

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคมของกลุ่มเปราะบาง จังหวัดสระบุรี

ชัยมงคล คัมภีรานนท์ ส.ม. (บริหารสาธารณสุข)\*  
มานพ ทองตัน ปร.ด. (รัฐประศาสนศาสตร์)\*\*  
สุวิมล พลวรรณ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)\*\*\*  
ยอดชาย สุวรรณวงศ์ ค.ด. (การศึกษานอกระบบโรงเรียน)\*\*\*

\* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก่งคอย

\*\* สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

\*\*\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

ติดต่อผู้เขียน: ชัยมงคล คัมภีรานนท์ Email: chaimongkol2510@gmail.com

วันรับ:	15 ธ.ค. 2568
วันแก้ไข:	20 ม.ค. 2569
วันตอบรับ:	27 ม.ค. 2569

## บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคมของกลุ่มเปราะบาง จังหวัดสระบุรี มี 3 ระยะ คือ (1) ศึกษาสภาพการดำเนินงานและการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง (2) พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอ และ (3) ทดสอบประสิทธิผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ทรงคุณวุฒิ และกลุ่มเปราะบาง เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินผล แบบบันทึกการสังเกต คู่มือการปฏิบัติของรูปแบบ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางโดยรวมอยู่ระดับสูง การบริหารจัดการระดับปานกลาง มีข้อจำกัดขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ทรัพยากรไม่เพียงพอ ระบบข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน มีโอกาสพัฒนา คือ ภาวะผู้นำของผู้บริหาร เครือข่ายความร่วมมือชุมชนและท้องถิ่น รูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอ คือ D-SAFE Model มี 5 ขั้นตอน คือ (1) Diagnostic Assessment: วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ (2) Stakeholder Synergy: บูรณาการความร่วมมือภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (3) Action Planning: วางแผนและกำหนดมาตรการปฏิบัติ (4) Field Implementation: ดำเนินงานในพื้นที่ และ (5) Evaluation & Enhancement: ประเมินผลและปรับปรุงพัฒนา ซึ่งรูปแบบมีความเหมาะสมของเนื้อหาและโครงสร้างระดับมาก นอกจากนี้ยังพบว่าหลังการทดลองรูปแบบมีประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในระดับสูง (mean=4.4; SD=4.35) บริบทสังคมเมืองและชนบทรับรู้ประโยชน์ไม่ต่างกันแต่ต่างกันด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง ( $p < 0.05$ ) ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ คือ การสนับสนุนเชิงนโยบาย ความร่วมมือเครือข่าย ความพร้อมบุคลากร และระบบข้อมูลที่พร้อมใช้งาน สรุปรูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอ D-SAFE Model สามารถนำไปใช้บริหารจัดการเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคมของกลุ่มเปราะบาง จังหวัดสระบุรี

**คำสำคัญ:** ระบบสุขภาพระดับอำเภอ; การพัฒนาคุณภาพชีวิต; ความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคม; กลุ่มเปราะบาง

## บทนำ

สังคมไทยปัจจุบันดำรงอยู่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงแบบพลวัตและความซับซ้อนจากการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างรวดเร็ว และการเปลี่ยนผ่านของโครงสร้างประชากรไปสู่สังคมสูงวัยเต็มรูปแบบ<sup>(1)</sup> อีกทั้งกระบวนการพัฒนาด้านเศรษฐกิจที่เติบโตอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดการขยายตัวของความเหลื่อมล้ำทางสังคมในมิติต่างๆ ทั้งด้านรายได้ การเข้าถึงบริการสาธารณะ โอกาสทางการศึกษา และความเท่าเทียมทางสังคม ก่อให้เกิดความเปราะบางเรื้อรังในกลุ่มประชากรบางส่วน<sup>(2,3)</sup> และความเหลื่อมล้ำมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นตลอดช่วงชีวิตของบุคคลอย่างเป็นวัฏจักรส่งผ่านจากรุ่นสู่รุ่น<sup>(4)</sup> ทำให้ต้องอยู่ในสังคมภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร และอำนาจการตัดสินใจ และกลายเป็นประชาชนกลุ่มเปราะบางในที่สุด โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการที่มีความสามารถต่อการปรับตัว หรือฟื้นตัวจากภาวะวิกฤตต่างๆ<sup>(5)</sup> และส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลและครอบครัวทั้งในปัจจุบันและอนาคต<sup>(6)</sup>

จังหวัดสระบุรีมีประชากรกลุ่มเปราะบางจำนวน 151,334 คน ได้แก่ เด็กเล็กอายุ 0-7 ปี 25,027 คน คนพิการ 23,273 คน ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 99,401 คน และผู้ยากไร้ 3,633 คน ประชากรเหล่านี้มีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มขึ้นตามบริบททางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจถดถอย การเข้าสู่สังคมสูงวัย ความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลที่ส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการของรัฐ ตลอดจนผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศซึ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น<sup>(7)</sup> ซึ่งปี พ.ศ. 2568 กลุ่มคนพิการส่วนใหญ่เป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ร้อยละ 67.67 สะท้อนภาวะการดูแลด้านการฟื้นฟูและการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่ยังมีความจำเป็นสูง รองลงมาคือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ร้อยละ 18.74 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการบริการดูแลต่อเนื่อง

ในชุมชน ขณะที่ผู้ป่วยระยะกลาง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีสัดส่วนร้อยละ 5.03 และ 1.46 ตามลำดับ แสดงถึงความจำเป็นของระบบการฟื้นฟูหลังภาวะเฉียบพลันและระบบการดูแลแบบประคับประคองที่ยังต้องเสริมประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังพบผู้ใช้สารเสพติดหลังฟื้นฟูร้อยละ 3.24 และกลุ่มเปราะบางอื่นๆ อีกจำนวนร้อยละ 13.75 ได้แก่ เด็กเรื้อรัง เด็กกำพร้า ผู้มีภาวะพึ่งพิงจากสาเหตุสังคม ผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง และหญิงตั้งครรภ์ในวัยเรียน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาความเปราะบางมิได้จำกัดเฉพาะด้านสุขภาพ แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่ซับซ้อน<sup>(8)</sup> และมีครัวเรือนเปราะบางทั้งสิ้น 8,316 ครัวเรือน ซึ่งได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์ว่าด้วยรายได้ต่ำกว่าควบคู่กับภาวะภายในครัวเรือน ทั้งเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้พึ่งพิงอื่นๆ ซึ่งจำแนกระดับความเปราะบางไว้ 4 ระดับ คือ ระดับ 0 ถึงระดับ 3 โดยระดับ 1 เป็นกลุ่มที่มีจำนวนนับมากที่สุด (5,198 ครัวเรือน) ขณะที่ระดับสูงสุด (ระดับ 3) มีอยู่ 436 ครัวเรือน<sup>(9)</sup> ซึ่งสะท้อนถึงความเปราะบางเชิงโครงสร้างสังคม ที่มีได้จำกัดอยู่เฉพาะรายได้ต่ำแต่รวมถึงภาวะภายในครัวเรือนที่มีสมาชิกในภาวะพึ่งพิง หากไม่มีระบบรองรับและดูแลอย่างเป็นรูปธรรมย่อมส่งผลการขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการพื้นฐาน การดูแลสุขภาพ และความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยต่อไป

จังหวัดสระบุรีขับเคลื่อนการแก้ปัญหาในกลุ่มเปราะบางภายใต้แนวคิด “คุณภาพชีวิตดี คนสระบุรี ไม่ทอดทิ้งกัน” โดยใช้กลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด ที่จัดตั้งขึ้นตามนโยบายของกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่กำกับทิศทาง วางแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอย่างบูรณาการ ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม<sup>(10)</sup> บูรณาการร่วมกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับตำบลให้มีประสิทธิภาพ ร่วมกับการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่สนับสนุนการบริหารจัดการ

งบประมาณ บุคลากร การปรับสภาพที่อยู่อาศัย การฟื้นฟูสุขภาพประชาชนกลุ่มเปราะบาง<sup>(11)</sup> ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวต้องเผชิญกับความท้าทายของปัจจัยเชิงสังคมที่หลากหลายและเชื่อมโยงในหลายมิติของรอยต่อด้านการบริหารจัดการของโครงสร้างและสมรรถนะของกลไกระดับอำเภอและตำบล ทำให้การถ่ายทอดนโยบายและการจัดบริการขาดความต่อเนื่อง<sup>(12)</sup> ขาดระบบข้อมูลกลางสำหรับกลุ่มเปราะบางที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้การคัดกรองและวางแผนเชิงรายบุคคลไม่แม่นยำ ภาระงานที่เพิ่มสูงขึ้นของบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ ขณะที่ทักษะเฉพาะด้านการฟื้นฟูและการจัดการรายกรณียังไม่เท่าเทียม<sup>(13)</sup> นอกจากนี้แม้งบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดจะมีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูและการปรับสภาพแวดล้อม แต่ยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและความต่อเนื่องของการสนับสนุน อีกทั้งการประสานงานระหว่างหน่วยงานยังมีลักษณะกระจัดกระจาย ไม่เป็นระบบกลาง ทำให้การดูแลกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง คนพิการ ผู้ป่วยระยะฟื้นฟู และผู้พันโทที่มีปัญหาสุขภาพ ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างครอบคลุม<sup>(14)</sup> ช่องว่างดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบข้อมูลบูรณาการ การเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากร และการสร้างกลไกการประสานงานที่เป็นเอกภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นไปมีประสิทธิภาพ

ปัญหาข้างต้นสะท้อนถึงช่องว่างและจุดอ่อนของระบบการบริหารจัดการเชิงโครงสร้าง<sup>(15)</sup> ที่จำเป็นต้องมีกระบวนการแก้ไขที่มีความเป็นเอกภาพ และสามารถบูรณาการนโยบายให้เกิดการเชื่อมประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ เป็นเครื่องมือสนับสนุนการลดปัญหาเชิงระบบ และเป็นกลไกที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะของกลุ่มเปราะบางได้อย่างครบวงจร ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการสนับสนุนคุณภาพชีวิตและสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคมซึ่งเป็นสภาวะที่บุคคลหรือครัวเรือนในกลุ่มเปราะบางมีความพร้อมและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัย มีสุขภาพกายและใจ

ที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างทั่วถึงเท่าเทียม มีระบบการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยลดความเสี่ยงและผลกระทบจากปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองและปรับตัวเมื่อเผชิญสถานการณ์วิกฤตหรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอเพื่อใช้เป็นเครื่องมือเสริมสร้างศักยภาพการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ ในการเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคมของกลุ่มเปราะบาง จังหวัดสระบุรี ที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพต่อไป

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี<sup>(16)</sup> แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ศึกษาเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 - ตุลาคม พ.ศ. 2568 และการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โครงการวิจัยเลขที่ 125/2567 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพบริบทการดำเนินงานและการบริหารจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางในจังหวัดสระบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล 1,193 คน ได้แก่ ผู้บริหารและบุคลากรที่มีบทบาทเกี่ยวกับกลุ่มเปราะบางจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม 291 ตัวอย่าง จากสูตร Cochran<sup>(17)</sup> เจาะจงเลือกกลุ่มผู้บริหาร และใช้การสุ่มอย่างง่ายเลือกบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เกณฑ์การตัดเข้า คือ เป็นกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และมีประสบการณ์ปฏิบัติงานเกี่ยวกับกลุ่มเปราะบาง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางและกลไกการบริหาร

จัดการกลุ่มเปราะบางจังหวัดสระบุรี ในรูปแบบของ กระดาษและออนไลน์บน Google form มี 5 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) สภาพบริบทการดำเนินงาน (3) องค์ประกอบการบริหารจัดการ 8 ด้าน คือ ด้านการกำกับดูแล และนโยบาย ด้านโครงสร้างและกลไกการทำงาน ด้านการประสานงาน ด้านข้อมูลและระบบติดตามประเมินผล ด้านทรัพยากรและการสนับสนุน ด้านวัฒนธรรมองค์กรและภาวะผู้นำร่วม ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน และด้านความร่วมมือในการตอบสนองต่อปัญหา เป็นคำถามแบบมาตราส่วน 5 ระดับ (1=น้อยที่สุด, 5=มากที่สุด) ใช้ค่าเฉลี่ยจัดกลุ่มความหมาย (1.00–1.80=น้อยที่สุด 4.21–5.00=มากที่สุด) (4) อุปสรรค/โอกาส 8 ข้อ และ (5) ข้อคิดเห็นอื่นๆ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน ด้วยวิธี IOC (index of item-objective congruence) เท่ากับ 0.714 และทดสอบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างทางออนไลน์และทางไปรษณีย์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางและกลไกการบริหารจัดการกลุ่มเปราะบาง และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาข้อเสนออื่นๆ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคมของกลุ่มเปราะบาง จังหวัดสระบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 22 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) ด้านนโยบายและการบริหาร คือ ตัวแทนผู้บริหารของหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด อำเภอและตำบล รวม 15 คน และ (2) ด้านวิชาการ คือ ผู้มีทักษะเชี่ยวชาญด้านการบริหารงานสาธารณสุข ด้านการวิจัยและประเมินผล ด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม ด้านการพัฒนาชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชน และด้านสิทธิมนุษยชนและกฎหมายเพื่อกลุ่มเปราะบาง รวม 7 คน ขนาดตัวอย่างพิจารณาความอึดตัวและความพอเพียงของ

ข้อมูล<sup>(19)</sup> โดยเจาะจงเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนแรก และเลือกแบบลูกโซ่โดยอ้างอิงจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนแรก เกณฑ์คัดเลือกคือ (1) ดำรงตำแหน่ง/มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้อง และ (2) มีประสบการณ์การบริหาร/นโยบาย/ทำงานกับกลุ่มเปราะบาง อย่างน้อย 2 ปี

เครื่องมือการวิจัย มี 3 ชนิด คือ (1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างศึกษาปัจจัย องค์ประกอบ และกลไกเกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง (2) แบบสังเคราะห์ (ร่าง) รูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคมของกลุ่มเปราะบาง โดยเป็นตารางบันทึกการจัดกลุ่มคำ การตีความ และการให้ความหมายของรูปแบบฯ ด้านแนวคิด หลักการ เป้าหมาย กระบวนการ และการประเมินผล และ (3) แบบสอบถามความเหมาะสมเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้างของรูปแบบฯ ทั้งแบบกระดาษและแบบออนไลน์ 3 ส่วน ข้อมูลทั่วไป ผู้ทรงคุณวุฒิ ความเหมาะสมด้านเนื้อหาวิชาการและองค์ประกอบรูปแบบฯ เป็นคำถามเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ (1=น้อยที่สุด 5=มากที่สุด) และใช้ค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่มความหมาย (1.00–1.80=น้อยที่สุด 4.21–5.00=มากที่สุด) และข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่า IOC เท่ากับ 0.80 และนำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 3 คน เพื่อดูความเหมาะสมด้านภาษา ความสั้นไหลของคำถาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาข้อมูลด้านปัจจัย องค์ประกอบ และกลไกที่เกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้วยการตรวจสอบข้ามวิธี และใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความถี่ วิเคราะห์ความเหมาะสมเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้างของรูปแบบการบริหารจัดการ D-SAFE Model และจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติ D-SAFE Model 5 ขั้นตอน คือ Diagnostic Assessment: วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ Stakeholder Synergy: บูรณาการ

ความร่วมมือภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง Action Planning: วางแผนและกำหนดมาตรการปฏิบัติ) Field Implementation: ดำเนินงานในพื้นที่ และ Evaluation & Enhancement: ประเมินผลและปรับปรุงพัฒนา นำไปทดลองใช้ระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลรูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคมของกลุ่มเปราะบาง จังหวัดสระบุรี

พื้นที่ทดลองเลือกพื้นที่ตามลักษณะทางบริบทสังคมเมืองและชนบท โดยสังคมเมืองเจาะจงเลือกอำเภอแก่งคอย และหนองแค และสุ่มอย่างง่ายจับฉลากเลือกสังคมชนบท คือ อำเภอหนองแซง และดอนพุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ทดลองใช้รูปแบบ ได้แก่ ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกลุ่มเปราะบางจากภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน และตัวแทนของกลุ่มเปราะบาง (กลุ่มคนพิการ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ผู้ป่วยระยะกลาง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ใช้สารเสพติดหลังพ้นโทษ เด็กเร่ร่อน เด็กกำพร้า ผู้มีภาวะพึ่งพิงจากสาเหตุสังคม ผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง และหญิงตั้งครรภ์ในวัยเรียน) จำนวน 50 ตัวอย่าง/อำเภอ รวม 200 ตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงจากคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างร่วมกับการสุ่มอย่างง่าย เป็นผู้ให้ข้อมูลด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และผลลัพธ์ต่อการเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคมประชาชนกลุ่มเปราะบาง และครอบครัวกลุ่มเปราะบาง และเป็นตัวแทนให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสนับสนุนความสำเร็จในการนำรูปแบบการบริหารจัดการมาใช้ปฏิบัติ ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง พิจารณาจากบทบาทภาวะผู้นำที่สังเกตพบในพื้นที่ทดลอง

เครื่องมือการวิจัย มี 4 ชนิด (1) คู่มือการปฏิบัติของ D-SAFE Model (2) แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยเป็นแบบตรวจสอบ (check list) และจดบันทึกการปฏิบัติในพื้นที่ทดลอง (3) แบบประเมินความเหมาะสมด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ปฏิบัติจริงในรูปแบบกระดาษและออนไลน์ มี 3 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ความเหมาะสมของรูปแบบในการปฏิบัติด้านประโยชน์ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และผลลัพธ์ โดยเป็นคำถามเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ (1=น้อยที่สุด, 5=มากที่สุด) และใช้ค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์จัดกลุ่มความหมาย (1.00-1.80=น้อยที่สุด, 4.21-5.00=มากที่สุด) (3) ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ และ (4) แบบบันทึกประเด็นการสนทนากลุ่มปัจจัยเชิงสนับสนุนความสำเร็จในการนำรูปแบบมาใช้ปฏิบัติในจังหวัดสระบุรี

วิธีดำเนินการศึกษา

1) ทดลองใช้รูปแบบ D-SAFE Model เป็นเวลา 6 เดือน โดยคณะผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตการดำเนินกิจกรรมและบันทึกข้อมูลอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน

2) ส่งประเมินความเหมาะสมด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ปฏิบัติจริงทางไปรษณีย์/ทางออนไลน์

3) สนทนากลุ่มปัจจัยเชิงสนับสนุนความสำเร็จในการนำรูปแบบมาใช้ปฏิบัติจริง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความคิดเห็นของความเหมาะสมด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริง และเปรียบเทียบความเหมาะสมด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ระหว่างอำเภอบริบทสังคมเมืองและชนบทด้วยสถิติเชิงอนุมาน Independent Samples t-test และ Mann-Whitney U test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาปัจจัยเชิงสนับสนุนความสำเร็จในการนำรูปแบบการบริหารจัดการมาใช้ปฏิบัติ และข้อมูลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

## ผลการศึกษา

1. สภาพบริบทและกลไกการบริหารจัดการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางในระดับจังหวัดและอำเภอ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 291 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ

58.1 มีตำแหน่งหน้าที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครอง- ส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ โดยมีระยะเวลาการทำงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเปราะบางเฉลี่ย 3.8 ปี (SD=2.1) โดยเห็นว่า

1.1 สภาพบริบทการดำเนินงานในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.98, SD=0.71) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็น พบว่า ประเด็นที่ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายและแผนงานระดับชาติที่เกี่ยวข้อง (Mean=4.25) รองลงมาคือ การกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางเป็นวาระสำคัญของพื้นที่ (Mean=4.08) และการมีแนวทางหรือแผนงานระดับจังหวัด/อำเภอที่สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ (Mean=4.02) ในขณะที่ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การเปลี่ยนนโยบายและแผนงานสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ (Mean=3.72) และความเชื่อมโยงและบูรณาการของแผนงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ (Mean=3.81)

1.2 กลไกการบริหารจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางในระดับจังหวัดและอำเภอภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.65, SD=0.68) โดย (1) ด้านการประสานงานมีการสื่อสารและประชุมปรึกษาหารือระหว่างหน่วยงานเป็นประจำระดับสูง แต่การมีระบบหรือช่องทางการสื่อสารที่เป็นมาตรฐานร่วมกัน และการประสานงานเพื่อจัดทำแผนบูรณาการร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรมอยู่ระดับปานกลาง (2) ด้านวัฒนธรรมองค์กรและภาวะผู้นำร่วมมีการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงาน แต่การส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้และพัฒนาพร้อมกันอย่างต่อเนื่องปานกลาง (3) ด้านการกำกับดูแลและนโยบายมีคำสั่งหรือมติคณะกรรมการที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนงานและมีกรอบนโยบายที่เกี่ยวข้องจากส่วนกลาง แต่มีกลไกตรวจสอบและรายงานความก้าวหน้าอย่างเป็นระบบปานกลาง (4) ด้านความพร้อมในการตอบสนองต่อปัญหาที่มีความสามารถในการระบุนโยบายเร่งด่วนของกลุ่มเปราะบางได้ดี แต่การมีแผนรองรับหรือมาตรการแก้ปัญหาเชิงระบบ

สำหรับปัญหาซ้ำซากปานกลาง (5) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและกลุ่มเปราะบาง มีการรับฟังปัญหาจากชุมชนและกลุ่มเปราะบางผ่านช่องทางต่างๆ และมีกลไกที่เปิดโอกาสให้กลุ่มเปราะบางมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และการสนับสนุนการจัดตั้งหรือเสริมสร้างศักยภาพกลุ่มชุมชนปานกลาง (6) ด้านทรัพยากรและการสนับสนุน มีการสนับสนุนทางวิชาการและความร่วมมือจากเครือข่ายสูงสุด แต่ความเพียงพอของงบประมาณที่จัดสรรอย่างเฉพาะเจาะจง และความเพียงพอของบุคลากรที่มีทักษะและเวลาเพียงพอต่ำที่สุด (7) ด้านโครงสร้างและกลไกการทำงาน ความชัดเจนในการแบ่งบทบาทหน้าที่ระหว่างหน่วยงานปานกลาง และการมีแนวทางการทำงานร่วมกันที่เป็นมาตรฐานต่ำ และ (8) ด้านข้อมูลและระบบติดตามประเมินผล การมีระบบข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงาน และการนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงแผนและวิธีการทำงานอย่างจริงจังปานกลาง

1.3 อุปสรรคและโอกาสพัฒนา (1) ด้านอุปสรรคหลัก คือ การขาดแคลนทรัพยากรที่เพียงพอและต่อเนื่อง การทำงานที่ยังยึดติดกับโครงสร้างและเป้าหมายของหน่วยงานตนเอง ทำให้การบูรณาการไม่เกิดขึ้นจริง และระบบข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์และไม่มีการแชร์ใช้ร่วมกัน (2) ด้านโอกาสการพัฒนาที่สำคัญ คือ ความมุ่งมั่นและภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับพื้นที่ และเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วน-ท้องถิ่น และชุมชนที่มีอยู่เดิม ซึ่งสามารถต่อยอดให้มีความเข้มแข็งขึ้นได้

2. รูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคมของกลุ่มเปราะบาง จังหวัดสระบุรี

รูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคมของกลุ่มเปราะบาง จังหวัดสระบุรี คือ รูปแบบ D-SAFE Model เป็นกระบวนการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอที่เชื่อมโยงระบบสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคม

**การพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคม**

ผ่านกลไกประสานงานผ่านระบบข้อมูลและการจัดการบริการที่ยืดหยุ่นตามบริบทพื้นที่ เพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคมของกลุ่มเปราะบาง โดยให้ความสำคัญกับสิทธิ ความเสมอภาค การมีส่วนร่วมของชุมชน และการตัดสินใจโดยข้อมูลเชิงประจักษ์ มี 5 ขั้นตอน (ภาพที่ 1) ดังนี้

- 1) D: Diagnostic Assessment (การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์)
- 2) S: Stakeholder Synergy (การบูรณาการความร่วมมือภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง)

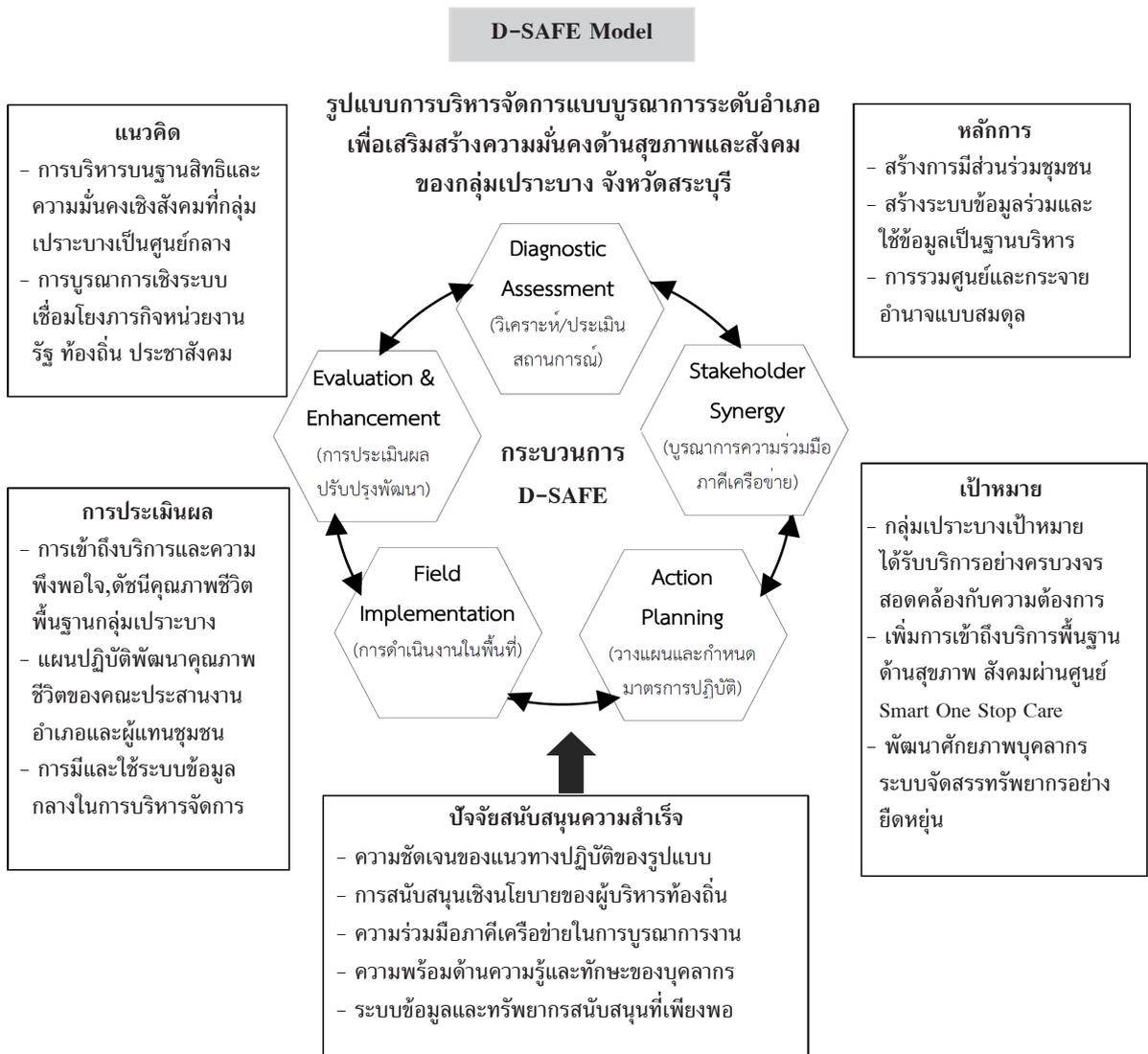
3) A: Action Planning (การวางแผนและกำหนดมาตรการปฏิบัติ)

4) F: Field Implementation (การดำเนินงานในพื้นที่)

5) E: Evaluation & Enhancement (การประเมินผลและปรับปรุงพัฒนา) ที่เกิดจาก 5 องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง

**ด้านแนวคิด** คือ ความเชื่อพื้นฐานสำคัญของการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอ (1) ต้องเป็นการบริหารบนฐานสิทธิและความมั่นคงเชิงสังคมที่

**ภาพที่ 1** ผังโครงสร้างรูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคมของกลุ่มเปราะบาง จังหวัดสระบุรี



กลุ่มเปราะบางเป็นศูนย์กลาง และ (2) ต้องเป็นการบูรณาการเชิงระบบเชื่อมโยงภารกิจของหน่วยงาน-สาธารณสุข ท้องถิ่น สังคมสงเคราะห์ และภาคประชาสังคมผ่านโครงสร้างการประสานงานระดับอำเภอด้วยความยืดหยุ่นตามบริบทพื้นที่ ลักษณะประชากรเปราะบาง และทรัพยากรในแต่ละอำเภอ

**ด้านหลักการ** คือ แนวทางการปฏิบัติของการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอ (1) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการระบุปัญหา วางแผน และติดตามผล (2) การสร้างระบบข้อมูลร่วม เพื่อให้มีและใช้ข้อมูลเป็นฐานการตัดสินใจติดตาม สถานะ และผลลัพธ์ และ (3) การรวมศูนย์และกระจายอำนาจแบบสมดุลเพื่อกำหนดบทบาทระดับจังหวัดเป็นกรอบนโยบายและสนับสนุนทรัพยากร ขณะที่อำเภอมีอำนาจกำหนดกระบวนการปฏิบัติที่เหมาะสม

**ด้านเป้าหมาย** คือ ผลลัพธ์ของการบริหารจัดการแบบบูรณาการจะนำไปสู่ความสำเร็จ คือ

1) กลุ่มเปราะบางเป้าหมายได้รับบริการอย่างครบวงจรและสอดคล้องกับความต้องการ ผ่านกลไกประสานงานอำเภอและแผนปฏิบัติการ พร้อมตัวชี้วัดพื้นฐานสำหรับติดตามผล

2) เพิ่มการเข้าถึงบริการพื้นฐานและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและสังคม ผ่านศูนย์ Smart One Stop Care สำหรับให้ความช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางด้วยกลไกบูรณาการข้ามหน่วยงาน เช่น คณะทำงานหรือเครือข่ายประสานงานร่วม ในระดับตำบลและอำเภอ

3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบจัดสรรทรัพยากรอย่างยืดหยุ่น เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานบริการแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ

**ด้านกระบวนการ** คือ ขั้นตอนการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอ 5 ขั้นตอนดังนี้

1) การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ (Diagnostic Assessment) เพื่อทำความเข้าใจบริบท ความต้องการ และปัญหาของกลุ่มเปราะบางในพื้นที่อย่างเป็นระบบ มีสาระสำคัญ คือ รวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพ สังคม

เศรษฐกิจ และปัจจัยเสี่ยง วิเคราะห์ช่องว่างของการดำเนินงานปัจจุบัน ระบุจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และข้อจำกัดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลชุมชน เทศบาล และหน่วยงานสังคมสงเคราะห์

2) การบูรณาการความร่วมมือภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder Synergy) เป็นขั้นตอนการสร้างความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภาคประชาสังคม และชุมชน มีสาระสำคัญ คือ จัดตั้งหรือเสริมความเข้มแข็งคณะทำงานบูรณาการ สร้างพื้นที่หารือร่วม กำหนดบทบาทและความรับผิดชอบร่วมกันอย่างชัดเจนในรูปแบบคณะประสานงานอำเภอโดยนายอำเภอ/ผู้แทนสุขภาพเป็นประธาน และตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้แทนชุมชน ทำหน้าที่วางแผน ติดตาม และจัดสรรทรัพยากร

3) การวางแผนและกำหนดมาตรการปฏิบัติ (Action Planning) เป็นเป็นขั้นตอนการแปลงข้อมูลและการมีส่วนร่วมให้เป็นแผนปฏิบัติการที่นำไปใช้จริง โดยสาระสำคัญ คือ กำหนดเป้าหมาย มาตรการ และตัวชี้วัดเฉพาะพื้นที่ ออกแบบกิจกรรมและกลไกการช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง จัดสรรทรัพยากรและงบประมาณจากหลายภาคส่วน และการจัดทำแผนฝึกอบรมข้ามภาคส่วนด้านการคัดกรอง การจัดส่งต่อ และการบันทึกข้อมูล

4) การดำเนินงานในพื้นที่ (Field Implementation) เป็นขั้นตอนการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยเน้นความเป็นรูปธรรมและความต่อเนื่อง มีสาระสำคัญ คือ การดำเนินกิจกรรมสนับสนุน การเยี่ยมบ้าน การคัดกรอง และการติดตามกลุ่มเปราะบาง การจัดตั้งจุดบริการระดับตำบล/อำเภอ ให้บริการสุขภาพ ปรับปรุงสวัสดิการ และให้คำปรึกษาเชื่อมโยงสิทธิ การเชื่อมระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม และการขับเคลื่อนผ่านกลไกอำเภอ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5) การประเมินผลและปรับปรุงพัฒนา (Evaluation & Enhancement) เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานและต่อยอดการพัฒนามีสาระสำคัญ คือ ประเมินผลด้าน

ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิต สรุปรบเรียนความสำเร็จ ปัจจัยเสริม อุปสรรค และปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมยิ่งขึ้นสำหรับการขยายผล

ด้านการประเมินผล คือ การตรวจสอบและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของรูปแบบหรือระบบการบริหารจัดการ มีตัวชี้วัดความสำเร็จหลัก 3 ด้านดังนี้

1) การประเมินผลการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจของกลุ่มเปราะบาง และดัชนีคุณภาพชีวิตพื้นฐานของกลุ่มเปราะบาง

2) การประเมินแผนปฏิบัติพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะประสานงานอำเภอและผู้แทนชุมชน

3) การประเมินการมีระบบข้อมูลกลางที่ถูกต้องเป็นปัจจุบันสำหรับการบริหารจัดการ โดยผลการประเมินความเหมาะสมด้านเนื้อหาวิชาการของรูปแบบอยู่ในระดับมาก (Mean=4.51, SD=0.48) และความเหมาะสมด้านองค์ประกอบเชิงโครงสร้างรูปแบบอยู่ในระดับมาก (Mean=4.72, SD=0.45)

3. ประสิทธิภาพรูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคมของกลุ่มเปราะบาง จังหวัดสระบุรี

หลังการทดลองใช้รูปแบบ D-SAFE Model กลุ่มตัวอย่าง 200 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 54.00 อายุ 40-59 ปี ร้อยละ 57.00 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 39.00 มีความคิดเห็น

1) ด้านประโยชน์ของรูปแบบ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.42, SD=0.62) โดยคะแนนสูง คือ ความสามารถของรูปแบบในการสนับสนุนการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงาน (Mean=4.46), การเชื่อมโยงบริการด้านสุขภาพและสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ (Mean=4.48) และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและชุมชน (Mean=4.45) ช่วยให้เกิดการจัดระบบข้อมูลกลุ่มเปราะบาง (Mean=4.47) การติดตามงานและการจัดการปัญหาเชิงโครงสร้างได้ชัดเจนขึ้น (Mean=4.43) มีการจัดทำแผนการช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางร่วม

ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Mean=4.45) สนับสนุนการเข้าถึงกลุ่มเปราะบางและครอบครัว (Mean=4.47) และกลุ่มเปราะบางและครอบครัวได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพและด้านสังคม (Mean=4.44)

2) ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริงภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.35, SD=0.64) โดยคะแนนสูง คือการสนับสนุนจากผู้นำและหน่วยงานในพื้นที่ (Mean=4.44), ความชัดเจนของคู่มือการปฏิบัติ (Mean=4.39) และความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ (Mean=4.38) มีความสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ (Mean=4.43) และการแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน และการประยุกต์ใช้ในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน (Mean=4.41) การเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบ D-SAFE Model ด้านประโยชน์ระหว่างสังคมเมืองและสังคมชนบทพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่สังคมเมืองและสังคมชนบท ไม่พบความแตกต่าง ( $t=1.92, p=0.056$ ) ด้านความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริงระหว่างสังคมเมืองและชนบทมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $U=4,580.0, p=0.032$ ) โดยสังคมเมืองเห็นว่าเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริงสูงกว่าพื้นที่สังคมชนบท ดังตารางที่ 1

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จในการนำรูปแบบการบริหารจัดการมาใช้ปฏิบัติจริง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มสะท้อนว่าความสำเร็จของการนำรูปแบบการบริหารจัดการไปใช้ปฏิบัติจริงในจังหวัดสระบุรี คือ (1) ความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติของรูปแบบซึ่งเอื้อต่อความเข้าใจร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (2) การสนับสนุนจากผู้บริหารท้องถิ่นที่ช่วยสร้างแรงขับเคลื่อนเชิงนโยบาย (3) ความร่วมมือของเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญต่อการบูรณาการทรัพยากร (4) ความพร้อมของบุคลากรปฏิบัติ ทั้งด้านความรู้และทักษะ และ (5) ระบบข้อมูลและทรัพยากรที่เพียงพอช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริงระหว่างพื้นที่สังคมเมืองและสังคมชนบท (n = 200)

ประสิทธิผลของรูปแบบ	บริบทสังคม	n	Mean	SD	สถิติทดสอบ	p-value
ด้านประโยชน์	สังคมเมือง	100	4.48	0.58	t=1.92	0.056
	สังคมชนบท	100	4.36	0.64		
ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง	สังคมเมือง	100	4.41	0.6	U=4,580.0	0.032*
	สังคมชนบท	100	4.29	0.67		

หมายเหตุ: t = t-test, U = Mann-Whitney U, \*p<0.05

## วิจารณ์

สภาพบริบทการดำเนินงานและการบริหารจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางในจังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงนโยบายระดับชาติและวาระสำคัญของพื้นที่ในระดับสูง ซึ่งถือเป็นทุนทางการบริหารเบื้องต้นที่สำคัญซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของเพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์<sup>(20)</sup> ที่ระบุว่านโยบายที่ชัดเจนเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ ขณะเดียวกันการศึกษาครั้งนี้พบช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติโดยคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำในประเด็นการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและความเชื่อมโยงบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาการทำงานแบบแยกส่วนที่นฤมล บุญเนื่อง<sup>(21)</sup> ระบุว่า เป็นอุปสรรคสำคัญในจังหวัดสมุทรสาคร ด้านการบริหารจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีจุดแข็งด้านการประสานงานผ่านการประชุมสม่ำเสมอ สอดคล้องกับปัจจัยความสำเร็จด้านการสื่อสารและประสานงานของปราณี อุสุพันธ์<sup>(22)</sup> และด้านการขาดแคลนทรัพยากร โดยเฉพาะงบประมาณและบุคลากร สอดคล้องกับเพ็ญพิชญ์ โพธารมภ์<sup>(23)</sup> ด้านมาตรการช่วยเหลือยังไม่เพียงพอและขาดความต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของชุมชนยังจำกัดในกระบวนการตัดสินใจและการเสริมสร้างศักยภาพ ซึ่งขัดกับหลักการประชาชนเป็นศูนย์กลางที่ซาราห์ บินเยาะ<sup>(24)</sup> และถนัด ไบยา และคณะ<sup>(25)</sup> ย้ำถึงความสำคัญต่อความยั่งยืนของงานพัฒนา

อีกทั้งพบว่า โอกาสสำคัญในการพัฒนาอยู่ที่ภาวะผู้นำระดับพื้นที่และเครือข่ายความร่วมมือที่มีอยู่เดิม ซึ่งตรงกับพัชรพร ทองจันทร์นาม และภักดี โพธิ์สิงห์<sup>(26)</sup> ที่ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านนโยบายและการสนับสนุนจากผู้บริหารมีอิทธิพลสูงต่อการขับเคลื่อนงาน

รูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคมของกลุ่มเปราะบาง จังหวัดสระบุรี รูปแบบ D-SAFE Model มีกระบวนการหลัก 5 ขั้นตอนที่ต่อเนื่องกัน สอดคล้องกับแนวทางการทำงานที่เป็นระบบตามหลักการบริหารจัดการสมัยใหม่ในการวิจัยของบุรฮัน วาหะ<sup>(27)</sup> ในการพัฒนาและสนับสนุนคุ้มครองเด็กเปราะบาง ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน 7 ขั้นตอนที่ชัดเจน ตั้งแต่การสำรวจข้อมูลไปจนถึงการติดตามประเมินผล การที่ D-SAFE Model มีกระบวนการที่คล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะการเน้นขั้นตอนการประเมินสถานการณ์ (Diagnostic Assessment) และการประเมินผล (Evaluation & Enhancement) เป็นการสร้างหลักประกันว่ารูปแบบจะสามารถปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป โดยหลักการของรูปแบบ D-SAFE Model ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างระบบข้อมูลร่วม ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของซาราห์ บินเยาะ<sup>(24)</sup> ในการพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์มานิ พบว่า การวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผนร่วมกับครัวเรือนโดยตรงนำไปสู่การแก้ไขปัญหที่ตรงจุดและยั่งยืน รวมถึงผลการวิจัยของถนัด ไบยา และคณะ<sup>(25)</sup>

ในการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพตามหลักเศรษฐกิจ-พอเพียง จังหวัดน่าน ชี้ให้เห็นว่าการเริ่มจากแนวคิดร่วมกันของชุมชนและการใช้ข้อมูลเป็นฐานนำไปสู่การพัฒนาที่ชุมชนเป็นเจ้าของ ซึ่งการที่ D-SAFE Model กำหนดให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่การระบุปัญหาไปจนถึงการติดตามผล จึงเป็นไปตามหลักการพัฒนาที่ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ด้านการจัดตั้งโครงสร้างประสานงานระดับอำเภอที่มีนายอำเภอหรือผู้แทนสุขภาพเป็นประธานสอดคล้องกับเพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์<sup>(20)</sup> พบว่า การมีทีมที่เข้มแข็งและการจัดตั้งอนุกรรมการเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ และศักดิ์นันทน์ ดวงตา<sup>(28)</sup> ระบุว่า การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบเป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ และการจัดตั้งศูนย์ Smart One Stop Care เพื่อให้บริการครบวงจรในจุดเดียว สอดคล้องกับแนวโน้มการให้บริการแบบบูรณาการของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3<sup>(29)</sup> ในการศึกษาารูปแบบการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงดูแลครอบครัว ได้เสนอรูปแบบการจัดบริการที่ครอบคลุมหลายด้านและสามารถเข้าถึงได้ง่าย และรพีสุภา หวังเจริญรุ่ง และคณะ<sup>(30)</sup> ในการจัดทำกลไกการบริหารจัดการและบริการแบบบูรณาการในเขตสุขภาพน่าน พบว่า การบูรณาการบริการและการมีระบบข้อมูลร่วมกันเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ ขณะเดียวกันการเน้นความยืดหยุ่นตามบริบทพื้นที่และการปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับเงื่อนไขเฉพาะของแต่ละอำเภอ สอดคล้องกับข้อค้นพบจากงานวิจัยด้านการพัฒนาชุมชนของณัฐกุล บุญประกอบ และพิมพ์พรณ โปธิ์นิกษา<sup>(31)</sup> ในการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนมีส่วนร่วม พบว่า ความสำเร็จของการดำเนินงานขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่และความต้องการของชุมชน และธิติววัฒน์ เจริญสวัสดิ์ และฉัตรวิญญ์ อองคสิงห์<sup>(32)</sup> ยังเน้นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและทรัพยากรในพื้นที่ และการให้ความสำคัญกับกระบวนการประเมินผลและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สอดคล้องกับหลักการพัฒนาที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ของปัทมา ยมศิริ และศรุตดา สมพอง<sup>(33)</sup> ระบุว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาฯ เน้นย้ำถึงความสำคัญของการทำงานร่วมกันของเครือข่ายหน่วยงานและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ประสิทธิผลรูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระดับอำเภอเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและสังคมของกลุ่มเปราะบาง จังหวัดสระบุรี พบว่า ประโยชน์ของรูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.42) โดยเฉพาะในด้านการสนับสนุนการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน (Mean=4.46) และการเชื่อมโยงบริการสุขภาพและสังคม (Mean=4.48) สะท้อนว่า D-SAFE Model สามารถลดปัญหาหลักของการทำงานแบบแยกส่วนที่พบในบริบทการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ซึ่งตรงกับเพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์<sup>(20)</sup> ที่ระบุว่ารูปแบบการขับเคลื่อนงานในระดับอำเภอจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนและมีนโยบายที่ชัดเจน และข้อเสนอของรพีสุภา หวังเจริญรุ่ง และคณะ<sup>(30)</sup> เกี่ยวกับความสำคัญของการสร้างกลไกบริหารจัดการและบริการแบบบูรณาการในพื้นที่เขตสุขภาพ เพื่อให้การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากขึ้น ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริงที่อยู่ในระดับมาก (Mean=4.35) โดยมีปัจจัยสนับสนุนสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้นำและหน่วยงานในพื้นที่ (Mean=4.44) และความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน (Mean=4.38) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของภาวะผู้นำและวัฒนธรรมองค์กรในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับพัชรพร ทองจันทร์นาม และภักดี โพธิ์สิงห์<sup>(26)</sup> พบว่า นโยบายการส่งเสริมจากรัฐบาลเป็นปัจจัยหลักที่สามารถพยากรณ์ความสำเร็จของการดำเนินงานได้ถึงร้อยละ 84.50 และปัจจัยความสำเร็จด้านความชัดเจนของคู่มือการปฏิบัติ (Mean=4.39) สอดคล้องกับประชัน ชะชีกุล และคณะ<sup>(34)</sup> ที่พัฒนาคู่มือกลไกการพัฒนาเครือข่ายเยาวชนและพบว่า ความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติเป็นปัจจัยสำคัญต่อการนำไปใช้ได้จริง และรูปแบบ

สามารถส่งเสริมการจัดระบบข้อมูลกลุ่มเปราะบาง (Mean=4.47) และการจัดการปัญหาเชิงโครงสร้าง (Mean=4.43) สอดคล้องกับซาราห์ บินเยาะ<sup>(24)</sup> ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการจัดทำสมุดปกครอบครัวในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์และการใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกับครัวเรือน ขณะที่รพีสุภา หวังเจริญรุ่ง และคณะ<sup>(30)</sup> ชี้ว่าบทบาทสำคัญของข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพต่อความสำเร็จของการบริหารจัดการเขตสุขภาพเป็นการสร้างรากฐานที่สำคัญสำหรับการตัดสินใจด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์และการติดตามประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ และผลการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่สังคมเมืองและสังคมชนบทพบว่า แม้การรับรู้ประโยชน์ของรูปแบบจะไม่แตกต่างกัน แต่ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงในพื้นที่สังคมเมืองกลับสูงกว่าพื้นที่สังคมชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.032$ ) ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างในด้านทรัพยากร โครงสร้างพื้นฐาน และศักยภาพของบุคลากร เช่นเดียวกับชิตชนก พวงเพชร<sup>(35)</sup> พบว่า มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร และการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่มในพื้นที่ห่างไกลและกลุ่มที่ขาดความพร้อมทางเทคโนโลยี ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการออกแบบกลยุทธ์สนับสนุนที่แตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ เพื่อให้การนำรูปแบบไปใช้มีประสิทธิภาพทั้งในสังคมเมืองและชนบท

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จในการนำรูปแบบการบริหารจัดการมาใช้ปฏิบัติจริง พบว่า การสนับสนุนจากผู้บริหารท้องถิ่นในฐานะแรงขับเคลื่อนเชิงนโยบาย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงต่อการสร้างความชอบธรรมและความร่วมมือของหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับพัชรพร ทองจันทนาม และภักดี โพธิ์สิงห์<sup>(26)</sup> ระบุว่านโยบายการส่งเสริมจากรัฐบาลเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จ โดยสามารถพยากรณ์การขับเคลื่อนงานได้ถึงร้อยละ 84.5 นอกจากนี้ เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์<sup>(20)</sup> ระบุว่า “การมีทีมหน้าที่เข้มแข็ง” เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอันดับสองของรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การสนับสนุนจากผู้บริหารท้องถิ่นไม่เพียงแต่ช่วย

ในการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากร แต่ยังสร้างบรรยากาศการทำงานเชิงนโยบายที่เปิดโอกาสให้เกิดการประสานงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่ความพร้อมของบุคลากรในด้านความรู้และทักษะ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพและความต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับสุดา หันกลาง<sup>(36)</sup> พบว่า การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลชุมชนและทีมสหวิชาชีพเป็นแนวทางที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพการบริการ และรพีสุภา หวังเจริญรุ่ง และคณะ<sup>(30)</sup> ระบุว่า “กำลังคนด้านสุขภาพ” เป็นหนึ่งใน Regulatory Sandbox สำคัญในการขับเคลื่อนเขตสุขภาพ โดยเน้นความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการบุคลากรให้สอดคล้องกับความต้องการพื้นที่

#### ข้อเสนอแนะ

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตควรร่วมกับภาคีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน นำรูปแบบ D-SAFE ไปใช้เป็นกรอบบูรณาการการดำเนินงานด้านการดูแลและช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางตามบริบทพื้นที่ เพื่อเสริมความเข้มแข็งของเครือข่าย ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน และมีข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรจัดตั้งคณะประสานงานอำเภอประจำตำบล/อำเภอ โดยกำหนดบทบาทและหน้าที่ของหน่วยงานแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน และสร้างช่องทางสื่อสารมาตรฐาน เช่น การประชุมประจำเดือน รายงานความคืบหน้าผ่านระบบออนไลน์ หรือเวทีหารือร่วม เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขอปท. และภาคประชาสังคมสามารถวางแผนและดำเนินงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. จังหวัดสระบุรีควรจัดทำฐานข้อมูลกลางกลุ่มเปราะบางในรูปแบบออนไลน์ โดยออกแบบให้หน่วยงานทุกภาคส่วนและประชาชนที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงและบันทึกข้อมูลปัจจุบันได้อย่างปลอดภัย สำหรับใช้วางแผนติดตามผล และประเมินประสิทธิภาพการให้บริการ และ

ปรับปรุงแบบศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้มีศักยภาพบริการแบบศูนย์ดูแลช่วยเหลือครบวงจร Smart One Stop Care

4. ควรจัดเวทีระดมความคิดเห็นประจำอำเภอ/ตำบล เพื่อให้กลุ่มเปราะบางและชุมชนมีโอกาสเสนอปัญหาและความต้องการโดยตรง พร้อมกำหนดบทบาทชัดเจนขององค์กรประชาสังคมในการสนับสนุนกิจกรรมชุมชน และสร้างกลไกการมีส่วนร่วม เช่น การจัดตั้งคณะทำงานชุมชนร่วมวางแผนและติดตามผลการดำเนินงานของโครงการ

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี และคณะผู้บริหารทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้การสนับสนุนและชี้แนะแนวทางการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ ที่ให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการ และอาสาสมัครการวิจัยทุกท่าน ที่สละเวลาให้ข้อมูลให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing [Internet]. 2024 [cited 2024 May 20]. Available from: [https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/thailand-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/thailand-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing?utm_source=chatgpt.com)
2. ฉัฐวัฒน์ ชัชฌานันท์. ความเหลื่อมล้ำในสังคมไทย ความท้าทายและการปรับตัวสู่ความเท่าเทียม. วารสารสังคมศึกษาปริทรรศน์ 2567;1(1):99-114.
3. World Bank. Taking the pulse of poverty and inequality in Thailand ageing [Internet]. 2024 [cited 2024 May 20]. Available from <https://www.worldbank.org/en/country/thailand/publication/taking-the-pulse-of-pov->

erty-and-inequality-in-thailand?utm\_source=chatgpt.com

4. นภา วะสี, กฤษณ์เลิศ สัมพันธ์รักษ์. โอกาสกับความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.pier.or.th/pierspectives/001/>
5. World Health Organization. Vulnerability and vulnerable populations community disaster risk management [Internet]. 2024 [cited 2024 May 20]. Available from [https://wkc.who.int/our-work/health-emergencies/knowledge-hub/community-disaster-risk-management/vulnerability-and-vulnerable-populations?utm\\_source=chatgpt.com](https://wkc.who.int/our-work/health-emergencies/knowledge-hub/community-disaster-risk-management/vulnerability-and-vulnerable-populations?utm_source=chatgpt.com)
6. JICA. Data collection survey on the silver economy in Thailand: final report [Internet]. 2024 [cited 2025 May 2]. Available from [https://www.jica.go.jp/english/overseas/thailand/others/\\_icsFiles/afield-file/2025/11/21/FinalReport\\_EN\\_cover2025.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.jica.go.jp/english/overseas/thailand/others/_icsFiles/afield-file/2025/11/21/FinalReport_EN_cover2025.pdf?utm_source=chatgpt.com)
7. ศิริพร โจรจนสุกาญจน. การประชุมคณะทำงานการรับมือและปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศสำหรับกลุ่มเปราะบางจังหวัดสระบุรีครั้งที่ 2/2568; 6 ส.ค. 2568; ศาลากลางจังหวัดสระบุรี. สระบุรี: สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดสระบุรี; 2568.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. รายงานข้อมูลการสำรวจกลุ่มเปราะบางคุณภาพชีวิตดี “คนสระบุรีไม่ทอดทิ้งกัน” พัฒนาคุณภาพชีวิตรายบุคคล จังหวัดสระบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 6 ธ.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://spho.moph.go.th/other/ImproveQualityLife/dashboard>
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. คริวเรือนกลุ่มเปราะบางจังหวัดสระบุรี ประจำปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://gdcatalog.go.th/dataset/gdpub-lish-st002/resource/a984e2e0-7cea-434f-a806-78c3aa28ef8f?inner\\_span=True](https://gdcatalog.go.th/dataset/gdpub-lish-st002/resource/a984e2e0-7cea-434f-a806-78c3aa28ef8f?inner_span=True)

10. สำนักนายกรัฐมนตรี. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 23 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/054/1.PDF>
11. สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดสระบุรี. ทจ. สระบุรีร่วมพิธีเปิดโครงการมหกรรมประชุมวิชาการ นำเสนอผลงาน นวัตกรรม และสรุปผลการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี กลุ่มเปราะบาง ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 30 ต.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://saraburilocal.go.th/public/list/data/detail/id/11855/menu/1625>
12. สันติ เกิดทองทวี, ชรินทร์ ห่วงมิตร, ธีรพนธ์ ธัญญาโชติ-หิรัญ, ศิรินทิพย์ ศาสวัตชวลวงศ์, ชม ปานตา. การศึกษาบทบาทและการรับรู้ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนเขตสุขภาพที่ 3. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2568;10(1):251-66.
13. วิษณุพงษ์ จตุเทน. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลบึงนครอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2565;3(1):111-20.
14. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัดสระบุรี. รายงานการถอดบทเรียนผลการดำเนินงานการดูแลกลุ่มเปราะบางของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด: การประชุมติดตามผลการดำเนินงานกลุ่มเปราะบางจังหวัดสระบุรี วันที่ 23 ส.ค. 2567. สระบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี; 2567.
15. von Bertalanffy L. General system theory: foundations, development, applications. New York: George Braziller; 1968.
16. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3<sup>rd</sup> ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2018.
17. Cochran WG. Sampling techniques. 3<sup>rd</sup> ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
18. Keeves JP. Models and model building. In: Keeves JP, editor. Educational research, methodology, and measurement: An international handbook. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Pergamon; 1997. หน้า 386-93.
19. Nastasi BK, Schensul SL. Contributions of qualitative research to the validity of intervention research. J Sch Psychol 2005;43(3):177-95.
20. เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์. การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี. วารสาร-การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2567;19(1):40-53.
21. นฤมล บุญเนื่อง. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน: กรณีศึกษาอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร [การศึกษา ค้นคว้าอิสระ]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2562. 146 หน้า.
22. ปราณี อุตสุนันท์. การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร เพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567;9(6):647-56.
23. เพลี้ยเพ็ญ โปธารมภ์. การช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: กรณีศึกษา การช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการในจังหวัดสระบุรี [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564. 103 หน้า.
24. ชาราห์ บินเฮาะ. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน กลุ่มชาติพันธุ์มณี (โอรังอัสนี). [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 20 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://ebooks.m-society.go.th/ebooks/download/806>

25. ถนัด ไบยา, วิชัย นิลคง. การพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2567; 16(2):25-36.
26. พัชรพร ทองจันทร์นาม, กักดี โพธิ์สิงห์. รูปแบบการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติด้านการบริหารกิจการสาธารณะยุคดิจิทัล ครั้งที่ 5: การบริหารกิจการสาธารณะยุคดิจิทัล: กฎหมาย ความเป็นธรรม และการกลับคืนสู่ประชาธิปไตย; 19-20 พ.ค. 2564; มหาวิทยาลัยขอนแก่น, จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564. หน้า 331-43.
27. บุรฮัน วาหะ. การพัฒนาและสนับสนุนคุ้มครองเด็กเปราะบาง: กรณีศึกษาโครงการท้องถิ่นเพื่อน้องในพื้นที่ตำบลห้วยลาน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ภายใต้มูลนิธิตะเยาเพื่อการพัฒนา [การวิจัยเฉพาะเรื่อง]. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560. 116 หน้า.
28. ศักดินันท์ ดวงตา. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 30 ต.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20221017152031.pdf>
29. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3. รูปแบบที่เหมาะสมของการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงดูโรคเรื้อรัง: ศึกษาเฉพาะกรณีในเขตกลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนล่าง. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2564.
30. รพีสุภา หวังเจริญรุ่ง, อนันต์โชค โอแสงธรรมนนท์, ดาวุด ยูนูซ, ต้องการ จิตเลิศขจร, สุทธิ สืบศิริวิริยะกุล, ปันสิยา เทพโพธา, และคณะ. การจัดทำกลไกการบริหารจัดการและบริการแบบบูรณาการในพื้นที่เขตสุขภาพน่านร่อง. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 30 ต.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5949>
31. ณริกุล บุญประกอบ, พิมพรรณ โพธิ์นักษา. การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนมีส่วนร่วม [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 23 มี.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล <https://nkhospital.moph.go.th/doc/journal/20240911024032.pdf>
32. อธิวัฒน์ เอียรสวัสดิ์, ฉัตรวิญญ์ องค์สิงห์. แนวทางการใช้การบริหารงานสาธารณสุขในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเปราะบางในชุมชนเขตพื้นที่ลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. วารสารโศติศาสตร์ปริทัศน์ 2568;5(1):1-12.
33. ปัทมา ยมศิริ, ศรุต สมพอง. การบูรณาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564). วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2563; 5(9): 216-29.
34. ประชัน ชะชีกุล, จักรี ศรีจารุเมธีญาณ, พระมหาสมบัติ คุณเสโก, ชุติพร นาห้วนิล. กลไกการพัฒนาเครือข่ายเยาวชนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม โดยใช้ครอบครัว ชุมชนและพระพุทธศาสนาเป็นฐาน จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหาจุฬาราชวิทยาลัย; 2564.
35. ชิตชนก พวงเพชร. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2567. 91 หน้า.
36. สุดา หันกลาง. การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชนเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2562;1(1):1-17.

## Development of an Integrated District-Level Management Model to Enhance Health and Social Security for Vulnerable Groups in Saraburi Province

Chaimongkol Kampiranont, M.P.H. (Public Health Administration)\*;

Manop Thongton, Ph.D. (Public Administration)\*\*; Suwimon Phonwan, M.Sc. (Public Health)\*\*\*;

Yodchai Suwannawong, Ph.D. (Non-Formal Education)\*\*\*

\* Kaeng Khoi District Public Health Office; \*\* National Health Commission Office (NHCO); \*\*\*

Saraburi Provincial Public Health Office, Thailand

*Journal of Health Science of Thailand 2026;35(1):69-84.*

**Corresponding author:** Chaimongkol Kampiranont, Email: chaimongkol2510@gmail.com

**Abstract:** This mixed-methods study was conducted to develop and test an integrated district-level management model to strengthen health and social security for vulnerable populations in Saraburi Province. Conducted over 12 months, the research comprised three phases: (1) assessing current implementation and management mechanisms for improving the quality of life of vulnerable groups; (2) developing the integrated management model; and (3) testing the model's effectiveness. Participants included district health board members, experts, and members of vulnerable population groups. Data were collected using questionnaires, in-depth interviews, evaluation forms, observation records, a model operational manual, and focus group discussions. Data analysis involved descriptive and inferential statistics, along with content analysis. The results revealed that the overall implementation of quality-of-life development was at a high level, while the management mechanisms were at a moderate level. Key limitations included insufficient intersectoral integration, inadequate resources, and fragmented information systems. Promising opportunities for improvement were leadership commitment and strong community-local government networks. The developed D-SAFE Model consisted of five steps: Diagnostic Assessment (D), Stakeholder Synergy (S), Action Planning (A), Field Implementation (F), and Evaluation and Enhancement (E). The model demonstrated high appropriateness in both content and structure. Post-implementation evaluation showed high mean scores for perceived usefulness (4.40) and feasibility (4.35) on a 5-point scale. While perceived benefits did not differ between urban and rural areas, a statistically significant difference in feasibility was found ( $p < 0.05$ ), with higher feasibility reported in urban contexts. Key success factors included policy support, cross-sectoral collaboration, personnel readiness, and an accessible information system. In conclusion, the D-SAFE Model proved to be a applicable framework for strengthening the health and social security of vulnerable populations at the district level in Saraburi Province.

**Keywords:** district health; development of quality of life; health and social security; vulnerable groups