

การพัฒนาแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน
เพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพในพื้นที่ชนบท อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2568

จิรายุ ทินจอง (รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง : ในปัจจุบันอำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู กำลังเผชิญปัญหาสังคมผู้สูงอายุและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ โดยมีผู้ป่วยเรื้อรังถึง 42% ที่ควบคุมโรคไม่ได้ สถานการณ์ยิ่งรุนแรงจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและการบริหารที่ยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์ : (1) ศึกษาบริบทและปัญหาสุขภาพในพื้นที่ชนบทของอำเภอสรีบุญเรือง (2) พัฒนารูปแบบการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน และ (3) ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าว

การศึกษาใช้แนวทาง PAR โดยให้ภาครัฐ ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนร่วมในทุกขั้นตอน การเก็บข้อมูลใช้วิธีผสมผสานทั้งการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และแบบสอบถาม การพัฒนารูปแบบยึดกลไกหลัก 4 ด้าน ได้แก่ การประสานงาน การมีส่วนร่วม การสนับสนุน และการติดตามประเมินผล พร้อมทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง 2 ตำบล

ผลการศึกษา : พบว่ารูปแบบมีประสิทธิภาพ โดยระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 52.4% เป็น 76.7% และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบถึงร้อยละ 84 กลไกสำคัญของความสำเร็จคือการจัดตั้ง “คณะทำงานร่วมภาคี” ที่มีบทบาทชัดเจนและเปิดพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม ทั้งนี้ยังพบข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของงบประมาณและความผันผวนของนโยบาย

ข้อสรุป : รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. เพื่อเสริมสร้างสุขภาพชุมชนและพัฒนาระบบสุขภาพชนบทอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : กลไกความร่วมมือ, ภาครัฐและชุมชน, ความเข้มแข็งด้านสุขภาพ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

The development of an integrated model for cooperation between the government and communities to strengthen health in rural areas, Sri Bunruang District, Nong Bua Lamphu Province, 2025

Jirayu Tinjong (Master of Public Administration)¹

Sri Bunruang District Public Health Office, Nong Bua Lamphu Province

Abstract

Background: Currently, Sri Bun Rueang District, Nong Bua Lamphu Province, is facing an aging population and a higher rate of non-communicable diseases (NCDs) than the national average, with 42% of chronically ill patients experiencing uncontrolled disease. This situation is exacerbated by personnel limitations and a lack of community participation in management.

Objectives: (1) study the context and health problems in rural Sri Bun Rueang District, (2) develop a model for integrated public-community collaboration, and (3) trial and evaluate the effectiveness of this model.

The research utilized a PAR approach, involving government agencies, community leaders, village health volunteers, and the public at every stage. Data collection involved a combination of interviews, focus groups, and questionnaires. The model was developed using four main mechanisms: coordination, participation, support, and monitoring and evaluation. The pilot project was piloted in two sub-districts.

Methods: The results showed that the model was effective, with public participation significantly increasing from 52.4% to 76.7%, and satisfaction with the model reached 84%. A key mechanism for its success was the establishment of a "partner working group" with clear roles and open spaces for ongoing public participation, fostering a sense of shared ownership. However, limitations were identified, including budget continuity and policy fluctuations.

Conclusion: The developed model can be used as a practical guideline for public health personnel and village health volunteers to enhance community health and develop sustainable rural health systems.

Keywords: Collaboration mechanisms, government and community, health strengthening, non-communicable diseases (NCDs)

Corresponding : jirayu04228@gmail.com

Received : 15 August 2025 **Revised** 1 December 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E284404

ความสำคัญ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ซึ่งหมายความว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ^[1] ส่งผลให้เกิดภาระด้านการดูแลสุขภาพในระยะยาวเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยยังประสบกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรไทย โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนมากกว่า 5 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ประมาณ 52.1 คนต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจอยู่ที่ 48.7 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศในอาเซียน ^[2] ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน

จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งจัดเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวต่ำที่สุดในประเทศไทย รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนอยู่ที่ประมาณ 15,420 บาทต่อเดือน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศกว่า 20% ^[3] ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีระดับการศึกษาในเกณฑ์ต่ำ ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและบริการที่มีคุณภาพ ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภูพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานในกลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 11.4 และโรคความดันโลหิตสูงอยู่ที่ร้อยละ 17.8 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังพบว่าร้อยละ 42 ของผู้ป่วยเรื้อรังในพื้นที่ไม่ได้ควบคุมโรคได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ^[4] ปัญหาดังกล่าวยังรุนแรงจากการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ ทำให้การให้บริการไม่ครอบคลุมพื้นที่ห่างไกล ขณะเดียวกันโครงสร้างการบริหารจัดการยังมีลักษณะรวมศูนย์และขาดการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ทำให้โครงการสุขภาพขาดความต่อเนื่องและไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่ ^[4]

อำเภอศรีบุญเรือง เป็นอำเภอขนาดใหญ่ของจังหวัดหนองบัวลำภู มีประชากรประมาณ 110,000 คน ครอบคลุม 12 ตำบล 158 หมู่บ้าน โดยส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ชนบทกระจายตัวและอยู่ห่างไกลจากหน่วยบริการสาธารณสุข ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรืองระบุว่า อัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่คิดเป็นร้อยละ 31 ของประชากรทั้งหมด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องถึงแม้ว่าจะมี อสม. ในพื้นที่มากกว่า 2,200 คน แต่การประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐยังขาดความเป็นระบบ กลไกความร่วมมือที่มีอยู่ส่วนใหญ่ดำเนินการแบบต่างฝ่ายต่างทำ ไม่สามารถรวมพลังเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยนี้จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่าง

ภาครัฐและชุมชน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน^[5]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบท และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่ชนบทของอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชนบท
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือดังกล่าวในการสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของประชาชนในอำเภอศรีบุญเรือง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน(Mixed Methods)ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อพัฒนารูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชนบทของอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยมุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

ประชากรที่ศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้ประชากรของการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐในระดับท้องถิ่น เช่น เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)
- 2) ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 3) ประชาชนในพื้นที่ชนบทของตำบลที่เป็นเขตวิจัย ซึ่งได้รับผลกระทบจากการจัดบริการสุขภาพคัดเลือกโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกพื้นที่นำร่องจำนวน 2 ตำบลในอำเภอศรีบุญเรือง ได้แก่ ตำบลทรายทอง และ ตำบลหนองบัวใต้ ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทที่มีบริบทแตกต่างกัน ทั้งในด้านสภาพเศรษฐกิจ สังคม และโครงสร้างประชากร เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยและปัญหาที่หลากหลายในการพัฒนารูปแบบการบูรณาการ

โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่

1) เจ้าหน้าที่ภาครัฐจาก รพ.สต., อปท. และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 15 คน ซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปีและมีประสบการณ์ทำงานร่วมกับชุมชน

2) ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 25 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพและได้รับการยอมรับจากประชาชน

3) ประชาชนทั่วไปในพื้นที่ตำบลทรายทองและตำบลหนองบัวใต้ จำนวน 300 คน ซึ่งมีภูมิลำเนาในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปีและมีอายุ 18 ปีขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทั้งเครื่องมือเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้านสำหรับพัฒนารูปแบบการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน เครื่องมือประกอบด้วย

1.1 **แบบสัมภาษณ์เชิงลึก** สำหรับเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่รัฐ ผู้นำชุมชน และอสม. เกี่ยวกับบริบท บทบาท ปัญหา และปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ พัฒนาโดยอิงกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมและระบบสุขภาพชุมชน

1.2 **แบบสนทนากลุ่ม** ใช้ระดมความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างภาครัฐและประชาชน เพื่อร่วมวิเคราะห์แนวทางการบูรณาการกลไกความร่วมมือที่เหมาะสม

1.3 **แบบสอบถาม** สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากประชาชนเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพ ความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่นก่อนใช้จริง

1.4 **แบบประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบ** ใช้ประเมินประสิทธิภาพ ความเหมาะสม การยอมรับ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพหลังนำรูปแบบไปใช้จริง โดยประกอบด้วยคำถามทั้งปลายเปิดและปลายปิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้ทั้งการวิเคราะห์เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษารูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพมีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการสังเกตการณ์ภาคสนาม จะถูกถอดเทปคำสัมภาษณ์และจัดทำเป็นข้อมูลถอดความอย่างละเอียด

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงลักษณะ

ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมสุขภาพ ระดับความรู้ ความเข้าใจ ความพึงพอใจ และระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เลขที่ 12/2568 ลงวันที่ 9 กรกฎาคม 2568

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ (Pre-Implementation)

ขั้นตอนที่ 1: ศึกษาสภาพปัญหาและบริบทที่เกี่ยวข้อง (R1)

พื้นที่ศึกษาประกอบด้วย ตำบลทรายทองและตำบลหนองบัวใต้ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีภูมิประเทศเป็นที่ราบสูงเหมาะแก่การเกษตร การคมนาคมสะดวก ทั้งสองตำบลมีประชากรรวมประมาณ 12,000 คน โดยมีผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 23 สะท้อนการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยและความจำเป็นในการดูแลสุขภาพต่อเนื่องของกลุ่มเปราะบาง

ด้านการปกครอง ตำบลทรายทองมี 12 หมู่บ้าน และตำบลหนองบัวใต้มี 10 หมู่บ้าน อยู่ภายใต้การบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ร่วมกับผู้นำหมู่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และอสม. ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินกิจกรรมชุมชนและงานสาธารณสุข

ด้านการศึกษาและอาชีพ ประชาชนส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.5) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 30) และระดับอุดมศึกษาเพียง (ร้อยละ 8.5) ส่งผลให้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพยังมีข้อจำกัด อาชีพหลักคือเกษตรกร (ร้อยละ 70) รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป/ภาคบริการ (ร้อยละ 20) และค้าขายหรือทำงานภาครัฐ (ร้อยละ 10)

รายได้ครัวเรือน อยู่ที่ 6,000–12,000 บาทต่อเดือน โดยร้อยละ 40 มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษา และคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในช่วงขาดรายได้จากภาคเกษตร ซึ่งนำไปสู่ภาวะหนี้สินเรื้อรังในหลายครัวเรือน

ด้านสุขภาพ พบโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน ไขมันสูง โรคไต โรคหัวใจ) ในอัตราสูง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ รวมถึงปัญหาน้ำหนักเกิน โรคกล้ามเนื้อจากงานเกษตร การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ในวัยทำงาน พฤติกรรมเสี่ยง เช่น อาหารรสจัดและขาดกิจกรรมทางกายยังพบได้มาก รพ.สต. และ อสม. มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เยี่ยมบ้าน และคัดกรองความเสี่ยง แต่การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังยังมีข้อจำกัดจากปัจจัยเศรษฐกิจและระยะทาง

ชุมชนทั้งสองตำบลมี ทุนทางสังคมเข้มแข็ง เช่น กลุ่มอาชีพ กลุ่มสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเกษตรอินทรีย์ และกลุ่มเยาวชน ซึ่งมีกิจกรรมต่อเนื่องและมีศักยภาพสูงในการสนับสนุนงานสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและการพัฒนาระบบสุขภาพระดับตำบลอย่างยั่งยืนดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 SWOT Analysis พื้นที่ตำบลทรายทองและตำบลหนองบัวใต้ อำเภอสว่างวีรญาติ จังหวัดหนองบัวลำภู

SWOT	รายละเอียด
Strengths (จุดแข็ง)	- ชุมชนมีความสามัคคี ความสัมพันธ์เครือญาติแน่นแฟ้น - มีทุนทางสังคมเข้มแข็ง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มเกษตรอินทรีย์ - ระบบ อสม. และคณะกรรมการหมู่บ้านทำงานใกล้ชิดประชาชน - รพ.สต. มีบทบาทชัดเจนในการคัดกรอง ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง - คมนาคมสะดวก เข้าถึงบริการภาครัฐได้ง่าย - ภูมิประเทศเหมาะต่อการทำเกษตร มีความมั่นคงด้านอาหารระดับหนึ่ง
Weaknesses (จุดอ่อน)	- ระดับการศึกษาของประชาชนต่ำ ส่งผลต่อความรู้สุขภาพและการเข้าถึงสิทธิสุขภาพ - รายได้เฉลี่ยต่ำ และร้อยละ 40 ต่ำกว่าเส้นความยากจน - ปัญหาหนี้สินเรื้อรังในเกษตรกรรายได้น้อย - ผู้สูงอายุอยู่ลำพังจำนวนมาก เข้าถึงบริการสุขภาพไม่ทั่วถึง - พฤติกรรมเสี่ยงสูง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา อาหารรสจัด ขาดกิจกรรมทางกาย - เศรษฐกิจพึ่งพามากเกษตรอย่างเดียว รายได้ไม่สม่ำเสมอ

ตารางที่ 1 SWOT Analysis พื้นที่ตำบลทรายทองและตำบลหนองบัวใต้ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดหนองบัวลำภู

SWOT	รายละเอียด
Opportunities (โอกาส)	1. นโยบายด้านสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนสุขภาพตำบลสนับสนุนการพัฒนา 2. เทคโนโลยีสุขภาพ เช่น Telehealth ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ 3. ทูทางสังคมสามารถต่อยอดเป็นกลไกสุขภาพระดับตำบล 4. เหมาะต่อการพัฒนารูปแบบชุมชนสุขภาพเข้มแข็ง 5. นโยบายรัฐด้านเศรษฐกิจฐานรากและ Smart Agriculture สนับสนุนพัฒนาอาชีพ
Threats (อุปสรรค/ภัยคุกคาม)	1. เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุรวดเร็ว ต้องการทรัพยากรดูแลมากขึ้น 2. อัตราโรค NCDs สูงและแนวโน้มเพิ่มขึ้น 3. ผลกระทบจากภัยแล้งและ Climate Change กระทบรายได้และสุขภาพ 4. การย้ายถิ่นของแรงงาน ทำให้ผู้สูงอายุถูกทิ้งลำพัง 5. ข้อมูลสุขภาพไม่ต่อเนื่องในบางกลุ่ม ทำให้ติดตามรักษายาก 6. พฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต เช่น การดื่มสุราในประเพณีท้องถิ่น

ขั้นตอนที่ 2: วิเคราะห์ห้องค์ประกอบที่จำเป็นต่อการพัฒนา (D1)

จากการวิเคราะห์บริบทและข้อมูล SWOT พบองค์ประกอบหลักที่ใช้พัฒนารูปแบบงานสุขภาพชุมชนในตำบลทรายทองและตำบลหนองบัวใต้ ได้แก่ (1) ความเข้มแข็งของทุนทางสังคมและเครือข่ายชุมชน (2) บทบาทของระบบสุขภาพปฐมภูมิและ รพ.สต. ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง (3) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง (4) ความยากจนและความไม่มั่นคงทางรายได้ (5) อัตราโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงสูง (6) การสนับสนุนจากนโยบายรัฐและกองทุนสุขภาพตำบล (7) ความจำเป็นในการใช้เทคโนโลยีและพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพ (8) ผลกระทบจาก Climate Change ต่อรายได้และสุขภาพ (9) ความเปราะบางจากการย้ายถิ่นแรงงาน และ (10) ข้อจำกัดด้านการศึกษาที่กระทบต่อความรู้สุขภาพ ซึ่งทั้งหมดเป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบรูปแบบการพัฒนางานสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการให้เหมาะสมกับบริบทชนบทของอำเภอศรีบุญเรือง รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์บริบทและข้อมูล SWOT สามารถสรุปองค์ประกอบสำคัญที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

องค์ประกอบพัฒนา	รายละเอียดเชิงวิเคราะห์	สาระที่สามารถนำไปใช้พัฒนา
1. ทูทางสังคมและความเข้มแข็งชุมชน	มาจากจุดแข็ง (ความสามัคคี, กลุ่มสังคมเข้มแข็ง, ระบบ อสม., คณะกรรมการหมู่บ้าน)	ใช้สร้าง “เครือข่ายสุขภาพตำบลเข้มแข็ง”, ส่งเสริมการมีส่วนร่วม, พัฒนาศักยภาพแกนนำ
2. ระบบบริการปฐมภูมิและรพ.สต.	รพ.สต.ทำงานเชิงรุก คัดกรองผู้สูงอายุ-ผู้ป่วยเรื้อรัง แต่ยังมีข้อจำกัดในกลุ่มอยู่ลำพัง	พัฒนาระบบเยี่ยมบ้าน, ระบบติดตามผู้ป่วย NCDs, ใช้ Telehealth
3. กลุ่มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูง (Aging Community)	โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 23 / ผู้สูงอายุอยู่ลำพัง	จัดระบบดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง, Care Manager, ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
4. ปัญหาเศรษฐกิจชุมชนและความยากจน	รายได้เฉลี่ยต่ำ หนี้สินมาก พึ่งพาเกษตรเพียงอย่างเดียว	พัฒนาอาชีพสุขภาพ-เศรษฐกิจ, Smart Agriculture, การใช้กองทุนตำบลช่วยลดความเปราะบาง
5. พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงและภาระ NCDs	พบเบาหวาน ความดัน ไขมันสูง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย	พัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management), กลุ่มออกกำลังกาย, โภชนาการชุมชน
6. ศักยภาพนโยบายและทรัพยากรสนับสนุนจากรัฐ	ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล นโยบายปฐมภูมิ Smart Agriculture	ใช้ต่อยอดโครงการสุขภาพชุมชน, แผนตำบลสุขภาพเข้มแข็ง, พัฒนาเครือข่ายบริการ
7. เทคโนโลยีสุขภาพและข้อมูลสุขภาพ	โอกาสจาก Telehealth แต่มีข้อจำกัดข้อมูลสุขภาพไม่ต่อเนื่อง	พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพตำบล, ระบบติดตามผู้ป่วยผ่านแอป/อสม.ดิจิทัล
8. ผลกระทบจาก Climate Change ต่อสุขภาพและรายได้	ภัยแล้ง รายได้เกษตรไม่แน่นอน กระทบสุขภาพ	พัฒนารูปแบบเกษตร-สุขภาพ (Health in All Policies), ระบบเตือนภัยสุขภาพ

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์บริบทและข้อมูล SWOT สามารถสรุปองค์ประกอบสำคัญที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

องค์ประกอบพัฒนา	รายละเอียดเชิงวิเคราะห์	สาระที่สามารถนำไปใช้พัฒนา
9. การย้ายถิ่นแรงงาน , ผู้สูงอายุถูกทิ้งลำพัง	เป็นทั้งภัยคุกคามและเหตุผลใน การจัดระบบดูแลระยะยาวใน ชุมชน	จัดระบบ “ชุมชนดูแลกันเอง”, เครือข่าย อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
10. ระดับการศึกษาต่ำ เข้าถึงความรู้สุขภาพ จำกัด	เป็นจุดอ่อนที่ทำให้การสื่อสาร สุขภาพยาก	พัฒนาสื่อสุขภาพง่าย-เข้าใจง่ายแบบชุมชน, Health Literacy

ระยะที่ 2: การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ (Implementation)

ขั้นตอนที่ 3: ออกแบบและพัฒนารูปแบบ (R2)

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นระบบการทำงานแบบบูรณาการระหว่าง รพ.สต., อสม., ผู้นำชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้ทุนทางสังคม เทคโนโลยีสุขภาพ และการจัดการปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพได้ครบวงจรทั้งการป้องกัน คัดกรอง ดูแลต่อเนื่อง และฟื้นฟู พร้อมความยั่งยืนจากการสนับสนุนท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบของการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู รายละเอียดจะแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

องค์ประกอบของรูปแบบ	แนวทางการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับ
1. ระบบสนับสนุนและเสริมสร้างศักยภาพชุมชน (Community Capacity System)	ใช้กลไกชุมชน ได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพ ตำบล ผู้นำชุมชน อสม. และองค์กรชุมชน ทำหน้าที่วางแผน ขับเคลื่อน ติดตาม และ ประเมินกิจกรรมสุขภาพ เพื่อสร้าง ความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง	ชุมชนมีศักยภาพในการวางแผนและจัดการสุขภาพ ด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เข้มแข็งและยั่งยืน
2. ระบบบริการสุขภาพเชิงรุก และการดูแลต่อเนื่อง (Integrated Primary Care and Home-based Care)	ให้บริการเชิงรุกแก่ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านทีมสหวิชาชีพ การเยี่ยมบ้าน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และการเชื่อมต่อข้อมูลอย่างต่อเนื่อง	ประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น อัตราการควบคุมโรค เช่น เบาหวาน ความดัน ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 3 รูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

องค์ประกอบของรูปแบบ	แนวทางการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับ
3. ระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ (Risk and Behavior Management System)	ส่งเสริมการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น หวาน มัน เค็ม สนับสนุนกิจกรรมทางกาย จัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายหมู่บ้าน โครงการบ้านปลอดบุหรี่-สุรา และรณรงค์สุขภาพป้องกันโรค NCDs	พฤติกรรมเสี่ยงลดลง ชุมชนตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง
4. ระบบเทคโนโลยีสุขภาพและฐานข้อมูล (Digital Health and Information System)	ใช้เทคโนโลยี Telehealth ระบบ อสม. ดิจิทัล แพลตฟอร์มข้อมูลสุขภาพ และ Dashboard ตำบล ทำให้ข้อมูลสุขภาพมีความถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถใช้ในการตัดสินใจ	ระบบข้อมูลสุขภาพมีคุณภาพและความต่อเนื่องสูงขึ้น การเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีมีประสิทธิภาพ
5. กลไกการสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่นและนโยบาย (Local Health Governance System)	ส่งเสริมบทบาท อบต. และกองทุนสุขภาพ ตำบลในการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ การกำหนดนโยบายท้องถิ่น และการขับเคลื่อนพื้นที่สุขภาพปลอดภัย รวมถึงสนับสนุนอาชีพและเศรษฐกิจฐานราก	เกิดนโยบายหรือข้อบัญญัติท้องถิ่นด้านสุขภาพระยะยาว ระบบสนับสนุนจากท้องถิ่นมีความเข้มแข็งและต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4: ทดลองใช้รูปแบบ (Try-out / Pilot Implementation) (D2)

ผลการทดลองนําร่องในระยะ 5 เดือน (N = 300) แสดงสัญญาณเชิงบวกต่อความเป็นไปได้และประสิทธิผลของรูปแบบ โดยอัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มจากร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 82 การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มจากร้อยละ 28 เป็นร้อยละ 46 และการบันทึกข้อมูลครบถ้วนในระบบเพิ่มจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 88 ($p < 0.01$) ผลชี้ว่าโมเดลการบูรณาการระหว่าง รพ.สต. อสม. คณะกรรมการสุขภาพตำบล ร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี Telehealth สามารถยกระดับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทชนบทได้ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการทดลองใช้รูปแบบ (Try-out / Pilot Implementation) (D2)

ตัวชี้วัด (Indicator)	Baseline (ก่อน)	หลังการ ทดลอง 5 เดือน	เปลี่ยนแปลง (absolute)	เปอร์เซ็นต์ เปลี่ยนแปลง	หมายเหตุ/คำอธิบาย
อัตราการเข้าถึง บริการ (%)	55.0	82.0	+27.0	+49.1%	จำนวนผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรค เรื้อรังที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน หรือบริการเชิงรุกอย่างน้อย 1 ครั้ง
อัตราการเยี่ยม บ้านตามแผน (%)	30.0	78.0	+48.0	+160.0%	ทีมสหวิชาชีพ + อสม. ปฏิบัติตามแผน Care Plan
ผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมได้ (%)	28.0	46.0	+18.0	+64.3%	ค่าน้ำตาล fasting $\leq$ 130 mg/dL หรือ HbA1c < 7%
ผู้ป่วยความดัน ควบคุมได้ (%)	35.0	56.0	+21.0	+60.0%	BP < 140/90 mmHg
ลดพฤติกรรม เสี่ยง (%)	10.0	28.0	+18.0	+180.0%	ผู้ที่ลด/เลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือปรับพฤติกรรมอาหาร รสจัด
บันทึกข้อมูล ครบถ้วนในระบบ อสม. (%)	45.0	88.0	+43.0	+95.6%	ระบบ อสม. ดิจิทัล + Dashboard ตำบล
คะแนนความพึง พอใจเฉลี่ย (1-5)	3.1	4.2	+1.1	+35.5%	ผู้รับบริการประเมินความ พึงพอใจ

ระยะที่ 3: การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ (Post-Implementation)

ขั้นตอนที่ 5: ประเมินผลรูปแบบ (R3)

การประเมินผลหลังการดำเนินงานรูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนได้ดำเนินการภายหลังจากทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 4 เดือน โดยมุ่งวัดประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความเป็นไปได้ และความยอมรับของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว หน่วยบริการ และชุมชน ผลการประเมินสามารถสรุปได้ดังนี้

Corresponding : jirayu04228@gmail.com

Received : 15 August 2025 Revised 1 December 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E284404

ตารางที่ 5 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ (Post-Implementation)

ประเด็นการประเมิน	ผลการประเมิน	ข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงรูปแบบ
1. ประสิทธิภาพของรูปแบบ	- อัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจาก 55% เป็น 82% - การเยี่ยมบ้านตามแผนเพิ่มจาก 30% เป็น 78% - ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้เพิ่มขึ้น 64.3% - ผู้ป่วยความดันควบคุมได้เพิ่มขึ้น 60% - พฤติกรรมเสี่ยงลดลงชัดเจน - คุณภาพข้อมูลเพิ่มขึ้นจาก 45% เป็น 88% - ความพึงพอใจผู้รับบริการเพิ่มจาก 3.1 เป็น 4.2	- จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน (Manual/SOP) - ขยายรูปแบบให้ครอบคลุมกลุ่มเปราะบางอื่น
2. ประสิทธิภาพของกระบวนการ	- การทำงานร่วมของ รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชนมีความต่อเนื่อง - มีการประชุมคณะกรรมการสุขภาพตำบลสม่ำเสมอ - มีการใช้ข้อมูลวางแผนร่วมกัน - Telehealth และระบบดิจิทัลช่วยลดเวลาการทำงานและเพิ่มความครบถ้วนของข้อมูล	- พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยเรื้อรังแบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ - ส่งเสริมการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจมากขึ้น
3. ความเป็นไปได้ของรูปแบบ	- บุคลากรและ อสม. สามารถดำเนินงานตามรูปแบบได้ - อบต. และชุมชนสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ - โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีใช้งานได้จริง - ต้นทุนการดำเนินงานต่ำเมื่อเทียบกับผลลัพธ์	- ขอสันับสนุนงบประมาณดิจิทัลเพิ่มในปีงบประมาณถัดไป - พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านอินเทอร์เน็ตให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น
4. ความยอมรับของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	- ผู้สูงอายุและผู้ป่วยรู้สึกที่ได้รับการดูแลใกล้ชิดขึ้น - อสม. มีทักษะด้านดิจิทัลมากขึ้น - ผู้นำชุมชนและ อบต. เห็นประโยชน์ของข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง - บุคลากรสาธารณสุขยอมรับว่าลดความผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพบริการ	- จัดอบรมทักษะดิจิทัลแก่ อสม. ต่อเนื่อง - สร้างกลไกความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. อบต. โรงพยาบาลแม่ข่าย ให้เป็นระบบยิ่งขึ้น

Corresponding : jirayu04228@gmail.com

Received : 15 August 2025 Revised 1 December 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E284404

ขั้นตอนที่ 6: ปรับปรุงและสรุปผล (D3)

หลังจากดำเนินการทดลองใช้รูปแบบ (D2) เป็นเวลา 4 เดือน ได้มีการสะท้อนผล (Reflection) และประชุมร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ รพ.สต. อสม. คณะกรรมการสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อประเมินข้อดี ข้อจำกัด และแนวทางพัฒนารูปแบบให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผลการปรับปรุงและสรุปผลในระยะ D3 สามารถสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 6 การปรับปรุงและสรุปผลของรูปแบบ (D3)

ประเด็น	ผลการประเมิน / สิ่งที่พบ	ข้อปรับปรุง (Refinement)	ข้อสรุป (Finalization)
1. โครงสร้างของรูปแบบ	ขั้นตอนบางส่วนซ้ำซ้อน การทำงานระหว่างทีมยังไม่เป็นระบบเดียวกัน	- ปรับลำดับขั้นตอนใหม่ให้เหมาะกับบริบท รพ.สต. - เพิ่ม Flowchart ขั้นตอนปฏิบัติงานที่ชัดเจน	รูปแบบมีโครงสร้างชัดเจน เข้าใจง่าย และพร้อมสำหรับการนำไปใช้ในพื้นที่อื่น
2. ระบบข้อมูลและเทคโนโลยี	ระบบบันทึกข้อมูลยังยุ่งยาก ข้อมูลจากหลายแหล่งไม่เชื่อมโยงกัน	- ปรับระบบ อสม.ดิจิทัลให้ใช้งานง่ายขึ้น - เชื่อม Dashboard กับข้อมูล รพ.สต. - เพิ่มระบบแจ้งเตือนนัดหมาย/เยี่ยมบ้าน	ระบบข้อมูลมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ใช้ในการวางแผนและตัดสินใจได้จริง
3. การทำงานของภาคีเครือข่าย	ความร่วมมือดีขึ้นแต่ยังไม่ต่อเนื่องในบางเดือน	- จัดประชุมบูรณาการรายเดือน - เพิ่มบทบาท อบต. ในการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ Telehealth - เสริมบทบาทผู้นำชุมชน	ภาคีทำงานร่วมกันเป็นระบบ เกิดกลไกความร่วมมือที่ต่อเนื่อง
4. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพชุมชน	ประชาชนบางกลุ่มยังปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ไม่เต็มที่	- ปรับกิจกรรมรณรงค์ให้เหมาะกับแต่ละวัย - เพิ่มกิจกรรมออกกำลังกายชุมชน - พัฒนา Health Literacy Kit	การลดพฤติกรรมเสี่ยงเห็นผลชัดเจน และเกิดกิจกรรมสุขภาพแบบยั่งยืน

ตารางที่ 6 การปรับปรุงและสรุปผลของรูปแบบ (D3)

ประเด็น	ผลการประเมิน / สิ่งที่พบ	ข้อปรับปรุง (Refinement)	ข้อสรุป (Finalization)
5. ความ เป็นไปได้และ การขยายผล	รูปแบบใช้ได้จริงในพื้นที่นำ ร่อง แต่ต้องมีคู่มือที่ชัดเจน	- พัฒนาคู่มือปฏิบัติงาน (SOP/Manual) - เสนอขยายผลสู่ตำบลอื่นในอำเภอ	รูปแบบมีศักยภาพสูงและ สามารถขยายผลได้
6. ความ ยั่งยืนของ รูปแบบ	ต้องมีการสนับสนุนจาก ท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง	- สร้างกลไกเชื่อม อบต. รพ.สต. อสม. ให้ยั่งยืน - เสนอแผนงบประมาณประจำปี ร่วมกัน	หากท้องถิ่นสนับสนุน ต่อเนื่อง รูปแบบสามารถ ดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสภาพปัญหา ความต้องการ และบริบทชุมชนในตำบลทรายทองและตำบลหนองบัวใต้ อำเภอสว่างวีรญาติ จังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนด้านสุขภาพในพื้นที่ชนบทอย่างเหมาะสมและยั่งยืน โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ระยะตามกรอบ R&D ได้แก่ ระยะที่ 1 (Pre-Implementation: R1-D1) และระยะที่ 2 (Implementation: R2)

ใน ระยะที่ 1 (R1) ซึ่งเป็นการศึกษาสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ พบว่าพื้นที่วิจัยมีลักษณะเป็นชุมชนชนบทภาคอีสานที่มีทุนทางสังคมเข้มแข็ง ทั้งความสามัคคี ระบบเครือญาติ วัฒนธรรมการพึ่งพากัน และกลุ่มองค์กรชุมชนที่หลากหลาย ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับงานของ บุญเลิศ ^[6] และ ลัดดาวรรณ ^[7] ที่ชี้ว่าชุมชนชนบทภาคอีสานมีทุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขระดับตำบล อย่างไรก็ตาม พื้นที่ยังประสบข้อจำกัดทางโครงสร้าง เช่น รายได้ครัวเรือนต่ำ ระดับการศึกษาน้อย และภาระหนี้สินต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการเข้าถึงบริการอย่างชัดเจน สอดคล้องกับ WHO ^[8] และงานวิจัยของ สุรางค์และคณะ ^[9] ที่ระบุว่าปัจจัยเศรษฐกิจ-สังคมยังเป็นแรงกดดันสำคัญของระบบสุขภาพชนบทไทย

นอกจากนี้ พื้นที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 23 บ่งชี้การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเด่นชัด พร้อมทั้งพบแนวโน้มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มขึ้น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไต

ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลระดับชาติและงานศึกษาของ นริศรา^[10] ที่พบว่า NCDs เป็นภาระโรคหลักของประชาชนในชนบท โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ส่งผลให้ระบบดูแลสุขภาพต้องพึ่งพิงทั้งบริการปฐมภูมิและกลไกชุมชนควบคู่กันไป ขณะเดียวกัน รพ.สต. ในพื้นที่มีการดำเนินงานเชิงรุก เช่น เยี่ยมบ้านและคัดกรองสุขภาพร่วมกับ อสม. แต่ยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ข้อมูลสุขภาพไม่ครบถ้วน และการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบางที่ยังติดขัด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ HRS^[11]

อย่างไรก็ตาม พื้นที่ยังมีโอกาสจากนโยบายปฐมภูมิ การสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล และความก้าวหน้าของเทคโนโลยี Telehealth ที่เหมาะต่อการประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชนบท ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Wong et al.^[12]

ใน ระยะที่ 1 (D1) จากการวิเคราะห์บริบทและผล SWOT สามารถสังเคราะห์องค์ประกอบสำคัญ 10 ด้านที่จำเป็นต่อการออกแบบรูปแบบการดำเนินงาน ได้แก่ (1) ทูทางสังคมเข้มแข็ง (2) ระบบบริการปฐมภูมิและศักยภาพ รพ.สต. (3) โครงสร้างประชากรสูงวัย (4) ปัญหาเศรษฐกิจครัวเรือน (5) พฤติกรรมเสี่ยงและภาระโรค NCDs (6) ศักยภาพจากนโยบายรัฐ (7) เทคโนโลยีและข้อมูลสุขภาพ (8) ผลกระทบจาก Climate Change (9) การย้ายถิ่นแรงงาน และ (10) ข้อจำกัดด้านการศึกษาและความรอบรู้สุขภาพ ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 10 ข้อนี้สอดคล้องกับแนวคิด HiAP และ Community Empowerment ตลอดจนสอดคล้องกับงานของ Rifkin^[13] และ คมกฤษ^[14]

สำหรับ ระยะที่ 2 (R2) การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ “การบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน” ได้ออกแบบเป็น 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ระบบสนับสนุนและเสริมสร้างศักยภาพชุมชน (2) ระบบบริการสุขภาพเชิงรุกและการดูแลต่อเนื่อง (3) ระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ (4) ระบบเทคโนโลยีสุขภาพและฐานข้อมูล และ (5) กลไกสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและนโยบาย ขณะเดียวกันรูปแบบยังตอบสนองต่อจุดอ่อนของพื้นที่ เช่น ความยากจน พฤติกรรมเสี่ยง การย้ายถิ่น และภาระ NCDs ผ่านบริการสุขภาพเชิงรุกและการใช้เทคโนโลยี Telehealth ซึ่งสอดคล้องกับ Zhou et al.^[15] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฑารัตน์^[16] และ Malik et al.^[17]

กล่าวโดยสรุป การพัฒนารูปแบบในครั้งนี้เป็นผลจากการบูรณาการข้อมูลเชิงประจักษ์ บริบทพื้นที่ และองค์ประกอบด้านสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และนโยบายอย่างรอบด้าน จึงทำให้รูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทชุมชนชนบทอีสานที่มีเครือข่ายเข้มแข็งแต่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร และสามารถใช้เป็นต้นแบบการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนในพื้นที่อื่นได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. เสริมบทบาท รพ.สต. เป็นแกนกลางในการดูแลสุขภาพเชิงรุก โดยเน้นการติดตามผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ผ่านการเยี่ยมบ้าน การประสานงานกับ อสม. และการจัดกิจกรรมตรวจคัดกรองเชิงรุก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพจน์ และคณะ (2564) ที่พบว่าการใช้ รพ.สต. เป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อนสุขภาพชุมชนช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดภาระโรคในผู้สูงอายุ
2. พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนให้ครบถ้วนและเชื่อมโยง จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพครอบคลุม รายครัวเรือน กลุ่มเสี่ยง พฤติกรรมสุขภาพ และข้อมูลเศรษฐกิจ-สังคม เพื่อสนับสนุนการวางแผนและติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยอ้างอิงแนวทาง “Health in All Policies” ที่เน้นการใช้ข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพร่วมกัน
3. ขยายบทบาทชุมชนและ อสม. ในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมการอบรม อสม. และเครือข่ายชุมชน ด้านการคัดกรองสุขภาพ การสื่อสารพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังในบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wong et al. (2020) ที่ชี้ว่าการเสริมศักยภาพเครือข่ายชุมชน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำ
4. ใช้ Telehealth และเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือเสริม เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ลำพัง สามารถใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพ การให้คำปรึกษา และการนัดหมายบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kim & Lee (2021) ที่พบว่า Telehealth ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าเดินทาง และส่งเสริมการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง
5. สร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมระหว่างชุมชน รพ.สต. อปท. จัดประชุมหรือเวทีระดมความคิดเห็น อย่างสม่ำเสมอ เพื่อหารือปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ แลกเปลี่ยนข้อมูล และร่วมวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Community Empowerment ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีทุกฝ่ายในการตัดสินใจและบริหารจัดการสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ทั้ง ผู้ให้ข้อมูลและชุมชนตำบลทรายทองและตำบลหนองบัวใต้ อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ที่ให้ข้อมูลและความคิดเห็นอันมีคุณค่า และคณะอาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการอย่างต่อเนื่อง, หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ อาทิ รพ.สต. และ อสม. ที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและประสานงานระหว่างชุมชนและนักวิจัย, ตลอดจน เพื่อนร่วมงานและครอบครัว ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนทั้งด้านจิตใจ เวลา และทรัพยากรส่วนตัว ตลอดจน ทุกฝ่ายและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แม้ไม่ได้เอ่ยนามโดยตรง ความช่วยเหลือและความเมตตาของทุกท่านเป็นแรงสนับสนุนสำคัญที่ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
2. World Health Organization. Thailand health profile 2022. Geneva: WHO; 2022.
3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานสภาพเศรษฐกิจและสังคมจังหวัดหนองบัวลำภู พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2566.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู พ.ศ. 2566. หนองบัวลำภู: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู; 2566.
5. ปิยะดา และคณะ. การพัฒนากลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนด้านสุขภาพในอำเภอศรีบุญเรือง. ขอนแก่น: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2565.
6. บุญเลิศ. การพัฒนาทุนทางสังคมในชุมชนชนบทอีสาน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563.
7. ลัดดาวรรณ. บทบาทองค์กรชุมชนต่อการพัฒนาสุขภาพตำบล. ขอนแก่น: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
8. World Health Organization. Social determinants of health. Geneva: WHO; 2020.
9. สุรางค์, ชัยวัฒน์, สมชาย. ปัจจัยเศรษฐกิจ-สังคมต่อสุขภาพชนบทไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย; 2565.
10. นริศรา. ภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุชนบท. วารสารสาธารณสุข. 2566;31(2):45-56.
11. Health Systems Research Institute. Primary health care in rural Thailand. Nonthaburi: HSR; 2022.
12. Wong W, Smith J, Tan M. Integrating telehealth in rural community health. J Rural Health. 2020;36(3):365-74.
13. Rifkin SB. Community empowerment in health: theory and practice. London: Routledge; 2018.
14. คมกฤช. การเสริมศักยภาพชุมชนเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย; 2565.
15. Zhou Y, Li X, Chen H. Community-based telehealth in rural areas. BMC Health Serv Res. 2021;21:112.
16. จุฑารัตน์. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีต่อการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง. ขอนแก่น: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย; 2566.
17. Malik S, Thompson R, Ali F. Multi-sectoral collaboration in rural health management. Int J Public Health. 2022;67:1604412.

Corresponding : jirayu04228@gmail.com

Received : 15 August 2025 Revised 1 December 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E284404