



# การพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จังหวัดน่าน

## COMMUNITY DEVELOPMENT FOR PARTICIPATORY HEALTH MANAGEMENT ACCORDING TO SUFFICIENTCY ECONOMY PHILOSOPHY IN NAN PROVINCE.

ถนัด ไบยา, วิชัย นิลคง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

Thanat Baiya, Vichai Nilkong

Nan Provincial Health Office

### บทคัดย่อ

การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาด้านสาธารณสุข ซึ่งต้องอาศัยการพัฒนาบนฐานชุมชนท้องถิ่นและเครือข่าย แม้ทำได้ยากแต่มียั่งยืนมากกว่า การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและสร้างภูมิคุ้มกันให้ชุมชน การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และประเมินผลรูปแบบ โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา ในพื้นที่ 20 ตำบล ระยะเวลาดำเนินการ 2 ปี 3 เดือน (ตุลาคม 2560 – ธันวาคม 2562) มีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และพัฒนากลไกการขับเคลื่อนชุมชนจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ระยะที่ 2 การปฏิบัติการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ ระยะที่ 3 การจัดการความรู้และประเมินแบบเสริมพลังวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า ด้านสถานการณ์การจัดการสุขภาพของชุมชน จังหวัดน่านมีการจัดการสุขภาพหลากหลาย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ ในแต่ละพื้นที่อยู่แล้ว ซึ่งการริเริ่มมีหลายรูปแบบทั้งเริ่มจากองค์กรภายนอก, เริ่มจากองค์กรภายในพื้นที่, และริเริ่มจากชุมชนเอง ด้านรูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชนแบบมีส่วนร่วม เริ่มจากการสร้างแนวคิดร่วมกันของคนในชุมชน โดยใช้แนวคิดที่ตนเองและเริ่มจากจุดเล็กๆ จากอสม.และแกนนำ มีกระบวนการดังนี้ 1) ทบทวนตนเอง กำหนดเป้าหมาย ประเด็นและแผนที่จะขับเคลื่อนร่วมกัน 2) สร้างทีมแกนนำหมู่บ้าน/ตำบล 3) ดำเนินกิจกรรมพัฒนาต่อยอดจากสิ่งดีที่มีอยู่ 4) สร้างมาตรการชุมชน ธรรมนูญสุขภาพ 5) เชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายการทำงานในพื้นที่และนอกพื้นที่ 6) สรุบบทเรียนและประเมินผลร่วมกัน ทำให้กลุ่มและชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ด้านผลการประเมินกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 4 องค์ประกอบ พบว่าทุกตำบล (20 ตำบล) ผ่านการประเมินองค์ประกอบด้านทีมและแผน องค์ประกอบด้านกิจกรรมผ่านเกณฑ์ 17 ตำบล (ร้อยละ 85.0) ด้านผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ 16 ตำบล (ร้อยละ 80.0) ส่วนเกณฑ์ชุมชนจัดการสุขภาพดี พบว่าผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม จำนวน 15 ตำบล

(ร้อยละ 75.0) ระดับพื้นฐาน จำนวน 5 ตำบล(ร้อยละ 25.0) ซึ่งแต่ละพื้นที่ตำบลมีการพัฒนาตนเองตามบริบทวิถีชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน มีปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ ได้แก่ 1) หลักคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 2) การใช้ข้อมูลความรู้ นำ 3) เริ่มจากจุดเล็กๆ 4) ผู้นำเป็นแบบอย่าง 5) มีมาตรการทางสังคม 6) จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง 7) มีกลไกการประเมินผล และ 8) มีการสร้างแรงจูงใจยกย่องคนดี

ดังนั้นจึงควรให้มีการพัฒนาศักยภาพของอสม.และแกนนำชุมชนให้เป็นแกนหลักของการพัฒนาชุมชนด้านสุขภาพ โดยใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นหลักพื้นฐานในการดำเนินงาน

**คำสำคัญ :** ชุมชนจัดการสุขภาพ, ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง, การมีส่วนร่วมของชุมชน

## Abstract

Health promotion and disease prevention are important for public health development. Which based on local communities and networks. Health promotion and disease control are difficult but sustainable. Strengthen community health is important for health promotion and disease control. The objectives of this study were to analyst the situation of community health, develop a model of community health management according to the sufficiency economy philosophy and evaluate the model. The study used a research and development. The study was conducted in 20 sub-districts in Nan province. The study were 2 years and 3 months operation during October 2017 - December 2019. There were 3 phase of operation : phase 1 studied the situation of community health management, phase 2 developed model, phase 3 knowledge management and empowerment. Descriptive statistics and Content analysis were used to analyze the data.

The study found that Situation of community health management in Nan province has a variety of health management programs with participation from various network partners in each area. There are many types of initiatives, starting with external organizations, from local organizations, and from communities. The participatory community health management model started from creating a common concept of people in the community by using self-reliance concepts and started from small group as health volunteers and community leaders. There were processes as follows : 1) Reviewed themselves, set goals and issues together. 2) Built community team 3) Conducted activities to develop from best practice 4) Created community policy 5) Connected network in the area and outside the area 6) Summarizes lesson learn and evaluated together. The result made strong groups, strong community and reduced health risk factors. The results of the evaluation of the 4 component process showed that all sub-district (20 subdistrict) through evaluation of team and plans components. Activity components passed the criteria of 17 sub-districts (85.0 percent). Results component criteria passed the criteria of 16 sub-district (80.0 percent). As for the health management community criteria found that through the excellent level of 15 sub-districts (75.0%), good level 5 sub-districts (25.0%). Each sub-districts had self-development according to the context, lifestyle and culture. Keys success factors included : 1) the concept of sufficiency economy philosophy 2) using knowledge information 3) starting from a small groups 4) leadership of community leader 5) community policy 6) continuous activities and interactive through learning. 7) evaluation 8) motivating and appreciate the good practice.

Therefore, there should be development of health volunteer and community leaders to be the core of health community development by using the sufficiency economy philosophy as the basic of operations.

**Key words :** community health management, sufficiency economy philosophy, community participation

## บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้นๆ ของโลกและของประเทศไทยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ทั้งนี้สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับประเทศไทยความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี 2552 ส่วนความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับร้อยละ 24.7 ในปี 2557 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี 2552 (จตุพร คงประเสริฐ และคณะ, 2563) จังหวัดน่านพบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 7.55 ใน ปี 2557 ส่วนความชุกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 21.48 โรคเหล่านี้ นับเป็นกลุ่มโรควิถีชีวิต เนื่องจากมีสาเหตุจากหลายปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสม ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น และภาคประชาชน โดยเฉพาะการให้ภาคชุมชนและท้องถิ่น เข้ามาเป็นเจ้าของอย่างแท้จริง (หทัย ชิดานนท์, 2541)

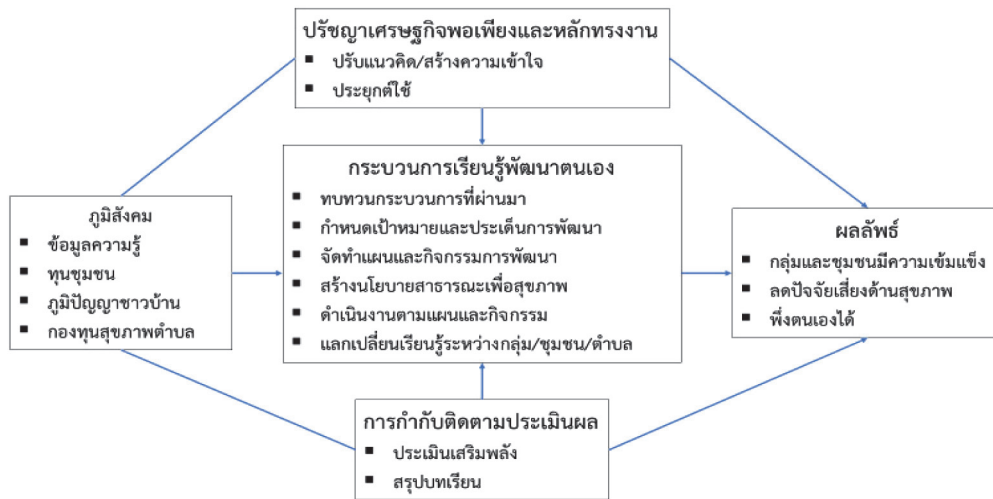
กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายไว้ว่า “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยมียุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP&P) ควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ (Service Excellent) ซึ่งการพัฒนาบริการสุขภาพตาม Service Plan เป็นการพัฒนามาบนฐาน Hospital Based นั้น หน่วยงานสาธารณสุขมีศักยภาพและความพร้อมในการจัดระบบการจัดการและให้บริการรองรับชัดเจน แต่มีภาระค่าใช้จ่ายที่สูง ส่วนการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคต้องอาศัยการพัฒนามาบนฐานชุมชนท้องถิ่น แม้ทำได้ยาก แต่ใช้งบน้อยกว่า มียั่งยืนมากกว่า จากการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของจังหวัดน่านพบว่ายังคงพบปัญหาพฤติกรรมกรรมกรดื่มสุรา

สูบบุหรี่ พฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่ปลอดภัย กินหวาน มันเค็ม ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะเครียดซึมเศร้าฆ่าตัวตาย ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้เป็นพฤติกรรมทางสังคมที่ต้องอาศัย การปรับเปลี่ยนสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เหล่านี้ การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพถือว่าเป็นแนวทางสำคัญในการลดเสี่ยงลดโรคเหล่านี้ ให้ชุมชนได้ร่วมกันคิดวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและกำหนดแนวทางแก้ไข ปัญหาลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้วยชุมชนเองอันจะเป็นรากฐานของการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยน้อมนำเอาหลักการทรงงานของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ การศึกษาข้อมูลให้เป็นระบบ ระเบิดจากภายในเริ่มจากคนที่เกี่ยวข้อง สร้างความเข้มแข็งจากภายใน ให้เกิดความเข้าใจและอยากทำ เริ่มแก้ปัญหาจากจุดเล็กๆ เมื่อสำเร็จแล้วจึงค่อยๆ ขยับขยาย ทำตามลำดับขั้นลงมือทำ ในสิ่งที่จำเป็นก่อน เมื่อสำเร็จแล้วก็เริ่มลงมือสิ่งที่จำเป็น ลำดับต่อไป ด้วยความรอบคอบและระมัดระวัง ภายใต้บริบทภูมิสังคมของพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจที่นำหลักทรงงาน มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาชุมชนสุขภาพะโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการสุขภาวะของชุมชนจังหวัดน่าน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาวะของชุมชนแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จังหวัดน่าน
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดการสุขภาวะของชุมชนแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จังหวัดน่าน

## กรอบแนวคิด



**รูปภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการศึกษา (ประยุกต์จากแนวคิดการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ, กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการศึกษา ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ได้แก่ แกนนำสุขภาพชุมชน (Key Actors) ในพื้นที่ดำเนินงานตำบล จัดการสุขภาพ โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 ตำบล ในพื้นที่ 15 อำเภอ ประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับตำบล ได้แก่ นายกองตำบล ส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำอสม. ผู้แกนนำสูงอายุ แกนนำกลุ่มแม่บ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน พระสงฆ์ จำนวน 240 คน (ตำบลละ 12 คน) เกณฑ์คัดเลือกได้แก่ เป็นคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่โครงการ, ยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และสามารถเข้าร่วมดำเนินการได้ต่อเนื่อง เกณฑ์คัดออก ได้แก่ คนที่ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการมากกว่า 3 ครั้ง

พื้นที่ทำการวิจัย เลือกพื้นที่แบบเจาะจง (Purposive selection) โดยเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย คือ 1. เป็นตำบลที่มีการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐานหรือระดับพัฒนา ตามเกณฑ์การประเมิน

กระบวนการการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ 5 ระดับของกองสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี 2560 ได้แก่ ระดับพื้นฐาน : การพัฒนาทีมสุขภาพตำบล (ทีมงาน), ระดับพัฒนา : การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบล, ระดับดี : การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ, ระดับดีมาก : ตำบลมีระบบการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง, และระดับดีเยี่ยม : ตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ และ 2) เป็นตำบลที่มีศักยภาพ ความพร้อมให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และพัฒนากลไกการขับเคลื่อนชุมชนจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดยการศึกษาดูงานการจัดการสุขภาพของชุมชนที่ผ่านมาโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนกระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา สร้างความเข้าใจเป้าหมายในพัฒนาและแนวทางการดำเนินการร่วมกันกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยสาธารณสุขอำเภอ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาล, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบงานในสสจ. จำนวน 150 คน ระยะเวลา 2 วัน, สร้างกลไกการขับเคลื่อนชุมชน

จัดการสุขภาวะโดยสนับสนุนให้อำเภอจัดตั้งทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล (พชต.) พร้อมทั้งคัดเลือกพื้นที่ตำบลที่จะดำเนินการ และจัดประชุมสร้างการเรียนรู้ในระดับตำบล โดยจัดประชุมแกนนำตำบล ละ 5 คน 20 ตำบล รวม 100 คน

เพื่อทำความเข้าใจเป้าหมายและกระบวนการดำเนินงานร่วมกัน

ระยะที่ 2 การพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาวะ โดยจัดเวทีประชาคมตำบล ละ 5 ครั้งๆ ละ 100 คน ประกอบด้วยแกนนำในระดับตำบลทั้งจากอสม. แกนนำชุมชน ประชาชนชาวบ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐ เอกชนในพื้นที่ กิจกรรมประกอบด้วย 1) การทบทวนศักยภาพชุมชน/ทีมงาน และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ศึกษาข้อมูลชุมชน ภูมิสังคม และคืนข้อมูลให้ชุมชนเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา หาส่วนขาดของชุมชน (Gap analysis) และกำหนดปัญหาสำคัญ 2) การพัฒนาศักยภาพอสม. นักจัดการสุขภาพ ผู้นำชุมชน 3) จัดทำแผนสุขภาวะชุมชนพึ่งตนเอง จัดโครงสร้างทีมงานที่จะขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยการต่อยอดจากทุนชุมชนที่มีอยู่ และพัฒนาในส่วนขาด 4) ขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติการบนฐานความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น สร้างพื้นที่ต้นแบบ พัฒนาเป็นมาตรการของกลุ่ม ชุมชน นโยบายสาธารณะ และ 5) ทบทวน ปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การจัดการความรู้และประเมินแบบเสริมพลัง โดยการติดตามเยี่ยมประเมินแบบเสริมพลัง (Empowerment Evaluation) ในพื้นที่ 20 ตำบลๆ ละ 1 วัน โดยการประเมินผลลัพธ์ทั้งเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ด้านความเข้มแข็งของชุมชน และจัดเวทีสรุปบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัด 1 ครั้ง จำนวน 300 คน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ข้ามพื้นที่ และให้ภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้มีส่วนร่วมเรียนรู้ สังเคราะห์เป็นชุดข้อมูลความรู้ของชุมชนให้เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่อง รวมถึงการขยายไปยังชุมชนตำบลอื่นๆ ต่อไป

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) การประเมินตำบลจัดการสุขภาพ ใช้แบบรายงานผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการของกองสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ปี 2561 ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของตำบล ส่วนที่ 2. การประเมินกระบวนการการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ 5 ระดับ - 1) ระดับพื้นฐาน : การพัฒนาทีมสุขภาพตำบล (ทีมงาน), 2) ระดับพัฒนา : การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบล, 3) ระดับดี : การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ, 4) ระดับดีมาก : ตำบลมีระบบการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง, 5) ระดับดีเยี่ยม : ตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ ส่วนที่ 3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนา และแบบประเมินชุมชนจัดการสุขภาพดีจังหวัดน่าน ที่นักวิจัยสร้างขึ้นเอง ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและด้านการพัฒนาชุมชน จำนวน 3 ท่าน ผลการตรวจสอบคุณภาพมีความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content Validity)

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากเอกสารสรุปรายงานผลการอบรมเชิงปฏิบัติการแกนนำในระดับจังหวัด ในระยะที่ 1, สรุปผลการจัดเวทีประชาคมตำบลละ 5 ครั้ง ในระยะที่ 2, สรุปผลการเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเวทีถอดบทเรียนระดับจังหวัดในระยะที่ 3, ผลการดำเนินงานประจำปีของแต่ละตำบล, การสังเกตในการจัดเวทีแต่ละครั้ง และการสัมภาษณ์เชิงลึกแกนนำตำบลๆ ละ 2 คน รวม 40 คน หลังเสร็จสิ้นโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลทุนชุมชน บริบทชุมชน การกำหนดเป้าหมาย ประเด็นที่จะพัฒนา แผนการพัฒนากระบวนการพัฒนาชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน ผลลัพธ์ของการพัฒนาชุมชน และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ใช้การบันทึกข้อมูลใน Field note ตรวจสอบข้อมูลแบบลักษณะสามเส้า (Triangulation) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) และการจำแนกข้อมูลแบ่งเป็นกลุ่มประเด็นข้อมูล (Thematic analysis) พรรณนารายละเอียด ตีความหาความหมาย อธิบายความ และทำการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้เทียบเคียงกับบริบทของพื้นที่ และสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ การสังเกต เวทีชุมชนเวทีถอดบทเรียน แล้วนำประเด็นมาสรุปสาระสำคัญ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ข้อมูลทั่วไปของตำบล ผลการประเมินตามเกณฑ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

ระยะเวลาดำเนินการ 2 ปี 3 เดือน (ตุลาคม 2560 – ธันวาคม 2562)



## ผลการศึกษา

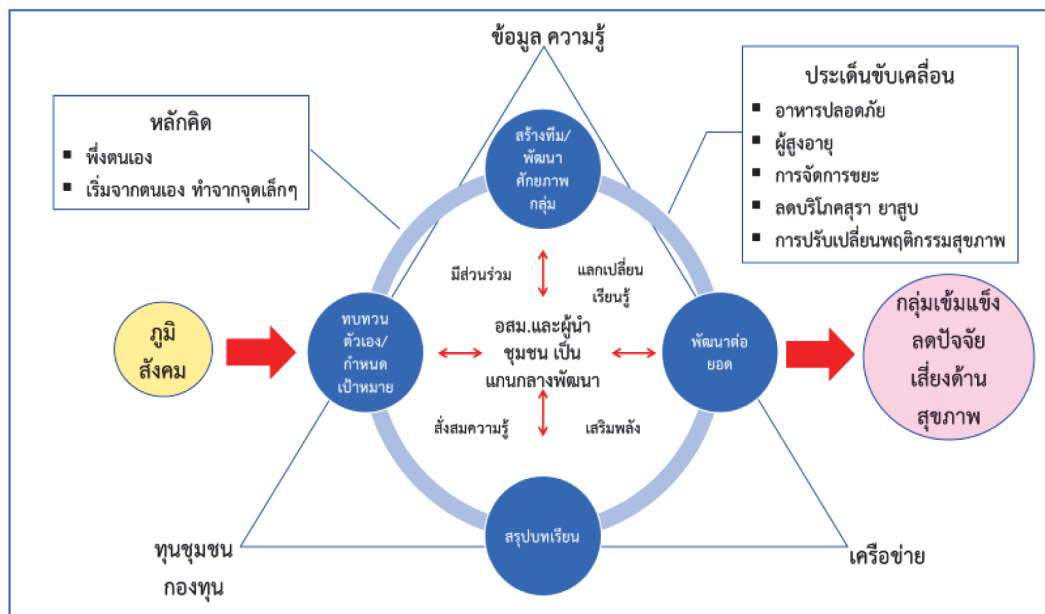
### 1. สถานการณ์การจัดการสุขภาพของชุมชนจังหวัดน่าน

จังหวัดน่านมีการจัดการสุขภาพหลากหลายโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ ในแต่ละพื้นที่อยู่แล้ว ซึ่งการริเริ่มมีหลายรูปแบบทั้ง 1) เริ่มจากนโยบายของหน่วยงานรัฐหรือเอกชนจากภายนอก 2) เริ่มจากหน่วยงานหรือองค์กรภายในพื้นที่ 3) ริเริ่มจากกลุ่มองค์กรในชุมชนเอง โดยมีกลไกสำคัญคือ คณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล ที่มาจากหลายภาคส่วนทั้งภาคชุมชน ท้องถิ่น รัฐ และเอกชน ที่เป็นที่ศรัทธายอมรับ มีการประสานแบบทั้งไม่เป็นทางการ และเป็นทางการ, มีการประชุมสม่ำเสมอ รวมกลุ่มทำกิจกรรม บนฐานวัฒนธรรมชุมชน ซึ่งรูปแบบการพัฒนาสุขภาพชุมชน จะเริ่มตั้งแต่การทบทวนศักยภาพ ข้อจำกัด กำหนดเป้าหมาย การพัฒนาร่วมกัน แล้วจัดทำแผนพัฒนาต่อยอดสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่มีอยู่เดิมให้ดียิ่งขึ้น มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำและอาสาสมัครให้มีความรู้ ยกระดับการจัดการให้เข้มแข็ง และส่งเสริมความรู้ให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่องซ้ำๆ จนเกิดแนวปฏิบัติที่ดี กลุ่มองค์กรมีความเข้มแข็ง ประเด็นขับเคลื่อนส่วนใหญ่ได้แก่ อาหารปลอดภัย การดูแลผู้สูงอายุ การจัดการขยะ การลดการบริโภคสุราและยาสูบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น จากการประเมินผลก่อนการดำเนินงาน

(ปี 2560) พบว่าจังหวัดน่านมีตำบลจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป จำนวน 84 ตำบล (ร้อยละ 84.8) ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 70) หลังการดำเนินงาน (ปี 2562) พบว่ามีตำบลจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป จำนวน 90 ตำบล (ร้อยละ 90.9)

### 2. รูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชนแบบมีส่วนร่วม

จากรูปภาพที่ 2 การพัฒนาสุขภาพของชุมชนในพื้นที่ 20 ตำบล จากการสังเคราะห์บทเรียนร่วมกัน สามารถสรุปรูปแบบการดำเนินการได้ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ทุนชุมชน ภูมิสังคมของชุมชนที่มีอยู่ เพื่อให้ทราบว่ามีทุนทางสังคมและศักยภาพอะไรบ้างที่จะนำมาใช้เป็นต้นทุนในการพัฒนา 2) ทบทวนจุดแข็งจุดอ่อนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพที่ผ่านมา แล้วร่วมกันกำหนดเป้าหมายการพัฒนา ประเด็นที่ต้องการพัฒนา และกำหนดแผนที่จะดำเนินการร่วมกัน 3) สร้างทีม อสม. แกนนำหมู่บ้าน แกนนำตำบล (Team Building) โดยประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพของทีมให้เข้าใจเป้าหมายและแนวคิดการทำงานที่ถูกต้อง (Clear goal, Right mindset) ให้สามารถวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา กำหนดแนวทางการแก้ไขของชุมชนได้ รวมทั้งการสร้างการเรียนรู้จากการจัดกิจกรรมในพื้นที่ 3) ดำเนินกิจกรรมพัฒนาตามแผนโดยต่อยอดจากสิ่งดีดีที่มีอยู่และแก้ไขจุดอ่อนการดำเนินงานที่ผ่านมา



รูปภาพที่ 2 รูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชนแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จังหวัดน่าน

โดยเริ่มจากตัวอสม.แกนนำชุมชน และปราชญ์ชาวบ้าน สร้างกิจกรรมให้เกิดขึ้นให้สามารถเป็นแบบอย่าง เช่น การปลูกผักปลอดภัยโดยใช้ปุ๋ยหมักจากการคัดแยกขยะ ในครัวเรือน การจัดครัวเรือนให้สะอาด การออกกำลังกาย การงดเหล้าบุหรี่ เป็นต้น แล้วขยายไปยังละแวกคุ้ม กลุ่มคนที่สนใจ และคนในชุมชนต่อไป รวมทั้งการสร้างมาตรการชุมชน และธรรมนูญสุขภาพ ประเด็นที่ตำบลเลือกดำเนินการ ส่วนใหญ่ได้แก่ อาหารปลอดภัย การลดการเคมีในการเกษตร การจัดการขยะ ลดบริโภคสุรา ยาสูบ ผู้สูงอายุ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) สรุปรทเรียนร่วมกัน เป็นการเรียนรู้แบบทำไปสรุปรทเรียนไป โดยใช้ฐานข้อมูล ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นควบคู่ไปกับองค์ความรู้เทคโนโลยี สมัยใหม่ และข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพ ในการคิด วิเคราะห์วางแผน ใช้ทุนชุมชน/กองทุนที่มีอยู่ในชุมชน เป็นทรัพยากรสำคัญในการดำเนินงาน มีการเชื่อมโยงกับ ภาคีเครือข่ายการทำงานในพื้นที่และนอกพื้นที่ ผลการพัฒนา ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง กลุ่มและชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพได้

### 3. ประเมินผลลัพธ์

3.1 การประเมินผลตามเกณฑ์ตำบลจัดการสุขภาพ ในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพของชุมชนจังหวัดน่าน ได้ใช้เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม ในพื้นที่ตำบลนั้นๆ ที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบและ การวัดผลสำเร็จ ในการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทพื้นที่ เกณฑ์การประเมิน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) Team มีทีมสุขภาพ ระดับตำบลที่มีศักยภาพ 2) Plan มีการจัดทำแผนสุขภาพตำบล แบบมีส่วนร่วม 3) Activity มีการจัดกิจกรรมหรือบริการสุขภาพ ตามกลุ่มวัยหรือประเด็นปัญหาของพื้นที่ และ 5) Result มีผลลัพธ์การดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งเป็นการประเมิน ตามกระบวนการที่ได้ดำเนินงาน จากตารางผลการประเมิน ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 4 องค์ประกอบ พบว่า ทุกตำบล (20 ตำบล)ผ่านการประเมินองค์ประกอบด้านทีม และแผน องค์ประกอบด้านกิจกรรมผ่านเกณฑ์ 17 ตำบล (ร้อยละ 85.0) ด้านผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ 16 ตำบล (ร้อยละ 80.0) ส่วนเกณฑ์ชุมชนจัดการสุขภาพดีจังหวัดน่าน เป็นเกณฑ์ ที่พัฒนาขึ้นใช้ประเมินเพื่อการพัฒนาตนเอง ประกอบด้วย

1) เกณฑ์ระดับพื้นฐาน (The must) ได้แก่ การกำหนด เป้าหมาย การวิเคราะห์ชุมชน การจัดทำแผน การกำหนด บทบาทหน้าที่ การสร้างทีมงาน การจัดทำข้อมูลชุมชน การระดมทรัพยากร การกำกับติดตามประเมินผล 2) เกณฑ์ระดับดีเยี่ยม (The best) ได้แก่ เกิดผลลัพธ์ชัดเจน มีการสรุปรทเรียน มีนวัตกรรมหรือตัวอย่างที่ดี เป็นแหล่ง เรียนรู้ให้กับพื้นที่อื่น ผลการประเมินพบว่ามีตำบลที่ผ่าน ระดับพื้นฐาน จำนวน 5 ตำบล (ร้อยละ 25.0) ผ่านเกณฑ์ ระดับดีเยี่ยม จำนวน 15 ตำบล (ร้อยละ 75.0)

3.2 ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในตำบลที่ผ่านเกณฑ์ ในระดับดีเยี่ยม พบว่ามีปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้การขับเคลื่อน มีพลังและได้ผลดีมีความเกี่ยวเนื่องกันหลายประการ ได้แก่

1) หลักคิด การน้อมนำเอาหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และศาสตร์พระราชาของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 เป็นหลักพื้นฐานที่ทุกคนยอมรับอยู่แล้วและ นำไปสู่การปฏิบัติ โดยมีปราชญ์ชาวบ้าน บุคคลต้นแบบ ในชุมชนที่มีเป็นตัวอย่างที่ให้คนในชุมชนและต่างชุมชน ได้เข้ามาเรียนรู้ 2) การใช้ข้อมูลความรู้ในการสร้างความตระหนักและสนใจในปัญหา 3) เริ่มจากตนเอง ครัวเรือน สิ่งที่ทำอยู่แล้ว ไม่ได้คิดใหม่ทั้งหมด แต่ต่อยอดทุนเดิมที่มีอยู่ การเริ่มจากจุดเล็กๆ ในตนเองและครอบครัวก่อน จากสิ่งที่ ทำได้ง่ายและมีการยอมรับกันก่อนทำให้เกิดผลเป็นรูปธรรม และขยายผลไปยังกิจกรรมอื่นๆ 4) ผู้นำเป็นแบบอย่างที่ดี ให้แก่คนอื่น ไม่ละเมิดกฎกติกาของหมู่บ้าน นำพาคนในชุมชน ให้คิดและร่วมกันทำ แสวงหานวัตกรรมหรือแนวทางใหม่ๆ มาใช้อยู่เสมอๆ 5) มีมาตรการทางสังคมร่วมกันที่ชัดเจน บางพื้นที่ได้ยกระดับการเรียนรู้และกำหนดทิศทางการพัฒนา ร่วมกันให้เป็นธรรมนูญสุขภาพตำบล ทำให้มีการทบทวน และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง 6) การจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการสรุปรงาน การสรุปรทเรียน การวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค การศึกษาดูงานพื้นที่อื่นๆ 7) มีกลไกการตรวจสอบผลการดำเนินงานตามแนวทาง และมาตรการทางสังคมที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง นำเอา ปัญหาเหล่านี้มาสู่กระบวนการประชาคมเพื่อแก้ไขต่อเนื่อง และ 8) มีการสร้างแรงจูงใจยกย่องคนดี พื้นที่ตัวอย่าง ให้เป็น คนต้นแบบ พื้นที่ต้นแบบ ได้มีกำลังใจการทำงานต่อไป อย่างไรก็ดีตามปัจจัยเงื่อนไขของความสำเร็จเหล่านี้หาได้ขึ้น



อยู่กับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งไม่ หากแต่เป็นปัจจัยที่หนุนเสริมกันและกัน ที่ทำให้การขับเคลื่อนชุมชนจัดการสุขภาพมีความต่อเนื่องและเกิดผลดี ส่วนตำบลที่ผ่านระดับพื้นฐานส่วนใหญ่จะขาดปัจจัยเงื่อนไขสำคัญ ได้แก่ การมีผู้นำและทีมงานที่เข้มแข็ง การดำเนินการไม่ครบตามกระบวนการและขาดการกำกับติดตาม

## อภิปรายผล

1. รูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชนแบบมีส่วนร่วม เริ่มจากการสร้างแนวคิดร่วมกันของแกนนำและคนในชุมชน โดยใช้แนวคิดพึ่งตนเองและเริ่มจากจุดเล็กๆ จากตนเอง จากคนในครอบครัว ที่ได้ทบทวนข้อผิดพลาดที่ผ่านมา กำหนดเป้าหมาย ประเด็น และแผนที่จะขับเคลื่อนร่วมกัน สร้างทีมแกนนำหมู่บ้าน/ตำบล ดำเนินกิจกรรมพัฒนาต่อยอดจากสิ่งดีที่มีอยู่ เป็นการเรียนรู้แบบทำไปสรุปบทเรียนไป ใช้ทุนชุมชนที่มีอยู่ในการดำเนินงาน เชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายการทำงานในพื้นที่และนอกพื้นที่ สร้างมาตรการชุมชน ธรรมนูญสุขภาพ ทำให้กลุ่มเข้มแข็ง สามารถลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งกระบวนการวิจัยและพัฒนา เป็นกระบวนการพัฒนาให้ชุมชนมีศักยภาพ ในการสนับสนุนให้ชุมชนริเริ่มกิจกรรม การดูแลสุขภาพชุมชนภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อย่างชัดเจนส่วนหลักการสามห่วงสองเงื่อนไขของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นหลักการในการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพมากกว่าการเป็นกระบวนการพัฒนาสุขภาพ เป็นหลักคิดที่ซึมแทรกอยู่ในกิจกรรม ที่สามารถระลึก และยึดเตือนให้อยู่ในทางสายกลาง ดำเนินชีวิตอย่างไม่ประมาท ผลของกระบวนการดังกล่าว สร้างให้เกิดความมั่นใจ กล้าคิด กล้าทำในชุมชน และจากความสำเร็จเล็กๆ จะนำไปสู่ความสำเร็จและความเข้มแข็งของชุมชนในอนาคต (รุจา ภูไพบูลย์, 2555) เป็นการเสริมความสามารถในการทำความเข้าใจและควบคุมพฤติกรรมส่วนบุคคล สภาวะเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง เพื่อดำเนินการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของตนเอง (Barbara A. Israel, 1994) การเสริมพลังชุมชนจะช่วยเชื่อมโยงจุดแข็งและความสามารถของแต่ละบุคคล ระบบการช่วยเหลือกันในชุมชน และพฤติกรรมเชิงบวกต่อนโยบายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Douglas D. Perkins, 1995)

ซึ่งในการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีองค์ประกอบของรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กระบวนการศึกษาสภาวะสุขภาพ 2) กระบวนการวิเคราะห์ศักยภาพและความต้องการ 3) กระบวนการวางแผนปฏิบัติ 4) กระบวนการดำเนินกิจกรรมตามแผนภายใต้เงื่อนไขความรู้และคุณธรรม 5) กระบวนการดำรงความยั่งยืน และ 6) ทำความเข้าใจเงื่อนไขของบริบทที่เกี่ยวข้อง (ชูชีพ เบียดนอก, 2559) ส่วนชุมชนหนองสาหร่ายมีทุนทางสังคมที่สำคัญ มีการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชน มีการสร้างเป็นกระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ซึ่งปัจจัยสู่ความสำเร็จของชุมชนหนองสาหร่ายนี้ จัดทำเป็นยุทธศาสตร์ของชุมชนอยู่ดี มีสุข การจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของชาวบ้าน จนประสบความสำเร็จ รวมถึงการจัดการความรู้และใช้ความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคลของคนหนองสาหร่ายออกมาใช้ในการพัฒนา มีการทำงานที่เป็นระบบเป็นของตนเอง เป็นกระบวนการสำคัญ ที่ช่วยให้ก่อเกิดประชาคมสุขภาพตำบลโดยเริ่มต้นจากสิ่งที่มีอยู่และพัฒนาต่อจากฐานรากเดิมที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำของชุมชน นับเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ ทั้งยังใช้ตัวแบบงานด้านสาธารณสุขสามารถเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาในมิติอื่นๆ ด้วยการพัฒนาของหนองสาหร่ายเป็นการพัฒนาชุมชนต้นแบบอย่างบูรณาการที่นำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนหนองสาหร่าย (พันธุ์ชิตา โยคะนิตย์, 2553) ส่วนการศึกษารูปแบบการจัดการขยะของชุมชนชาวเขา ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัญหา และศักยภาพของชุมชน 2) การพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชน 3) การนำโครงการไปสู่การปฏิบัติ 4) การประเมินผล พบว่า ชุมชนมีการปรับทัศนคติและพฤติกรรมในการจัดการขยะที่ถูกต้อง มีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องไปสู่กิจกรรมสร้างสรรค์อื่นๆ ส่งผลทำให้ปริมาณขยะหลังการดำเนินการลดลง ร้อยละ 39.37 สภาพแวดล้อมของชุมชนได้รับการพัฒนาให้น่าอยู่ และประชาชนมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน ร้อยละ 100 (อิสราภาพ มาเรื่อน, 2556) ผลการวิจัยทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนด้านสุขภาพที่สามารถจัดการสุขภาพชุมชนของตนเองได้อย่างมีส่วนร่วม เกิดการประสานการทำงานของผู้นำชุมชนด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วย ผู้นำท้องถิ่น

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำศาสนา เกิดความร่วมมือเป็นเครือข่าย สุขภาพ และพัฒนาจนเกิดกลุ่มสุขภาพภาคประชาชนที่สามารถแสวงหาความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ และจัดการสุขภาพชุมชนตนเองได้อย่างมีส่วนร่วม (ระพีพัฒน์ ศรีมาลา, 2559) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้มีทักษะในการจัดการ ดังนี้ 1) จัดทำเครื่องมือประเมินสุขภาวะในชุมชน 2) ทำแผนที่สุขภาวะระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน 6 มิติ [แผนที่ผู้นำ (ทางการ) แผนที่ผู้นำ (ไม่เป็นทางการ) กลุ่มอาชีพ แผนที่ร่างกาย แผนที่จิตใจ แผนที่สังคม และแผนที่ภูมิปัญญา] ส่วนด้านการมีส่วนร่วมพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเข้าใจแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพด้วยในชุมชนแบบมีส่วนร่วม สามารถร่วมมือจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญห สุขภาพในชุมชนจำนวน 11 โครงการ ตลอดทั้งจัดทำแผน 3 ปีบรรจุในแผนการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อแก้ไขปัญห สุขภาพในชุมชนต่อไป (สุริษา แก้วสวัสดิ์ ทักษุ เรื่องสุวรรณ, 2558) ทั้งนี้รูปแบบการจัดการสุขภาวะที่เหมาะสมคือการช่วยให้ชุมชนได้คิดเป็นทำเป็นและสรุปบทเรียนเป็นบนฐานวัฒนธรรมชุมชน

2. การประเมินผลลัพธ์การจัดการสุขภาวะของชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้การประเมินกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 4 องค์ประกอบ พบว่าทุกตำบลผ่านการประเมินองค์ประกอบด้านทีมและแผน ส่วนองค์ประกอบด้านกิจกรรมผ่าน 26 ตำบล ประเด็นที่ไม่ผ่านคือการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนขั้นพื้นฐาน ทั้งนี้ในการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนพื้นฐานเป็นการดำเนินการเพื่อกิน เพื่อใช้ในชุมชน เพื่อให้ครอบครัวพึ่งตนเองได้ ลดรายจ่าย เพิ่มรายรับ ส่วนใหญ่ตำบลที่ดำเนินการยังไม่มีกรรวมกลุ่มจัดตั้งเป็นวิสาหกิจชุมชนจากการศึกษารูปแบบวิสาหกิจชุมชนที่ประสบความสำเร็จในประเทศไทยพบว่าประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง 2) ด้านการจัดการความรู้ และ 3) ด้านวัฒนธรรมองค์การ (ฐากร อนุสรณ์พานิชกุล, ฤัญญาพัชญ์ นาคภีบาล, วงศ์ธีรา สุวรรณิน, 2561) ด้านผลลัพธ์การจัดการสุขภาวะของชุมชน พบว่าผ่านเกณฑ์ 25 ตำบล ประเด็นที่ไม่ผ่านคือมีผลลัพธ์ของการพัฒนา เนื่องจากขาดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องไม่บรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ ด้านเกณฑ์ชุมชนจัดการสุขภาพดี ผ่านเกณฑ์

ระดับดีเยี่ยม จำนวน 9 ตำบล (ร้อยละ 31.03) ระดับดี จำนวน 20 ตำบล (ร้อยละ 68.97) ปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้การขับเคลื่อนมีพลังและได้ผลดีมีความสอดคล้องกันหลายประการ ได้แก่ 1) หลักคิด ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 2) ใช้ข้อมูลความรู้ นำ 3) เริ่มจากจุดเล็กๆ ในตนในครอบครัว 4) ต้นแบบของผู้นำ 5) มาตรการทางสังคม 6) จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง 7) มีกลไกการตรวจสอบ 8) สร้างแรงจูงใจยกย่องคนดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสงัด เชื้อกลิ่นฟ้า ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การมีปราชญ์ชาวบ้าน ความเชี่ยวชาญพิเศษของชุมชน ชุมชนมีศักยภาพในการพัฒนาที่ผ่านมา ความเข้มแข็งของผู้นำระดับสูง การจัดหางบประมาณเพื่อพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพจากแหล่งอื่นนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของการพัฒนาชุมชน และการกำหนดนโยบายสาธารณะของประชาชนระดับปานกลาง และสูง (สงัด เชื้อกลิ่นฟ้า, 2558) เช่นเดียวกับการศึกษาของอนันต์ มลารัตน์ ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลความสำเร็จในการจัดการเครือข่ายชุมชน ด้านสุขภาพ ในเขตเมืองมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การสื่อสารของเครือข่ายชุมชน ภาวะผู้นำ และสัมพันธภาพในเครือข่าย ส่วนเขตชนบท 3 อันดับแรก คือ ภาวะผู้นำ ปัจจัยพื้นฐานในการจัดการเครือข่ายชุมชน และการสื่อสารของเครือข่ายชุมชน (อนันต์ มลารัตน์, 2551) โดยแนวทางที่เป็นระบบในการสร้างทุนทางสังคมสามารถส่งเสริมการกำกับดูแลที่ดีและความรับผิดชอบของระบบสุขภาพและปรับปรุงความเท่าเทียมทางสังคม ในขณะที่เดียวกันก็สร้างความมั่นใจและการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของชุมชนเพื่อสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่แข็งแกร่งและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Jessica Ogden, 2014) สรุปได้ว่าการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและหลักทรงงานของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 มาใช้ในการขับเคลื่อนตำบลสุขภาวะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน มีเป้าหมายร่วมกัน ใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ส่งผลให้มีภูมิคุ้มกัน และชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพได้

## สรุปผล

การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงจังหวัดน่าน โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา พบว่า รูปแบบการจัดการสุขภาพของชุมชนแบบมีส่วนร่วม เริ่มจากการสร้างแนวคิดร่วมกันของคนในชุมชน โดยใช้แนวคิดที่ตนเองและเริ่มจากจุดเล็กๆ จากอสม.และแกนนำ พัฒนาต่อยอดจากสิ่งดีที่มีอยู่ สร้างมาตรการชุมชน ธรรมนูญสุขภาพ จนเกิดผลเป็นรูปธรรมในการจัดการอาหารปลอดภัย ชยะสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ลดบริโภคสุรายาสูบ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงควรให้มีการพัฒนาศักยภาพของอสม.และผู้นำชุมชนให้เป็นแกนหลักของการพัฒนาชุมชน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติการร่วมกันตั้งแต่การทบทวนข้อมูลชุมชน ชุมชน วิเคราะห์ศักยภาพและปัญหาของชุมชน กำหนดแผนดำเนินการ การนำแผนไปสู่การปฏิบัติที่เริ่มจากตัวอสม. และผู้นำชุมชนก่อน แล้วขยายไปยังละแวกคุ้ม การทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกันสม่ำเสมอ และสรุปบทเรียน ประเมินผลร่วมกัน

## ข้อเสนอแนะ

### เชิงการพัฒนา

1. ควรเพิ่มศักยภาพของอสม.และผู้นำชุมชนในการติดตามประเมินผลลัพธ์และสรุปบทเรียน
2. ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามพื้นที่ โดยเฉพาะประเด็นการรวมกลุ่มวิสาหกิจชุมชน และการติดตามประเมินผลลัพธ์

### เชิงการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาประเมินผลลัพธ์รายประเด็นที่ตำบลได้เลือกดำเนินการ
2. ควรเปรียบเทียบระหว่างตำบลที่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีเยี่ยมกับตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์นิพนธ์ พัฒนกิจเรือง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน นายแพทย์บุญยงค์ วงศ์รักมิตร ที่ปรึกษาประชาคมน่าน ที่ให้แนวคิดและสนับสนุนการศึกษา บุคลากรสาธารณสุข อสม. และแกนนำพื้นที่การศึกษา ทั้ง 20 ตำบล ที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินการจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

- Anusonpanichakul, Thakoon. Nakpibal, Pinyapat. Suwannin, Wongteera. (2018). Successful of Small and Micro Community Enterprise Model in Thailand. Phetchabun Rajabhat Journal, 20(1), 8-17. (in Thai).
- Barry Checkoway, Amy Schulz, Marc Zimmeran, Barbara A. Israel. (1994). Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control. Health Education Quarterly, 21(2), 149-170. Retrieved January 12, 2019, from [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/66559/10.1177\\_109019819402100203.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/66559/10.1177_109019819402100203.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Bheadnok, Chuchoep. (2016). The promotion model of the elderly as the philosophy of sufficiency economy : Case in Bangtoey sub district, Samkhok district, Pathumthani province. Journal of Pathumthani University 8(1), 49-56. (in Thai).
- Chitanon, Hathai. (1998). New health promotion. Planning Division, Department of Health, Ministry of Public Health. Nonthaburi : Planning Division, Department of Health, Ministry of Public Health. (in Thai).

- Hunnirun, Pomsuk. Tornee, Songpol. Srimala, Rapeepat. (2016). Community health management by participation approach : a case study of Chachoengsao Province. VRU Research and Development Journal Humanities and Social Science. 11(3), 159-168. (in Thai).
- Juansang, Prakairung. Ruamsook, Nuchmann. KaenKann, Varathip. (n.d.). Health promotion model of the philosophy of sufficiency economy through student participation in Ubon Ratchathani Rajabhat University. Faculty of Nursing Ubon Ratchathani Rajabhat University. (in Thai).
- Ken Morrison, and Karen Hardee Jessica Ogden. (2014). Social capital to strengthen health policy and health systems. HEALTH POLICY AND PLANNING, 29, 1075-1085. Retrieved January 12, 2019, from [https://watermark.silverchair.com/czt087.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kxhW\\_Ercy7Dm3ZL\\_9Cf3qfKAC485ysgAAAKewggI9BqkqhkiG9w0BBwaggluMIICKgIBADCCAI MGCSqGSIB3DQE HATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMfSbCyWOzHmI9Hwh7AgEQgIIB9Lua8DPiJN8EWVvcBCI\\_dIbaAXhUAGiHFLWUjZ-UNRZ\\_rUq](https://watermark.silverchair.com/czt087.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kxhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAC485ysgAAAKewggI9BqkqhkiG9w0BBwaggluMIICKgIBADCCAI MGCSqGSIB3DQE HATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMfSbCyWOzHmI9Hwh7AgEQgIIB9Lua8DPiJN8EWVvcBCI_dIbaAXhUAGiHFLWUjZ-UNRZ_rUq)
- Laohasiriwong, Wongsu. Singhalerd, Rungsan. Cheulinpha, Sangad. (2015). The effectiveness of health developing village in rural MahaSarakhm Province. Chopayom Journal, 26(2), 177-193. (in Thai).
- Marc A. Zimmerman, Douglas D. Perkins. (1995). Empowerment TheorIT, Research, and Application. American Journal of Community Psychology, 23(5), 569-579. Retrieved January 12, 2019, from <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/117200/ajcpbf02506982.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Maruean, Isaraphap. Chumsang, Chanphen. Pattra, Sakchai. (2013). KKU Journal for Public Health Research. 6(2), 136-144. (in Thai).
- Office of the National Economic and Social Development Board, Prime Minister's Office. The executive of National Economic and Social Development Plan 12<sup>th</sup> 2017-2021. Bangkok : Office of the National Economic and Social Development Board, Prime Minister's Office. (in Thai).
- Onsawat, Aruni. Buason, Rattana. Malarat, Anan. (2008). The Causal Model Development of the Factors Affecting the Success in Health Related Communities Network Management : A Mixed Method Approach. The Journal of Behavioral Science, 14(1), 151-165. (in Thai).
- Phuphaibul, Rutja. Watanasak, Suriyapong. Jitramontree, Narirat. Apanuntikul, Manee. Youngpradith, Apa. Sinsuksai, Nittaya. et al. (2012). Development Process for Sufficiency Health in Community. Journal of Nursing Science & Health, 35(1), 28-38. (in Thai).
- Primary Health Care Division, Department of Health Service Support. (2018). Guideline for Sub-district health Integration management. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health : Nonthaburi. (in Thai).
- Srisongkhram, Phimonphan. Kaikaew, Preeda. Kaewsawat, Supreecha. Ruangsuwan, Tassanu. (2015). Healthy Community Development: a Case Study of Krungching Sub-District in Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Health Science , 24 (4), 660-669. (in Thai).
- Yokanit, Punchita. Sungraksa, Narin. (2010). Lesson learned from learning community health care of Nong-Sarai Community, Phanomthuan, Khanchanaburi. Silpakorn Educational Journal, 1(2), 132-140. (in Thai).