชุมชน (ต่อ)

1) ปัญหาและอุปสรรคของ รพ.สต.บ้านปาง

(1) ขาดแคลนบุคลากร งบประมาณและอุปกรณ์ในการป้องกันโรค เนื่องจากในช่วงดังกล่าว หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ เครื่องวัดอุณหภูมิและชุด PPE มีราคาแพงและหายาก ทำให้การปฏิบัติงานขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นในการป้องกันโรค และไม่สามารถจัดสรรให้สมาชิกในชุมชนได้

(2) สมาชิกในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ประชาชนยังไม่ทราบว่าต้องป้องกันตนเองอย่างไร ทำให้เกิดความตื่นตระหนกของสมาชิกในชุมชนและชุมชนใกล้เคียง และยังส่งผลให้สมาชิกในชุมชนมีภาวะเครียด

(3) ผู้นำชุมชนขาดอำนาจตามกฎหมาย เนื่องจากไม่ได้เป็นผู้ใหญ่บ้านทำให้ไม่มีอำนาจในการสั่งการเด็ดขาด การแก้ไขปัญหาต้องอาศัยการเจรจาและประนีประนอม จึงต้องให้อสม. เข้ามาช่วยประสานงานและทำความเข้าใจสมาชิกในชุมชน

(4) ชุมชนใกล้เคียงเกิดความตื่นตระหนกและกระทบต่อการทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้สมาชิกในชุมชนบ้านปาง 3 ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนใกล้เคียงได้ เนื่องจากถูกมองว่ามาจากชุมชนที่มีผู้ติดเชื้อ ปัญหานี้ทำให้ชุมชนต้องมีการกักตัวทั้งหมดเป็นเวลา 14 วัน การแก้ไขปัญหาจึงมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น เมื่อข่าวเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อแพร่กระจายเป็นวงกว้าง

2) ปัญหาและอุปสรรคของชุมชนบ้านปง 3

(1) สมาชิกในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

(2) ความตื่นตระหนกของสมาชิกในชุมชน เนื่องจากที่ผ่านมาไม่เคยพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชน ในระยะแรกสมาชิกในชุมชนจึงเกิดความเครียดและตื่นตระหนก เนื่องจากเกรงว่าปัญหาดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพและการดำรงชีวิตประจำวัน

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัญหาและอุปสรรคในมุมมองของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะมีความหลากหลายกว่าปัญหาและอุปสรรคของชุมชน โดยในส่วนของปัญหาและอุปสรรคของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะครอบคลุมถึงปัญหาด้านการบริหารจัดการ เช่น อุปกรณ์ งบประมาณและบุคลากร ในขณะที่ปัญหาและอุปสรรคของชุมชนจะเน้นไปที่ตัวบุคคลมากกว่า เช่น การขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคและความตื่นตระหนกของสมาชิกในชุมชน ยกเว้นกรณีของเจ้าอาวาสบ้านปงที่มีความเห็นเพิ่มเติมแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชน ซึ่งจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มคนที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปความเห็นที่มีต่อปัญหาและอุปสรรคได้ตามตาราง ดังต่อไปนี้

ประเด็น	ความเห็นที่มีต่อปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือ				
	เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	ผู้นำชุมชน/ กรรมการชุมชน	เจ้าอาวาส	อสม.	สมาชิก ในชุมชน
1. งบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์	- ขาดแคลน	-	-	-	-
2. ผู้นำชุมชน	- ขาดอำนาจ ตามกฎหมาย	-	-	-	-
3. ความรู้ความเข้าใจใน การป้องกันตัว	- คนในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรค				
4. ความตื่นตระหนก	- คนในชุมชนและชุมชนใกล้เคียงเกิดความตื่นตระหนก				

ตารางที่ 4.29 สรุปความเห็นที่มีต่อปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปง และชุมชนบ้านปง 3

จากข้อมูลข้างต้นยังสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือว่า สมาชิกในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 51.7 รองลงมา คือ การขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันโรค จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 40.8 ซึ่งปัญหาดังกล่าวได้ปรากฏในข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และสมาชิกในชุมชนที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

4.3 สรุปความสอดคล้องระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพข้างต้นจะเห็นได้ว่า ข้อมูลดังกล่าวมีความสอดคล้องเชื่อมโยงไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยจะได้สรุปให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของข้อมูลทั้ง 2 ส่วน ก่อนที่จะนำไปสรุปและอภิปรายผลต่อไป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ	
ข้อมูลเชิงปริมาณ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1. การรับรู้ปัญหาร่วมกัน 2. ศักยภาพขององค์การ 3. ผู้นำชุมชน 4. การสนับสนุนจากบุคคลและองค์การ 5. ความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยดังกล่าวมีค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 จึงถือว่ามีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ นอกจากนี้ ข้อมูลในส่วนที่ 3 การก่อตัวของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนยังแสดงให้เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อความร่วมมือ เช่น การรับรู้ปัญหาร่วมกัน กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเป็นปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 51.2 มากที่สุดเป็นอันดับ 1 เป็นต้น	1. การรับรู้ปัญหาร่วมกัน ชุมชนและ รพ.สต. บ้านปาง มองว่าเป็นปัญหาสุขภาพและมีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ 2. ศักยภาพขององค์การ การแก้ไขปัญหาจะอาศัยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งในการรับมือกับปัญหาไม่ได้ เนื่องจากมีข้อจำกัด 3. ผู้นำชุมชน ผู้นำชุมชนและเจ้าอาวาสเข้ามาช่วยจัดการปัญหา ทำให้ชุมชนผ่านพ้นวิกฤต 4. การสนับสนุนจากบุคคลและองค์การ จากภายในและภายนอกชุมชน เช่น การบริจาคสิ่งของ ทำให้การรับมือกับปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ 5. ความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ชุมชนและ รพ.สต. เคยทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันมาก่อน ทำให้เอื้อต่อการสร้างความร่วมมือ

ตารางที่ 4.30 สรุปความสอดคล้องระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการของความร่วมมือ	
ข้อมูลเชิงปริมาณ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
	<p>นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อระดับความร่วมมืออีก 2 ปัจจัย ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความไว้วางใจ ที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและการแสดงเจตนาดีต่อกัน 2. ความสัมพันธ์แบบเครือข่าย สมาชิกในชุมชนมีความเป็นพี่น้องและสนิทสนมคุ้นเคยกัน ทำให้เกิดความร่วมมือแรงร่วมใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
2. กระบวนการของความร่วมมือ	
<p>กระบวนการของความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าอยู่ในระดับมากทุกข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเจรจา ค่าคะแนนเฉลี่ย = 4.35 2. การสร้างข้อตกลงร่วมกัน ค่าคะแนนเฉลี่ย = 4.38 3. การดำเนินการ ค่าคะแนนเฉลี่ย = 4.32 4. การประเมินผล ค่าคะแนนเฉลี่ย = 4.29 	<p>กระบวนการของความร่วมมือแตกต่างจากกรอบแนวคิดการวิจัย โดยเพิ่มกระบวนการเสริมแรงขึ้นมาอีกหนึ่งกระบวนการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเจรจา พูดคุยปรึกษาหารือกันทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน 2. การสร้างข้อตกลง รพ.สต.และชุมชนร่วมกันกำหนดมาตรการรับมือกับโรคโควิด-19 เพื่อใช้เป็นข้อบังคับร่วมกันของชุมชน 3. การดำเนินการ นำข้อตกลงมาปฏิบัติ และรับผิดชอบหน้าที่ร่วมกัน 4. การประเมินผล ติดตามสถานการณ์ตลอดเวลาและปรับเปลี่ยนวิธีการให้เข้ากับปัญหา 5. การเสริมแรง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกในชุมชนให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์

ตาราง 4.30 สรุปความสอดคล้องระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ (ต่อ)

3. รูปแบบของความร่วมมือ (ต่อ)	
ข้อมูลเชิงปริมาณ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
<p>กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าความร่วมมือแบบภาครัฐและชุมชนร่วมกันทำเป็นรูปแบบความร่วมมือที่สอดคล้องกับความร่วมมือที่เกิดขึ้นในช่วงดังกล่าวมากที่สุด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ภาครัฐและชุมชนร่วมมือกัน ค่าคะแนนเฉลี่ย = 4.56 2. ชุมชนปฏิบัติตามกฎระเบียบของภาครัฐ ค่าคะแนนเฉลี่ย = 4.43 3. ชุมชนขอความช่วยเหลือจากภาครัฐ ค่าคะแนนเฉลี่ย = 4.17 	<p>ข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์ชี้ไปในทิศทางเดียวกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยมีเนื้อหาคล้ายกัน คือ ความร่วมมือที่เกิดขึ้นเป็นความร่วมมือที่ รพ.สต. และชุมชนร่วมกันทำ โดยมีลักษณะ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชุมชนไม่ได้รอคอยความช่วยเหลือจากหน่วยงานราชการเพียงอย่างเดียว 2. กระบวนการความร่วมมือตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุด ชุมชนและ รพ.สต. มีการปรึกษาหารือและรับผิดชอบร่วมกันตลอด 3. รพ.สต. และชุมชนช่วยกันกำหนดมาตรการรับมือกับโรคโควิด-19 ร่วมกัน
4. ปัญหาอุปสรรคของความร่วมมือ	
<p>กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มีปัญหาและอุปสรรค แต่เมื่อพิจารณาปัญหาที่มีผู้ตอบพบว่ามีปัญหาและอุปสรรค พบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 76 2. ขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันโรค คิดเป็นร้อยละ 60 	<p>ข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์มีความแตกต่างกันตามสถานะของบุคคล โดยแบ่งออกเป็น 2 ฝ่าย คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. บ้านปง มีความเห็นว่าปัญหาที่พบ คือ <ul style="list-style-type: none"> - ขาดแคลนบุคลากร งบประมาณและอุปกรณ์ในการป้องกันโรค - คนในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 - ผู้นำชุมชนขาดอำนาจตามกฎหมายในการสั่งการ - ชุมชนใกล้เคียงเกิดความตื่นตระหนก 2. ผู้นำชุมชนและสมาชิกในชุมชนมีความเห็น ดังนี้

ตาราง 4.30 สรุปความสอดคล้องระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ (ต่อ)

4. ปัญหาอุปสรรคของความร่วมมือ (ต่อ)	
ข้อมูลเชิงปริมาณ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
	<ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 - สมาชิกในชุมชนเกิดความตื่นตระหนก <p>ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่กล่าวถึงปัญหานี้ไว้เช่นเดียวกัน</p>

ตาราง 4.30 สรุปความสอดคล้องระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ (ต่อ)



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 3 ประการ ดังต่อไปนี้

(1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางและชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

(2) เพื่อศึกษารูปแบบ การก่อตัวและกระบวนการของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

(3) เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

สำหรับเนื้อหาในบทนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับสรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลการวิจัย ข้อเสนอแนะและบทส่งท้าย โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

คำถามการวิจัยที่ 1

ปัจจัยด้านลักษณะประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้) ปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์กร ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์กรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 หรือไม่

สรุปผลการวิจัย

1) ปัจจัยด้านลักษณะประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้) ไม่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ เนื่องจากผลการทดสอบได้ค่านัยสำคัญทางสถิติ (Sig) มากกว่า .05 ทุกตัวแปร

2) ปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์กร ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์กร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ เนื่องจากผลการทดสอบข้อมูลพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Sig น้อยกว่า .05 ทุกปัจจัย

คำถามการวิจัยที่ 2

รูปแบบ การก่อดัวและกระบวนการของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 มีรูปแบบ การก่อดัวและกระบวนการของความร่วมมืออย่างไร

สรุปผลการวิจัย

1) การก่อดัวของความร่วมมือ กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าความร่วมมือเกิดจากการรับรู้ปัญหา ร่วมกันว่าปัญหาโรคโควิด-19 เป็นปัญหาด้านสุขภาพมากที่สุด จำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 51.2 และมีผลกระทบต่อการทำงานที่ต้องเร่งแก้ไขโดยเร็ว ประกอบกับศักยภาพของชุมชนและ รพ.สต. ไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาจึงต้องร่วมมือกัน มีผู้ตอบมากที่สุด จำนวน 237 คน คิดเป็น ร้อยละ 59.3 โดยมีผู้นำชุมชนทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น มีผู้ตอบ มากที่สุด จำนวน 234 คน คิดเป็นร้อยละ 58.5 ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากบุคคลและหน่วยงานทั้งภายใน และภายนอกชุมชนเป็นอาหารและสิ่งของบริจาคมีผู้ตอบมากที่สุด จำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 63.7 และการที่ชุมชนและ รพ.สต. มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อน โดยเฉพาะการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ ร่วมกัน มีผู้ตอบมากที่สุด จำนวน 253 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2 ปัจจัยนี้ยังช่วยให้เกิดความร่วมมือ

อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มยังพบว่า มีปัจจัยที่ทำให้เกิดความร่วมมือ ซึ่งแตกต่างจากกรอบแนวคิดการวิจัย โดยพบว่าความไว้วางใจต่อกันและสมาชิกในชุมชนส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความร่วมมือ

2) กระบวนการของความร่วมมือ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าระดับของ ความร่วมมืออยู่ในระดับมาก โดยการเจรจามีค่าคะแนนเฉลี่ย = 4.35 การสร้างข้อตกลงร่วมกันมีค่าคะแนน เฉลี่ย = 4.38 การดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ย = 4.32 และการประเมินผลมีค่าคะแนนเฉลี่ย = 4.29

อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มยังพบว่า กระบวนการของความร่วมมือ มีลักษณะแตกต่างจากกรอบแนวคิดการวิจัย เนื่องจากมีกระบวนการเสริมแรง (Reinforcement) ที่เพิ่มขึ้นอีกหนึ่งกระบวนการ ซึ่งเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสมาชิกในชุมชนให้เป็นไป ในทิศทางที่พึงประสงค์ ประกอบด้วยการเสริมแรงเชิงบวก เช่น การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่รักษาตัวหายแล้ว ให้สามารถกลับเข้ามาใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ การกล่าวขอบคุณสมาชิกในชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือ เป็นต้น รวมถึงการเสริมแรงเชิงลบซึ่งเป็นการลงโทษผู้ที่มีพฤติกรรมฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงของชุมชน

3) รูปแบบของความร่วมมือ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่ารูปแบบความร่วมมือที่เกิดขึ้นมีลักษณะของ**ความร่วมมือแบบภาครัฐและชุมชนร่วมกันดำเนินการ (Citizen & Agent Mutual Adjustment)** โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย = 4.56 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มที่ให้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบความร่วมมือโดยสรุป ดังนี้

- (1) รพ.สต.และชุมชนช่วยกันกำหนดมาตรการรับมือกับโรคโควิด-19 ร่วมกัน
- (2) ชุมชนไม่ได้รอคอยความช่วยเหลือจากหน่วยงานราชการเพียงอย่างเดียว
- (3) กระบวนการของความร่วมมือตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ ชุมชนและ รพ.สต.

มีการปรึกษาหารือและรับผิดชอบร่วมกันโดยตลอด

คำถามการวิจัยที่ 3

ปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าปัญหาสมาชิกในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นปัญหามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมา คือ ปัญหาขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันโรค คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม โดยปัญหาดังกล่าวสามารถแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

ปัญหาและอุปสรรคภายนอกที่เกิดจากภัยคุกคาม (Threats)	
ปัญหาและอุปสรรคของ รพ.สต.	ปัญหาอุปสรรคของชุมชน
1. การระบาดของโรคโควิด-19 เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง 2. หลักเกณฑ์ในการป้องกันและคัดกรองโรคไม่ชัดเจน 3. ชุมชนใกล้เคียงเกิดความตื่นตระหนกและกระทบต่อการทำกิจกรรมร่วมกัน 4. วิธีการปฏิบัติงานระหว่าง รพ.สต. และหน่วยงานสาธารณสุขบางหน่วยงานไม่ตรงกัน	1. การระบาดของโรคโควิด-19 เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง 2. ชุมชนใกล้เคียงเกิดความตื่นตระหนกและกระทบต่อการทำกิจกรรมร่วมกัน

ตารางที่ 5.1 สรุปปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือ

ปัญหาและอุปสรรคภายในที่เกิดจากจุดอ่อน (Weaknesses)	
ปัญหาและอุปสรรคของ รพ.สต.	ปัญหาอุปสรรคของชุมชน
ปัญหาและอุปสรรคภายใน (Weakness) - ขาดแคลนบุคลากร งบประมาณและอุปกรณ์ในการป้องกันโรค	ปัญหาและอุปสรรคภายใน (Weakness) 1. คนในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค 2. คนในชุมชนเกิดความตื่นตระหนกในช่วงแรก 3. ผู้นำชุมชนมีอำนาจตามกฎหมายน้อย

ตารางที่ 5.1 สรุปปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือ (ต่อ)

5.2 การอภิปรายผลการวิจัย

สำหรับเนื้อหาในส่วนนี้ผู้วิจัยจะอภิปรายผลการวิจัย โดยเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

5.2.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และอาชีพ) ไม่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ เนื่องจากมีค่านัยสำคัญ (ค่า Sig) มากกว่า .05 ทุกปัจจัย และการที่ปัจจัยดังกล่าวไม่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อประชากรทุกคนในชุมชน ทำให้ประชากรทุกสาขาอาชีพมีความจำเป็นต้องร่วมแรงร่วมใจกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ผ่านพ้นวิกฤต จึงทำให้ปัจจัยดังกล่าวไม่มีอิทธิพลต่อระดับความร่วมมือแต่อย่างใด สอดคล้องกับงานวิจัยของอกินันท์ ทองอินทร์ และพิพัฒน์ ไทยอารี ที่พบว่าเพศไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (อกินันท์ ทองอินทร์และพิพัฒน์ ไทยอารี, 2558, น.707-709)

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความร่วมมือ ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์กร ปัจจัยผู้นำชุมชน และปัจจัยศักยภาพขององค์กร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือ เนื่องจากมีค่านัยสำคัญ (ค่า Sig) น้อยกว่า .05 ทุกปัจจัย ทั้งนี้ ยังสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยและแนวคิดปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือของกัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์, Janet Weiss, Beverly A. Cigler, John M. Bryson et al. โดยรายละเอียดของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือจะอธิบายในเนื้อหาลำดับถัดไป

5.2.2 การก่อตัวของความร่วมมือ

ผลการวิจัยพบว่าข้อมูลเชิงปริมาณชี้ไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ การก่อตัวของความร่วมมือเกิดจากปัจจัยการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์กร ปัจจัยผู้นำชุมชนและปัจจัยศักยภาพขององค์กร ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ กัมปนาท วงษ์วัฒน์พงษ์ , Janet Weiss, Beverly A. Cigler, John M. Bryson et al. and Katharine Vincent et al. แต่ข้อมูลเชิงคุณภาพมีลักษณะแตกต่างจากกรอบแนวคิดการวิจัย เนื่องจากพบว่ามีปัจจัยสำคัญอีก 2 ปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือ คือ ปัจจัย ความไว้วางใจ (Trust) และปัจจัยความสัมพันธ์เชิงเครือญาติ (kindred Relationship) ตามแนวคิดของ Katharine Vincent และคณะ ที่กล่าวว่า ความไว้วางใจเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การร่วมกันผลิระหว่างภาครัฐและพลเมือง (Katharine Vincent et al., 2018, p. 52) และงานวิจัยของกัมปนาท วงษ์วัฒน์พงษ์ที่พบว่าความสัมพันธ์แบบเครือญาติทำให้ประชาชนร่วมแรงร่วมใจในการจัดการปัญหาภัยพิบัติร่วมกัน (กัมปนาท วงษ์วัฒน์พงษ์, , น.1725)

จากผลการวิจัยข้างต้น แม้ว่าปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือจะเป็นแนวคิดที่ดีในการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการรับมือกับโรคโควิด-19 แต่ปัจจัยดังกล่าวมีความเป็นนามธรรม ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยข้างต้นมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับ 7s Model เพื่อแปลงปัจจัยดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยมีรายละเอียดปรากฏตามภาพด้านล่างนี้



ภาพที่ 5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือและ 7s Model กับการนำไปประยุกต์ใช้

จากภาพข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือ 7 ปัจจัย มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับ 7s Model ซึ่งจากการวิเคราะห์และเชื่อมโยงปัจจัยดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการรับมือกับ โควิด-19 ได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ปัจจัย	7s Model	แนวทางการประยุกต์ใช้
1. ปัจจัยการรับรู้ปัญหา ร่วมกัน (Shared problem)	กลยุทธ์ (Strategy)	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้การเจรจาร่วมกันระหว่างภาครัฐและชุมชน เพื่อปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่การรับรู้ปัญหาาร่วมกัน - ใช้การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาร่วมกัน - ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารที่มีความถูกต้องและทันเหตุการณ์ เพื่อสร้างความตระหนักแก่ประชาชน และชี้แจงถึงความสำคัญของความร่วมมือว่าจะเป็นหนทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน ซึ่งอาจจะใช้สื่อออนไลน์สมัยใหม่เข้ามาช่วยในการสื่อสาร
2. ปัจจัยศักยภาพของ องค์การ (Organization's capability)	<ul style="list-style-type: none"> โครงสร้าง (Structure) ระบบ (Systems) บุคลากร (Staffs) ทักษะ (Skills) 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินศักยภาพขององค์การร่วมกัน เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสและภัยคุกคามของหน่วยงานภาครัฐและชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงความสามารถในการรับมือกับโรคโควิด-19 ขององค์การว่ามีความสามารถในการรับมือกับปัญหามากน้อยเพียงใด - พัฒนาและฝึกอบรมบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถและทักษะที่เพียงพอในการรับมือกับโรคโควิด-19 เช่น การฝึกอบรม อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้มีทักษะในการคัดกรอง การค้นหาแหล่งแพร่เชื้อเชิงรุก และการจัดการในภาวะวิกฤต เป็นต้น

ตารางที่ 5.2 การนำปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือไปประยุกต์ใช้

ปัจจัย	7s Model	แนวทางการประยุกต์ใช้
2. ปัจจัยศักยภาพขององค์กร (ต่อ) (Organization's capability)	โครงสร้าง (Structure) ระบบ (Systems) บุคลากร (Staffs) ทักษะ (Skills)	- ปรับปรุงโครงสร้างการบริหารงานของหน่วยงานภาครัฐให้เอื้อต่อการทำงานร่วมกับชุมชน เช่น ปรับโครงสร้างองค์กรแบบแนวราบ (Flat Organization) ให้มีการสื่อสารแบบสองทางและลดความเป็นกฎระเบียบบง (Deregulation) เพื่อให้การทำงานเกิดความยืดหยุ่นและคล่องตัว
3. ปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีมาแต่เดิม (Prior relationships)	ค่านิยมร่วม (Shared value)	- สนับสนุนกิจกรรมหรือโครงการป้องกันโรคโควิด-19 ร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและชุมชน เช่น กิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรค กิจกรรมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น ซึ่งจะทำให้หน่วยงานภาครัฐและชุมชนมีต้นทุนความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในระยะยาว
4. ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์กร (Public support)	ค่านิยมร่วม (Shared value) บุคลากร (Staffs)	- หน่วยงานส่วนกลางสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ป้องกันโรคและบุคลากรแก่ชุมชนหรือ รพ.สต. เพื่อให้ชุมชนและ รพ.สต. มีทรัพยากรที่เพียงพอในการรับมือกับโรคโควิด-19 เช่น สนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์การป้องกันโรคโควิด-19 เป็นต้น - จัดทำโครงการขยายเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ชุมชนและเอกชนในพื้นที่ เช่น การแจ้งข้อมูลและคัดกรองกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในพื้นที่ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เป็นต้น
5. ปัจจัยผู้นำชุมชน	บุคลากร (Staffs) รูปแบบ (Styles)	- จัดโครงการฝึกอบรมผู้นำชุมชนร่วมกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้ผู้นำชุมชนมีความรู้ความสามารถและทักษะที่เพียงพอในการรับมือกับโรคโควิด-19 - แก้ไขกฎหมายเพิ่มอำนาจให้ผู้นำชุมชนมีอำนาจในการบริหารจัดการโรคระบาด

ตารางที่ 5.2 การนำปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือไปประยุกต์ใช้ (ต่อ)

ปัจจัย	7s Model	แนวทางการประยุกต์ใช้
5. ปัจจัยผู้นำชุมชน (ต่อ)	บุคลากร (Staffs) รูปแบบ (Styles)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำชุมชนเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับมือกับโรคโควิด-19 เช่น การเปิดพื้นที่รับฟังความเห็น หรือให้สมาชิกชุมชนร่วมเป็นคณะกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นต้น - ให้รางวัลหรือสิ่งจูงใจเชิงบวก (Positive Incentive) แก่ผู้นำชุมชนที่มีผลงานดีเด่นเป็นที่ประจักษ์ เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้นำชุมชน
6. ความไว้วางใจ	ค่านิยมร่วม (Shared value)	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยงานภาครัฐและชุมชนมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและความรู้ระหว่างกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความไว้วางใจ - เปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดข้อตกลงป้องกันโรคโควิด-19 หรือเป็นคณะกรรมการร่วมในการตัดสินใจต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยสร้างความโปร่งใสในการทำงานและลดความขัดแย้งระหว่างชุมชนและหน่วยงานภาครัฐ
7. ความสัมพันธ์แบบเครือญาติ	ค่านิยมร่วม (Shared value)	<ul style="list-style-type: none"> - จัดกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในชุมชน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เอื้อต่อความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 - จัดกิจกรรมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาตัวหายแล้วให้สามารถกลับเข้ามาใช้ชีวิตในชุมชนตามปกติ - จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยที่รักษาตัวหายแล้วกับสมาชิกในชุมชน ซึ่งจะก่อให้เกิดความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันมากขึ้น

ตารางที่ 5.2 การนำปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือไปประยุกต์ใช้ (ต่อ)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยบางอย่างต้องใช้เวลาในการสร้างและพัฒนา ส่วนปัจจัยบางอย่างอาจใช้เวลาสร้างในช่วงเวลาที่ไม่ยาวนานมากนัก ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมของแต่ละพื้นที่

ดังนั้น เมื่อปัจจัยดังกล่าวมีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาโรคโควิด-19 หน่วยงานภาครัฐ และชุมชนจึงควรมีบทบาทในการสนับสนุนหรือกระตุ้นให้เกิดปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือในการรับมือกับโรคโควิด-19 หรือโรคอุบัติใหม่ในอนาคต โดยพิจารณานำปัจจัยดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาและบริบทในพื้นที่ ตามแนวทางที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

5.2.3 กระบวนการของความร่วมมือ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่ากระบวนการของความร่วมมืออยู่ในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 4.00 ทุกกระบวนการ แต่ข้อมูลเชิงคุณภาพมีความแตกต่างจากกรอบแนวคิดการวิจัยและแนวคิดของ Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven เนื่องจากได้พบข้อค้นพบสำคัญ (Finding) คือ มีกระบวนการเสริมแรง (Reinforcement) เพิ่มขึ้นอีกหนึ่งกระบวนการ ซึ่งเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสมาชิกในชุมชนให้ไปในลักษณะที่พึงประสงค์ โดยใช้สิ่งจูงใจเชิงบวกหรือเชิงลบในการจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการ

สำหรับเหตุผลที่ทำให้ผลการวิจัยแตกต่างจากกรอบแนวคิดการวิจัย เนื่องจากแนวคิดของ Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าความร่วมมือเกิดจากฝ่ายต่าง ๆ ที่ต้องการบรรลุประสิทธิภาพและความเป็นธรรม (Efficiency and Equity) และได้รับประโยชน์ร่วมกันทุกฝ่าย แต่แนวคิดดังกล่าวยังขาดวิธีการจูงใจหรือการเสริมแรงที่จะช่วยจูงใจให้บุคคลหรือฝ่ายต่าง ๆ ให้ความร่วมมือ กล่าวอีกนัย คือ แนวคิดของ Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven ยังขาดวิธีการจูงใจที่เป็นรูปธรรม

จากข้อค้นพบเกี่ยวกับกระบวนการเสริมแรง (Reinforcement) ทำให้แนวคิดของ Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven ได้รับการแก้ไขข้อจำกัดด้วยทฤษฎีเสริมแรง (Reinforcement Theory) ของ Burrhus Skinner ที่ใช้สิ่งจูงใจเชิงบวกหรือเชิงลบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลให้ไปในทิศทางที่พึงประสงค์ (จิราภา เต็งไตรรัตน์ และคณะ, 2552, น. 128-133) ซึ่งข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรยุทธ นาคอ้าย และคณะ ที่พบว่าการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนหนองตะโก เพื่อทำกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากเสียงตอบรับของชุมชน คำชื่นชมยินดีของสมาชิกในชุมชน (วรยุทธ นาคอ้าย และคณะ, 2563, น. 25-26)

ดังนั้น จากผลการวิจัยข้างต้น รพ.สต.และชุมชน รวมถึงหน่วยงานภาครัฐควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนกระบวนการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนและนำกระบวนการเสริมแรงมาใช้ในการจูงใจให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐในการรับมือกับโรคโควิด-19 โดยใช้สิ่งจูงใจ

เชิงบวกหรือเชิงลบเพื่อจูงใจให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมที่เอื้อต่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งจะช่วยลดข้อจำกัดของกระบวนการความร่วมมือ และทำให้จัดการปัญหาครอบคลุมทุกมิติ ทั้งมิติด้านสุขภาพร่างกาย มิติด้านจิตวิทยาและมิติด้านสังคม ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาโรคโควิด-19 อย่างยั่งยืนในระยะยาว โดยผู้วิจัยได้นำกระบวนการของความร่วมมือดังกล่าวมาวิเคราะห์เชื่อมโยงเข้ากับมิติการจัดการโรคโควิด-19 เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติได้ง่ายขึ้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

มิติการ จัดการโรค โควิด-19	กระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชน				
	การเจรจา	การสร้าง ข้อตกลง	การดำเนินการ	การประเมินผล	การเสริมแรง
มิติด้าน สุขภาพ	- สร้างความ ตระหนักต่อ ปัญหาโควิด-19 ที่มีต่อสุขภาพ	- กำหนดให้ ชุมชนปฏิบัติ ตามมาตรการ ด้านสาธารณสุข	- คัดกรอง วัด อุณหภูมิ สวม หน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง	- ปรับมาตรการ ให้สอดคล้องกับ ปัญหาและ สถานการณ์	- ผู้ฝ่าฝืนจะได้รับ การลงโทษ เช่น ให้นำไปกักตัว เป็นต้น
มิติด้าน จิตวิทยา	- พุดคุยแบบ ทางการและไม่ เป็นทางการกับ สมาชิกในชุมชน เพื่อลด ความเครียด	- ให้ผู้นำชุมชน และ อสม. รายงานปัญหา สุขภาพจิตใจ ของคนในชุมชน ให้ รพ.สต. ทราบ	- ตรวจ สุขภาพจิตใจ และภาวะ ความเครียดของ สมาชิกในชุมชน	- ให้ รพ.สต.และ รพ.ประเมิน สุขภาพจิตใจของ สมาชิกในชุมชน	- ให้กำลังใจผู้ป่วย ที่รักษาตัวหาย แล้วให้สามารถ กลับมาใช้ชีวิตใน ชุมชนได้ตามปกติ
มิติด้าน สังคม	- ปกป้องหรือ ร่วมกันก่อน กำหนดข้อตกลง ที่จะมีผลบังคับ ใช้ในชุมชน - ประชาสัมพันธ์ มาตรการ ป้องกันโรคเพื่อ สร้างความเข้าใจ ร่วมกัน	- ให้จัดเว้นการ จัดกิจกรรม รวมกลุ่ม งาน บุญหรืองาน ประเพณีต่าง ๆ - ให้แรงงานต่าง ด้าวหรือผู้ที่ กลับมาจาก ต่างจังหวัดเข้า รับการคัดกรอง	- ตรวจคัดกรอง กลุ่มเสี่ยง - ค้นหาแหล่ง แพร่เชื้อและลด ความเสี่ยง - ช่วยเหลือกลุ่ม เสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ติดบ้านติดเตียง เป็นต้น	- รพ.สต. อปท. และชุมชนร่วมกัน ประเมินผล กระทบของ มาตรการที่มีต่อ ชุมชน - ปรับมาตรการ ให้สอดคล้องกับ ปัญหา	- ให้กำลังใจคนใน ชุมชนและกล่าว ขอบคุณคนใน ชุมชนและ หน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ความร่วมมือ และช่วยเหลือ - ลดความ ช่วยเหลือสำหรับ ผู้ฝ่าฝืนข้อตกลง

ตารางที่ 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการของความร่วมมือกับมิติการบริหารจัดการโรคโควิด-19

5.2.4 รูปแบบของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า **รพ.สต.และชุมชนมีความร่วมมือแบบภาครัฐและประชาชนร่วมกันดำเนินการ** โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย = 4.56 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับมากที่สุด และข้อมูลเชิงคุณภาพได้ชี้ไปในทิศทางเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยและแนวคิดของ **Goedon P. Whitaker** (Gordon P. Whitaker, 1980, pp. 244-245) รวมถึงงานวิจัยของ อรุณี สันฐิติวิณิชย์ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการขยะของชุมชนชลประทาน จ.อุบลราชธานี พบว่าชุมชนสามารถออกแบบระบบการจัดการขยะให้สอดคล้องกับปัญหาขยะของชุมชน ส่วนเทศบาลเมืองวารินชำราบให้การสนับสนุนความรู้การจัดการขยะ รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ (อรุณี สันฐิติวิณิชย์, 2557, น. 630)

อย่างไรก็ตาม รูปแบบความร่วมมือแบบประชาชนปฏิบัติตามกฎระเบียบของภาครัฐยังมีค่าคะแนนเฉลี่ยรองลงมา = 4.43 แสดงให้เห็นว่าความร่วมมือรูปแบบนี้มีส่วนช่วยหนุนเสริมรูปแบบความร่วมมือข้างต้นให้มีประสิทธิภาพอีกด้วย **ดังนั้น ภาครัฐจึงควรส่งเสริมรูปแบบความร่วมมือแบบผสมผสาน เพื่อให้การรับมือกับโรคโควิด-19 มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และปัญหา**

5.2.5 การนำตัวแบบความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปงและชุมชนบ้านปง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 ไปประยุกต์ใช้กับการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในอนาคต

จากการศึกษาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระยะที่ 1-3 พบว่ามีลักษณะแตกต่าง ดังนี้



ประเด็น	การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1-3		
	ระยะที่ 1 (13 ม.ค.-18 ธ.ค. 63)	ระยะที่ 2 (19 ธ.ค. 63-24 มี.ค. 64)	ระยะที่ 3 (25 มี.ค. 64- ปัจจุบัน)
1. ความรุนแรงของการแพร่ระบาด	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตอยู่ในอัตราต่ำ - การระบาดในชุมชนมีจำกัด - คนที่ติดโรคมมาจากประเทศจีน 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ติดเชื้อมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่ผู้เสียชีวิตยังอยู่ในอัตราต่ำ - มีการระบาดในชุมชนเป็นวงแคบอย่างต่อเนื่อง - มีการระบาดจากคนสู่คนสามารถตรวจสอบได้ว่าใครติดจากใครได้อย่างชัดเจน 	<ul style="list-style-type: none"> - การแพร่ระบาดเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีอัตราผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น - มีการระบาดในชุมชนอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง - ตรวจสอบว่าใครติดเชื้อจากใครได้ยากเนื่องจากมีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก
2. งบประมาณบุคลากรและอุปกรณ์ในการป้องกันโรค	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดแคลน งบประมาณ บุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์ในการป้องกันโรค (หายากและมีราคาแพง) 	<ul style="list-style-type: none"> - อุปกรณ์ในการป้องกันโรคมีจำนวนมากขึ้น - บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อจากผู้ป่วยไม่มาก 	<ul style="list-style-type: none"> - อุปกรณ์ในการป้องกันโรค มีจำนวนมากขึ้น - บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อจากผู้ป่วยมากขึ้น
3. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคของประชาชน	<ul style="list-style-type: none"> - ประชาชนยังมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคระบาดจำกัด เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคระบาดมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคระบาดมากขึ้น

ตารางที่ 5.4 ความแตกต่างของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1-3

ประเด็น	การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1-3		
	ระยะที่ 1 (13 ม.ค.-18 ธ.ค. 63)	ระยะที่ 2 (19 ธ.ค. 63-24 มี.ค. 64)	ระยะที่ 3 (25 มี.ค. 64-ปัจจุบัน)
4. การบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นการป้องกันการแพร่ระบาด - วินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว - รักษาอย่างเหมาะสมและหาผู้ป่วยเพิ่มเติม - ดูแลผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - ลดการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้มีผู้ป่วยใหม่เพิ่ม - ลดอัตราการตาย ป้องกันไม่นำผู้ป่วยใหม่เข้าประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> - ลดการเพิ่มผู้ป่วยใหม่ที่อาจพบเป็นกลุ่ม โดยควบคุมการระบาดในวงกว้าง - ค้นหาแหล่งแพร่เชื้อ - พัฒนายารักษาโรคและวัคซีน

ที่มา : <https://www.skho.moph.go.th/eoc/?p=1099> (ความรุนแรงของการแพร่ระบาดและการบริหารจัดการ)
 ตารางที่ 5.4 ความแตกต่างของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1-3 (ต่อ)

อย่างไรก็ตาม ปัญหาการรับมือกับโรคระบาดดังกล่าวที่พบตั้งแต่การแพร่ระบาดในระยะที่ 1-ปัจจุบัน และส่งผลกระทบต่อ การรับมือกับโรคโควิด-19 คือ

(1) **ปัญหาการปกปิดโซเชียลมีเดียและข้อเท็จจริง** ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ใกล้ชิดมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ ซึ่งสาเหตุของการปกปิดข้อมูลอาจเกิดจากความวิตกกังวลว่าจะต้องถูกกักตัวเป็นเวลา 14 วัน หรือเกรงว่าจะถูกดำเนินคดีจากการไปทำกิจกรรมที่ผิดกฎหมาย เป็นต้น

(2) **ปัญหาการแพร่ระบาดของโรครามีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น** เนื่องจากเชื้อโควิด-19 ได้มีการพัฒนาหลากหลายสายพันธุ์มากขึ้น โดยเฉพาะการแพร่ระบาดในระยะที่ 3 จะเห็นได้ว่าการแพร่ระบาดมีการขยายวงกว้างและเข้าสู่ชุมชนต่าง ๆ มากขึ้น ผู้ที่ติดเชื้อจะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตในระยะเวลายาว ทำให้การรับมือเป็นไปอย่างยากลำบากมากขึ้น

(3) **ปัญหาความวิตกกังวลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน** พบว่าประชาชนกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนที่อาจนำไปสู่อาการรุนแรงหรือเสียชีวิต รวมถึงปัญหาระบบการบริหารจัดการที่ขาดความพร้อมของหน่วยงานส่วนกลาง เช่น จำนวนวัคซีนไม่เพียงพอและกระจายวัคซีนไม่ทันตามกำหนด (ไทยโพสต์, 2564, ออนไลน์) ทำให้การเข้ารับการฉีดวัคซีนมีน้อยกว่าที่ภาครัฐกำหนด หากปัญหานี้ยังคงเกิดขึ้นจะทำให้การรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ไม่มีประสิทธิภาพ

ดังนั้น เมื่อพิจารณาสถานการณ์และปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปัจจุบันและในอนาคต ควรปรับเปลี่ยนกระบวนการความร่วมมือดังกล่าวให้สอดคล้องกับปัญหา ดังนี้

ปัญหา	กระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชน				
	การเจรจา	การสร้างข้อตกลง	การดำเนินการ	การประเมินผล	การเสริมแรง
1. การปกปิด ไหม้ไลน์	-ประชาสัมพันธ์ ให้ผู้ที่เดินทาง กลับมาจาก ต่างจังหวัดหรือ ต่างประเทศต้อง เข้ารับการคัด กรองหรือกักตัว	- ให้ผู้นำชุมชน อสม. หรือเจ้า บ้านแจ้งข้อมูล คนเดินทาง กลับมาใน ชุมชนให้ รพ.สต. ทราบ ก่อนล่วงหน้า อย่างน้อย 2-3 วัน	- คัดกรองและ กักตัวบุคคลที่ เดินทางมาจาก ต่างจังหวัดหรือ ต่างประเทศ พร้อมสังเกต อาการ	- ประเมิน อาการผู้ที่กัก ตัวหรือกลุ่ม เสี่ยง - ผู้ที่กักตัวแจ้ง ผลการกักตัว ให้ รพ.สต. ทราบเป็น ระยะ	- ผู้ฝ่าฝืนจะได้รับ การลงโทษให้ กักตัวหรือกักตัวทั้ง ครอบครัว - ผู้นำชุมชนกล่าว ขอบคุณผู้ที่ให้ความ ร่วมมือในการคัด กรองและกักตัว
2. การแพร่ ระบาดมี แนวโน้ม รุนแรงขึ้น	-ประชาสัมพันธ์ มาตรการ สาธารณสุข อย่างต่อเนื่องทุก เช้า-เย็น ผ่านสื่อ ต่าง ๆ - รพ.สต. ลง พื้นที่สร้างความ เข้าใจใน มาตรการด้าน สาธารณสุขแก่ คนในชุมชน	- ให้ รพ.สต. รพ. อปท.และ ผู้นำชุมชนทำ ข้อตกลงระดับ หมู่บ้าน/ชุมชน ในการรับมือ กับโรคโควิด- 19 - ดึงกิจกรรม ในลักษณะของ การรวมกลุ่ม	- รพ.สต. ร่วมกับ อสม. ค้นหาแหล่งแพร่ เชื้อ เชิงรุก - คัดกรองกลุ่ม เสี่ยง เช่น แรงงานต่างด้าว ที่เข้ามาในพื้นที่ - ปฏิบัติตาม มาตรการ สาธารณสุข	- รพ.สต. และ ชุมชนร่วมกัน ประเมินกลุ่ม เสี่ยงในชุมชน - ผู้นำชุมชน และ อสม. แจ้งข้อมูล สถานการณ์ โรคโควิด-19 ให้ รพ.สต. ทราบเป็น ระยะ	- รพ.สต. และผู้นำ ชุมชนขอบคุณผู้ที่ ให้ความร่วมมือใน การกักตัวและ ปฏิบัติตาม มาตรการด้าน สาธารณสุข - ผู้ฝ่าฝืนต้องได้รับ การกักตัวหรือ ลงโทษ

ตารางที่ 5.5 การประยุกต์ใช้กระบวนการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการรับมือกับ
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในอนาคต

ปัญหา	กระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชน				
	การเจรจา	การสร้างข้อตกลง	การดำเนินการ	การประเมินผล	การเสริมแรง
3. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน	- ประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้ที่ถูกต้อง ผ่านสื่อต่าง ๆ - รพ.สต. ร่วมกับผู้นำชุมชนและ อสม. ลงพื้นที่พูดคุยสร้างความเข้าใจให้กับคนในชุมชน - สร้างความไว้วางใจระหว่างภาครัฐและชุมชน	- ให้ รพ.สต รพ. ผู้นำชุมชน และ อสม. กำหนดแผนงาน เป้าหมายในการฉีดวัคซีนในพื้นที่ร่วมกัน - ให้มีการอำนวยความสะดวกใน การลงทะเบียนฉีดวัคซีนแก่ประชาชนในพื้นที่	- รพ.สต. และ รพ. ให้คำแนะนำแก่ผู้ที่มีความกังวล - รับลงทะเบียนฉีดวัคซีนแก่ประชาชนในพื้นที่ เช่น ลงทะเบียนผ่าน แอปพลิเคชัน - จัดระบบให้ความช่วยเหลือ อุดหนุนเมื่อเกิดอาการผิดปกติ - สํารวจกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงฯ	- รพ. สังเกตและประเมินอาการของผู้ที่ฉีดวัคซีนแล้ว - มีระบบแจ้งอาการผิดปกติหลังฉีดวัคซีนให้ รพ. ในพื้นที่ทราบ เพื่อให้ ความช่วยเหลือในทันที	- ให้สิ่งเสริมแรงเชิงบวก เพื่อจูงใจให้บุคคลเข้ารับการฉีดวัคซีน เช่น การให้ คุปองส่วนลด ค่าอาหาร การลดค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า หรือการจ่ายเงินเป็นค่ารักษาเมื่อเกิดอาการรุนแรง หรือค่าชดเชยเยียวยาเมื่อเสียชีวิต เป็นต้น

ตารางที่ 5.5 การประยุกต์ใช้กระบวนการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในอนาคต (ต่อ)

ดังนั้น การนำกระบวนการความร่วมมือที่ได้จากการวิจัยไปประยุกต์ใช้ ควรเริ่มต้นจากการเจรจาเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน และสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและชุมชน แล้วนำข้อตกลงไปปฏิบัติและประเมินผลร่วมกัน และขั้นตอนสุดท้าย คือ การเสริมแรงเชิงบวกหรือเชิงลบตามแนวคิดของ Burrhus Skinner เพื่อจูงใจให้คนในชุมชนเกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ซึ่งจะทำให้ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับวิธีการจัดการปัญหาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในอนาคต

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานส่วนกลางควรส่งเสริมให้เกิดกระบวนการความร่วมมือระหว่างชุมชนกับ รพ.สต. โดยส่งเสริมให้มีการจัดทำข้อตกลงหรือมาตรการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระดับชุมชน/หมู่บ้าน ในลักษณะของมาตรการแบบผสมผสานระหว่าง **มาตรการด้านสาธารณสุขและมาตรการทางสังคม** เช่น การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การงดจัดกิจกรรมการรวมกลุ่มในพื้นที่ การงดการจัดงานบุญงานประเพณี งดการจัดงานเลี้ยงสังสรรค์ การจัดตั้งกองทุนส่งเสริมการผลิตหน้ากากผ้าอนามัย เจลล้างมือ เป็นต้น ซึ่งมาตรการดังกล่าวจะช่วยหนุนเสริมมาตรการของภาครัฐให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ หน่วยงานส่วนกลางควรมีการประชาสัมพันธ์และขยายผลความสำเร็จของกรณีตัวอย่างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผ่านช่องทางต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และขยายผลความสำเร็จไปยังพื้นที่ต่าง ๆ

2) **ควรส่งเสริมให้ชุมชนร่วมมือกับ รพ.สต. โดยใช้กระบวนการเสริมแรงในการจูงใจชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ร่วมกับภาครัฐ** ซึ่งจากการศึกษาจะเห็นได้ว่ากระบวนการของความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปงและชุมชนบ้านปง 3 ทำให้เกิดนวัตกรรมทางสังคม คือ เกิดกระบวนการเสริมแรง เช่น การช่วยให้ผู้ป่วยที่รักษาตัวหายแล้วสามารถกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ การสร้างขวัญกำลังใจให้กับคนในชุมชนให้มีกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหาร่วมกัน การกล่าวขอบคุณสมาชิกในชุมชนที่ให้ความร่วมมือในการกักตัวและเข้ารับการคัดกรอง เป็นต้น ซึ่งความร่วมมือลักษณะนี้นอกจากจะช่วยให้การรับมือกับโรคโควิด-19 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ยังช่วยให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและสามารถรับมือกับโรคระบาดได้ในระยะยาวอีกด้วย กระบวนการเสริมแรงจึงเป็นกระบวนการที่ช่วยหนุนเสริมให้มาตรการอื่น ๆ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

3) **ปัญหาหลักเกณฑ์ในการรับมือกับโรคระบาดในระดับพื้นที่** หน่วยงานส่วนกลางควรกำหนดแนวทางในการป้องกันโรคระบาดและการคัดกรองโรคที่ชัดเจน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงประชาชนทั่วไปได้ทราบและเข้าใจแนวทางการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการรับฟังความเห็นจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในพื้นที่ เพื่อนำไปประกอบการกำหนดนโยบายและมาตรการรับมือกับโรคโควิด-19 ที่สอดคล้องกับสถานการณ์และปัญหา ซึ่งจะช่วยให้หลักเกณฑ์ในการรับมือกับโรคโควิด-19 มีความชัดเจนและสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงควรกำหนดให้บุคคลดังกล่าวเข้ารับการคัดกรองเบื้องต้นที่ รพ.สต.หรือโรงพยาบาล หรือแจ้งให้ผู้นำชุมชนหรือ อสม. ทราบ เพื่อที่ รพ.สต. จะได้จัดชุดเจ้าหน้าที่เข้าไปคัดกรองความเสี่ยง หรืออาจกำหนดให้บุคคลที่มาจากพื้นที่เสี่ยงต้องกักตัวเป็นเวลา 14 วัน เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ เป็นต้น

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องควรปรับหลักเกณฑ์หรือมาตรการในการรับมือกับโรคโควิด-19 ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในอนาคตที่มีแนวโน้มความรุนแรงมากขึ้น เช่น การให้ความช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงทั้งผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น ให้ได้รับการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขเป็นอันดับแรก หรือการค้นหาแหล่งแพร่เชื้อเชิงรุก เพื่อควบคุมและลดการแพร่เชื้อ และควรมีการประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนให้กับสมาชิกในชุมชน เพื่อลดความกังวลของประชาชน รวมถึงการปรับหลักเกณฑ์ในการฉีดวัคซีนให้กับกลุ่มคนต่าง ๆ ตามลำดับความสำคัญ เป็นต้น

4) ปัญหาขาดแคลนบุคลากร งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรค

หน่วยงานส่วนกลาง เช่น กระทรวงสาธารณสุขควรให้การสนับสนุนทรัพยากรดังกล่าวแก่ รพ.สต. ให้เพียงพอ เนื่องจากเป็นทรัพยากรที่มีความจำเป็นในการปฏิบัติงานและป้องกันโรค โดยอาจจัดสรรงบประมาณหรือโอนงบประมาณสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคระบาดไปยัง รพ.สต. ทุกแห่ง ในลักษณะของงบฉุกเฉินที่สามารถเบิกจ่ายได้ทันทีเมื่อเกิดโรคระบาด โดยอาจทำในลักษณะเช่นเดียวกับการโอนงบกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถเบิกจ่ายเมื่อมีเหตุจำเป็นหรือป้องกันโรคระบาด ภายใต้ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47

อย่างไรก็ตาม หากหน่วยงานส่วนกลางไม่สามารถจัดสรรงบประมาณสำหรับจัดซื้ออุปกรณ์ในการป้องกันโรคให้กับ รพ.สต.หรือชุมชนได้อย่างเพียงพอ หน่วยงานส่วนกลางควรสนับสนุนงบประมาณให้ รพ.สต. หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถใช้จ่ายงบประมาณสำหรับจัดทำโครงการฝึกอบรมทำหน้ากากผ้าอนามัยและเจลล้างมือให้กับสมาชิกในชุมชน ซึ่งนอกจากจะช่วยลดปัญหาขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันโรคได้ส่วนหนึ่งแล้ว ยังเป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและชุมชนอีกทางหนึ่ง

5) ปัญหาผู้นำชุมชนขาดอำนาจตามกฎหมายในการป้องกันโรคระบาด

เนื่องจากตามพรบ.เทศบาล พ.ศ. 2496 มาตรา 4 และมาตรา 12 กำหนดให้พื้นที่ที่ยกฐานะเป็นเทศบาลเมืองหรือเทศบาลนครมีให้มีกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ให้มีได้เฉพาะผู้นำชุมชน ทำให้ผู้นำชุมชนไม่มีอำนาจตามกฎหมายในการป้องกันโรคระบาด ซึ่งในบางสถานการณ์ผู้นำชุมชนจำเป็นต้องใช้อำนาจตามกฎหมายในการสั่งการเพื่อให้การแก้ไขปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น กระทรวงมหาดไทยควรพิจารณาแก้ไขกฎหมายให้ผู้นำชุมชนมีอำนาจในการป้องกันโรคระบาดได้เช่นเดียวกับผู้ใหญ่บ้าน

5.3.2 ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ

1) การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ให้แก่ประชาชนในพื้นที่ โดย รพ.สต. ร่วมกับ อปท. ผู้นำชุมชนและอสม. ประชาสัมพันธ์มาตรการป้องกันโรคโควิด-19 หรือข้อตกลงของชุมชนผ่านสื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยอาจจำแนกการประชาสัมพันธ์ตามกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุต่างกัน เช่น ถ้าเป็นกลุ่มวัยกลางคนหรือผู้สูงอายุควรประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวของชุมชน เสียงตามสายหรือให้อสม. ผู้นำชุมชนพูดคุยสร้างความเข้าใจแบบเคาะประตูบ้าน แต่หากเป็นกลุ่มวัยแรงงานหรือกลุ่มวัยรุ่นควรใช้สื่อออนไลน์ประชาสัมพันธ์ เป็นต้น ซึ่งการประชาสัมพันธ์ควรเน้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลแบบสองทางและต้องเป็นข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน สามารถสร้างความเชื่อถือและความไว้วางใจจากประชาชนได้ เช่น ประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกในชุมชนทราบว่าในกรณีที่มีผู้ติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาหรือไม่ และปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการรักษาในขั้นตอนนี้แล้วบ้าง ซึ่งวิธีการประชาสัมพันธ์เหล่านี้ นอกจากจะช่วยสร้างความเข้าใจให้กับสมาชิกในชุมชนแล้ว ยังช่วยลดความตื่นตระหนกของคนในชุมชนอีกทางหนึ่ง และป้องกันมิให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอันเป็นเท็จ

จากการศึกษาผู้วิจัยพบว่า รพ.สต. ยังใช้วิธีการให้ผู้ที่กักตัวหรือกลุ่มเสี่ยงสามารถรายงานอาการของตนเองในแต่ละวันผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) เช่น ให้ผู้ที่กักตัวส่งรายงานข้อมูลเกี่ยวกับอุณหภูมิร่างกาย อาการไอ จาม ปวดศีรษะ ให้เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ทราบ ทำให้ผู้ที่กักตัวได้รับความสะดวกไม่ต้องเดินทางไปตรวจร่างกายที่ รพ.สต. และลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้ออีกด้วย

นอกจากนี้ ยังมีการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัดหรือพื้นที่เสี่ยงให้ รพ.สต. ทราบก่อนล่วงหน้า ซึ่งช่วยให้ รพ.สต. สามารถประเมินความพร้อมของสถานที่ในการกักตัวและจัดเตรียมอุปกรณ์ในการตรวจร่างกายได้ทัน และยังทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันระหว่าง รพ.สต. และชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การสร้าง ความไว้วางใจและความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชนอีกทางหนึ่ง

2) ควรส่งเสริมให้ รพ.สต. สร้างความร่วมมือกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ เช่น การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ โดย รพ.สต. ร่วมกับผู้นำชุมชน อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลแรงงานต่างด้าวหรือกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ เพื่อที่จะป้องกันการแพร่เชื้อ โดยขอความร่วมมือผู้นำชุมชน อสม. ผู้ประกอบการ นายจ้างและเจ้าบ้านแจ้งข้อมูลแรงงานต่างด้าวหรือสมาชิกในครัวเรือนที่เพิ่งกลับมาจากต่างจังหวัดให้เข้ารับการคัดกรองและตรวจอาการเบื้องต้นเพื่อประเมินความเสี่ยง หรือร่วมกันค้นหาแหล่งแพร่เชื้อในชุมชนเพื่อลดแหล่งแพร่เชื้อโรค เป็นต้น โดย รพ.สต. และชุมชนอาจนำหลักการเสริมแรงมาประยุกต์ใช้ เช่น ผู้ที่ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุขต้องให้กักตัวทั้งครัวเรือนหรืองดให้ความช่วยเหลือ

ความร่วมมือในลักษณะนี้จะทำให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการในลักษณะของทีมสหเวช นอกจากนี้ ยังช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และได้ทดลองปฏิบัติฝึกซ้อมจริงก่อนที่จะเกิดปัญหา ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของผู้ติดเชื้อและเสียชีวิต

3) การพัฒนาศักยภาพของ รพ.สต.และชุมชน ให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการรับมือกับโรคระบาด เช่น การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการระหว่าง รพ.สต. และชุมชนในการเฝ้าระวังและค้นหาแหล่งแพร่เชื้อเชิงรุก ซึ่งจะช่วยให้มาตรการรับมือกับโรคโควิด-19 มีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังเป็นการลดข้อจำกัดด้านทรัพยากรงบประมาณและกำลังคนของ รพ.สต. อีกทางหนึ่ง

ประเด็นหนึ่งที่ผู้วิจัยเห็นว่าหน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานภาครัฐในระดับพื้นที่ควรส่งเสริม คือ การพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะของ อสม. ให้มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการรับมือกับโรคโควิด-19 เช่น การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคให้กับสมาชิกในชุมชน ทักษะการคัดกรองและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่กลุ่มเสี่ยงทั้งผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง คนพิการ หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับการค้นหาพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค เป็นต้น เนื่องจาก อสม. เป็นคนในชุมชนทำให้ทราบปัญหาของคนในชุมชนเป็นอย่างดี เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อสม. สามารถลงพื้นที่เพื่อสร้างความเข้าใจแก่คนในชุมชนในลักษณะของการเคาะประตูบ้าน ซึ่งการพัฒนา อสม. นอกจากจะช่วยให้การรับมือกับโรคโควิด-19 มีประสิทธิภาพมากขึ้นแล้ว อสม. ยังช่วยเป็นคนกลางในการประสานงานและสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่กับชุมชนอีกด้วย

นอกจากนี้ ในอนาคตหน่วยงานส่วนกลางควรสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของ รพ.สต. ให้มีความสามารถในการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ได้เช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) เช่น การพัฒนาชุดตรวจโรคโควิด-19 และจัดสรรชุดตรวจดังกล่าวให้กับ รพ.สต. เป็นต้น การสนับสนุนดังกล่าวจะช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยหรือประชาชนที่ต้องเดินทางไปเข้ารับการตรวจ ณ สถานพยาบาลในตัวเมือง และยังเป็น การอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปตรวจโรคในโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกล

5.3.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

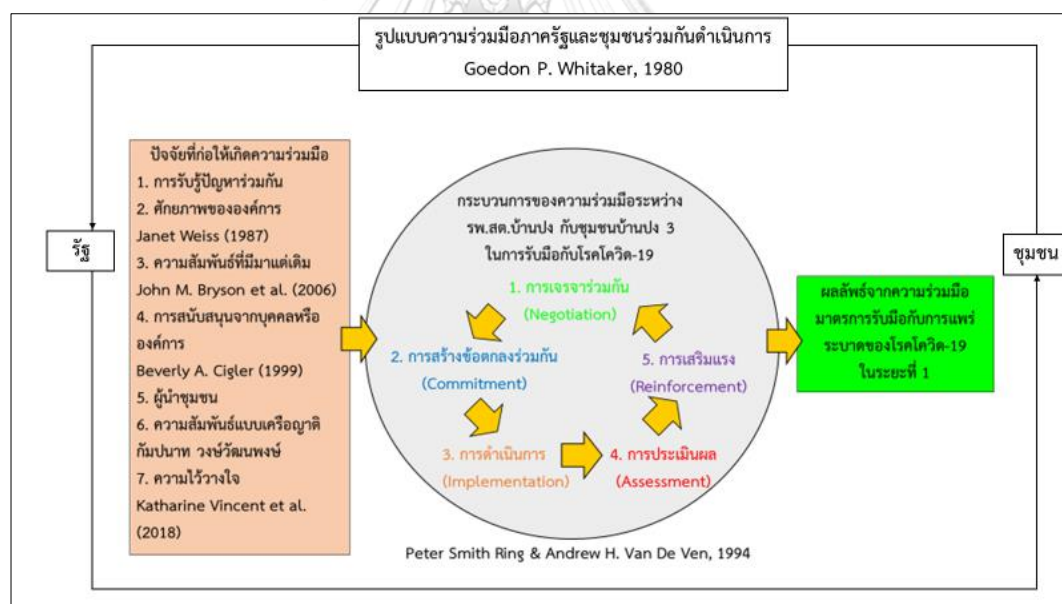
1) ควรศึกษาเปรียบเทียบว่าตัวแบบความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในอนาคต ได้หรือไม่ เนื่องจากตัวแบบความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาในช่วงของการแพร่ระบาดในระยะที่ 1 (1 มีนาคม – 30 เมษายน พ.ศ. 2563) ซึ่งสถานการณ์และสภาพปัญหา มีความแตกต่างจากการแพร่ระบาดในระยะที่ 2-3 ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

ดังนั้น หากมีการศึกษาเปรียบเทียบในประเด็นดังกล่าวจะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งใน ด้านวิชาการและในทางปฏิบัติ กล่าวคือ ตัวแบบที่ได้จากการวิจัยจะได้รับการศึกษาและพัฒนาต่อยอด ให้สอดคล้องกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในอนาคตมากยิ่งขึ้น

2) **ควรมีการศึกษาความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในเขตเมือง** เพื่อเปรียบเทียบ ว่าผลการศึกษาที่ได้มีความแตกต่างจากชุมชนบ้านปง 3 ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบท หรือไม่ อย่างไร เนื่องจาก พื้นที่เมืองลักษณะบริบททางสังคมและรูปแบบการดำเนินชีวิตของประชากรมีความแตกต่างจากพื้นที่ ชนบท เช่น ประชากรใช้ชีวิตแบบต่างคนต่างอยู่และมีครอบครัวเดี่ยว ทำให้การประชุมปรึกษาหารือ ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐทำได้ยาก เป็นต้น

ดังนั้น การศึกษาความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในเขตเมืองจะช่วยให้ได้ ผลการวิจัยและตัวแบบความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรค โควิด-19 ที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่อยู่ในเขตพื้นที่เมืองมากยิ่งขึ้น

5.4 บทส่งท้าย



ภาพที่ 5.2 ตัวแบบความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปงและชุมชนบ้านปง 3

ผลการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า ก่อนที่จะเกิดกระบวนการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน มีปัจจัยหรือเงื่อนไขที่นำไปสู่ความร่วมมือ 7 ปัจจัย โดยเริ่มจากปัจจัยการรับรู้ปัญหาพร้อมกันว่าปัญหา โควิด-19 เป็นปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของชุมชน แต่เมื่อได้ประเมินปัจจัย ศักยภาพของทั้ง รพ.สต.และชุมชนแล้วพบว่า ปัญหาดังกล่าวเกินขีดความสามารถที่จะรับมือได้ตาม

ลำพังจึงมีความจำเป็นต้องร่วมมือกัน โดยมี**ปัจจัยผู้นำชุมชน**ทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ รวมถึง**ปัจจัยการสนับสนุนจากบุคคลหรือองค์กรทั้งภายในและภายนอกชุมชน** บนพื้นฐานของ**ปัจจัยความสัมพันธ์อันดีระหว่าง รพ.สต.และชุมชน**ที่มีมาแต่เดิม ปัจจัยทั้ง 5 ประการ สอดคล้องกับแนวคิดของกัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์, Janet Weiss, Beverly A. Cigler และ John M. Bryson et al. แต่ข้อค้นพบจากการวิจัยยังพบว่ามีอีก 2 ปัจจัยที่นำไปสู่ความร่วมมือ คือ **ปัจจัยความไว้วางใจและปัจจัยความสัมพันธ์แบบเครือญาติ**ที่เกิดจากสภาพแวดล้อมของชุมชนยังเป็นพื้นที่ชนบทสมาชิกในชุมชนมีความสัมพันธ์คุ้นเคยกัน ทำให้เอื้อต่อความร่วมมือ ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของ กัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์ และ Katharine Vincent et al.

เมื่อได้เกิดปัจจัยดังกล่าวแล้ว รพ.สต.และชุมชนจึงเกิดความร่วมมือในลักษณะของกระบวนการตามแนวคิดของ Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven ซึ่งเริ่มจาก**กระบวนการเจรจา**สร้างความเข้าใจในปัญหาที่ต้องสร้างสมดุลระหว่างปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาปากท้องของคนในชุมชน เมื่อทั้งสองฝ่ายเกิดความเข้าใจที่ตรงกันแล้ว จึงเกิด**กระบวนการสร้างข้อตกลงร่วมกัน**ที่ได้รับการยอมรับทั้งสองฝ่าย และ**กระบวนการนำข้อตกลงเกี่ยวกับการรับมือกับโรคโควิด-19 ไปปฏิบัติ**ให้เป็นรูปธรรม พร้อมทั้งมี**กระบวนการประเมินผล**ทั้งมิติด้านสุขภาพ จิตวิทยาและสังคมร่วมกัน แต่ข้อค้นพบจากการวิจัยมีลักษณะที่แตกต่างจากแนวคิดของ Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven เนื่องจากมี**กระบวนการเสริมแรง**เพิ่มขึ้นมาอีกกระบวนการหนึ่ง ซึ่งเป็นการจูงใจให้สมาชิกในชุมชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทิศทางที่ต้องการ โดยใช้การเสริมแรงเชิงบวกหรือเชิงลบ โดยกระบวนการนี้สอดคล้องกับทฤษฎีเสริมแรงของ Burrhus Skinner ซึ่งช่วยให้แนวคิดของ Peter Smith Ring & Andrew H. Van De Ven มีความสมบูรณ์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้มากขึ้น

ดังนั้น จากปัจจัยและกระบวนการความร่วมมือข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และชุมชนมีความโดดเด่นในลักษณะของ**ภาครัฐและชุมชนร่วมกันคิด ร่วมกันทำและร่วมกันรับผิดชอบผลลัพธ์** ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Goedon P. Whitaker ที่กล่าวว่าความร่วมมือแบบนี้จะมีประสิทธิผลมากกว่าระบบการบริการทั่วไป (Jeffrey L. Brudney & Robert E. England, 1983, pp. 61-62) รูปแบบความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนที่ได้จากการศึกษานี้ จึงเป็นอีกทางออกหนึ่งสำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปัจจุบันที่ยังไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะสิ้นสุดลงเมื่อใด และการจัดการโดยอาศัยรัฐบาลและหน่วยงานส่วนกลางในลักษณะสั่งการแบบบนลงล่าง (Top-Down management) อาจไม่เพียงพอและไม่ใช่ว่าคำตอบต่อการจัดการวิกฤตนี้

บรรณานุกรม

- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. (2559). การลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย (พิมพ์ครั้งที่ 3). บริษัท
เวิร์ค พรีนติ้ง จำกัด.
- กัมปนาท วงษ์วัฒน์พงษ์. การจัดการภัยพิบัติโดยมีชุมชนเป็นฐาน.
<https://conference.kku.ac.th/colaimg/files/articles/52bdd-p-3-.pdf>
- กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์. (2560). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกัน
และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม 24(2).
<http://odpc7.ddc.moph.go.th/journal/files/07%E0%B8%81%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%95%E0%B8%B4.pdf>
- คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). ความรู้พื้นฐาน CO-VID ตอนที่
1 โรคโควิด-19 การติดเชื้อการป่วย การดูแลรักษา การป้องกันการแพร่เชื้อและการติดเชื้อ
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. Retrieved
10 กุมภาพันธ์ 2564 from
<https://phoubon.in.th/covid19/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%A3%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%87%20COVID%20%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%B2.pdf>
- จิราภา เต็งไตรรัตน์ และคณะ. (2552). จิตวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 9). ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดา.
ไทยโพสต์. (2564). วัคซีนไม่พอ 'วอล์กอิน' ติดกัก รัฐเจอปัญหาทำปชช.สับสน. Retrieved
5 มิถุนายน 2564 from <https://www.thaipost.net/main/detail/103492>
- ปกรณ์ ศิริประกอบ. (2560). 3 พาราไดม์ทางรัฐประศาสนศาสตร์ แนวคิด ทฤษฎี และการนำไป
ปฏิบัติจริง (พิมพ์ครั้งที่ 4). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยากร หวังมหาพร. (2560). รัฐประศาสนศาสตร์ไทย การจัดการภาครัฐแบบประชารัฐ. สำนักพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทราวดี มากมี. (2559). การออกแบบการวิจัยสำหรับการวิจัยแบบผสมวิธี. วารสารสมาคมนักวิจัย,
21(2), 19-31.
http://www.ar.or.th/ImageData/Magazine/10042/DL_10250.pdf?t=637573918233450670

- ภาวิดา รังสี. (2550). **ความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ เอกชนและชุมชนในการจัดกิจกรรมการ
ท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ กรณีศึกษาบ้านแม่กำปอง กิ่งอำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่**
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. จ.เชียงใหม่. <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/31890>
- วรยุทธ นาคอ้าย และคณะ. (2563). **กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด19 กรณีศึกษา
ผู้สูงอายุพหุภูมิหลังชุมชนหนองตะโก *Humanity and social sciences Thonburi*
University 14, 20-30. [https://so03.tci-
thaijo.org/index.php/trujournal/article/download/242394/166507/](https://so03.tci-thaijo.org/index.php/trujournal/article/download/242394/166507/)**
- วันชัย มีชาติ. (2559). **การบริหารองค์การ** (พิมพ์ครั้งที่ 8). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สนธยา พลศรี. (2545). **ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน** (พิมพ์ครั้งที่ 2). โอ.เอส. พรินติ้ง เฮ้าส์.
- สอยฤทัย เกลี้ยงนิล. (2563). **รัฐ-ชุมชนกับการจัดการภัยพิบัติโรคไวรัสโควิด-19 พื้นที่ถนนข้าวสาร
เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร.**
http://www3.ru.ac.th/mpaabstract/files/2562_1597741815_6114832006.pdf
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2558). **รพ.สต.ทางเลือกหรือทางหลัก ของระบบ
สุขภาพไทย.** สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. Retrieved 10 มิถุนายน 2564
from https://www.hiso.or.th/hiso5/healthy/news.php?names=01&news_id=7848
- สุทัศน์ โชตนะพันธ์. (2559). **การป้องกันภาวะวิกฤติโรคระบาด.** วารสารสถาบันบำราศนราดูร ปีที่ 10
ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม 2559) <http://bamras.ddc.moph.go.th/userfiles/icn.pdf>
- อภิรักษ์ ทองอินทร์และพิพัฒน์ ไทยอารี. (2558). **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและ
ควบคุมไข้เลือดออก เทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต 2564**
(10 กุมภาพันธ์ 2564).
<https://grad.dpu.ac.th/upload/content/files/%E0%B8%9B%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%204%20%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%203%20%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%99%20%E0%B9%80%E0%B8%A1%E0%B8%A9%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%99%20-%20%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%81%E0%B8%8E%E0%B8%B2%E0%B8%84%E0%B8%A1%202559/vol4-3-62.pdf>
- อรุณี สันฐิตวิมลชัย. (2557). **การร่วมกันจัดบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่นของพลเมือง : กรณีศึกษา
การจัดการขยะของชุมชนชลประทาน จังหวัดอุบลราชธานี.** วารสารวิจัยวิชาการ *Veridien*
E-Journal 625-634. [https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-
Journal/article/view/16269/23229](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/16269/23229)

Ann Marie Thomson, & James L. Perry. (2006). **Collaboration Processes: Inside the Black Box.** *Public Administration Review*, 66, 20-32.

<https://www.jstor.org/stable/4096567>

David Boyle, & Michael Harris. (2009). **The Challenge of Co-production.** 1-25.

https://neweconomics.org/uploads/files/312ac8ce93a00d5973_3im6i6t0e.pdf

Frans K.M. van Nispen. (2011). **Policy Instruments.** *New England Journal of Medicine*

1928-1933. https://www.researchgate.net/publication/254762042_Policy_Instruments

Gordon P. Whitaker. (1980). **Citizen Participation in Service Delivery.** *Public*

Administration Review, 40, 240-246. <https://www.jstor.org/stable/975377>

Janet A. Weiss. (1987). **Pathways to Cooperation among Public Agencies.** *Policy*

Analysis and Management, 7, 94-117. <http://www.jstor.com/stable/3323353>

Jeffrey L. Brudney, & Robert E. England. (1983). **Toward a Definition of the**

Coproduction Concept. *Public Administration Review*, 43, 59-65.

<https://www.jstor.org/stable/975300>

John M. Bryson, Barbara C. Crosby, & Melissa Middleton Stone. (2006). **The Design and**

Implementation of Cross-Sector Collaborations: Propositions from the

Literature. *Public Administration Review* (Special Issue), 44-55.

Katharine Vincent, Meaghan Daly, Claire Scannell, & Bill Leathes. (2018). **What can**

climate services learn from theory and practice of co-production? *climate*

services, 12, 48-58.

[https://www.researchgate.net/publication/329422149_What_can_climate_servic](https://www.researchgate.net/publication/329422149_What_can_climate_services_learn_from_theory_and_practice_of_co-production)

[es_learn_from_theory_and_practice_of_co-production](https://www.researchgate.net/publication/329422149_What_can_climate_services_learn_from_theory_and_practice_of_co-production)

María Helena Franco Vargas, & Daniela Roldán Restrepo. (2019). **The Instruments of**

public policy. A transdisciplinary look. *Journal of Management*, 35, 101-113.

<https://doi.org/10.25100/cdea.v35i63.6893>

Peter Smith Ring, & Andrew H. van de Ven. (1994). **Developmental Processes of**

Cooperative Interorganizational Relationships. *The Academy of Management*

Review, 19, 90-118. <https://www.jstor.org/stable/258836>

Ricardo S. Morse. (2005). **Facilitating Interlocal Collaboration: Community and the**

Soft Skills of Public Management. 1-35.

http://digitalcommons.wayne.edu/interlocal_coop/15

- Taco Brandsen, & Victor Pestoff. (2006). **Co-Production, the Third Sector and the Delivery of Public Services: An Introduction.** *Public Management Review*, 1-7.
https://www.researchgate.net/publication/221657221_Co-production_the_third_sector_and_the_delivery_of_public_services_An_introduction?enrichId=rgreq-f536bc186a88065d859680b0114509d6-XXX&enrichSource=Y292ZXJOYWdlOzlyMTY1NzlyMTtBUzozNTEyMTEwNTMxNzQ3ODVAMTO2MDC0NjY0ODEyNw%3D%3D&el=1_x_3&_esc=publicationCoverPdf
- Tony Bovaird. (2007). **Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services.** *Public Administration Review*, 846-860.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-6210.2007.00773.x>
- Trui Steen, & Taco Brandsen. (2020). **Coproduction during and after the COVID-19 Pandemic: Will It Last?** *Public Administration Review* 80, 851-855.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก.

แบบสอบถาม

แบบสอบถามความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ในระยะที่ 1 : กรณีศึกษา ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปาง

กับชุมชนบ้านปาง 3 ต.อินทขิล อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่1 (เดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2563) ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการวิเคราะห์กระบวนการของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน โดยการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามใด ๆ ทั้งสิ้น และผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลนี้ไว้เป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล

ดังนั้น จึงขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามนี้ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และขอขอบคุณท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง – ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ

ชาย หญิง

2. อายุ

ต่ำกว่า 20 ปี 20 - 30 ปี 31-40 ปี
 41-50 ปี 51 - 60 ปี มากกว่า 60 ปี ขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวส. ปวช.
 ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก

4. อาชีพ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> เกษตรกร | <input type="checkbox"/> รับจ้าง |
| <input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน |
| <input type="checkbox"/> ประกอบธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> นักการเมือง |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | |

5. รายได้ต่อเดือน

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท | <input type="checkbox"/> 10,001-20,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 20,001-30,000 บาท | <input type="checkbox"/> 30,000-40,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 40,001-50,000 บาท | <input type="checkbox"/> 50,001 บาท ขึ้นไป |

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับชุมชน

คำชี้แจง – ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่อง หากตอบว่ามีให้ตอบแบบสอบถามในส่วนที่ 3 - ส่วนที่ 5

- ท่านคิดว่าในช่วงที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 (มี.ค.-เม.ย. พ.ศ. 2563) ชุมชนของท่านได้มีความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปงเพื่อรับมือกับโรคระบาดดังกล่าว หรือไม่

- | |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. มี |
| <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี |
| <input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ |

หมายเหตุ - หากตอบว่ามีให้ตอบแบบสอบถามในส่วนที่ 3 จนถึง ส่วนที่ 5

ส่วนที่ 3 การก่อตัวของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน

คำชี้แจง – ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่อง

1. ก่อนที่จะมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน ชุมชนของท่านและ รพ.สต.บ้านปง

เคยมีการทำกิจกรรมใดร่วมกันมาก่อนมากที่สุด

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. กิจกรรมงานบุญ/งานประเพณี | <input type="checkbox"/> 2. กิจกรรมด้านเศรษฐกิจชุมชน |
| <input type="checkbox"/> 3. กิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อม | <input type="checkbox"/> 4. กิจกรรมด้านสุขภาพ |
| <input type="checkbox"/> 5. กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ | <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ |

2. ในช่วงที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 (มี.ค.-เม.ย. 2563) ชุมชนของท่านและ รพ.สต.บ้านปาง มีการรับรู้ปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นร่วมกันไปในลักษณะใดมากที่สุด

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. เป็นปัญหาเฉพาะบุคคล | <input type="checkbox"/> | 2. เป็นปัญหาของ รพ.สต.บ้านปาง |
| <input type="checkbox"/> | 3. เป็นปัญหากระทบต่อการประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> | 4. เป็นปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพ |
| <input type="checkbox"/> | 5. เป็นปัญหาด้านสุขภาพและการประกอบอาชีพ | | |
| <input type="checkbox"/> | 6. อื่น ๆ ระบุ | | |

3. ในช่วงที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ขึ้นในชุมชนของท่าน ชุมชนของท่านเคยได้รับการช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในและนอกชุมชนในรูปแบบใดมากที่สุด

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. การให้กำลังใจ | <input type="checkbox"/> | 2. การช่วยเหลือด้านงบประมาณ |
| <input type="checkbox"/> | 3. การให้คำแนะนำในการป้องกันตนเอง | <input type="checkbox"/> | 4. การบริจาคอาหารและสิ่งของ |
| <input type="checkbox"/> | 5. การส่งบุคลากรมาร่วมแก้ไขปัญหา | <input type="checkbox"/> | 6. อื่น ๆ ระบุ |

4. ในช่วงดังกล่าวผู้นำชุมชนทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการมีการแก้ปัญหาหรือรับมือกับโรคโควิด-19 ในลักษณะใดมากที่สุด

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. รวมอำนาจการตัดสินใจไว้ที่ตนเอง | | |
| <input type="checkbox"/> | 2. สั่งการเองและให้คนในชุมชนตัดสินใจในบางเรื่อง | | |
| <input type="checkbox"/> | 3. ปล่อยปละละเลยให้คนในชุมชนตัดสินใจเอง | | |
| <input type="checkbox"/> | 4. สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย | | |
| <input type="checkbox"/> | 5. รับฟังความเห็นของคนในชุมชน | <input type="checkbox"/> | 6. อื่น ๆ ระบุ |

5. การรับมือกับโรคโควิด-19 ที่เกิดขึ้นในชุมชน ชุมชนของท่านมีความสามารถในการรับมือหรือแก้ปัญหาดังกล่าวในลักษณะใดมากที่สุด

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. ชุมชนให้ รพ.สต.บ้านปาง แก้ปัญหาทั้งหมด |
| <input type="checkbox"/> | 2. ชุมชนแก้ปัญหาเองในบางเรื่อง |
| <input type="checkbox"/> | 3. ชุมชนแก้ปัญหาเองทั้งหมด |
| <input type="checkbox"/> | 4. ชุมชนและ รพ.สต.บ้านปาง ต้องร่วมมือกัน |
| <input type="checkbox"/> | 5. ชุมชน รพ.สต.บ้านปางและหน่วยงานภายนอกร่วมมือกันแก้ปัญหา |
| <input type="checkbox"/> | 6. อื่น ๆ ระบุ |

6. ท่านคิดว่ามีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปงและชุมชนบ้านปง 3 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 หรือไม่ (ถ้าตอบว่า “มี” ให้ระบุด้วยว่าปัจจัยดังกล่าว คือ ปัจจัยใด)

1. มี กรณารระบุปัจจัย
2. ไม่มี

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับรูปแบบและกระบวนการของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

คำชี้แจง – ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่องซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

- 5 หมายถึง ท่านมีความเห็นในเรื่องนี้อยู่ในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านมีความเห็นในเรื่องนี้อยู่ในระดับมาก
- 3 หมายถึง ท่านมีความเห็นในเรื่องนี้อยู่ในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านมีความเห็นในเรื่องนี้อยู่ในระดับน้อย
- 1 หมายถึง ท่านมีความเห็นในเรื่องนี้อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ประเด็นที่ 1 กระบวนการของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน					
ประเด็น	ระดับความเห็น				
	1 (น้อย ที่สุด)	2 (น้อย)	3 (ปาน กลาง)	4 (มาก)	5 (มากที่สุด)
1. ในช่วงที่เกิดโรคโควิด-19 ขึ้นในชุมชน ชุมชนของท่านและรพ.สต.บ้านปง ได้มีการเจรจาพูดคุยกันทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกันก่อนที่จะทำงานร่วมกัน เช่น การพูดคุยเจรจา					

ประเด็นที่ 1 กระบวนการของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน					
ประเด็น	ระดับความเห็น				
	1 (น้อย ที่สุด)	2 (น้อย)	3 (ปาน กลาง)	4 (มาก)	5 (มากที่สุด)
เพื่อให้คนในชุมชนเข้าใจปัญหา ดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทาง เดียวกัน เป็นต้น ในระดับใด					
2. ชุมชนของท่านและ รพ.สต. บ้านปาง ได้มีการ กำหนดข้อตกลง ร่วมกัน ในการรับมือโรคโควิด- 19 ก่อนที่จะมีการนำข้อตกลง ดังกล่าวไปปฏิบัติจริง เช่น การ ห้ามทำกิจกรรมรวมกลุ่ม การ เว้นระยะห่าง การกักตัวกลุ่ม เสี่ยง เป็นต้น ในระดับใด					
3. ชุมชนของท่านได้มีการร่วมมือ กับ รพ.สต.บ้านปาง เพื่อ ร่วมกัน ดำเนินการ เช่น ร่วมกันระบุปัญหา ร่วมกันกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วน เสีย การนำข้อตกลงไปปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การ ร่วมกันรับผิดชอบและประโยชน์ ที่เกิดขึ้น เป็นต้น ในระดับใด					

ประเด็นที่ 1 กระบวนการของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน					
ประเด็น	ระดับความเห็น				
	1 (น้อย ที่สุด)	2 (น้อย)	3 (ปาน กลาง)	4 (มาก)	5 (มากที่สุด)
4. ชุมชนของท่านและ รพ.สต. บ้านปาง ได้มีการ ประเมินผลร่วมกัน เกี่ยวกับข้อตกลงหรือแนวทางการรับมือกับโรคโควิด-19 เช่น การทบทวนเป้าหมาย การติดตามสถานการณ์ การปรับปรุงข้อตกลงให้สอดคล้องกับสถานการณ์หรือปัญหา ในระดับใด					
ประเด็นที่ 2 รูปแบบของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน					
5. ชุมชนของท่าน ขอรับความช่วยเหลือจาก รพ.สต.บ้านปาง เพื่อรับมือกับโรคโควิด-19 เช่น ขอรับบริจาคสิ่งของ วัสดุอุปกรณ์ ตรวจโรค เป็นต้น ในระดับใด					
6. ชุมชนของท่าน ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 ของ รพ.สต.บ้านปาง เช่น การรักษาระยะห่าง การสวมหน้ากากอนามัย การไม่ทำกิจกรรมรวมกลุ่ม การคัดกรอง เป็นต้น ในระดับใด					

ประเด็นที่ 2 รูปแบบของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน					
ประเด็น	ระดับความเห็น				
	1 (น้อย ที่สุด)	2 (น้อย)	3 (ปาน กลาง)	4 (มาก)	5 (มากที่สุด)
7. ชุมชนของท่านและ รพ.สต. บ้านปาง ได้ร่วมมือกันเพื่อรับมือกับโรคโควิด-19 ในลักษณะของ <u>การร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน</u> เช่น ร่วมกำหนดมาตรการป้องกันโรคร่วมกัน คัดกรองบุคคลร่วมกัน เป็นต้น ในระดับใด					

ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคของของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน

คำชี้แจง – ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด ในกรณีที่ตอบว่ามีปัญหาและอุปสรรคให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลือกที่ตรงกับความเห็นของท่านโดยสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ หากท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องปัญหาและอุปสรรคอื่น ๆ ให้ท่านระบุด้วยว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคในเรื่องใด

- ท่านคิดว่าการที่ชุมชนของท่านได้ร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปาง เพื่อรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 (มี.ค.-พ.ค. พ.ศ. 2563) มีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่

1. ไม่มี
2. มี (ถ้าตอบข้อนี้ กรุณาตอบในข้อถัดไปด้านล่างนี้ สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 2.1 การทำงานล่าช้า
 - 2.2 ความขัดแย้งระหว่างคนในชุมชน/ชุมชนใกล้เคียง
 - 2.3 การสื่อสารไม่เข้าใจตรงกัน
 - 2.4 การประสานงานยุ่งยาก
 - 2.5 การมีระเบียบขั้นตอนที่ยุ่งยาก
 - 2.6 การขาดแคลนอุปกรณ์ในการป้องกันโรค

- 2.7 ผู้นำชุมชนไม่มีอำนาจตามกฎหมายในการสั่งการ
- 2.8 การขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของคนในชุมชน
- 2.9 ปัญหาและอุปสรรคอื่น ๆ (ถ้ามี) โปรดระบุ

ข้อเสนอแนะ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

ขอขอบคุณท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้ด้วยครับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ข.

แบบสัมภาษณ์

1. หัวข้อวิจัย ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
 ในระยะที่ 1 : กรณีศึกษา ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
 บ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ต.อินทขิล อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่

2. คำชี้แจง

การสัมภาษณ์ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่1 (เดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2563) ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการวิเคราะห์กระบวนการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน การให้ข้อมูลในครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลใด ๆ ทั้งสิ้น และผู้วิจัยจะปกปิดข้อมูลส่วนตัวของท่านไว้เป็นความลับและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล

ดังนั้น จึงขอความกรุณาท่านให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และขอขอบคุณท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลมา ณ โอกาสนี้

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

3.2 เพื่อศึกษารูปแบบ การก่อตัวและกระบวนการความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่1

3.3 เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านปางกับชุมชนบ้านปาง 3 ในการรับมือกับโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1

4. คำถามสัมภาษณ์

4.1 ขอให้ท่านเล่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 (มี.ค.-พ.ค. 2563) ที่เกิดขึ้นภายในชุมชนบ้านปาง 3 ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงดังกล่าวเป็นอย่างไรบ้าง

4.2 ปัญหาโรคระบาดดังกล่าวท่านคิดว่าชุมชนและ รพ.สต.บ้านปาง มองปัญหาที่เกิดขึ้นเหมือนหรือต่างกัน อย่างไร และท่านคิดว่าปัญหาดังกล่าวเกินกำลังความสามารถของชุมชน/รพ.สต.ที่จะรับมือได้ตามลำพัง หรือไม่ อย่างไร

4.3 ก่อนที่จะเกิดการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว รพ.สต.บ้านปาง กับชุมชนเคยทำกิจกรรมร่วมกันหรือมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อน หรือไม่ อย่างไร

4.4 ในช่วงที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ชุมชน/รพ.สต.มีวิธีการรับมือกับโรคระบาดดังกล่าว อย่างไร ใครมีบทบาทสำคัญที่สุด และมีบทบาทอย่างไร รวมถึงมีใครหรือหน่วยงานใดบ้างที่เข้ามามีส่วนร่วมหรือให้การสนับสนุน

4.5 ท่านมีบทบาทในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงเวลาดังกล่าวอย่างไร และท่านต้องประสานงานกับใครหรือหน่วยงานใดบ้าง

4.6 ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ความสัมพันธ์ระหว่างชาวบ้านกับ รพ.สต. เป็นอย่างไร กรุณาขยายความพร้อมยกตัวอย่างประกอบ

- ชาวบ้านกลุ่มใดใกล้ชิดกับ รพ.สต.บ้านปาง เป็นพิเศษ และชาวบ้านกลุ่มใดค่อนข้างห่างเหิน
- รพ.สต.บ้านปาง เปิดโอกาสให้ชาวบ้านทำอะไรบ้าง และเป็นชาวบ้านกลุ่มใด

4.7 ท่านคิดว่าความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.บ้านปาง กับชุมชน เพื่อรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีลักษณะหรือรูปแบบที่แตกต่างจากชุมชนใกล้เคียงหรือชุมชนอื่น ๆ ใน จ.เชียงใหม่หรือไม่ อย่างไร กรุณาขยายความพร้อมยกตัวอย่าง

4.8 การทำงานร่วมกันระหว่างชาวบ้านกับ รพ.สต.บ้านปาง ในช่วงที่เกิดโรคโควิด-19 ในชุมชน ท่านคิดว่ามีปัญหาอุปสรรค หรือไม่ อย่างไร หรือต้องการได้รับการสนับสนุนอย่างไรบ้าง เพื่อให้ชุมชนและ รพ.สต. สามารถรับมือกับโรคโควิด-19 ได้ดีขึ้น กรุณาขยายความพร้อมยกตัวอย่าง

ภาคผนวก ค.

ภาพกิจกรรมการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะที่ 1 ของ รพ.สต.บ้านปาง
และชุมชนบ้านปาง 3



ภาพที่ ค-1 การตั้งจุดคัดกรอง COVID-19 บริเวณทางเข้า-ออกของชุมชน



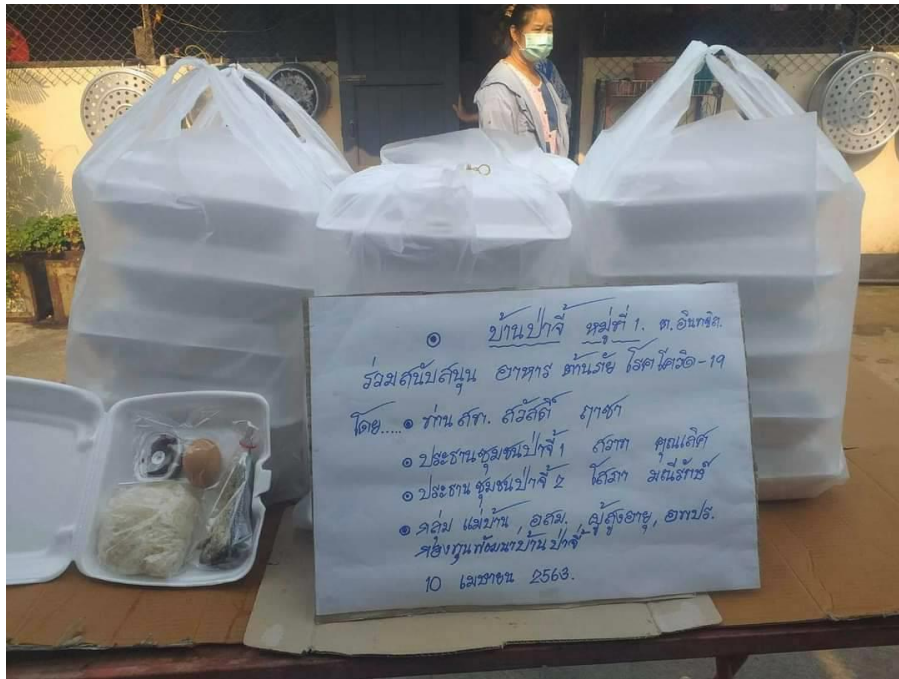
ภาพที่ ค-2 มาตรการกักตัวสมาชิกในชุมชนเป็นเวลา 14 วัน



ภาพที่ ค-3 การจัดสรรอาหารให้กับสมาชิกในชุมชนในช่วงที่มีการกักตัว



ภาพที่ ค-4 กลุ่มจิตอาสาในชุมชนร่วมกันประกอบอาหารให้กับสมาชิกในชุมชนในช่วงที่มีการกักตัว



ภาพที่ ค-5 การสนับสนุนอาหารและสิ่งของจากบุคคลและหน่วยงานภายนอกให้กับสมาชิก

ในชุมชนในช่วงที่มีการกักตัว



ภาพที่ ค-6 ชุมชนและหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ร่วมกันให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่รักษาตัวหายแล้ว



ภาพที่ ค-7 การออกปฏิบัติงานตรวจเยี่ยมผู้ที่ต้องกักตัวที่บ้านของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา



ภาพที่ ค-8 มาตรการคัดกรองบุคคลที่จะเข้า-ออกชุมชนในช่วงที่มีการปิดชุมชน

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายเกรียงไกร เตชะวรางกุล
วัน เดือน ปี เกิด	5 เมษายน 2530
สถานที่เกิด	จ.เชียงราย
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรี รัฐศาสตรบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 39 ม.12 ต.ยางฮ่อม อ.ขุนตาล จ.เชียงราย 57340



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY