

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการประสานงานของทีมงานที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ต่างสังกัดกัน ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 1.1 ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 1.2 หลักการสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับการบริการปฐมภูมิ
 - 2.1 ความหมายของการบริการปฐมภูมิ
 - 2.2 ความสำคัญของการบริการปฐมภูมิ
 - 2.3 เป้าหมายของการจัดบริการปฐมภูมิ
 - 2.4 ลักษณะการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
 - 2.5 ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษา
3. แนวคิดเกี่ยวกับการประสานงาน
 - 3.1 ความหมายของการประสานงาน
 - 3.2 วัตถุประสงค์ของการประสานงาน
 - 3.3 ความสำคัญของการประสานงานในเครือข่ายบริการสุขภาพ
 - 3.4 หลักและเทคนิคของการประสานงาน
 - 3.5 รูปแบบของการประสานงาน
 - 3.6 ปัจจัยที่ช่วยให้เกิดการประสานงานที่ดี
 - 3.7 ปัญหาและอุปสรรคของการประสานงาน
 - 3.8 ประโยชน์ของการประสานงาน
4. แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม
 - 4.1 ความหมายของการทำงานเป็นทีม
 - 4.2 คุณลักษณะของทีมงานที่มีประสิทธิภาพ
 - 4.3 หลักการสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ

5. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

5.1 ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ

5.2 หลักและวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยภายในประเทศ

6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544)

"หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

"หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" จึงไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้

1. ไม่ใช่ "บริการสงเคราะห์" "บริการกึ่งสงเคราะห์" "บริการราคาถูก" หรือ "บริการที่แก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้า"
2. ไม่ใช่การบริการที่ต้องสมัครจึงจะได้รับ หากเป็นสิทธิของคนไทยทุกคนตามกฎหมาย
3. ไม่ใช่การทุ่มงบประมาณไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง โดยขาดการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการ และไม่มีประกันสิทธิของประชาชน

สรุป หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544)

1. กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน ระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมีเป้าหมายคือสุขภาพจะตามหลักการสุขภาพพอเพียง
2. ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพและในระยะถัดไปเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว ประชาชนควรมีสิทธิในการเลือกชั้นทะเบียนและใช้บริการ

จากหน่วยบริการระดับต้น หรือเครือข่ายหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ และใกล้บ้าน / ที่ทำงาน เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัว

3. สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (quality accreditation) โดยถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น เพื่อสร้างหลักประกันว่า ประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ

4. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการ ระดับต้น (primary care) เป็นจุดบริการด่านแรกซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ) กรณีที่เกินความสามารถ หน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่น)

5. สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยกันเองและหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (provider network) โดยอาจจะเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยกันเอง หรือระหว่างภาครัฐกับเอกชน

6. ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment)

7. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพที่กองทุนก็ตาม

8. ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วย กองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว แต่ในระยะเปลี่ยนผ่านอาจจะมีสองกองทุน ที่มีเอกภาพในการบริหารงาน มีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน (อาจจะมีกองทุนย่อยเพื่อบริหารจัดการ การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและทราบข้อมูลการใช้บริการ)

สรุปจากแนวคิดของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การจัดให้ประชาชนมีหลักประกันในด้านการรักษาพยาบาลและให้ทุกคน ได้รับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานเท่าเทียมกัน โดยไม่มีรายละเอียดค่าใช้จ่าย และประชาชนมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของ ควบคุมกำกับดูแลและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระดับที่สมเหตุสมผล มีการทำงานที่ไม่ซ้ำซ้อนหรือขัดแย้งในแต่ละสถานบริการ และให้การสนับสนุนในการเป็นเครือข่ายซึ่งกันและกัน ซึ่งหลักการสำคัญของ

หลักประกันทั่วหน้าก็คือการมีและใช้สถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ให้ครอบคลุมทั่วถึงประชาชนทุกคน

แนวคิดเกี่ยวกับการบริการปฐมภูมิ

ความหมายของการบริการปฐมภูมิ (ลำเจิง แหงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545)

การบริการปฐมภูมิ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย มุมมองไม่ว่าจะเป็นความหมายในเชิงปรัชญา หลักการจัดบริการ หรือลักษณะบริการซึ่งพบว่ายังไม่สามารถให้ความหมายของการบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมองค์ประกอบทั้งหมดได้เนื่องจากลักษณะของการบริการปฐมภูมิ ต้องใช้การแปลความหมายจากลักษณะนามธรรมไปสู่รูปธรรมที่จับต้องได้ (objective or operationalised concept) จึงทำให้มีการแปลความหมายของการบริการปฐมภูมิออกมาในลักษณะต่าง ๆ และมีชื่อเรียกต่างกันหลายชื่อ ดังนี้

1. สถานบริการด้านแรก (first line care) หรือสถานบริการด้านหน้า (front line care)
2. สถานบริการปฐมภูมิ (primary care) หรือสถานบริการระดับต้น (primary medical care)
3. สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว หรือเวชศาสตร์ครอบครัว (family practice)
4. สถานบริการครอบครัว (family service)
5. หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit)

อารี วลัยะเสวี และคณะ (2542) กล่าวว่าบริการปฐมภูมิคือบริการสุขภาพระดับต้นที่ให้บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นบริการสุขภาพที่ไม่ได้เน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง แต่ให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมและจิต-วิทยา และการผสมผสานของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (interface) ระหว่างบริการสุขภาพกับประชาชน และชุมชนเป็นฐานในการจัดบริการ (community based service)

ทัศนา บุญทอง (2542) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ หมายถึง การบริการสุขภาพแก่ประชาชนวัยที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยการคัดกรองเบื้องต้น และการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยไม่รุนแรงในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการฟื้นฟูสภาพ โดยการส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแล ตนเองและใช้ทรัพยากรในชุมชน รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด การส่งต่อผู้ป่วยที่เกินศักยภาพการดูแล ให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ทั้งนี้การจัดบริการในระดับปฐมภูมิ จะต้อง

ครอบคลุมประชาชนในความรับผิดชอบโดยทั่วถึง โดยรูปแบบการบริการประกอบด้วยบริการในสถานบริการในที่พักอาศัยของประชาชนและในชุมชนประเภทต่าง ๆ

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2545) ได้ให้ความหมายของการบริการปฐมภูมิว่าเป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสานทั้งทางด้านการแพทย์จิตวิทยาและสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่องให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ต่อไป

โดยสรุปแล้วหน่วยบริการปฐมภูมิควรจะเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีลักษณะสำคัญในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม
2. เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ
3. เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน
3. ร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับบริหารจัดการระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต
5. ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการที่ต่อเนื่อง รอบด้าน อาทิ สถานพยาบาลเฉพาะด้านต่าง ๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น

ความสำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2545)

1. เป็นที่ปรึกษาและช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนและชุมชนในลักษณะผสมผสาน
2. สามารถให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจและสังคมแก่ผู้มาใช้บริการในระดับต้นที่ผสมผสานกับบริการทางกาย หรือเป็นบริการเฉพาะ
3. มีหน้าที่ประเมินสภาพชุมชนอย่างรอบด้านแล้วนำมาวางแผนการพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการและปัญหาของประชาชนทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ สนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ รวมถึงให้ความรู้ทางเทคนิคการแพทย์ และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพ

4. สามารถให้การดูแลบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถประยุกต์หรือปรับวิธีการดูแลนี้ให้สอดคล้องกันกับสภาพความเป็นอยู่และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่บ้านของเขาอย่างเหมาะสม

5. ประสานบริการกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอย่างต่อเนื่องและผสมผสาน รวมถึงการรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการระดับอื่นในระยะเวลาและภายใต้สถานการณ์ที่เหมาะสม

เป้าหมายของการจัดบริการปฐมภูมิ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2545)

1. การให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ในระดับฉุกเฉินเบื้องต้น
2. การให้บริการสุขภาพพื้นฐานในระดับบุคคล ครอบครัว
3. ความสามารถในการร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนได้ทุกคน อันหมายถึงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับสังคม
4. ความสามารถในการรับผิดชอบต่อด้านสุขภาพร่วมกับประชาชนทั้งในเชิงรับและเชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การปรับสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การติดตามสภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง และปัญหาสุขภาพสำคัญของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างทันการณ์
5. การทำหน้าที่เป็นหน่วยเชื่อมต่อระหว่างประชาชน ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

ลักษณะการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ลักษณะการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญานั้นอาจมีรูปแบบการจัดได้หลายลักษณะ เช่น

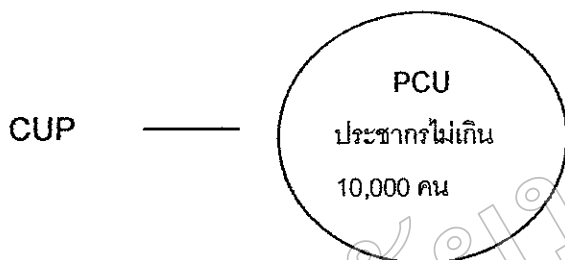
1. หน่วยบริการเดียวที่ให้บริการครบทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน

หน่วยคลังปัญญาหลัก

(contracting unit of primary care : CUP)

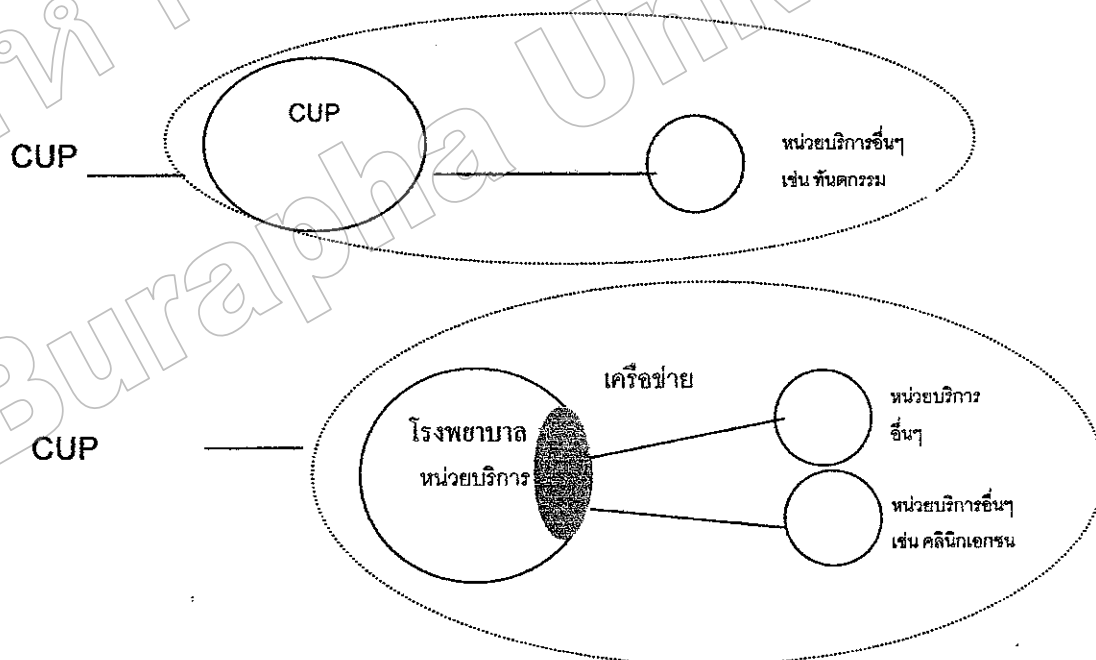
หน่วยบริการปฐมภูมิ

(primary care unit : PCU)



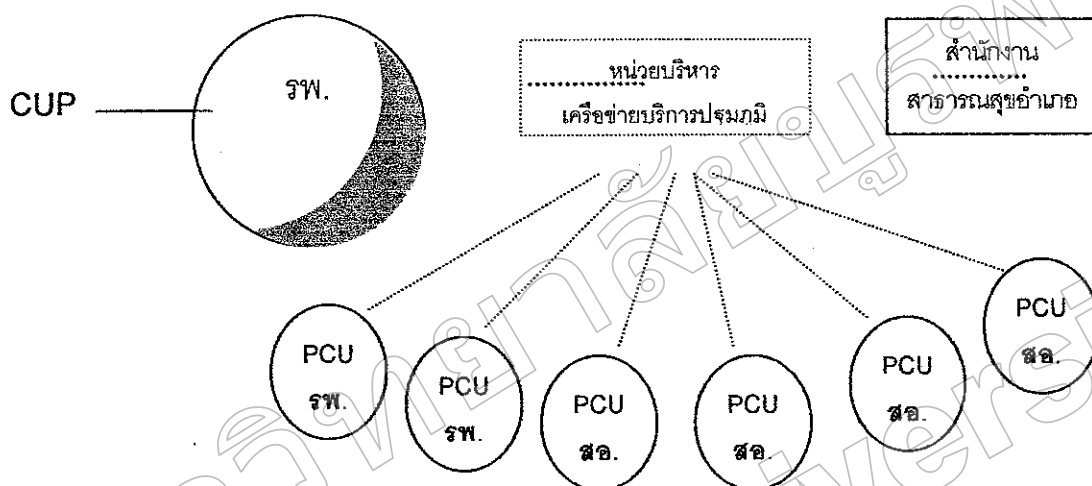
ภาพที่ 1 หน่วยบริการเดียวที่ให้บริการครบทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน

2. เป็นเครือข่ายหน่วยบริการ ที่มีหน่วยคู่สัญญาเป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการในภาพรวม โดยที่หน่วยนี้มีการมอบหมายให้หน่วยบริการย่อยอื่นในพื้นที่ให้บริการบางประเภท



ภาพที่ 2 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีหน่วยคัดกรองฯหลักให้บริการโดยภาพรวม

3. เป็นเครือข่ายหน่วยบริการ ที่มีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งอาจเป็นทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก และหน่วยบริการปฐมภูมิรอง ตั้งอยู่ในพื้นที่บริการทั้งอำเภอ โดยมีการให้บริการได้ครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน เช่น กรณีของโรงพยาบาลชุมชนเป็นเครือข่ายร่วมกับสถานีอนามัยทั้งอำเภอ



ภาพที่ 3 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นทั้งหน่วยหลักและหน่วยรอง

ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษา

โรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักเป็นโรงพยาบาลทั่วไปเทียบเท่าหน่วยงานราชการได้เข้าร่วมสนับสนุนนโยบายโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นสถานบริการคู่สัญญาหลัก (contracting unit of primary care : CUP) บริหารจัดการโดยการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารงานโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนหรือนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค และจัดตั้งสำนักงานโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขณะที่ทำการศึกษาโรงพยาบาลมีหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit : PCU) สองหน่วยบริการ ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิภายในโรงพยาบาลหน่วย และหน่วยบริการนอกโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษาตั้งอยู่ห่างจากโรงพยาบาลประมาณหนึ่งกิโลเมตร มีหน้าที่ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในขอบเขตพื้นที่รวมทั้งสิ้น 4,058 ตารางกิโลเมตร เปิดให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

แนวคิดเกี่ยวกับการประสานงาน

ความหมายของการประสานงาน ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่าประสานงานไว้หลากหลายขอกล่าวพอสังเขปได้ดังนี้

พะยอม วงศ์สารศรี (2538) ให้ความหมายการประสานงาน (coordinating) ว่าเป็นการทำให้กลไกต่าง ๆ ขององค์การทำงานสอดคล้องกัน เป็นศิลปะการจัดระเบียบ วิธีการทำงานให้ทุกคนร่วมใจกันปฏิบัติงาน หลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อน ขัดแย้งเพื่อให้บรรลุนโยบายขององค์การ

สากล ภูศิริ (2538) กล่าวว่า การประสานงานหมายถึง การจัดระเบียบวิธีการทำงานเพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ ร่วมมือปฏิบัติงานเป็นน้ำหนึ่งใจเดียว ไม่ทำงานซ้ำซ้อนกัน ขัดแย้งกันหรือก้าวก่ายหน้าที่กัน ทั้งนี้เพื่อให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนโยบายขององค์การนั้นอย่างมีประสิทธิภาพ

ธันยวัฒน์ รัตนลัค (2540) กล่าวว่า การประสานงานคือ การจัดระเบียบการทำงานเพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ ร่วมมือปฏิบัติการเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ไม่ทำงานซ้อนกัน ขัดแย้งกัน หรือเหลื่อมล้ำกัน ทั้งนี้เพื่อให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่น สอดคล้องกับวัตถุประสงค์นโยบายขององค์การนั้นอย่างสมานฉันท์ และมีประสิทธิภาพ

ศิริพร ชันธหัตถ์ (2539) กล่าวว่า การประสานงานเป็นการจัดให้คนในองค์การทำงานให้สัมพันธ์และสอดคล้องกัน โดยจะต้องตระหนักถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และมาตรฐานการปฏิบัติขององค์การเป็นหลัก

บรรยงค์ โตจินดา (2542) กล่าวว่า การประสานงาน (co-ordination) หมายถึง การที่ผู้บริหารดำเนินการให้ผู้ปฏิบัติงานให้สอดคล้องประสานกัน

การประสานงานเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งในการบริหารงาน เนื่องจากในการบริหารงานนั้นจะต้องมีบุคคลปฏิบัติงานหลายฝ่าย และในหลายกรณีจะต้องปฏิบัติงานให้สอดคล้องหรือประสานกัน นักบริหารจึงต้องจัดให้มีการประสานงาน เพื่อให้งานสำเร็จสอดคล้องกัน และสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

การประสานงานคือ การประสานกิจกรรม ประสานคน และประสานทรัพยากรเข้าด้วยกัน เพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย

จุมพล หนีมพานิช (2543) ให้ความหมายของการประสานงาน หมายถึง การที่บุคคลหรือกลุ่มหรือหน่วยงานทำงานร่วมกันโดยมีความสามัคคีกันเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ตามเวลาที่กำหนดไว้

นราธอร์ (2542) กล่าวว่า การประสานงาน หมายถึง สิ่งที่ทำให้งานทั้งหลายดำเนินไปอย่างราบรื่นและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ จะไม่ก่อให้เกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อนหรือขัดแย้ง ซึ่งจะทำให้สูญเสียและสิ้นเปลืองทรัพยากรโดยไม่จำเป็น

ลีปีตัน และเฮนนิ่ง (Le Breton & Henning, 1961) ได้นิยามคำว่า การประสานงานไว้ว่า กระบวนการของการนำความหมายไปปฏิบัติ และรวมทั้งแนวปฏิบัติทั้งหลายที่ทำให้เกิดความเข้าใจของคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งไม่จำกัดแต่โดยการเขียนการพูดเท่านั้น แต่รวมไปถึง การดนตรี การเต้นบัลเลต์ ภาพยนตร์ และพฤติกรรมของมนุษย์ทุกอย่าง เช่น การยิ้ม การโบกมือ และการกระทำต่าง ๆ

เจม (Jame, 1947) ให้นิยามการประสานงาน หมายถึง กระบวนการของการทำให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ในกิจกรรมและเป้าหมายของแผนงานต่าง ๆ ขององค์กรที่แยกจากกัน เพื่อความสำเร็จขององค์การอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษานิยามหรือการให้ความหมายเกี่ยวกับการประสานงานสามารถสรุปได้ว่าการประสานงาน หมายถึง การจัดระเบียบวิธีการทำงานเพื่อให้เจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ทำงานให้สัมพันธ์สอดคล้องไม่ก้าวร้าวซึ่งกันและกัน หรือขัดแย้งกัน ทั้งนี้เพื่อให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนโยบายขององค์การนั้นอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการประสานงาน (ศิริอร ชันธหัตถ์, 2539 ; จุมพล หินพานิช, 2543 ; ถันยวัฒน์ รัตนลัก, 2540)

ในการประสานงานขององค์การ มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย
2. เพื่อให้งานมีคุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติที่กำหนดไว้
3. เพื่อให้เป็นการประหยัดเวลาและทรัพยากรในการปฏิบัติงาน
4. เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีแก่ผู้เกี่ยวข้อง ลดข้อขัดแย้ง เกิดความสามัคคีในการทำงาน
5. เพื่อให้เกิดขวัญ และกำลังใจในการทำงาน
6. เพื่อให้มีการปฏิบัติงานเป็นทีม ซึ่งจะทำให้งานประสบความสำเร็จมากขึ้น

ความสำคัญของการประสานงานในเครือข่ายบริการสุขภาพ (คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544)

1. ทำให้เกิดบริการที่มีคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึง ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการได้

ง่าย

2. ทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ บุคลากร และมีการส่งต่อระหว่างบริการแต่ละระดับได้อย่างไม่มีช่องว่าง ครอบคลุม บริการสุขภาพพื้นฐานสำคัญตามชุดสิทธิประโยชน์หลักภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ลดปัญหาการบริการที่ซ้ำซ้อน

3. ทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานโดยทั่วหน้า เชื่อมต่อการจัดบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง

4. ทำให้เกิดระบบบริการที่ผสมผสาน ดูแลด้วยแนวคิดแบบองค์รวมบูรณาการการดูแลทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและการควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างสอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชน

5. สร้างให้เกิดความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนระยะยาว

6. สร้างความร่วมมือในการให้บริการภาครัฐเอกชนและภาคประชาชน

หลักและเทคนิคในการประสานงาน

หลักการประสานงาน ประกอบไปด้วยสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้ (ปราชญา กล้าผจญ, 2543)

1. จัดให้มีระบบการติดต่อสื่อสารที่ดี มีการกำหนดตัวบุคคล เครื่องมือสื่อสาร วัน เวลา และสถานที่ หมายเลขโทรศัพท์ จัดระบบโทรศัพท์ภายใน (อินเทอร์เน็ตคอม) หรือมีการส่งอีเมลหากันได้ตลอดเวลา

2. จัดให้มีระบบการร่วมมือที่ดี กระตุ้นจูงใจให้สมาชิกในองค์การมีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือกันและกัน มีมิตรไมตรีแก่กันและกัน เพื่อให้งานขององค์การดำเนินไปได้โดยสะดวกราบรื่น สิ่งพึงระวังก็คือ พฤติกรรมการวางเฉยหรือการต่อต้านเปรียบได้กับการที่ "มือไม่พายเอาเท้าราน้ำ" อันจะเป็นอุปสรรคต่อระบบการร่วมมือที่ดี นอกจากนี้ ยังต้องมีการฝึกทักษะให้ผู้ปฏิบัติงานมีความชำนาญในหน้าที่งานที่ปฏิบัติด้วย

3. จัดให้มีระบบการประสานงานที่ดี การประสานงานในองค์การนั้น ควรจัดให้เป็นระบบทั้งจากบนสู่ล่าง ล่างสู่บน และการประสานงานในแนวราบ อาจจะจัดให้มีการประชุม พบปะปรึกษาหารือ เลี้ยงน้ำชา เลี้ยงอาหารกลางวัน เป็นครั้งคราว เพื่อประสานความเข้าใจอันดีระหว่างสมาชิกในองค์การและเป็นการขอบคุณที่ได้ปฏิบัติหน้าที่งานที่ผ่าน ๆ มา

4. จัดให้มีการประสานนโยบาย และวัตถุประสงค์ขององค์การให้สอดคล้องต้องกัน บางครั้งนโยบายและวัตถุประสงค์นั้นอาจจะยากที่จะเข้าใจ บางทีพนักงานระดับล่างไม่ทราบเรื่อง จึงต้องมีการชี้แจง ทำความเข้าใจ เพื่อให้เกิดเอกภาพในการประสานงานระหว่างนโยบายและวัตถุประสงค์ขององค์การให้มีความสอดคล้องต้องกันและง่ายต่อการปฏิบัติ

5. จัดให้มีการประสานงานในรูปกระบวนการบริหารที่ครบวงจร ในกระบวนการบริหารนั้น ประกอบไปด้วยตัวป้อน (input) กระบวนการ (process) และผลผลิต (output) นอกจากนั้น ก็มีปฏิกิริยาป้อนกลับ (feedback) อีกด้วย การประสานงานต้องเริ่มต้นด้วยการวางแผนที่ดี กำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ไว้อย่างชัดเจน กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานไว้อย่างละเอียด กำหนดเวลาและสถานที่ ตลอดจนกำหนดตัวบุคคลผู้ที่จะรับผิดชอบ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบว่าในวัน เวลา และสถานที่ใด ใครจะต้องทำอะไร อย่างไร ซึ่งเป็นการสะดวกแก่ทุกฝ่ายในการติดต่อประสานงาน อันจะทำให้เกิดความราบรื่นเรียบร้อยไปโดยตลอดการปฏิบัติงานนั้น

เทคนิคการประสานงาน (หลุย จำปาเทศ, 2540)

1. จงสร้างให้เกิดพลังรวมของกลุ่ม ให้ทุกคนเห็นความสำคัญองงานและชื่อเสียงหรือหน่วยงาน
2. อย่าให้ผู้ร่วมงานตกตำแหน่งสังคม ให้ทุกคนมีความหมายสำหรับกลุ่มหรือ งาน
3. ให้เกียรติทุกคนได้แสดงความคิดเห็น
4. มีการวัดผลหรือประเมินผลเป็นระยะ ๆ
5. ผู้ประสานงานต้องมีความรู้ในงานนั้น ๆ ดี
6. การรับฟังที่ดีจะดีกว่าการเสนอแนะหรือการแนะนำ
7. ผู้ประสานงานต้องรักษาอารมณ์มั่นคงไว้ให้ได้หากเกิดขัดแย้งขึ้น
8. มีความเป็นกันเอง แต่ต้องอยู่ในกรอบของกฎเกณฑ์ และหลักการ
9. จำชื่อสมาชิกให้ได้อย่างรวดเร็ว
10. จงมองคนในแง่ดีเพื่อเปิดโอกาสให้ทุกคนได้มีการเริ่มต้นที่ดี

รูปแบบการประสานงาน มี 3 รูปแบบ ได้แก่ (ปราชญา กล้าผจญ, 2543)

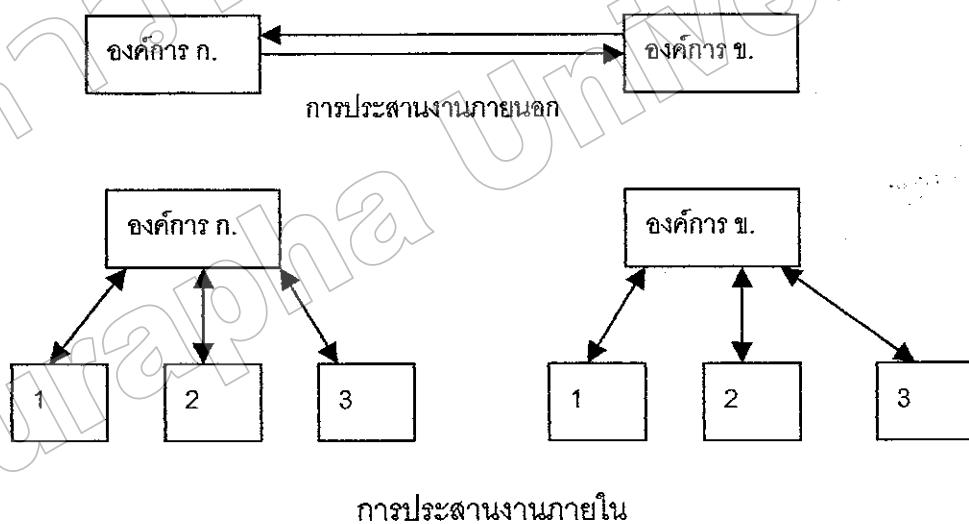
1. ประสานแบบอิตาเลียนโดย ออกคำสั่งให้กระทำ เป็นการติดต่อจากบนลงล่าง ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม ไม่ต้องการให้ทราบเหตุผล วิธีการนี้ผู้ปฏิบัติอาจจะอึดอัดใจ ไม่ชอบ กลัวไม่อยากให้ความร่วมมือ หรือหากเป็นลูกน้องที่ชอบสอพลอ ก็ว่าอย่างไรตามกันไปเรื่อย ๆ อาจจะหลงทางเข้ารกเข้าพงไปเลยก็ได้

2. ประสานงานแบบประชาธิปไตยปรึกษาหารือกับผู้ใต้บังคับบัญชาให้มีการแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ รับฟังข้อวิพากษติติงต่าง ๆ ในที่ประชุม ผู้ร่วมปฏิบัติงานมักจะมี ความพึงพอใจ เป็นการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม งานที่ปฏิบัติมักจะมีผลสำเร็จด้วยดี เนื่องจากได้รับความร่วมมืออย่างดี

3. ประสานงานแบบตามสบาย เนื่องจากผู้นำปล่อยปละละเลยให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติงานกันไปเองอยู่เรื่อย ๆ การประสานงานอาจจะเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นเลยก็ได้ งานจะดีหรือไม่ จะสำเร็จหรือไม่อย่างไรขึ้นอยู่กับความพอใจ ความสามารถและความเอาใจใส่ของผู้บังคับบัญชา การประสานงานแบบนี้ งานจะเสร็จทันเวลาหรือไม่ก็ไม่เป็นสิ่งสำคัญ งานอาจจะล่าช้า ด้อยประสิทธิภาพ และกระทบกระเทือนต่อแผนดำเนินงานของผู้อื่นและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความขัดแย้งและเอื้อมระอาต่อกันขึ้นได้

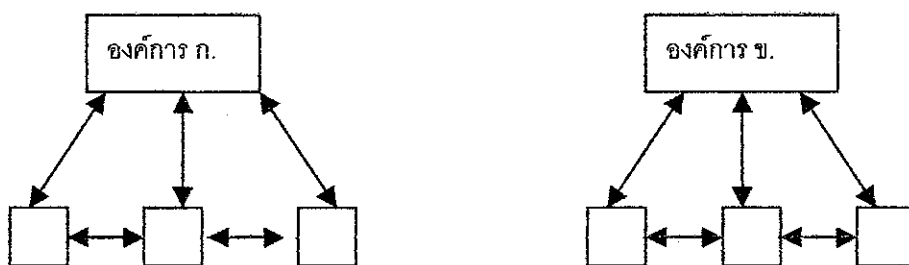
สาทล ภูศิริ (2538) และนราธร (2542) กล่าวว่า รูปแบบการประสานงานมี 3 รูปแบบ คือ

1. การประสานงานภายในองค์กรและภายนอกองค์กร (internal coordination and external coordination) การประสานงานภายในองค์กร หมายถึง การประสานงานภายในหน่วยงานหรือองค์กรนั้น ๆ ส่วนการประสานงานภายนอกองค์กรเป็นการประสานงานระหว่างหน่วยงาน หรือการติดต่อกับบุคคลภายนอกต่าง ๆ ดังภาพที่ 4



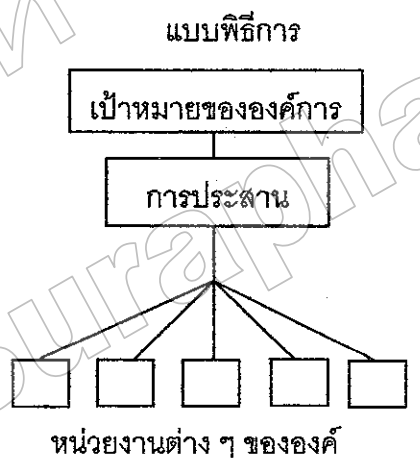
ภาพที่ 4 การประสานงานภายนอกและภายใน

2. การประสานงานในแนวดิ่ง (vertical) และการประสานงานในแนวราบ (horizontal) การประสานงานในแนวดิ่งหรือแนวยืน หมายถึง การประสานงานจากผู้บังคับบัญชามาสู่ผู้ใต้บังคับบัญชา (top down) และการประสานงานระหว่างผู้ใต้บังคับบัญชา (bottom up) ส่วนการประสานงานในแนวราบ หมายถึง การประสานงานในระดับเดียวกัน ดังภาพที่ 5

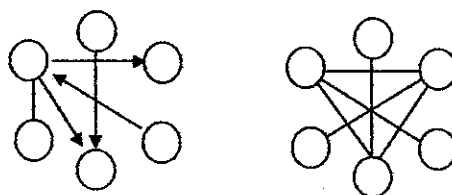


ภาพที่ 5 การประสานงานแนวดิ่งและแนวนอน

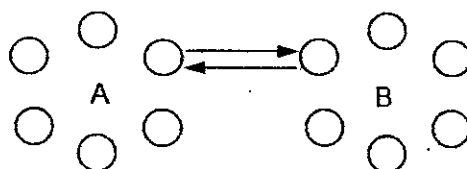
3. การประสานงานแบบมีพิธีการและไม่มีพิธีการ (formal coordination and informal coordination) การประสานงานแบบมีพิธีการ หมายถึง การประสานงานที่มีระเบียบแบบแผนในการปฏิบัติอย่างชัดเจน มีลายลักษณ์อักษร เป็นการประสานงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ ส่วนการประสานงานแบบไม่มีพิธีการ เป็นการประสานงานโดยไม่มีระเบียบแบบแผนในการปฏิบัติโดยอาจเป็นการประสานงานระหว่างบุคคลต่อบุคคล หรือบุคคลต่อกกลุ่ม หรือระหว่างกลุ่มต่อกกลุ่ม ดังภาพที่ 6



แบบไม่มีพิธีการ
คนต่อกกลุ่ม/ภายในกลุ่ม



กลุ่มต่อกกลุ่ม



ภาพที่ 6 การประสานงานแบบพิธีการและแบบไม่มีพิธีการ

ปัจจัยที่ช่วยให้เกิดการประสานงานที่ดี (สากล ภูศิริ, 2538 ; ศิริอร ชันธหัตถ์, 2539 ; นราธร, 2542) การประสานงานจะดำเนินไปได้ด้วยดีต้องอาศัยปัจจัย ต่อไปนี้คือ

1. มีระบบการติดต่อสื่อสารที่ดีเป็นระบบเปิด เน้นสื่อสาร 2 ทาง
2. บรรยากาศดี ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เน้นส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว มีการสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีอย่างเพียงพอ
3. มีความร่วมมือระหว่างกันทำงานสอดคล้องกัน ไปด้วยกันได้ในทุกทางเดียวกัน
4. ผู้บริหารมีความรู้ความสามารถและทักษะในภาวะผู้นำ
5. ขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน
6. มีการประชุม การฝึกอบรม และการสัมมนา
7. มีระบบการบริหารที่ดี
8. สมาชิกมีความรู้ความสามารถเต็มใจเข้าร่วม
9. มีการควบคุมบังคับบัญชา
10. มีกรอบหรือระเบียบวิธีปฏิบัติงานชัดเจน
11. มีการมอบหมายขอบเขตความรับผิดชอบชัดเจน
12. มีบุคคลที่ทำหน้าที่การประสานงานที่มีความรู้สูงทำหน้าที่โดยเฉพาะ และบุคลากรนั้นจะต้องมีน้ำใจในการให้บริการ (sense of service) สูง อดทน รู้จักแก้ปัญหาต้นตออยู่เสมอ และมีมนุษยสัมพันธ์ดี
13. มีคณะกรรมการอันประกอบด้วยตัวแทนของบุคลากรระดับต่าง ๆ ซึ่งประชุมกันเป็นประจำเป็นการเปิดโอกาสให้ได้พบปะทำความเข้าใจกันในที่ประชุมคณะกรรมการนั้น ๆ อยู่เสมอ
14. เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมงานได้พบปะสังสรรค์กันนอกเวลาปฏิบัติงาน เพื่อสร้างไมตรีสัมพันธ์อันดีต่อกัน เช่น เล่นกีฬาด้วยกัน ทัศนศึกษาร่วมกัน และรับประทานอาหารร่วมกัน เป็นต้น

ปัญหาและอุปสรรคในการประสานงาน ในที่นี้จะกล่าวถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากประเด็นหลัก 4 ประเด็น ดังนี้ (สากล ภูศิริ, 2538 ; นราธร, 2542)

1. ผู้ประสานงาน เกิดจากการที่ผู้ประสานงานขาดความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในงานนั้น มีการกำหนดอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบไม่ชัดเจน ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็น มีเจตคติไม่ดีต่องานและผู้ร่วมงาน มีอุปสรรคจากวัย เพศ และสุขภาพ ขาดการติดตามงานและประเมินผลงาน ขาดเทคนิคการสื่อความหมายที่ดี มีเวลาไม่พอ

วางตนไม่เหมาะสม ขาดมนุษยสัมพันธ์ ขาดการวางแผน ไม่กล้าตัดสินใจ และไม่ไว้วางใจ
ผู้ร่วมงาน

2. ผู้ร่วมงาน เกิดจากการไม่เห็นคุณค่าการทำงานร่วมกัน ขาดความรู้
ความสามารถและประสบการณ์ในงานนั้น ต้องการความสบาย ไม่สนใจหรือเสียสละเพื่อ
ส่วนรวม เห็นประโยชน์ส่วนตัวมากกว่าส่วนรวม มีเจตคติไม่ดีต่องานขาดความรับผิดชอบต่อ
ส่วนรวม ไม่เชื่อใจกัน ขาดเทคนิคการสื่อสารที่ดี ไม่พอใจระบบขององค์การ ขัดแย้งกัน
และไม่ฟังความคิดเห็นใคร

3. กระบวนการทำงาน เกิดจากการไม่มีการตั้งเป้าหมายที่ปฏิบัติได้ มีมือที่สาม
มาแทรกแซงให้แตกแยก บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย ระยะทางการติดต่อห่างไกลกัน
สภาพสิ่งแวดล้อมต่างกัน ขาดขั้นตอนในการทำงาน ขาดการวางแผน ขาดการสื่อสาร
ภายในกลุ่มที่ดี และมีเทคนิควิธีการปฏิบัติงานต่างกัน

4. ผู้บริหาร เกิดจากการขาดการวางแผน ขาดการควบคุมและติดตามผล
ไม่แบ่งงานให้ชัดเจน ก้าวถอยหน้าทีกัน ยึดตนเองเป็นใหญ่ ไม่สนใจปัญหาที่แท้จริง และไม่มี
การวางขั้นตอนของการควบคุมคุณภาพหรือการประเมินผลงาน

ประโยชน์ของการประสานงาน (สากุล ภูศิริ, 2538 ; นราธร, 2542 ; จุมพล
หมิมพานิช, 2543 ; ถันยวัฒน์ รัตนลัก, 2540)

1. ช่วยให้การงานบรรลุเป้าหมายโดยราบรื่นและรวดเร็ว
2. ช่วยประหยัดเวลาในการทำงานให้น้อยลงและสามารถทวีผลผลิตของงานมากขึ้น
3. ช่วยประหยัดเงิน วัสดุ และสิ่งของในการดำเนินงาน
4. ช่วยให้ทุกคนทุกฝ่ายมีความเข้าใจซาบซึ้งถึงนโยบายและวัตถุประสงค์ของ องค์การ
ได้ดียิ่งขึ้น อันจะเป็นอุปกรณ์ให้การบริหารงานประสบผลสำเร็จด้วยดี
5. ป้องกันการซ้ำซ้อนของงาน ลดปัญหา ขจัดความเสี่ยง
6. ลดความขัดแย้งในการทำงาน ระหว่างคนกับคน คนกับหน่วยงาน และหน่วยงาน
กับหน่วยงาน

ในการประสานงาน ทีมงานนับเป็นปัจจัยสำคัญของกระบวนการประสานงาน ซึ่ง
ส่งผลให้การประสานงานเป็นไปในแนวทางที่เรียบร้อย ราบรื่น หรือมีอุปสรรคอย่างไร ดังนั้นจึง
ขอเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมดังนี้

๗
๑๖๒.173

๑ A91 ก

๑

178323

แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม

ความหมายของการทำงานเป็นทีม เคซส์บอม (Kezsbom, 1990) กล่าวว่า ทีม หมายถึง การมอบหมายพิเศษให้กับกลุ่มบุคคลซึ่งมีเป้าหมายร่วมและตระหนักถึงบทบาทที่ต้องพึ่งพากันในการปฏิบัติงาน และทราบว่าจะใช้ความสามารถที่มีอยู่ของแต่ละคนให้สัมพันธ์กันอย่างไร เพื่อรวมพลังกันในส่วนที่จะนำความสำเร็จมาสู่งานที่ได้รับมอบหมาย

ปาร์คเกอร์ (Parker, 1990) กล่าวว่า ทีมเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันและต้องพึ่งพากันเพื่อปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายหรือปฏิบัติงานให้เสร็จสมบูรณ์ คนกลุ่มนี้มีเป้าหมายร่วมกันและยอมรับว่าวิธีเดียวที่จะทำงานให้เสร็จ คือ การทำงานร่วมกัน

วูดคอค และฟรานซิส (Woodcock & Francis, 1994) กล่าวว่า ทีมเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องสัมพันธ์กันเพื่อปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน

เฮย์ และเทปเป่น (Hayes, 1994 ; Tappen, 1995) กล่าวว่า ทีมหมายถึงการทำงานในลักษณะของกลุ่มสมาชิกคงที่ มีเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน มีการทำงานแบบประสานกลมกลืนและต่อเนื่องกัน

ปรียา คงฤทธิศึกษา (2536) กล่าวว่า การทำงานเป็นทีมเป็นการสร้างกลุ่มบุคคลที่ร่วมมือร่วมใจกันปฏิบัติงานตามหน้าที่และความรับผิดชอบเป็นอย่างดี โดยเข้าใจวัตถุประสงค์ขององค์การไปในทิศทางเดียวกัน และสมาชิกในกลุ่มนั้นยอมรับบทบาทของตนเอง เพื่อให้สามารถดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ทิตนา แชนมณี (2537) กล่าวว่าการทำงานเป็นทีม หมายถึง การที่กลุ่มบุคคลเข้ามา ร่วมกันปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกันโดยมีเป้าหมายร่วมกัน และทุกคนในกลุ่มมีบทบาทในการช่วยดำเนินงานของกลุ่ม มีการติดต่อสื่อสาร ประสานงานและตัดสินใจร่วมกัน เพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย เพื่อประโยชน์ร่วมกันของกลุ่ม

เอกชัย กี่สุขพันธ์ (2538) กล่าวว่า การทำงานเป็นทีม คือ การประสานงานที่ดีและสามารถผสมกลมกลืนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ในการทำงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการทำงานร่วมกัน

จากการศึกษานิยามหรือการให้ความหมายเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมสามารถสรุปได้ว่าการทำงานเป็นทีม หมายถึง การที่กลุ่มบุคคลมาร่วมปฏิบัติงานตามหน้าที่และความรับผิดชอบโดยมีวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสาร ประสานงาน ตัดสินใจ ร่วมมือ ร่วมใจกันเพื่อให้งานที่รับผิดชอบนั้น บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

คุณลักษณะของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ (ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541)

การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพมีคุณลักษณะดังนี้ (Pederson & Easton, 1995)

1. มีเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป้าหมายนี้ได้มาจากการตกลงร่วมกันของสมาชิกทั้งหมด และกระทำอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร (Swansburg, 1990 ; Spitzer-Lehmann, 1994)

2. บทบาทและความรับผิดชอบของสมาชิกทีมแต่ละคนจะต้องชัดเจน ไม่คลุมเครือ สมาชิก ทุกคนเข้าใจ

3. สมาชิกทุกคนจะต้องมีความยึดมั่นผูกพันกับงาน มีความมุ่งมั่นและอุทิศตน ทำงานให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Yoder Wise, 1995)

4. สมาชิกทีมมีความเชื่อใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับคุณค่าของบุคคล เคารพนับถือซึ่งกันและกัน มีการยอมรับในความสามารถของบุคคล นำเอาจุดแข็งของแต่ละบุคคลมาทำให้เกิดประโยชน์ในการทำงานกลุ่ม (Vestal, 1995) มีการแบ่งงานกันทำตามความรู้ความสามารถ (Spitzer-Lehman, 1994)

5. ทีมจะต้องได้รับการส่งเสริม สนับสนุนและประคับประคองให้มีบรรยากาศของการทำงานเป็นทีม (Morrison, 1993) โดย

5.1 การสร้างบรรยากาศของความสามัคคี

5.2 มุ่งเน้นเรื่องการทำงานร่วมกัน

5.3 มีการบริหารความขัดแย้งที่ดี โดยการกระตุ้นให้สมาชิกทีมร่วมมือกันแก้ไข ปัญหาข้อขัดแย้ง เมื่อความขัดแย้งได้ถูกแก้ไขโดยกลุ่มจะทำให้ความสัมพันธ์ของทีมแข็งแกร่งขึ้น ความรู้สึกสับสนกลืนงานในการทำงานกลุ่มจะเกิดขึ้น

5.4 มุ่งเน้นที่ประสิทธิภาพของงาน โดยจะต้องทำการสำรวจร่วมกันอย่างต่อเนื่องว่าเป้าหมายของงานบรรลุผลสำเร็จหรือไม่ การประสานงานเป็นไปด้วยความราบรื่นหรือไม่ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีหรือไม่ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ จะแสดงให้เห็นทราบถึงประสิทธิภาพของทีม นอกจากนี้จะต้องกระตุ้นให้สมาชิกทีมร่วมกันให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และทำการทบทวนหรือปรับปรุงแผนเมื่อจำเป็น โดยปกติจะจัดให้มีการประชุมร่วมกันทุก ๆ 1-2 สัปดาห์ (Swansburg, 1990)

6. มีการสื่อสารที่ดี เมื่อทีมเป็นลักษณะของการทำงานร่วมกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการสื่อสารเข้ามาเกี่ยวข้อง จุดประสงค์ของการสื่อสารของทีมคือต้องการให้เกิดความเข้าใจตรงกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ดังนั้นการสื่อสารจะต้องกระทำอย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา ชัดเจน

เข้าใจง่าย เอลลิส และฮาร์เลย์ (Ellis & Hartley, 1995) กล่าวว่า ถ้าปราศจากการสื่อสารที่มีคุณภาพ การทำงานเป็นทีมการพยาบาลก็จะเปลี่ยนไปเป็นการทำงานตามหน้าที่ซึ่งบุคลากรแต่ละคนจะมุ่งเน้นที่การรับผิดชอบงานของตน มิใช่การรับผิดชอบที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล

7. มีกฎระเบียบเป็นแนวทางในการปกครองดูแลพฤติกรรมของสมาชิกทีม ซึ่งสมาชิกทีมทุกคนจะทราบ เข้าใจและยอมรับ (Vestal, 1995)

8. สมาชิกทีมทุกคนมีความเต็มใจที่จะให้ความร่วมมือ
หลักการสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ (ปราชญา กล้าผจญ, 2543)

1. กำหนดวัตถุประสงค์ (objective) ของงานที่ต้องปฏิบัติให้ชัดเจน
2. จัดรูปงานที่ต้องปฏิบัติ (organizing)
3. กำหนดบทบาท ตำแหน่ง หน้าที่ความรับผิดชอบ (role, duty and responsibility)

ของแต่ละบุคคล

4. กำหนดวิธีการปฏิบัติ (procedure)
5. กำหนดระเบียบ กฎเกณฑ์ต่าง ๆ (rule & regulation)
6. ควบคุมงานและกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน (controlling & establishing standard)

7. ติดต่อสื่อสารอย่างชัดเจน
8. เสริมสร้างสัมพันธภาพอันดีต่อกันในการทำงาน (relation building)
9. จัดข้อขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพ (handling conflict effectively)
10. ประเมินผลและวิเคราะห์การบริหาร (evaluation & administrative analysis)

โดยสรุป ทีมงานควรมีความรู้ความสามารถในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2545)

1. มีความเข้าใจแนวคิดแบบองค์รวม ในการประเมินสภาวะสุขภาพ และกำหนดกลวิธีการดำเนินการแก้ไข มีลักษณะประสานงานการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและส่วนที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. มีความสามารถในการประเมินสภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในมิติต่าง ๆ ได้อย่างรอบด้านครอบคลุม และสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้

3. สามารถให้บริการเบื้องต้นทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างผสมผสาน สามารถดูแลผู้รับบริการที่ยังไม่แสดงอาการชัดเจนได้ดี

4. สามารถดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ที่ประยุกต์วิธีการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. สามารถส่งต่อและประสานงานให้กับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม

6. มีทักษะในการสอน ให้ความรู้ และการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. สามารถวางแผนระดับปฏิบัติการ และการประเมินผลเฉพาะในระดับพื้นที่ได้

สรุปจากแนวความคิดการทำงานเป็นทีม จะเห็นได้ว่าทีมงานมีส่วนสำคัญมากในการช่วยให้วัตถุประสงค์ขององค์การบรรลุเป้าหมาย โดยใช้หลักการของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งในการปฏิบัติงานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้นทีมงานจะต้องปฏิบัติงานโดยใช้หลักการประสานงานร่วมกัน การที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลต้องทำงานร่วมกับโรงพยาบาลหน่วยคู่สัญญาหลักที่อยู่ต่างสังกัดกัน การประสานงานจึงอาจมีความซับซ้อน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษารูปแบบการประสานงานด้วยการเข้าไปมีส่วนร่วมและสังเกตการณ์โดยตรงเพื่อให้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง โดยการใช่วิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษา

แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ (นิศา ชูโต, 2540)

1. เป็นการทําวิจัยในสภาพธรรมชาติ (วิธีการวิจัยแบบนี้จึงได้อีกชื่อหนึ่งว่าการวิจัยเชิงธรรมชาติ) ของปัญหาที่เกิดขึ้นจริงโดยไม่มีการจัดกระทำ ควบคุมหรือปรับเปลี่ยนสภาพการณ์ให้ผิดแปลกแตกต่างไปอย่างที่เคยเป็นอยู่

2. ผู้วิจัย ใช้วิธีค้นหา สรุปข้อความจริงด้วยตรรกะแบบอุปนัย (induction) คือ ไม่มีข้อตกลงเบื้องต้นมาก่อนเกี่ยวกับสภาพการณ์ที่เข้าไปศึกษา แต่จะสังเกต เฝ้าดูเหตุการณ์ต่าง ๆ แล้วจึงสร้างสรุปแบบ การสรุปความเข้าใจจากข้อมูล ซึ่งหมายถึงนักวิจัยจะต้องเข้าไปใกล้ชิดกับสภาพปัญหาด้วยตนเอง ทำความรู้จักเป็นส่วนบุคคลโดยตรง ใช้ช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูล

สร้างความสัมพันธ์จนกระทั่งเกิดความไว้วางใจ ยอมเปิดเผยข้อมูลความรู้สึกความลับต่าง ๆ ฯลฯ การเข้าไปใกล้ชิดกับสถานที่ บุคคล และข้อมูลต่าง ๆ จะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างแท้จริงได้

3. มองภาพรวมรอบ ๆ ด้าน (holistic perspective) ผู้วิจัยเน้นการเข้าใจภาพรวมทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นของสภาพสถานการณ์ ความเกี่ยวข้องต่าง ๆ ในบริบท ความซับซ้อนและความแปลกแตกต่างของความคิด ความประพฤติของบุคคล ฯลฯ มิใช่มองศึกษาเป็นส่วน ๆ แยกออกจากกัน แต่จะศึกษาดูแต่ละส่วนในภาพรวมทั้งหมด เพื่อให้เกิดความเข้าใจหน้าที่ของแต่ละส่วนในภาพรวม

4. เน้นข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพ คือ มีข้อมูลรายละเอียดครอบคลุม ครอบคลุม ซึ่งมีทั้งการพรรณนาเกี่ยวกับข้อมูลด้านคุณภาพ (แรงนับไม่ได้) เจาะลึก มีมุมมองด้านต่าง ๆ ของบุคคล การอ้างคำ ภาษาพูดตรงและประสบการณ์ตรงของบุคคลต่าง ๆ ที่ให้ข้อมูล เป็นการใช้ข้อมูลทุกด้านและแง่มุม รวมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณที่นับได้ด้วยเช่นกัน

5. เน้นกระบวนการพลวัต (dynamic) เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงวิวัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเป็นของส่วนบุคคลและวัฒนธรรมส่วนร่วม หรือจากกรณีศึกษาเฉพาะก็ตาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจ “สภาพการณ์” หรือ “กรณี” อย่างลึกซึ้ง

6. เน้นเกี่ยวกับบริบท (contextual) จาก สถานที่ เวลา แง่มุมทางประวัติศาสตร์ ฯลฯ เป็นผลสืบเนื่องไปยังความหมาย การตีความเกี่ยวกับความ “จริง” ดังนั้นจึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับบริบทอื่นที่แตกต่างกัน

7. เน้นความจริง ความแตกต่างเฉพาะเรื่อง เฉพาะกรณีที่ศึกษาเกี่ยวกับรายละเอียดที่เป็นพิเศษของสิ่งศึกษา ซึ่งอาจจะวิเคราะห์ผลร่วมได้ถ้ามีการศึกษาหลาย ๆ แหล่งและหลายกรณี (multiple-site, multiple-case)

8. คุณภาพของผู้วิจัย คือ นักวิจัยต้องมีความสามารถ ความชำนาญในการเก็บข้อมูล มีประสบการณ์และมุมมองที่ปราศจากอคติ รวมทั้งการสร้างความรู้สึกร่วมและการเกิดการเรียนรู้ มีความละเอียดอ่อนในการวิเคราะห์ บูรณาการผสมผสานแนวคิด ทฤษฎี และจินตนาการที่ก้าวไกลมากไปกว่าโลกส่วนตัวของนักวิจัย เพราะนักวิจัยเป็นเครื่องมือในการวิจัย ดังนั้นคุณภาพของการวิจัยย่อมขึ้นกับคุณภาพของนักวิจัยโดยตรง

9. เน้นเรื่องความรู้สึกร่วม ความเข้าใจ (empathy and insight) ความรู้สึกร่วมคือการที่ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ให้ข้อมูล จนกระทั่งเกิดความเข้าใจสภาพความรู้ ประสบการณ์ และมุมมองของผู้ให้ข้อมูล เข้าใจคำอธิบายความหมายและโลกของผู้ให้ข้อมูลได้

10. **วิธีการวิจัยมีความยืดหยุ่น** วิธีการวิจัยมีความยืดหยุ่นนั้นมิได้หมายความว่าไม่มีการวางแผน นักวิจัยอาจวางแผนไว้ว่าจะเข้าไปในสนามวิจัยเมื่อไร สัมภาษณ์ สังเกตเวลาใด แต่เมื่อเข้าไปจริง ๆ แล้วพบปัญหาที่ต้องแก้ไข ปรับแผน ใช้วิธีการหาข้อมูลหลาย ๆ วิธีจนกว่าจะได้ข้อมูลที่มีความหมายนั่นเอง

หลักและวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539)

1. หลักจริยธรรมของนักวิจัย

1.1 ปราศจากความลำเอียง (bias) ถ้านักวิจัยมีความลำเอียงแล้ว ย่อมเป็นการเข้าข้างหรือสนับสนุนความคิดของตน โดยไม่มีหลักฐานสนับสนุนย่อมจะทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความผิดพลาดได้ง่าย

1.2 ปราศจากการเลือกปฏิบัติ (discrimination) แม้ว่าชุมชนนั้นจะมีวัฒนธรรมที่แตกต่างจากวัฒนธรรมของนักวิจัยไม่ได้หมายความว่า ชุมชนนั้นมีความสามารถแตกต่างกัน การเลือกปฏิบัติไม่ว่าจะกระทำสิ่งใดกับชุมชน ถือว่าเป็นความอยุติธรรมซึ่งในหลักการของสังคมประชาธิปไตยถือหลักเท่าเทียมกัน ดังนั้นนักวิจัยที่ติดต่อกับชุมชนโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ ย่อมจะส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์อย่างมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

1.3 ปราศจากความเดียดฉันท์ (prejudice) ความเดียดฉันท์เป็นท่าทีทางอารมณ์ที่แสดงออกในลักษณะที่ไม่ชอบหรือไม่เห็นชอบ ซึ่งอาจจะเกิดจากประสบการณ์ทางวัฒนธรรมของเดิม ซึ่งนักวิจัยที่มีความเดียดฉันท์ถ้าได้เข้าไปศึกษาชุมชนเป็นระยะเวลานาน ย่อมจะส่งผลให้การวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลไม่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง

1.4 ปราศจากคติถือชาติพันธุ์เป็นเกณฑ์ (ethnocentrism) ถ้านักวิจัยมีทัศนคติที่ถือว่ากลุ่มของตนอยู่เหนือกลุ่มอื่น ๆ ย่อมจะมีความรู้สึกดูหมิ่นบุคคลภายนอกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงควรจะต้องมีจิตใจเป็นกลาง โดยไม่มีการนึกถึงกลุ่มของตน เป็นเกณฑ์

1.5 เคารพสิทธิมนุษยชน (human right) นักวิจัยควรจะต้องมีความเคารพชุมชนในฐานะที่มีสิทธิมนุษยชนกันทุกคน เนื่องจากมนุษย์ทุกชาติทุกภาษาและชุมชน มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การเรียนรู้และความเข้าใจระหว่างกันมากยิ่งขึ้น

1.6 เข้าใจความสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม (cultural relativity) นักวิจัยควรจะต้องเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมของชุมชนนั้น กล่าวคือ วัฒนธรรมของชุมชนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของชุมชนนั้น ซึ่งต่างมีวัฒนธรรมเฉพาะของตนไม่สามารถเปรียบเทียบวัฒนธรรมใดดีกว่าหรือสูงกว่ากัน

2. หลักการกำหนดความเป็นมาของปัญหาการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยชุมชนหนึ่ง ๆ นักวิจัยจะต้องมีความสนใจที่เกิดจากภูมิหลังของปรากฏการณ์ทางสังคม ในการวิจัยชุมชนนั้น ๆ หลักสำคัญที่จะกำหนดความเป็นมาของปัญหาการวิจัยมีดังนี้

2.1 นักวิจัยจะต้องมีความสนใจและเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคมของชุมชนนั้นเป็นอย่างดี

2.2 นักวิจัยจะต้องอธิบายความเป็นมาของปัญหาการวิจัย (research problem) ได้อย่างละเอียด ตามที่นักวิจัยมีความสนใจปรากฏการณ์ทางสังคมนั้น

2.3 นักวิจัยจะต้องสามารถทราบประเด็นปัญหาที่จะวิจัย (research questions) ได้อย่างเด่นชัดจากความเป็นมาของปัญหาการวิจัยนั้น

2.4 นักวิจัยจะต้องเขียนวัตถุประสงค์การวิจัยได้อย่างตรงประเด็นคำถามการวิจัยดังกล่าว

2.5 นักวิจัยจะต้องทราบประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งอาจจะเป็นการแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับชุมชนหรือเป็นการประยุกต์ใช้ในโอกาสต่อไป

3. หลักการเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมาย

3.1 จำนวนกลุ่มประชากรควรมีจำนวนไม่มากนัก นักวิจัยสามารถศึกษาได้อย่างใกล้ชิด

3.2 คุณสมบัติของลักษณะประชากรมีความเป็นแบบเดียวกัน (homogeneity) ซึ่งสมาชิกของประชากรแสดงลักษณะทางชีวภาพหรือวัฒนธรรมที่เหมือนกันอย่างเด่นชัด เช่น ภาษา วัฒนธรรม ตลอดจนชนบทร่วมประเพณี คุณสมบัติของประชากรดังกล่าวย่อมจะทำให้ นักวิจัยสามารถศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพอย่างลึกซึ้ง และได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้

3.3 ประชากรที่นักวิจัยต้องการวิจัย ควรจะสอดคล้องกับเรื่องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4. หลักการเลือกแหล่งที่จะวิจัย

นักวิจัยที่จะเลือกชุมชนเพื่อจะเป็นแหล่งที่จะวิจัย ควรจะสอดคล้องกับการเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

4.1 แหล่งที่จะวิจัยควรจะเป็นชุมชนขนาดเล็ก ซึ่งจะสอดคล้องกับจำนวนประชากรซึ่งไม่มากนัก

4.2 ถ้าหากเป็นชุมชนขนาดใหญ่ ควรจะต้องพิจารณาถึงความเข้มข้นในความเป็นชุมชน เช่น การยึดถือขนบธรรมเนียมประเพณีเดียวกัน เป็นต้น

4.3 ถ้าหากเป็นชุมชนที่มีลักษณะการดำรงวัฒนธรรมเดิมอย่างเคร่งครัดหลายชุมชน ควรจะเลือกชุมชนที่เก่าแก่ที่สุด

4.4 ถ้าต้องการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของชุมชนที่ได้ปรับตัวเข้ากับกระแสของโลกาภิวัตน์ ควรจะเลือกชุมชนที่ภายในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย ทั้งนี้เพื่อจะได้ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะกระบวนการปรับตัวในด้านต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

4.5 ถ้าหากต้องการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของหลายกลุ่มคนในชุมชนเดียวกัน สามารถเลือกชุมชนได้ตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้

4.6 การเลือกชุมชนที่จะศึกษาใด ๆ ควรจะต้องพิจารณาจากวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นสำคัญ

4.7 การเลือกชุมชนยังขึ้นอยู่กับความยินยอมของชนชุมชนที่อนุญาตให้นักวิจัยเข้าไปศึกษาได้ด้วยใจเต็มใจ

5. หลักการอยู่ในแหล่งที่จะศึกษา

ความเชื่อถือได้ของข้อมูลจากการวิจัยนั้น ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่นักวิจัยอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ การที่นักวิจัยและผู้ถูกวิจัยจะเกิดความไว้วางใจเชื่อใจจนสามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมกับเรื่องที่วิจัยตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้นั้น จะต้องอาศัยอยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลาหนึ่ง เช่น 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี เป็นต้น

การที่จะอยู่อาศัยอยู่ในชุมชนมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับข้อเสนอนี้ดังต่อไปนี้

5.1 ถ้าหากชุมชนที่ศึกษามีความต่างวัฒนธรรมกับนักวิจัย จะต้องเข้าศึกษาอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี หรือมากกว่า ทั้งนี้เนื่องจากนักวิจัยต้องศึกษาภาษาวัฒนธรรม และประเพณีอย่างเคร่งครัด จึงจะสามารถ เข้าถึงข้อมูลที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้

5.2 ถ้าหากชุมชนที่ศึกษามีความเหมือนกับวัฒนธรรมของนักวิจัย การเข้าไปศึกษาอยู่ในชุมชนมีระยะเวลาแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และงบประมาณการวิจัยมากน้อยเพียงใด โดยระยะเวลาที่ศึกษาอาจจะแปรผันตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไปจนถึง 1 ปี

5.3 ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชนอาจจะแตกต่างกันตามระเบียบวิธีการวิจัยของนักวิจัยที่ได้กำหนดขึ้นเพื่อที่จะได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุด

6. หลักการเข้าไปศึกษา

นักวิจัยที่จะเข้าไปศึกษาชุมชนจะต้องคำนึงถึงบทบาทที่จะอาศัยอยู่ในชุมชน โดยเลือกบทบาทต่าง ๆ ตามความเหมาะสมกับเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ทางชุมชนนั้น ซึ่งนักวิจัยอาจเลือกบทบาทหนึ่งหรือหลายบทบาทก็ได้ โกลด์ (Gold, 1958) ได้กล่าวถึงบทบาทของนักวิจัยที่จะเข้าไปสังเกตการณ์เก็บข้อมูลในชุมชนมี 4 บทบาทตามลำดับดังนี้

6.1 ผู้มีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ (complete participant) บทบาทในลักษณะนี้ก็คือ นักวิจัยจะเข้าไปศึกษาและมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยไม่ได้บอกวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของการทำวิจัย จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ จนทำให้เข้าใจวิถีชีวิตของชุมชนอย่างละเอียด โดยมีข้อสมมติว่า ถ้าหากชุมชนทราบวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย อาจจะไม่ให้ข้อมูลที่แท้จริงได้

6.2 ผู้มีส่วนร่วมเป็นผู้สังเกตการณ์ (participant-as-observer) บทบาทนี้ต่างกับ ข้อแรกก็คือ ประชากรในชุมชนรู้ว่ามาศึกษาวิจัยเรื่องอะไร ทำให้นักวิจัยและประชากรในชุมชนมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี นักวิจัยจะมีส่วนร่วมในเหตุการณ์หรือพิธีกรรมต่าง ๆ พยายามสังเกตพฤติกรรมในด้านวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชน บทบาทนี้เป็นที่นิยมกันมากในวิธีการของการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด

6.3 ผู้สังเกตการณ์เป็นผู้มีส่วนร่วม (observer-as-participant) บทบาทนี้คล้ายกับ บทบาท ผู้มีส่วนร่วมเป็นผู้สังเกตการณ์ เนื่องจากนักวิจัยจะบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ ประชากรในชุมชนได้ทราบ เพียงแต่นักวิจัยเข้าไปศึกษาวิจัยชุมชนในระยะเวลายาว เช่น การสำรวจ วิจัยโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งเข้าไปเก็บข้อมูลในชุมชน และมีส่วนร่วมในระยะเวลายาวนานนัก

6.4 ผู้สังเกตการณ์อย่างสมบูรณ์ (complete observer) บทบาทของนักวิจัยที่จะ เข้าไปสังเกตการณ์ของประชากรในชุมชน โดยประชากรในชุมชนไม่ทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพราะมีข้อสมมติว่าถ้าประชากรทราบวัตถุประสงค์การวิจัย อาจจะไม่ให้ข้อเสนอตาม ความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้ อาจจะไม่น่าเชื่อถือ

7. หลักการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะที่นักวิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลในชุมชน สามารถแบ่งได้ 2 ประเภทกล่าวคือ

7.1 นักวิจัยจะเข้าไปศึกษาชุมชนแบบผู้ถูกวิจัยไม่มีส่วนร่วมวิจัย (non-participatory research) จะมีเทคนิคการเก็บข้อมูลดังนี้

7.1.1 การสังเกตการณ์โดยตรง นักวิจัยเป็นผู้สังเกตการณ์อย่างใกล้ชิดโดยตรง แบบนี้ นักวิจัยสามารถอธิบายปรากฏการณ์หรือพฤติกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเอง แต่พฤติกรรม บางอย่างก็ไม้อาจจะอธิบายได้ด้วยตนเอง

7.1.2 การมีส่วนร่วมโดยตรง นักวิจัยจะต้องเข้าไปร่วมในเหตุการณ์ทุกอย่างที่เกิดขึ้นในชุมชนและจะเข้าร่วมกระทำกิจกรรมทางวิจัย ซึ่งจะทำให้นักวิจัยเกิดความประทับใจ เข้าใจ และสามารถอธิบายพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตได้เป็นอย่างดีพอ ๆ กับผู้ที่อาศัยในชุมชนนั้น

7.1.3 การสัมภาษณ์ นักวิจัยจะพูดคุยไต่ถามเรื่องราวต่าง ๆ ที่ต้องการวิจัยและ หารายละเอียดเพิ่มเติมการสัมภาษณ์ ซึ่งมีตั้งแต่การสัมภาษณ์แบบธรรมดาจนถึงการสัมภาษณ์

อย่างลึกซึ้ง (in-depth interview) และการสัมภาษณ์ตามแนวทางการสัมภาษณ์ (interview guide) นอกจากนี้การสัมภาษณ์บุคคลสำคัญ (key informants) เช่น ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อาวุโส ผู้นำของชุมชน ฯลฯ มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะให้เข้าใจข้อมูลมากยิ่งขึ้น เนื่องจากนักวิจัยได้เข้าไป ใกล้ชิดกับประชากรในชุมชนเป็นเวลานาน ทำให้มีความสัมพันธ์และความสนิทสนมกันมากขึ้น

7.1.4 แบบสอบถาม นักวิจัยสามารถสร้างแบบสอบถามเพื่อใช้ประกอบการศึกษา วิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีข้อสมมติว่าเมื่อนักวิจัยได้เข้าไปศึกษาวิจัยในชุมชนเป็นระยะเวลา นานพอสมควรแล้ว ก็จะมี ความสนิทสนมคุ้นเคยกับประชากรในชุมชนนั้น ทำให้การตอบแบบสอบถามน่าเชื่อถือได้

7.1.5 การหาเอกสารต่าง ๆ นักวิจัยสามารถหาข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นเอกสารที่ผู้อื่น ได้ทำไว้แล้ว เช่น ข้อมูลจากทะเบียนบ้าน ประวัติหมู่บ้าน และประวัติวัด เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ นักวิจัย ไม่ต้องเสียเวลาซักถาม เพราะได้มีหลักฐานบันทึกไว้แล้ว

7.1.6 การจดบันทึกสนาม (field notes) นักวิจัยต้องจดรวบรวมข้อมูลจากการได้ ไปสังเกตการณ์ การมีส่วนร่วมการสัมภาษณ์ในแต่ละวันเพื่อมิให้ลืม นักวิจัยสามารถจดบันทึก ภายหลังจากเหตุการณ์ต่าง ๆ เหล่านั้น การใช้เทปอัดบันทึกเสียงก็ถือว่าเป็นการบันทึกข้อความ ต่าง ๆ ได้สมบูรณ์ด้วย การจดบันทึกสนามนี้มีประโยชน์อย่างมาก เพราะข้อมูลต่าง ๆ จะนำมา ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

7.1.7 วิธีอื่น ๆ การศึกษาชีวิตประวัติบุคคล การใช้เทปบันทึกเสียงวิดีโอบันทึกภาพ รูปถ่าย และอื่น ๆ เป็นเทคนิควิธีการเก็บข้อมูลที่มีประโยชน์อย่างหนึ่ง ซึ่งสามารถนำไปประกอบ การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

7.2 นักวิจัยจะเข้าไปศึกษาชุมชนแบบผู้ถูกวิจัยมีส่วนร่วมวิจัย (participatory research) จะมีเทคนิคการเก็บข้อมูลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และจะมีเทคนิคบางประการ ดังนี้ (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2537, 2538)

7.2.1 นักวิจัยจะต้องฝึกหัดผู้ถูกวิจัยจำนวนหนึ่งที่สนใจได้ทราบเทคนิคการเก็บ ข้อมูลต่าง ๆ บางครั้งก็ต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร จึงจะทำให้ผู้ถูกวิจัยเข้าใจกระบวนการเก็บ ข้อมูลภาคสนาม

7.2.2 หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย นักวิจัยและผู้ถูกวิจัยจะต้องประชุมชุมชน เพื่อ รายงานผลการวิจัยต่อชุมชน โดยชุมชนจะตรวจสอบข้อมูลอีกครั้งหนึ่งเพื่อความเชื่อถือได้ ของข้อมูล

8. หลักการประมวลผล

ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยคุณภาพในชุมชนนี้ สามารถจะเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จากบุคคลต่าง ๆ ข้อมูลเอกสาร ข้อมูลที่ได้จากการเตรียมบันทึกประจำวันและข้อมูลที่อาจจะถูกบันทึกลงในเทป หรือบางครั้งนักวิจัยอาจจะเก็บข้อมูลเชิงปริมาณบ้างข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้ จำเป็นต้องมีการประมวลผลด้วยลักษณะที่เป็นเนื้อหาสาระมีความหมายโดยพยายามที่จะตอบคำถามที่ได้ตั้งไว้ให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

เนื่องจากการเป็นการศึกษาเฉพาะกรณี การประมวลผลจึงเน้นที่ประชากรกลุ่มเดียวในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ๆ และเน้นที่เหตุการณ์หรือประสบการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะ ตลอดจนเรื่องอื่น ๆ ที่จะตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้

9. หลักการวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีการเข้าสู่ปัญหาหรือการวิเคราะห์ (approach) นั้น เพลโต (Pelto, 1970) ได้แบ่งไว้

2 แบบ คือ

9.1 Etic approach การเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคม โดยการมองจากภายนอก หมายถึง นักวิจัยมักจะเข้าใจหรืออธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากแนวความคิดและทฤษฎีของตน จึงเป็นการมองปัญหาหรือเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคมของชุมชนที่เกิดขึ้นจากสายตาของบุคคลนอกชุมชน

9.2 Emic approach การเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคม โดยการมองจากภายใน หมายถึง นักวิจัยจะพยายามเข้าใจหรืออธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากสายตาของบุคคลที่อยู่ในชุมชนนั้น ๆ โดยไม่พยายามที่จะเอาแนวความคิดหรือทฤษฎีของคนเข้าไปตีความหรือวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางสังคมในชุมชน

นักวิจัยเชิงคุณภาพนิยมการเข้าสู่ปัญหาและการวิเคราะห์โดยใช้วิธีการของ Emic ส่วนการใช้วิธีการของ Etic นั้นโดยมากนักวิจัยเชิงปริมาณจะใช้มาก วิธีการเข้าสู่ปัญหาด้านวิธีการของ Emic นี้มีประโยชน์อย่างมาก จึงสามารถจะวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในสายตาของชุมชนได้อย่างลึกซึ้ง

นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพมักจะใช้การบรรยายหรือการพรรณนารายละเอียดต่าง ๆ ให้มากที่สุดจากการรวบรวมข้อมูล ซึ่งนักวิจัยได้อยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลานาน การวิเคราะห์ด้วยสถิติอาจมีบ้างตามความเหมาะสม ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลอาจจะนำเอาทฤษฎีหรือแนวคิดมาวิเคราะห์ให้เกิดความเข้าใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับนักวิจัยว่ามีพื้นฐานความรู้ทางวิชาการหรือทฤษฎีใดบ้าง

การที่ได้อยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลานาน ได้พบเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ทางสังคมที่ตนได้ศึกษาอย่างสม่ำเสมอ หรือเหตุการณ์พิเศษในบางครั้ง เป็นเรื่องที่แสดงลักษณะที่นักวิจัยได้เห็นภาพรวม ทำให้สามารถนำมาบูรณาการรวมหน่วย (integration) ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้

10. หลักการเขียนรายงาน

การเขียนรายงานการวิจัยชุมชนเป็นกระบวนการขั้นสุดท้ายที่จะนำผลการวิจัยเขียนเป็นรายงานสรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของนักวิจัยที่ได้กำหนดไว้ หลักการเขียนรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพจะต้องเป็นการบรรยายหรือพรรณนาให้มีเหตุผลต่อเนื่องซึ่งกันและกัน มีการนำเสนอรูปแบบต่าง ๆ เช่น ตารางสรุป แผนภูมิ แผนภาพ รูปภาพ แผนที่ และอื่น ๆ เพื่อประกอบการเขียนรายงานมีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

จากแนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดดังกล่าว ในการศึกษาถึง การประสานงานของทีมงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการทำงานร่วมกันของทีมงาน ในโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักที่อยู่ต่างสังกัดกัน การเข้าไปศึกษารูปแบบวัฒนธรรมองค์กรและ สังเกตการปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมจะทำให้ทราบถึงรูปแบบการ ประสานงานของทีมงานที่อยู่ต่างสังกัดกัน อันจะเป็นประโยชน์ในการสร้างแนวทางการ ประสานงานของทีมงานในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและสามารถใช้ อ้างอิงไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ได้ต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยภายในประเทศ อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ (2540) ศึกษาถึง

ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพกลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุขระดับต้นในชุมชนในสองทศวรรษหน้า โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกมิติที่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และประชุมกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่าการจัดบริการระดับต้นในอนาคต อาจมีได้ 3 ระบบ คือ 1) มีการจัดการน้อย ระบบนี้ ผู้รับบริการ มีอิสระเต็มที่ที่จะเลือกรับบริการที่ไหนก็ได้ ระบบบริการจะมีหลากหลายรูปแบบและหลากหลายเจ้าของ ดังเช่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบันโดยเฉพาะในเขตเมือง ซึ่งเครือข่ายสถานบริการ และระบบส่งต่อไม่เข้มแข็ง 2) มีการจัดการปานกลาง ระบบนี้ผู้รับบริการจะมีอิสระลดลงในการเลือกรับบริการ แต่ก็ยังมีสิทธิเลือกพอสมควร ระบบบริการมีรูปแบบที่หลากหลายน้อยลง เจ้าของระบบบริการลดน้อยลง และมีลักษณะเชื่อมโยง เป็นเครือข่ายมากขึ้น ระบบส่งต่อเข้มแข็งขึ้น 3) มีการจัดการสูงมาก ระบบนี้ผู้รับบริการจะมีทางเลือกน้อยลง มีการจัดการในการรับบริการสูง ระบบบริการมีรูปแบบและเจ้าของน้อย แต่มีความเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายสูงมาก ระบบส่งต่อ

เข้มแข็งมากในระบบนี้โรงพยาบาลโดยทั่วไปจะไม่มีแผนกผู้ป่วยนอก แต่จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาเท่านั้น

ในอนาคตบุคลากรสาธารณสุขจะต้องให้บริการสาธารณสุขผสมผสานที่ครบถ้วนมีความต่อเนื่อง และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับครอบครัวและชุมชน โดยต้องมีขีดความสามารถหลากหลายอย่างน้อย 7 ประการ ได้แก่ ทักษะในการใช้ภาษาสากลการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมีความรู้คู่คุณธรรม รู้ทั้งลึกและกว้าง มีทักษะในการเรียนรู้ตลอดชีวิต มีทักษะในการบริหารจัดการและสร้างคุณค่านิยมร่วมกันในหมู่คณะได้ มีความรู้ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ มีความสามารถปฏิบัติงานได้หลายด้าน (polyvalent) และควรมีการศึกษาพื้นฐานอย่างต่ำระดับปริญญาตรี

สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ (2542) ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอจังหวัดชุมพร โดยข้อมูลเชิงปริมาณสำรวจโดยใช้แบบสอบถามคณะกรรมการสาธารณสุขระดับอำเภอในจังหวัดชุมพร 111 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ประธาน รองประธาน และเลขานุการ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอ จำนวน 16 คน ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของคปสอ. ยังไม่ได้มีการทำงานเป็นทีมอย่างแท้จริง กล่าวคือ กรรมการไม่มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการทำงานตามนโยบายมากกว่า ไม่ได้ทำงานในเชิงคุณภาพตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และยังมีปัญหาเกี่ยวกับเวลาการทำงานของโรงพยาบาลซึ่งมีงานรักษาพยาบาลมาก ทำให้มีเวลาน้อยสำหรับการนิเทศ อีกทั้งการประชุมก็ไม่สม่ำเสมอ และพบว่ามีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานคือ

1. มีการประชุมไปแล้วไม่สามารถทำตามบทบาทได้เนื่องจากไม่มีการแบ่งหน้าที่ของกรรมการ ให้มาคิดร่วมกันทำงานในเชิงคุณภาพ มีการประชุมวางแผนอย่างเดียว ถ้ามีการแบ่งหน้าที่ชัดเจน ทำได้บทบาทของสมาชิกจะดีขึ้น และต้องมีการทำงานเป็นทีมอย่างแท้จริง
2. มีการกำหนดแผนการนิเทศงานและพยายามทำตามแผนงานที่วางไว้ แต่เมื่อถึงกำหนดแล้วมักไม่พร้อมกันและไม่สามารถทำตามแผนได้ ไม่ได้ตามเป้าหมาย เพราะความไม่พร้อมกันของทีมงานเนื่องจากภารกิจอื่นที่เร่งด่วนแทรกเข้ามา บางครั้งจะมอบหมายคนแทนก็ไม่ได้

ปรีชา เจียมพิริยะ (2543) ศึกษาการประเมินผลระบบข้อมูลกิจกรรมบริการปฐมภูมิของศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยศึกษาศูนย์แพทย์ชุมชน 1 (วัดอินทาราม) ด้วยการสังเกต การทำงานระบบข้อมูล สัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสนทนากลุ่ม พบว่ารูปแบบการให้บริการของศูนย์บริการแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ภายในสถานบริการ ซึ่งจะมีการให้บริการ

ครอบคลุม 4 มิติ และภายนอกสถานบริการ จะมีการเยี่ยมบ้านและเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล โดยมีการให้บริการเป็นทีม และเจ้าหน้าที่ทุกคนจะสามารถให้บริการแทนกันได้เกือบทุกจุด ยกเว้น จุดตรวจโรค จะต้องเป็นแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม เวชปฏิบัติเท่านั้นที่ทำการรักษาให้

ทัศนีย์ จันทรสุนทร (2543) ศึกษาการประเมินผลการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ในจังหวัดยโสธร โดยศึกษาระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนการบริการขั้นปฐมภูมิด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการสอบถามจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในจังหวัดยโสธรจำนวน 103 คน ในสถานีอนามัย 110 แห่ง และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกต เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 8 คน ในสถานีอนามัย 3 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการมีความสัมพันธ์กับชุมชนตามแนวคิดของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรุ่นเก่าจะชอบการเยี่ยมบ้าน ด้วยเหตุว่างานที่ออกไปชุมชนเป็นงานที่เคยทำเป็นปกติมาก่อน สำหรับเจ้าหน้าที่รุ่นใหม่จะชอบงานที่ตั่งรับ อยู่ในสำนักงาน ไม่ชอบออกไปชุมชน เพราะทำให้เหนื่อยมากขึ้น แดดร้อน บางแห่งไม่มีเวลาเยี่ยมบ้าน เยี่ยมชุมชนมากนักเพราะเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ จึงให้บริการหลักอยู่ที่สถานีอนามัย จะออกไปชุมชนเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ สำหรับการเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจะไปเมื่อโรงพยาบาลวิทยุมายบอกว่ามีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนอยู่ไปรักษาที่โรงพยาบาล ก็จะออกไปเยี่ยมวันนั้น ทำให้แผนที่จะเยี่ยมบ้านต้องเลื่อนไป ส่วนปัญหาในการดำเนินการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลในเครือข่าย พบว่าไม่ค่อยมีปัญหาเพราะผู้ป่วยข้ามชั้นตอน ไปรับบริการที่โรงพยาบาลเลย และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองโดยไม่ผ่านสถานีอนามัยที่ระบุไว้

พรรณิยา ไสร์จรรรมกุล (2543) ศึกษาความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน โดยสำรวจความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานสังกัดสาธารณสุขอำเภอในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชน 24 แห่ง ทั่วประเทศจำนวน 739 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานสังกัด สสอ. มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญต่อการประสานงานทุกด้านไม่แตกต่างกัน ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับการประสานงานในสภาพเป็นจริงด้านบริหาร บริการ และวิชาการไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านการมีส่วนร่วม ซึ่งผู้ปฏิบัติงานเห็นว่า มีการประสานงานในสภาพเป็นจริงค่อนข้างน้อย โดยผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงานมากที่สุด ในด้านการบริการ และน้อยที่สุดในด้านการมีส่วนร่วม พบปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการประสานงานคือ ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานขาดความเข้าใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน

ระบบการประสานงานไม่สะดวก เครื่องคิด ไม่มีความยืดหยุ่น เช่น ประสานงานต้องผ่าน กรรมการ คปสอ.อย่างเดียว ไม่มีประสานกันโดยตรงระหว่างฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องกัน ขาดการประชุมชี้แจงให้เข้าใจเป้าหมายและแนวทางร่วมกัน และมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา และปรับปรุงการประสานงานว่า ควรเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างหน่วยงาน เช่น จัดกิจกรรม ร่วมกัน แนะนำเจ้าหน้าที่ใหม่ มีการพัฒนาทีมแกนนำ / คปสอ. เป็นองค์กรกลางที่มีการบริหารจัดการที่เข้มแข็ง มีการประชุมชี้แจงข่าวสาร แนวทางการทำงาน ทั้งสถานีนอกราชการและ โรงพยาบาลชุมชนให้เป็นแนวทางเดียวกัน ปรับระบบการประสานงานให้ยืดหยุ่น มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงเป็นทีมเดียวกัน และพัฒนาผู้บริหารให้มีความรู้ ความสามารถด้านการบริหาร

ชาติรี บานชื่น (2545 ข) ศึกษาทางเลือกเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาเครือข่ายสถานบริการ สุขภาพ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการวิเคราะห์สถานการณ์การเงิน ปีงบประมาณ 2545 ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการศึกษาพบว่า มีประมาณการรายรับรวมต่อรายจ่าย รวมของค่าแรง ตั้งแต่มากกว่า 3 เท่า ถึงน้อยกว่า 1 เท่า โดยจำแนกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่ม A มี ประมาณการรายรับโดยรวมมากกว่ารายจ่ายค่าแรงมากกว่า 3 เท่า เป็นกลุ่มที่มีภาระงานมากที่สุด แต่ทรัพยากรด้านบุคลากรน้อย กลุ่ม B มีประมาณการรายรับโดยรวม มากกว่ารายจ่าย ค่าแรง 2-3 เท่า เป็นกลุ่มที่มีภาระงานมากและมีทรัพยากรด้านบุคลากรค่อนข้างน้อย กลุ่ม C มี ประมาณการรายรับโดยรวมมากกว่ารายจ่ายค่าแรง 1.5-2 เท่า เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนของภาระงาน ต่อทรัพยากรด้านบุคลากรในเกณฑ์ปกติหรือมีบุคลากรมากกว่าภาระงานบ้างแต่ไม่เป็นปัญหา มากนัก กลุ่ม D มีประมาณการรายรับโดยรวมต่อรายจ่ายค่าแรงน้อยกว่า 1 เท่า ถึง 1.5 เท่า เป็น กลุ่มที่มีบุคลากรมากเมื่อเทียบกับภาระงาน โดยที่อาจจะมีปัญหาในการจ่ายเงินเดือน และค่า ตอบแทนให้กับเจ้าหน้าที่พบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะอยู่ในกลุ่ม C และ D เป็นส่วนมาก ส่วนโรงพยาบาลชุมชนจะอยู่ในกลุ่ม A และ B มากกว่า

มีการเสนอแนวคิดที่ผู้บริหารโรงพยาบาล จำเป็นต้องปรับกระบวนการคิดและการนำ องค์กรเพื่อให้เปลี่ยนแปลง 4 ประการคือ 1) เปลี่ยนแนวคิดจากการยึดความครบถ้วนของงาน บริการต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลเคยมี เป็นยึดความต้องการของประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นสำคัญ 2) เปลี่ยนความคิดของบุคลากร จากความยึดมั่นในความมั่นคงของตำแหน่งหรืองานที่เคยเป็นอยู่ เป็นความยึดมั่นในผลงานที่จะเพิ่มพูนรายได้ หรือคุณค่าให้กับโรงพยาบาล 3) พัฒนาแนวคิดของ บุคลากร จากเพียงการพยายามทำงานที่มีอยู่ในปัจจุบันให้ดีที่สุดเท่านั้นยังไม่เพียงพอ จำเป็นต้อง ร่วมกันคิดเพื่อปรับกลยุทธ์ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพื่อหาจุดยืน ภารกิจ และกิจกรรมที่

เหมาะสมสำหรับประชาชน ในชุมชนที่รับผิดชอบ ซึ่งต้องประสานความคิดและความต้องการในระดับจังหวัดและระดับเขต นั่นคือ การแบ่งงาน หน้าที่ ความรับผิดชอบของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพใน ภาพรวม 4) ปรับแนวคิดในการบริหารจัดการทั้งในสถานพยาบาลทุกแห่ง แต่ละระดับตั้งแต่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และปรับการบริหารจัดการในจังหวัดและภายในเขต เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยลดบริการที่ไม่จำเป็น และเพิ่มบริการที่จำเป็น รวมบริการที่อาจจะซ้ำซ้อน ลดคนในบางจุด เพิ่มประสิทธิภาพบุคลากรและรวมคนในบางจุด

ไชยา มาแจ้ง และคณะ (2544) ศึกษาความรู้ความคิดเห็นและการประสานงานของหัวหน้าสถานีอนามัยในการดำเนินงานสาธารณสุข ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล โดยการสำรวจความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่าง 664 คนใน 14 จังหวัด ครอบคลุมทุกภาคทั่วประเทศ ผลการวิจัยพบว่าหัวหน้าสถานีอนามัยส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานสาธารณสุข และบทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุขของ อบต. อยู่ในเกณฑ์ที่ควรปรับปรุง ส่วนของความคิดเห็นพบว่า ยังไม่เห็นด้วยต่อการดำเนินงานสาธารณสุขร่วมกับ อบต. มีการประสานงานในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขร่วมกับ อบต. อยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 60 ของกิจกรรมในส่วนของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าประสบการณ์ในการทำงานกับสภาตำบล การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับ อบต. การอยู่ในพื้นที่ของ อบต. ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และการที่ อบต. มีการออกข้อบังคับตำบลด้านสาธารณสุขมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรู้ความคิดเห็นและการประสานงานของหัวหน้าสถานีอนามัยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ภูษิต ประครองสาย และคณะ (2545) ศึกษาการปรับตัวของสถานพยาบาลภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดจันทบุรี โดยศึกษาข้อมูลด้านทรัพยากรและการเงินที่มีอยู่ในระบบหน่วยงานปกติ รวมกับข้อมูลที่ได้จากสำรวจของสถานพยาบาลทุกแห่งในช่วงระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2544 มาทำการวิเคราะห์แบบแผนรายรับ-รายจ่ายเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณปี 2543 รวมทั้งต้นทุนดำเนินการต่อหน่วย ทำการประมาณการรายรับและรายจ่ายที่จะเกิดขึ้นในภาพรวมของจังหวัดภายใต้ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการตอบสนองของประชาชนในระดับต่าง ๆ พบว่า สถานพยาบาลในจังหวัดจันทบุรีจะได้รับผลกระทบเนื่องจากรายรับที่ลดลงและการมีรายจ่ายดำเนินการที่ค่อนข้างสูง สถานพยาบาลทุกระดับต้องมีการปรับตัวด้านประสิทธิภาพรายจ่ายบุคลากรเนื่องจากมีรายจ่ายด้านค่าแรงมากกว่าครึ่งหนึ่งของรายจ่ายดำเนินการทั้งหมด โรงพยาบาลพระปกเกล้าจะต้องมีการปรับตัวอย่างมาก เนื่องจากมี

ต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่นำมาคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า (278 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก และ 5,424 บาทต่อรายผู้ป่วยใน) การปรับระบบการจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์ การจัดอัตราค่าลัง การปรับค่าตอบแทนที่เหมาะสม และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสถานพยาบาลทั้งหมด ในจังหวัดโดยมีหน่วยงานกลางซึ่งเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย จะสามารถช่วยประสานงานและลดผลกระทบในภาพรวมของจังหวัดได้ และควรเน้นระบบบริการสาธารณสุขเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจะทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประชาชนและรายจ่ายของสถานบริการสาธารณสุขลดลง

จิรศักดิ์ ศรีสุวรรณวัฒนา (2545) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการประสานงานสาธารณสุขในระดับอำเภอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอในจังหวัดขอนแก่น บุรีรัมย์ และร้อยเอ็ดจำนวน 158 คน ด้วยการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตขณะสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า

1. ลักษณะการประสานงานของทีมงานสาธารณสุขระดับอำเภอ งานที่มีการประสานกันมากที่สุด คือ งานเฝ้าระวังโรค และงานควบคุมป้องกันโรค งานนโยบายหรืองานเร่งด่วนอื่น ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ปฏิบัติ และงานด้านการควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผล โดยรูปแบบวิธีการประสานงานที่ใช้ คือ การประสานงานแบบเป็นทางการ คือ มีหนังสือราชการเป็นลายลักษณ์อักษร หรือวิธีอื่น

2. ปัจจัยด้านผู้นำ คือ ปัจจัยด้านตัวทีมงาน และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของทีม มีความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับน้อยกับประสิทธิผลการประสานงานของทีมงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

3. ประสิทธิภาพการประสานงานของทีมอยู่ในระดับน้อย และความพึงพอใจของทีมต่อการประสานงานของทีมอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน

ทัศนวลัย จารณศรี (2545) ได้ศึกษาแนวทางการปรับปรุงระบบการให้บริการที่หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตอ.เมือง จ.สุพรรณบุรี โดยการสอบถามผู้ให้บริการ 480 คน จาก สอ. 24 แห่ง พบว่าพฤติกรรมกรรมการให้บริการของผู้รับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ คือสถานีนอนามัย เรียงตามลำดับความต้องการได้ดังนี้ คือ อยู่ใกล้บ้าน บริการดี เดินทางสะดวก ราคาถูก มีความพร้อมในเรื่องยาและเครื่องมือแพทย์ และส่วนที่เรียกร้องเพิ่มเติมคือ บริการตลอด 24 ชั่วโมง หรือให้บริการนอกเวลา ให้ความรู้เรื่องสุขภาพ มีแพทย์และการพบปะเยี่ยมเยียนประชาชน

ตามบ้าน ส่วนปัญหาที่พบและนับเป็นจุดด้อยของสถานื่อนามัย คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ความเชื่อถือในเรื่องคุณภาพยาและเครื่องมือแพทย์ ซึ่งพบว่า ประชาชนยังขาดความเชื่อถือ และมองว่าสถานื่อนามัยยังขาดความพร้อมในเรื่องนี้ มีขีดความสามารถจำกัด เกิดภาพลักษณ์ว่าความสามารถในการรักษาพยาบาลด้อยกว่าโรงพยาบาล เมื่อประชาชนประเมินว่าอาการป่วยของตนเกินขีดความสามารถของสถานื่อนามัย จึงไปใช้บริการที่โรงพยาบาล โดยไม่ผ่านการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยโดยสถานื่อนามัย เป็นผลทำให้ระบบส่งต่อขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้อาการป่วยบางอย่างสามารถรักษาที่สถานื่อนามัย แต่เลือกไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล และจากผลการศึกษาพบว่าปัญหาการดำเนินการของสถานบริการระดับสถานื่อนามัย มีปัญหาการกระจายตัวที่ไม่เหมาะสม บางพื้นที่มีการรับผิดชอบประชาชนในจำนวนที่มากและน้อยกว่าเกณฑ์ที่เหมาะสม ก่อให้เกิดปัญหาการบริการ นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาจากการข้ามเขตในการบริการ เพราะสะดวกในการเดินทาง

สรุปงานวิจัยในประเทศไทย

จากรายงานการวิจัยที่พบส่วนใหญ่จะกล่าวถึง หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นสถานื่อนามัย เนื่องจากการศึกษาวิจัย จะศึกษาในกระทรวงสาธารณสุข เป็นส่วนมาก ดังนั้นจึงได้สรุปเกี่ยวกับหน่วยงานบริการปฐมภูมิดังนี้

1. ผู้มาใช้บริการจะมาใช้บริการที่หน่วยปฐมภูมิ เนื่องจากอยู่ใกล้บ้าน บริการดี เดินทางสะดวก ราคาถูก มีความพร้อมในเรื่องยา และเครื่องมือ
2. ต้องการให้มีบริการนอกเวลา บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีการให้ความรู้เรื่องสุขภาพ มีแพทย์มาตรวจและมีการเยี่ยมบ้านประชาชน
3. มีปัญหาเรื่องความเชื่อถือ ในความสามารถของผู้ให้บริการ คุณภาพยาและเครื่องมือแพทย์
4. ระบบการจัดการของหน่วยปฐมภูมิในอนาคตจะมีการจัดการ 3 ระดับ โดยแตกต่างกันในเรื่องการเลือกรับบริการและการเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย การมีระบบส่งต่อ
5. บุคลากรสาธารณสุขในอนาคต ต้องให้บริการผสมผสานกัน ใกล้ชิดชุมชน มีความสามารถสูง มีความรู้หลายด้าน
6. การทำงานของคณะกรรมการประสานงาน ระดับอำเภอ มีการทำงานเป็นทีมน้อย ไม่มีการแบ่งหน้าที่ให้ชัดเจน ส่วนใหญ่ทำงานตามนโยบาย ไม่ได้ทำตามสภาพพื้นที่ และมีภาระงานเรื่องการรักษาพยาบาลมาก

7. หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ประสบความสำเร็จ จะมีการทำงานเป็นทีม เจ้าหน้าที่ทุกคนทำงานแทนได้ ยกเว้นเรื่องการรักษาพยาบาลจะเป็นแพทย์หรือพยาบาล เวชปฏิบัติและทำงานให้บริการครอบคลุมสี่มิติ มีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและที่โรงพยาบาล

8. ผู้ปฏิบัติงานเห็นว่า การประสานงานในความคิดกับความจริง ต่างกันมากในเรื่องการร่วมกันกำหนดคุณภาพการบริการ การสนับสนุนให้ชุมชนมีการจัดตั้งองค์กรพึ่งตนเองการมีเครื่องมือใช้ติดต่อเพียงพอ เปิดโอกาสให้ชุมชนมามีส่วนร่วมการส่งต่อผู้ป่วยให้รวดเร็ว 24 ชั่วโมง

9. ผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นเกี่ยวกับการให้อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมเป็นกรรมการประสานงาน เพราะเป็นตัวแทนประชาชนมีความรู้ในด้านสาธารณสุข วางแผนและตัดสินใจแก้ปัญหาได้ตรงสาเหตุ มีศักยภาพสูงเข้าถึงชุมชนได้ดี มีทีมประสานและเครือข่ายครอบคลุม

10. ผู้ปฏิบัติงาน มีความเห็น ให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นกรรมการในการประสานงาน เพราะถือว่าเป็นตัวแทนชุมชน รับทราบปัญหา มีศักยภาพในการกำหนดทิศทางการพัฒนาและสนับสนุนตามความต้องการของชุมชน มีอำนาจในการเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ช่วยให้การประสานงานสู่ชุมชน มีประสิทธิภาพ แต่พบว่าการประสานงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับต่ำ

11. ปัญหาในการประสานงานคือ สัมพันธภาพ ระหว่างหน่วยงาน ขาดความเข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกัน การมีระบบประสานงานที่ไม่สะดวก ขาดการประชุมชี้แจงเป้าหมายร่วมกัน ขาดทีมแกนนำทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกัน ระบบการส่งต่อไม่ดี นโยบายไม่สอดคล้องกันไม่เข้าใจระบบบังคับบัญชาซึ่งกันและกัน

12. ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการประสานงาน คือ ให้มีการเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างหน่วยงาน พัฒนาทีมแกนนำและกรรมการประสานงาน ปรับระบบประสานงานให้ยืดหยุ่นต่อเนื่องเชื่อมโยงเป็นทีมเดียวกัน ปรับการติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ และการส่งต่อผู้ป่วยให้มีความคล่องตัว ยึดความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก

13. สถานพยาบาลควรปรับระบบการบริการสาธารณสุข เชิงรุกมากขึ้น เพื่อลดค่าใช้จ่าย มีการประสานงานระหว่างสถานบริการเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยมีหน่วยงานกลางในการประสานงาน

14. ประสิทธิภาพการประสานงานของทีมอยู่ในระดับน้อย และความพึงพอใจของทีมต่อการประสานงานอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน

งานวิจัยต่างประเทศ ชิ (Shi, 2000) ศึกษาประชากรที่มารับบริการที่หน่วยปฐมภูมิในประเทศอเมริกา โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี พบว่า ผู้ที่มีประกันตนจะมาใช้

บริการมากกว่าผู้ไม่มีประกันตน และผู้มีประกันเอกชนจะมาใช้บริการมากกว่าผู้มีประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจะมารับบริการด้านการป้องกันมากกว่าการรักษาหรือมาขอใบส่งตัวไปรักษาต่อยังสถานบริการอื่นมากกว่า โดยที่การประสานงานด้านการส่งต่อในผู้ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีมากกว่าผู้มีประกันเอกชน และแพทย์ผู้รักษาจะสอบถามเรื่องการรักษาที่ผ่านมามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น

คาสดี และคณะ (Cassady et al., 2000) ศึกษาประสบการณ์ของผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยศึกษาในผู้ปกครองเด็ก อายุ 0-18 ปี จำนวน 450 คน ในรัฐหนึ่งในวอชิงตัน โดยคุณลักษณะการให้บริการแก่เด็ก ซึ่งผู้ปกครองจะให้ความสำคัญกับ 5 เรื่อง คือ 1) การเข้าถึงเด็กในครั้งแรก 2) การประสานงานการส่งต่อ 3) ความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการกับเด็ก 4) การให้บริการที่เหมาะสม 5) ข้อบ่งชี้ในการให้บริการ ซึ่งการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่าควรพิจารณาผู้มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กเป็นสำคัญ

ฟอร์เรสต์ และคณะ (Forrest et al., 2000) ศึกษาการประสานงานของผู้เชี่ยวชาญกับความพึงพอใจของแพทย์ผู้ทำการส่งต่อ โดยศึกษาจากการส่งต่อผู้ป่วยจำนวน 963 ราย จากคลินิกเด็ก 122 แห่ง ข้อมูลได้จากการสอบถามแพทย์ และจากใบบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งได้จากการตอบกลับจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ผลการศึกษาพบว่า กุมารแพทย์จะมีความพึงพอใจในกรณีที่ได้รับการตอบกลับใบ refer โดยจะมีความพึงพอใจสูงที่สุด ถ้าได้รับการตอบกลับทั้งจากทางโทรศัพท์และทางจดหมาย โดยกุมารแพทย์จะให้ความสำคัญกับใบ refer ตอบกลับในเรื่องประวัติผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่อง การนัดหมาย และการวางแผนในการดูแลร่วมกัน โดยในเรื่องการวางแผนการดูแลร่วมกัน จะทำให้กุมารแพทย์พึงพอใจมากที่สุดมีข้อเสนอแนะว่า การประสานงานที่ีระหว่างแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จะเพิ่มความพึงพอใจในการบริการของผู้เชี่ยวชาญและการส่งต่อเรื่องที่สมบูรณ์ ควรปรับปรุงในกระบวนการส่งต่อโดยการเพิ่มระบบการติดต่อสื่อสารและความร่วมมือระหว่างแพทย์ในหน่วยปฐมภูมิและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

บาร์นลีย์ และคณะ (Barnsley et al., 2002) ศึกษาถึงคุณลักษณะที่ดีของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยสอบถามจากแพทย์หรือผู้ที่ปฏิบัติ รวมทั้งผู้บริหารในหน่วยบริการปฐมภูมิสี่ประเภท ในเขตเมืองและเขตชนเมือง Ontario ประเทศแคนาดา คือ คลินิกฉุกเฉิน คลินิกทั่วไป คลินิกนอกเวลา และเวชปฏิบัติครอบครัว โดยศึกษาถึงการเข้าถึงบริการ การดูแลต่อเนื่อง การดูแลแบบองค์รวม การประสานงานในการส่งต่อ และการควบคุมคุณภาพบริการ พบว่าคลินิกทั่วไป และคลินิกนอกเวลาเปิดให้บริการในตอนเย็นและวันหยุด และให้บริการโดยไม่ได้นัดหมาย เวชปฏิบัติครอบครัวจะให้บริการในลักษณะเมื่อมีคนต้องการโดยจะเป็นคนไข้ที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง คลินิก

ฉุกเฉินและคลินิกทั่วไปคนไข้ส่วนใหญ่จะเป็นคนไข้ธรรมดา (regular) มีการให้บริการด้านการป้องกัน การให้คำปรึกษาน้อยกว่าเวชปฏิบัติครอบครัว มีคลินิกทั่วไป คลินิกฉุกเฉินและเวชปฏิบัติครอบครัวจำนวนน้อยที่มีการประสานงานด้านคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีข้อเสนอแนะว่าคลินิกฉุกเฉินและคลินิกทั่วไป ควรให้การดูแลต่อเนื่องและป้องกันโรค แต่คลินิกที่เหมาะสมกับบริการปฐมภูมิมากที่สุด คือ คลินิกนอกเวลา

สมิค์ และคณะ (Smeenk et al., 2000) ศึกษาผลของการเปลี่ยนรูปแบบการบริการ โดยการประสานงานการดูแลต่อเนื่อง พบว่า ระบบการให้บริการในเนเธอร์แลนด์มีคุณภาพสูงโดยให้ความสำคัญกับการบริการปฐมภูมิและสะดวกในการรักษาในโรงพยาบาล แต่มีข้อจำกัดในผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง เพราะว่าขาดศูนย์ประสานงานหรือบุคคลที่ทำหน้าที่นี้ การขาดการประสานงานจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่ดี ซึ่งเป็นสิ่งที่พบทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้ทำการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง 79 คน โดยจัดให้มีการประสานงานการดูแลต่อเนื่องและกลุ่มควบคุม 37 คน ที่ไม่ได้รับการประสานงาน พบว่า มีผลดี โดยเฉพาะด้านการพยาบาล พบข้อบ่งชี้ของการประสานงานมากมายในการดูแลต่อเนื่อง โดยได้ค้นพบการ เปลี่ยนแปลงรูปแบบการเยี่ยมบ้านขึ้น

ชานนอน (Shannon, 2002) ศึกษาบทเรียนสำหรับทีมสุขภาพจากการประเมินการประสานงานการให้บริการ โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประสานงานจาก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเวชปฏิบัติเป็นผู้ประสานงาน และไม่ใช้เวชปฏิบัติเป็นผู้ประสานงาน ซึ่งส่วนใหญ่ของผู้ประสานงานจากเกาะแทสมาเนีย (Tasmanian) เป็นพยาบาลมาก่อน และมีการประสานงานอย่างกว้างขวางกับทีมสุขภาพ ในการเพิ่มเวชปฏิบัติทั่วไปเป็นการยุ่งยากที่จะทำได้ตามคำขอของทีมงานพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประสานงานกับทีมสุขภาพในการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เป็นกลยุทธ์ใหม่ในการลดความขัดแย้ง ผลการค้นพบนี้จะเป็นบทเรียนที่มีประโยชน์สำหรับการวิเคราะห์และหลีกเลี่ยงสาเหตุของการขัดแย้งในบทบาทและหน้าที่ของทีมสุขภาพ

ชิลลิงเกอร์ และคณะ (Schillinger et al., 2000) ศึกษาผลของการประสานงาน หน่วยบริการปฐมภูมิกับคนไข้ในโรงพยาบาลชุมชน โดยการศึกษาผู้ป่วย 2,293 ราย ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 28 หน่วย เป็นเวลา 1 ปี โดยกลุ่มทดลอง 1,121 ราย เป็นกลุ่มที่ได้รับการประสานงานเพิ่มในเรื่องการดูแลสุขภาพโดยเร็วที่หน่วยปฐมภูมิและห้องฉุกเฉิน แต่กลุ่มควบคุม 1,172 ราย ไม่ได้รับผลการศึกษพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย OPD ER และผู้ป่วยในที่แตกต่างกัน ใน 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ได้รับการประสานงาน มีอัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยลงกว่า

กลุ่มควบคุม แต่ใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิมากกว่ากลุ่มควบคุม การใช้บริการนอกเครือข่าย และความพึงพอใจ ของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน

ทอมสัน และนัสบอม (Thomson & Nassbaum, 2000) ศึกษาถึงการพบพยาบาลหรือแพทย์ที่ไม่คุ้นเคยในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยทำการสอบถามผู้หญิง 1,500 ราย ที่พูดภาษาอังกฤษได้ ทางโทรศัพท์ และจัดสนทนากลุ่ม (focus group) 10 กลุ่ม กลุ่มละ 16-17 คน รวมทั้งสัมภาษณ์ อีก 75 คน โดยการสอบถาม เกี่ยวกับการเยี่ยมทางโทรศัพท์ และการจัดการดูแลรักษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่จะไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย รองลงมาคือ เพื่อตรวจสุขภาพประจำปี แต่ถ้าแพทย์ไม่อยู่ ก็จะไปพบพยาบาลวิชาชีพ เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย และจะไปพบพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อตรวจสุขภาพประจำปี ผู้ที่มีโรคประจำตัวจะชอบการเยี่ยมทางโทรศัพท์ อย่างไรก็ตามยังมีผู้หญิง 1 ใน 3 ที่ต้องการพบแพทย์ตามปกติ คือ ผู้หญิงวัยกลางคนหรือผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจในการวางแผน สุขภาพและการประสานงานด้านการดูแลน้อย

แฟร์ไชด์ และคณะ (Fairchild et al., 2002) ทำการศึกษาเกี่ยวกับแพทย์ในหน่วยปฐมภูมิ และแพทย์ประจำครอบครัว โดยการสอบถามแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 67 คน จากศูนย์การศึกษาแพทย์ ซึ่งเป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการปฐมภูมิและแพทย์ประจำครอบครัว 820 คน จากศูนย์ดูแลประจำครอบครัว 8 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า แพทย์หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ รายงานว่าไม่ค่อยจะอ่าน order จากแพทย์ประจำครอบครัวที่ส่งมาให้พวกเขามากนัก เมื่อถามถึงการตัดสินใจการดูแลที่บ้านปรากฏว่ามีเพียง 24-25% ของแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิและแพทย์ประจำครอบครัวที่ตอบว่า "ดีมาก" แพทย์ประจำครอบครัว ร้อยละ 79 ซึ่งมากกว่าแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิร้อยละ 47 มีความพอใจในการติดต่อสื่อสารและความร่วมมือระหว่างกัน ร้อยละ 28 ของแพทย์ประจำครอบครัวบอกว่า พวกเขาให้บริการมากกว่าการดูแลความเจ็บป่วยทั่วไป สรุปว่า แพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรมีการประสานงานกับแพทย์ประจำครอบครัว เพื่อให้การดูแลที่บ้านได้ผลดี โดยใช้วิธีการติดต่อสื่อสารและขอความร่วมมือต่อกัน การประสานงานที่ไม่ดีจะทำให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่ได้ผลดีตามมาด้วย

เกลด และคณะ (Glade et al., 2002) ศึกษาเรื่องการส่งต่อ โดยการสนทนาทางโทรศัพท์กับครอบครัว : กรณีศึกษาในกุมารแพทย์ ซึ่งเป็นเครือข่ายบริการ โดยการศึกษาจากการส่งต่อ 1,856 ราย ในคลินิกเด็ก 142 แห่ง ซึ่งเป็นเครือข่ายกัน ผลการศึกษาพบว่า กุมารแพทย์ จะได้รับการประสานงานเกี่ยวกับข้อมูลของเด็ก อย่างน้อยวันละครั้งในช่วงโมงเร่งด่วน ซึ่งกุมารแพทย์จะไม่ชอบการส่งต่อทางโทรศัพท์ เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลน้อยกว่าการมาหาที่คลินิก

และในการส่งต่อผู้ป่วยไปหาผู้เชี่ยวชาญในกรณีที่ต้องการการวินิจฉัยเพิ่มหรือต้องการผ่าตัด ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีเวลาไม่มาก การประสานงานทางโทรศัพท์จะยังได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน มีการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ ซึ่งอาจจะมาจากความต้องการเพิ่มผลผลิตของแพทย์ประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเพราะมีผู้มาใช้บริการมากขึ้น ทำให้มีการส่งต่อโดยใช้โทรศัพท์ ในการสนทนามากขึ้น ซึ่งกุมารแพทย์เห็นว่าเป็นการประสานงานที่ไม่ดี ควรจะมาให้ข้อมูลที่คลินิก มากกว่า

เลมมอน และชัฟ (Lemmon & shaff, 2001) ศึกษาผลของการเปลี่ยนระบบบริการของ ศูนย์สุขภาพจิตที่ให้บริการผู้ป่วย HIV และผู้ป่วย AIDS โดยศึกษาจากศูนย์สุขภาพจิต 17 แห่งในรัฐทางตะวันออกกลาง พบว่า ผลของการปรับรูปแบบบริการโดยการรวมตัวกัน ของศูนย์สุขภาพจิต หน่วยปฐมภูมิและหน่วยบริการผู้ป่วยเอดส์ ให้เป็นเครือข่ายซึ่งกันและกัน ทำให้ ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกดีขึ้น และมีการประสานงานส่งต่อข้อมูลข่าวสารระหว่างกันมากขึ้นเป็นผลดีต่อการให้บริการ

สรุปงานวิจัยในต่างประเทศ

1. การให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับ
 - 1.1 การบริการด้านหน้า
 - 1.2 การประสานงานด้านการส่งต่อ
 - 1.3 ความสัมพันธ์ของผู้ให้และผู้รับบริการ
 - 1.4 การบริการที่เหมาะสม
 - 1.5 ข้อบ่งชี้ในการให้บริการ
2. หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรให้บริการนอกเวลามากที่สุด และควรมีการประสานงาน ด้านคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง
3. ข้อจำกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง คือขาดศูนย์ ประสานงานหรือบุคคลที่ทำหน้าที่นี้
4. ผู้ประสานงานมีความสำคัญกับทีมสุขภาพเพราะจะช่วยลดความขัดแย้งในบทบาท หน้าที่ของทีมสุขภาพ
5. การประสานงานที่ดีในหน่วยบริการปฐมภูมิจะช่วยลดอัตราคนไข้ในหน่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน
6. แพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีการประสานงานกับแพทย์ประจำครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

7. การประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยควรมีทั้งทางโทรศัพท์ และเขียนเป็นจดหมาย

8. การประสานงานของหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทำให้เกิดผลดีต่อการให้บริการ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติงานของทีมงานในการให้บริการสุขภาพในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น จำเป็นจะต้องอาศัยการประสานงานทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงาน โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษานี้เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ต่างสังกัดกัน จึงอาจทำให้เกิดปัญหาในการประสานงานได้มาก การศึกษาการประสานงานของทีมงาน โดยการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์และสังเกตแบบมีส่วนร่วม จะทำให้ทราบถึงแบบแผนการประสานงานตลอดจนปัญหาและสาเหตุของปัญหาได้อย่างลึกซึ้ง ตามมุมมองที่เกิดขึ้นจริงซึ่งผลจากการศึกษานี้จะทำให้ได้แนวทางในการพัฒนารูปแบบการประสานงานของทีมงานที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษาอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการประสานงานของทีมงานในหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ต่อไป