นโยบายสุขภาพที่ตอบโจทย์คนใต้ : ถอดบทเรียนระบบสนับสนุนบนฐานความมั่นคงมนุษย์
Health Policies Addressing Southern Thailand's Needs : Lessons from Human Security-Based Support Systems

จิรัชยา เจียวก๊ก[1*] ฐาณิดาภัทฐ์ แสงทอง[2] ชนิษฎา ชูสุข[3] ซูวารี มอซู[4] และ เพ็ญ สุขมาก[5]
Jirachaya Jeawkok[1*], Thanidaphat Saengthong[2], Chanisada Choosuk[3], Syuwari Morsu[4], and Phen Sukmag[5]
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[1]
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[2]
รองศาสตราจารย์ ดร. คณะการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[3]
อาจารย์ ดร. สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[4]
อาจารย์ ดร. สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[5]
Assistant Professor, Dr., Faculty of Humanities and Social Sciences, Prince of Songkla University[1]
Assistant Professor, Faculty of Humanities and Social Sciences, Prince of Songkla University[2]
Associate Professor, Dr., Faculty of Environmental Management, Prince of Songkla University[3]
Dr., Institute of Public Policy, Prince of Songkla University[4]
Dr., Institute of Public Policy, Prince of Songkla University[5]
*Corresponding author, e-mail: jirachaya.j@psu.ac.th

วันที่รับบทความ: 5 สิงหาคม 2568; **วันแก้ไขบทความ**: 10 กันยายน 2568; **วันตอบรับบทความ**: 15 กันยายน 2568

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการถอดบทเรียนจากผลพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ ผ่านแนวคิดความมั่นคงทางมนุษย์กับแผนสุขภาพชุมชน โดยขยายเครือข่าย สร้างการมีส่วนร่วม และใช้กองทุนตำบลขับเคลื่อนสุขภาวะอย่างยั่งยืนและเท่าเทียม มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ปัจจัยสำเร็จ-อุปสรรค สกัดองค์ความรู้ และกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ ภายใต้กรอบความมั่นคงทางมนุษย์ ประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 คน โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ กลุ่มสนับสนุน 3 คน กลุ่มขับเคลื่อน 3 คน กลุ่มติดตาม 2 คน กลุ่มประเมินภายใน 2 คน และสื่อสารสาธารณะ 2 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแนวทางการสนทนากลุ่ม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า (1) ด้านประสิทธิภาพบุคลากรทำงานแบบสหวิชาชีพมีบทบาทชัดเจน งบประมาณระดมทุนจากกองทุนตำบลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เครือข่ายขยายจาก 5 เป็น 10+ หน่วยงานใน 1 ปี และด้านประสิทธิผล มีการลดอัตราโรค NCDs ในกลุ่มเสี่ยง 15% พัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 3 แห่ง จัดทำแผนสุขภาพจังหวัดบูรณาการ (2) ปัจจัยสำเร็จ ได้แก่ ความร่วมมือเครือข่ายข้ามภาคส่วน กระบวนการมีส่วนร่วมแบบองค์รวม ระบบสารสนเทศตัดสินใจ กลยุทธ์สื่อสารหลายระดับ การบริหารทรัพยากรร่วม ส่วน อุปสรรคหลัก ได้แก่ การทำงานซ้ำซ้อน ข้อจำกัดกฎระเบียบ ขาดแคลนบุคลากร ระบบข้อมูลกระจัดกระจาย (3) องค์ความรู้ สามารถแบ่งได้เป็น 3 มิติ ได้แก่ พื้นที่ซึ่งเป็นระบบข้อมูลสุขภาพจังหวัดบูรณาการ + กองทุนตำบลเชิงยุทธศาสตร์ สังคม สำหรับการแก้ปัญหา NCDs แบบมีส่วนร่วมด้วยแนวทาง 4อ. 2ส. (อาหาร/ ออกกำลัง/ อารมณ์/ อากาศ/ สุรา/ สูบบุหรี่) และ ความรู้จะออกแบบนวัตกรรมกองทุนเสมือนจริงและการสื่อสารเชิงนโยบาย และ (4) แนวทางการพัฒนาระบบ โดยการยกระดับโครงการสู่ระบบผ่านกลไกคณะกรรมการสุขภาพตำบล สร้างกองทุนเสมือนจริง พัฒนาศูนย์ข้อมูลสุขภาวะจังหวัด และ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมระดับตัดสินใจ ดังนั้น ระบบนี้สร้างสุขภาวะยั่งยืนโดยใช้ทุนทางสังคมเป็นฐานขับเคลื่อนผ่านเครือข่ายท้องถิ่น และบูรณาการความมั่นคงมนุษย์ในทุกมิติ

คำสำคัญ: นโยบายสุขภาพ, การถอดบทเรียน, นโยบายสาธารณะ, สร้างเสริมสุขภาพ, ความมั่นคงทางมนุษย์

Abstract

This research extracts lessons from the development of a system and mechanism to support the implementation of public policy for health promotion in Southern Thailand, framed by the concepts of human security and community health plans. It involved expanding networks, fostering participation, and utilizing sub-district funds to drive sustainable and equitable health outcomes. The primary objectives were to analyze the efficiency, effectiveness, success factors, and obstacles, extract knowledge, and establish guidelines for developing a public policy support system for Southern Thailand's health promotion within a human security framework. A qualitative research methodology was applied with 12 key informants, purposively selected and divided into five groups : 3 supporters, 3 implementers, 2 monitors, 2 internal evaluators, and 2 public communication officers. Data were collected using semi-structured interviews and focus group discussions, with an overall content validity of 0.72, and analyzed through content analysis. The research findings revealed that; (1) Efficiency & Effectiveness : Personnel demonstrated clear roles working in an interdisciplinary manner. Budgeting effectively mobilized funds from sub-district funds. The network expanded from 5 to over 10 organizations within one year. In terms of effectiveness, there was a 15% reduction in NCD rates among the at-risk group, three elderly care centers were developed, and an integrated provincial health plan was formulated. (2) Success Factors & Barriers : Key success factors included cross-sectoral network collaboration, a holistic participatory process, an information system for decision-making, multi-level communication strategies, and shared resource management. Major barriers comprised overlapping work functions, regulatory constraints, personnel shortages, and fragmented data systems. (3) Knowledge Extraction : Extracted knowledge can be categorized into three dimensions; Area : Integrated provincial health information system + strategic sub-district funds., Society : Participatory NCD problem-solving using the 4Es2Ss approach (Food/ Exercise/ Emotion/ Environment/ Alcohol/ Smoking). And Knowledge : Design of virtual fund innovations and policy communication. (4) System Development Guidelines : Guidelines involve scaling projects into a system through the Sub-district Health Committee mechanism, establishing a virtual fund, developing a provincial health data center, and promoting participation at the decision-making level. Therefore, this system fosters sustainable well-being by leveraging social capital as its foundation, driven through local networks, and integrating human security across all dimensions.

Keywords: Health Policy, Lessons Learned, Public Policy, Health Promotion, Human Security

บทนำ

ภาคใต้ของประเทศไทยเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะของประชาชนในมิติที่ซับซ้อน การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในภูมิภาคนี้จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยเฉพาะพื้นที่ เช่น ความไม่มั่นคงในชีวิตจากปัญหาความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสภาพเศรษฐกิจที่เปราะบางของชุมชน (สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ, 2563) แนวคิด ความมั่นคงทางมนุษย์ (Human Security) ซึ่งเน้นการปกป้องศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตของประชาชนในด้านต่าง ๆ เช่น ความมั่นคงทางอาหาร สุขภาพ การอยู่อาศัย และความปลอดภัย จึงเป็นกรอบสำคัญในการออกแบบนโยบายสุขภาพที่ยั่งยืน (United Nations Development Programme, 1994)

สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สนส.ม.อ.) ร่วมกับภาคีเครือข่ายในภาคใต้ ได้รับงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ ในการการขับเคลื่อนงานของภาคีสุขภาวะในภาคใต้ให้เกิดความเป็นเครือข่ายสุขภาวะโดยใช้กลไกการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ เน้นการนำข้อเสนอเชิงนโยบายที่ได้จากงานสร้างสุขในแต่ละครั้ง ไปขับเคลื่อนเพื่อสร้างกลไกสานพลังและขยายเครือข่ายการทำงานให้เพิ่มขึ้น และสร้างรูปธรรมความสำเร็จจากการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยใช้เครื่องมือและกระบวนการนโยบายสาธารณะในการประสาน เชื่อมสานพลัง และยกระดับการทำงานเชิงประเด็น เชิงพื้นที่และเครือข่าย เกิดผลลัพธ์การขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายในประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์

อย่างไรก็ตาม การมุ่งเน้นโรค NCDs ในภาคใต้เป็นการตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรงเป็นพิเศษของภูมิภาค แต่อาจละเลยประเด็นสุขภาพอื่นที่ต้องการการศึกษาอย่างเร่งด่วนเช่นกัน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565) นอกจากนี้ยังขาดการวิเคราะห์ในมิติ ความเชื่อมโยงระหว่างความมั่นคงทางมนุษย์กับสุขภาวะ แม้ว่าจะมีงานบางชิ้นที่ชี้ให้เห็นว่าความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและความรุนแรงส่งผลต่อสุขภาพจิตของประชาชน (สำนักข่าวออนไลน์ Hfocus, 2567) ดังนั้น โครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ เป็นความพยายามในการบูรณาการแนวคิดความมั่นคงทางมนุษย์เข้ากับการวางแผนสุขภาพระดับชุมชน อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้เกิดขึ้นเพื่อตอบโจทย์บริบทเฉพาะของภาคใต้ ซึ่งมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนจากความไม่สงบและความไม่มั่นคงของมนุษย์ โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อถอดบทเรียนจากโครงการเดิมที่บูรณาการแนวคิดความมั่นคงทางมนุษย์และแสดงผลสำเร็จในพื้นที่แล้ว แต่อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาที่เจาะลึกถึงกลไกและประสิทธิภาพอย่างเป็นระบบ การศึกษานี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างความรู้ดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การออกแบบนโยบายสุขภาพที่ยั่งยืนและเหมาะสมกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของภูมิภาค ทั้งนี้ยังขาดการศึกษาที่เจาะลึกถึง บทเรียนและกลไกที่ได้จากโครงการว่าสามารถตอบโจทย์ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งถอดบทเรียนจากโครงการดังกล่าว เพื่อเสนอแนวทางในการพัฒนานโยบายสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของภาคใต้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ ประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยสำเร็จ ปัจจัยอุปสรรค ของโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ ประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์
3. เพื่อวิเคราะห์องค์ความรู้ที่เกิดขึ้น จากการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ ประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์
4. เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ ประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาแนวคิดและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ ดังนี้

1. ความมั่นคงของมนุษย์

แนวคิดความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security) ถือเป็นการปฏิวัติกรอบคิดความมั่นคงแบบดั้งเดิมที่เน้นรัฐและอาณาเขตโดยย้ายโฟกัสมาสู่ความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของปัจเจกบุคคลเป็นศูนย์กลาง รายงานการพัฒนามนุษย์ของ United Nations Development Programme (UNDP) ปี ค.ศ. 1994 เป็นหมุดหมายสำคัญที่ให้นิยามแนวคิดนี้ว่า หมายถึง การปลดปล่อยมนุษย์ให้พ้นจากความกลัวและความต้องการ พร้อมเสนอกรอบ 7 มิติที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ อาหาร สุขภาพ สิ่งแวดล้อม บุคคล ชุมชน และการเมือง (United Nations Development Programme, 1994) ความสำคัญหลักอยู่ที่การขยายขอบเขตความมั่นคงเกินภัยคุกคามทางทหาร ไปสู่ภัยคุกคามในชีวิตประจำวันของประชาชน

ในประเทศไทย แนวคิดนี้ถูกผนวกในนโยบายพัฒนาหลายด้าน เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ซึ่งมีเป้าหมายมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนโดยให้ความสำคัญกับการลดความเหลื่อมล้ำ เสริมสร้างฐานราก และยกระดับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับมิติเศรษฐกิจ สุขภาพ และชุมชนของความมั่นคงของมนุษย์ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) ศาสตราจารย์ ดร. อมรา พงศาพิชญ์ ชี้ว่า การประยุกต์ใช้ในไทยต้องคำนึงถึงบริบททางสังคม-วัฒนธรรมและอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วน (อมรา พงศาพิชญ์, 2551) อย่างไรก็ตามการขยายขอบเขตครอบคลุมทุกเรื่องอาจทำให้แนวคิดขาดพลังและจุดเน้น (Tadjbakhsh & Chenoy, 2007) นอกจากนี้ การบรรลุความมั่นคงของมนุษย์อย่างแท้จริงยังต้องจัดการกับ รากเหง้าความไม่มั่นคงที่ซับซ้อนและเชื่อมโยง เช่น ความยากจน โครงสร้างอำนาจไม่เท่าเทียม ความขัดแย้ง และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (United Nations Development Programme, 1994; Commission on Human Security, 2003)

ดังนั้น ความมั่นคงของมนุษย์เป็นกรอบคิดที่ปฏิวัติวงการ โดยย้ายโฟกัสจากความมั่นคงของรัฐไปสู่ความมั่นคงของปัจเจกบุคคลและชุมชนอย่างรอบด้าน แม้จะมีความท้าทายในการนิยามและปฏิบัติ แต่แก่นแท้คือการสร้างโลกที่ประชาชนทุกคนปลอดภัยจากความกลัวและความต้องการ มีศักดิ์ศรี และมีโอกาสพัฒนาศักยภาพสูงสุด ในยุคที่โลกเผชิญวิกฤตซ้อนทับ ทั้งโรคระบาด ความขัดแย้ง และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การยึดมั่นในหลักการของความมั่นคงของมนุษย์จึงสำคัญยิ่งกว่าเดิม

2. การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเป็น กระบวนการเชิงยุทธศาสตร์ ที่จัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (SDH) ที่ซับซ้อน โดยมีรากฐานสำคัญจาก กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดย World Health Organization ในปี ค.ศ. 1986 ซึ่งเน้นย้ำความจำเป็นของ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่บูรณาการในทุกภาคส่วน มิใช่เพียงสาธารณสุขเท่านั้น (World Health Organization, n.d.) ความสำเร็จของการขับเคลื่อนขึ้นอยู่กับปัจจัยหลักสองประการ ประการแรกคือ การใช้องค์ความรู้เชิงประจักษ์ (Evidence-based Policy) โดยอาศัยข้อมูลวิจัยที่เข้มแข็งเกี่ยวกับปัญหาและมาตรการแทรกแซง ดังที่ Nutbeam (1998) เน้นความสำคัญของการวิจัยประเมินผล ประการที่สองคือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายหลายฝ่าย Kickbusch (2007) โดยนักสร้างเสริมสุขภาพทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกและเชื่อมโยงเครือข่าย ตามแนวคิด สภาวะนำการสร้างเสริมสุขภาพ

ในประเทศไทย พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 เป็นกรณีศึกษาคลาสสิกที่แสดงให้เห็นความสำเร็จจากการขับเคลื่อนของภาคประชาสังคมและวิชาการ โดยอาศัยฐานข้อมูลวิชาการ การสื่อสารสาธารณะและเครือข่ายที่เข้มแข็ง (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2560) อีกกลไกสำคัญคือ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นเวทีสร้างนโยบายแบบมีส่วนร่วมตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 11 เพื่อระบุปัญหาและสร้างฉันทามตินโยบาย (วุฒิสาร ตันไชย, 2559) นอกจากนี้ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2561) ยังนำแนวคิด สุขภาพในทุกนโยบายมาใช้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ เพื่อบูรณาการมิติสุขภาพในทุกกระทรวง สอดคล้องกับ Rainbow Model”ของ Dahlgren & Whitehead (1991) ที่ชี้ปัจจัยกำหนดสุขภาพหลายชั้น

3. การสร้างเสริมสุขภาพในบริบทภาคใต้

ต้องยึดโยงกับปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) และความหลากหลายทางวัฒนธรรมเป็นอย่างมาก งานวิจัยของ วิมล บ้านพวน และคณะ (2567) และ World Health Organization (2025) ชี้ให้เห็นว่า แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต้องข้ามพ้นจากการมุ่งเน้นที่พฤติกรรมสุขภาพระดับปัจเจกบุคคล ไปสู่การแก้ไขปัจจัยเชิงระบบและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ซับซ้อน ซึ่งรวมถึงความยากจน ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ความไม่มั่นคงทางอาหาร และการถูกกีดกันทางสังคม โดยเฉพาะในพื้นที่พหุวัฒนธรรมเช่นภาคใต้ การออกแบบกิจกรรมหรือนโยบายสาธารณสุขต้องอาศัยระบาดวิทยาทางวัฒนธรรม (เจษฎา เนตะวงศ์, 2568) เพื่อทำความเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างวัฒนธรรม ศาสนา วิถีชีวิตกับสถานะสุขภาพของกลุ่มประชากรต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น เคารพในศักดิ์ศรีและอัตลักษณ์ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนและเป็นธรรม

4. ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค

จากกรอบแนวคิดของ ลลิตา พิมทา และ บุญช่วง ศรีธรราษฎร์ (2562) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านการจัดการ ได้แก่ การมีนโยบายที่ชัดเจน ระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และความโปร่งใส (เพ็ญนภา เกื้อเกตุ และ ภูริชาติ พรหมเต็ม, 2565) (2) ปัจจัยด้านทรัพยากร หมายถึง การบริหารจัดการงบประมาณ บุคลากร และเวลาอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ข้อจำกัด (อามีน สัสดีวงศ์, 2565) และ (3) ปัจจัยด้านผลลัพธ์ ที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นทั้งในระดับผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ (สุรสิทธิ์ วชิรขจร, 2559) นอกจากนี้ ปัจจัยเสริมที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคี และ ความสามารถในการปรับตัว ต่อบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

ในทางตรงกันข้าม อุปสรรคสำคัญ เกิดจาก ความขัดแย้งทางวัฒนธรรมและนโยบายของรัฐที่ขาดความเข้าใจในอัตลักษณ์ท้องถิ่น เป็นประวัติศาสตร์ที่สะสมมานาน โดยเฉพาะในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (โสวัตรี ณ ถลาง, 2564) ซึ่งสร้างความไม่ไว้วางใจและเป็นกำแพงขวางกั้นการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน การมีอุปสรรคนี้ ส่งผลต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและเยาวชนในท้องถิ่น (อัญชลิตา สุวรรณะชฎ, 2565) รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความเข้าใจทางวัฒนธรรม

5. ข้อมูลสุขภาพภาคใต้ของไทย

จากการสืบค้นเพิ่มเติมในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคใต้) และงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สถานการณ์สุขภาพของประชากรภาคใต้มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ ยกเว้นปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เพิ่มสูงขึ้นแล้ว ภาคใต้ยังคงเผชิญกับภาระโรคติดต่อ เช่น โรคไข้เลือดออกและโรคมาลาเรียในบางพื้นที่ ด้วยสภาพภูมิประเทศและอากาศที่เอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของยุง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) ประเด็นสำคัญอีกประการคือ ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ที่เกิดจาก ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม กลุ่มประชากรในพื้นที่ห่างไกลและกลุ่มชาติพันธุ์ยังคงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้วยอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ และบางทีก็เนื่องมาจากความไม่เข้าใจในวัฒนธรรมการให้บริการ (เจษฎา เนตะวงศ์, 2568) นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพบางอย่าง เช่น อัตราการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2565) ยังเป็นความท้าทายที่ต้องได้รับการแก้ไข ดังนั้นแนวทางที่คำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรม เช่นเดียวกับ ขวัญใจ สุขสวัสดิ์ และ ศุภการ สิริไพศาล (2568) ที่กล่าวถึงการอนุรักษ์ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน เพื่อรักษาและต่อยอดการจัดการเรียนรู้การจัดการระบบสุขภาพของชุมชน โดยเฉพาะการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านในการจัดการระบบสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

6. แนวทางการพัฒนาระบบและกลไกสุขภาพ

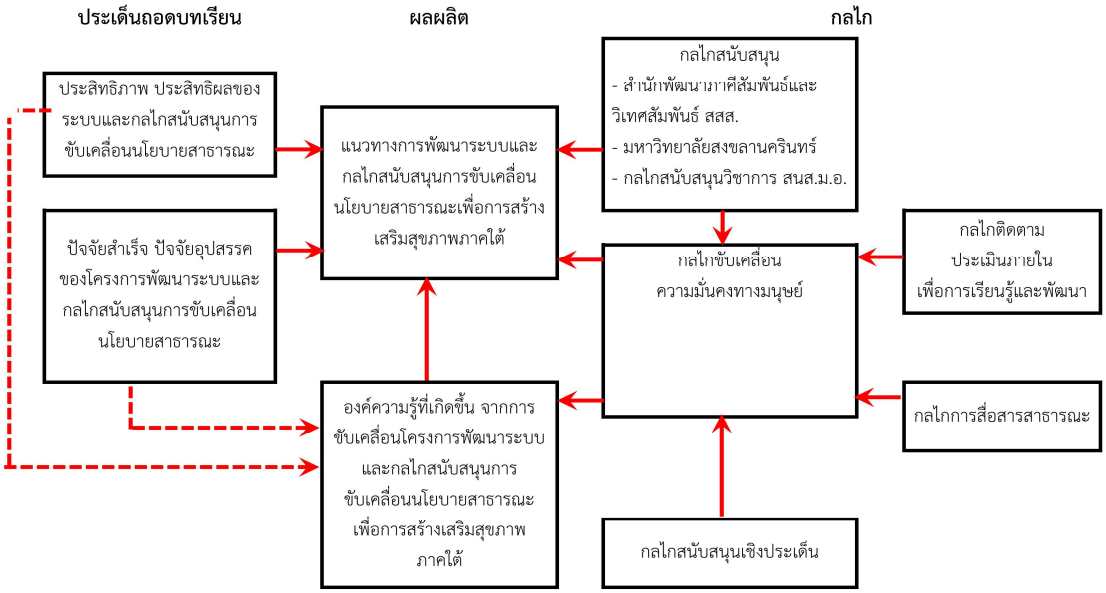
แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับภาคใต้ควรเป็นไปในทิศทางของระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม ขึ้นอยู่กับหลักการสำคัญ 3 ประการตามที่ เจษฎา เนตะวงศ์ (2568) กล่าวไว้ ได้แก่ (1) การออกแบบบริการที่คำนึงถึงความเชื่อและวิถีชีวิตท้องถิ่น (2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกระดับของการกำหนดนโยบายสาธารณสุข และ (3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความเข้าใจในความหลากหลายทางวัฒนธรรม ทั้งนี้ กลไกสำคัญที่โครงการตัวอย่างได้พิสูจน์แล้วว่าประสบความสำเร็จดังนี้ (1) การพัฒนาฐานข้อมูลและเครือข่ายบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งรัฐและเอกชน (2) การจัดทำคู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมและบูรณาการเข้าในมาตรฐาน HA เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบาย (3) การฝึกอบรมบุคลากรเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม และ (4) การสร้างการรับรู้และความเข้าใจในบทบาทขององค์กรสนับสนุนของ สสส. อย่างชัดเจน ดังนั้น แนวทางเหล่านี้ไม่เพียงแต่แก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการแต่ยังเป็นรากฐานสำคัญของการสร้างสันติสุขที่ยั่งยืนในภูมิภาค ผ่านการสร้างความไว้วางใจและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของประชาชนทุกกลุ่ม (เจษฎา เนตะวงศ์, 2568; อัญชลิตา สุวรรณะชฎ, 2565)

ดังนั้น การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการยกระดับสุขภาวะของประชาชนและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ แก่นแท้อยู่ที่การเปลี่ยนโฟกัสจากการรักษาโรคไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะดังกล่าวจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Determinants of Health) โดยตรง ผ่านการออกแบบนโยบายข้ามภาคส่วนที่มุ่งแก้ไขปัจจัยพื้นฐานเชิงโครงสร้าง เช่น

ความยากจน การศึกษา และสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นรากฐานของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ แทนที่จะรักษาโรคเพียงอย่างเดียว

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดนี้มุ่งสร้างเสริมสุขภาพในภาคใต้ผ่านการพัฒนาระบบและกลไกขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ โดยเริ่มต้นจากการถอดบทเรียนเชิงลึก เพื่อประเมิน ประสิทธิภาพ-ประสิทธิผล ของระบบเดิม พร้อมวิเคราะห์ ปัจจัยสำเร็จและอุปสรรค จากโครงการพัฒนาที่ผ่านมา กระบวนการนี้ช่วยระบุจุดแข็งและช่องว่างในการดำเนินงาน ผลผลิตหลักประกอบด้วยสองส่วนสำคัญ ได้แก่ แนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุน ที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของภาคใต้ องค์ความรู้ใหม่ ที่เกิดจากการขับเคลื่อนโครงการ ซึ่งสามารถต่อยอดเป็นนโยบายหรือแนวปฏิบัติได้ ส่วน กลไกขับเคลื่อนอาศัยความร่วมมือของ หน่วยงานหลัก คือ สำนักพัฒนาภาคสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ สสส. (หน่วยงานนโยบาย) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สถาบันวิชาการ) โดยมี สนส.ม.อ. เป็นแกนกลางในการสนับสนุนวิชาการ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องนโยบายสุขภาพที่ตอบโจทย์คนใต้ : ถอดบทเรียนระบบสนับสนุนบนฐานความมั่นคงมนุษย์นี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้กำหนดผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ที่เป็นตัวแทนกลไกต่าง ๆ และมีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 5 กลุ่ม เก็บข้อมูลจนกระทั่งมีความอิ่มตัว ได้แก่ (1) กลไกสนับสนุน ประกอบด้วย ผู้แทนสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ สสส. ผู้แทนผู้บริหารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และผู้ทำหน้าที่เป็นกลไกสนับสนุนวิชาการ สนส.ม.อ. จำนวน 3 คน (2) กลไกขับเคลื่อน ประกอบด้วย ผู้ที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนแต่ละประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์ในพื้นที่ภาคใต้ จำนวน 3 คน (3) กลไกสนับสนุนเชิงประเด็น ประกอบด้วย ผู้ที่ทำหน้าที่สนับสนุนแต่ละประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์ จำนวน 2 คนต่อประเด็น (4) กลไกติดตามประเมินภายในเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา ประกอบด้วย ผู้ประเมินที่ทำหน้าที่ติดตามและประเมินภายในประเด็น 2 คน (5) กลไกการสื่อสารสาธารณะ ประกอบด้วย ผู้ที่ทำ

หน้าที่ติดตามและสื่อสารสาธารณะ 2 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน โดยใช้การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้ให้ข้อมูลทุกคน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และ 2) แนวทางในการสนทนากลุ่ม ซึ่งสร้างตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกรอบแนวคิดการวิจัย ผ่านเทคนิคการถอดบทเรียนทั้ง 4 ประเภท ได้แก่ การทบทวนระหว่างการปฏิบัติ เทคนิคแผนที่ผลลัพธ์ เทคนิคการเรียนรู้จากเพื่อน และเทคนิคการเรียนรู้จากตัวอย่างที่ดี (จิรัชยา เจียวก๊ก, 2568) มีการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เป็นรายข้อได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา Index of Item Objective Congruence (IOC) อยู่ในช่วง 0.67 - 1.00 ความสอดคล้องทั้งฉบับเท่ากับ 0.72

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 วิธีการ คือ 1) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย 2) การลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย สัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนศึกษา เริ่มต้นด้วยการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกออกแบบเครื่องมือและทดลองใช้ การลงพื้นที่ถอดบทเรียนระบบบริการ และการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยตรวจสอบความสอดคล้องกันของข้อมูลจากแหล่งที่มาต่างกัน เช่น เวลา สถานที่ และบุคคล ทั้งนี้งานวิจัยนี้เป็นการถอดบทเรียนจากการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ภาคใต้จึงมีขอบเขตของพื้นที่เป็นเฉพาะพื้นที่ภาคใต้ ใช้เวลาในการถอดบทเรียน เดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2568

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้นำข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม มาตรวจสอบ ความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลโดยวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการศึกษา ด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis Method) ซึ่งเป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาสังเคราะห์และแยกเป็นประเด็นตามเนื้อหาขอบเขตการวิจัย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) (ชาย โพธิสิตา, 2549)

5. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ในงานวิจัยนี้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านจริยธรรม เลขที่ psu.pn.2-026/68 ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การปกปิดข้อมูลและการเก็บรักษาความลับ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ อธิบายถึงสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเวลา และการถอนตัวนั้นไม่มีผลเสียใด ๆ หากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามเกิดความไม่สบายใจ รู้สึกเป็นทุกข์

ผลการวิจัย

1. ประสิทธิภาพของระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้

1.1 ประสิทธิภาพ ของระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ในประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์ พบว่า *(1) ศักยภาพของบุคลากร*ในทีมขับเคลื่อนที่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการมีทักษะการทำงานแบบสหวิชาชีพ และการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่วางไว้ นอกจากนี้ยังพบว่ามีกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ผ่านการถอดบทเรียน และการสร้างชุดความรู้ นำไปใช้ในการปรับปรุงการทำงาน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 (การสื่อสารส่วนบุคคล, 17 กรกฎาคม 2568) ได้กล่าวว่า *“...ทีมงานทำงานเก่งเพราะมีทักษะหลากหลายและบทบาทชัดเจน มีการพัฒนาตัวเองตลอดผ่านการถอดบทเรียน ทำให้งานเดินตามแผนได้ดี...” (2) ด้านงบประมาณ* โดยเฉพาะการระดมทุนจากแหล่งต่าง ๆ เช่น กองทุนตำบล และการจัดสรรงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ของโครงการ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อจำกัดบางประการเกี่ยวกับกฎระเบียบทางการเงินของแต่ละหน่วยงานที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจ

ส่งผลต่อความคล่องตัวในการใช้งบประมาณ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 (การสื่อสารส่วนบุคคล, 17 กรกฎาคม 2568) ได้กล่าวว่า *"...มีงบประมาณจากหลายแหล่ง เช่น กองทุนตำบล และจัดสรรได้มีประสิทธิภาพ แต่กฎระเบียบเงินของแต่ละที่ต่างกัน ทำให้ใช้งบฯ ไม่คล่องตัวบ้าง.."* และ *(3) ด้านภาคีเครือข่าย* มีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ผ่านแนวทางการทำงานแบบบูรณาการ และการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพ โดยเครือข่ายประกอบด้วยหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เช่น อบจ. สสจ. อสม. และมหาวิทยาลัย ซึ่งต่างมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกัน การผนึกกำลังของทุกภาคส่วนในการทำงานภายใต้เป้าหมายร่วมกัน ช่วยลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ข้อมูลคนที่ 2 (การสื่อสารส่วนบุคคล, 17 กรกฎาคม 2568) ได้กล่าวว่า *"...ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกันเป็นระบบ ตั้งแต่ อบจ. สาธารณสุข อสม. มหาวิทยาลัย เอกชน และประชาชน ช่วยลดงานซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพให้โครงการ..."*

1.2 ประสิทธิผลของระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ในประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์ พบว่า ข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถประเมินประสิทธิผล ของโครงการได้ในหลายมิติ ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงนโยบาย ดังนี้

(1) การขยายตัวของเครือข่ายการทำงาน โดยโครงการสามารถสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย ทั้งหน่วยงานภาครัฐ (เช่น อบจ. สสจ.) ภาคเอกชน (เช่น หอการค้า) และภาคประชาสังคม (เช่น อสม.) รวมถึง พบการเพิ่มขึ้นของจำนวนเครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อนงานจาก 5 หน่วยงานเป็นมากกว่า 10 หน่วยงาน ในระยะเวลา 1 ปี และเกิดกลไกการประสานงานระดับจังหวัด (ที่มีประสิทธิภาพ (2) การสร้างความเข้าใจเป้าหมายร่วมกัน เกิดกระบวนการสร้างฉันทามติ ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ มีการพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกัน ที่ได้รับการยอมรับจากทุกภาคส่วน และมีการจัดทำเอกสารแนวทางปฏิบัติ สำหรับการทำงานร่วมกัน (3) การใช้กองทุนตำบลอย่างเป็นรูปธรรม มีกองทุนตำบลถูกนำมาใช้สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพกว่า 15 โครงการในพื้นที่ศึกษา รวมทั้งเกิดนวัตกรรมการบริหารกองทุนแบบบูรณาการ และ พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการใช้กองทุน (4) ผลสำเร็จในมิติสุขภาพเฉพาะด้าน เช่น (4.1) การลดปัญหา NCDs ลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงลงร้อยละ 15 และมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มกว่า 20 กิจกรรม/ปี (4.2) การสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ มีการพัฒนาโมเดลศูนย์ดูแลผู้สูงอายุชุมชน 3 แห่ง และ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (4.3) ระบบสุขภาพจังหวัดที่ยั่งยืน มีพัฒนาแผนสุขภาพจังหวัด ที่บูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วน รวมถึงมีการสร้างกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 (การสื่อสารส่วนบุคคล, 17 กรกฎาคม 2568) ได้กล่าวว่า *"...มีกองทุนตำบลมาใช้สนับสนุนกิจกรรมสุขภาพกว่า 15 โครงการ มีการบริหารแบบบูรณาการและพัฒนาระบบติดตามผลการใช้เงินให้มีประสิทธิภาพ..."* ในทำนองเดียวกับ ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 (การสื่อสารส่วนบุคคล, 17 กรกฎาคม 2568) ที่กล่าวว่า *"....มีภาคีเพิ่มจาก 5 เป็นกว่า 10 หน่วยงานใน 1 ปี ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน มีกลไกประสานงานระดับจังหวัดที่ทำงานได้..."*

จะเห็นได้ว่า ผลของระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ในประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์ สามารถสะท้อนการออกแบบโครงการที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและการบริหารจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ โดยใช้กลไกการติดตามและประเมินผลผ่านภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง

2. ปัจจัยสำเร็จ ปัจจัยอุปสรรค ของโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้

2.1 ปัจจัยสำเร็จ ของโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ในประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของโครงการออกเป็น 5 มิติหลัก ดังนี้ (1) ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายแบบที่หลากหลาย ประกอบด้วย หน่วยงานภาครัฐ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.), สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและจัดสรรทรัพยากร สถาบันการศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตภูเก็ต ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาด้านวิชาการและวิจัยประเมินผล ภาคประชาสังคม อสม. และชมรมผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานระดับชุมชน และ ภาคเอกชน หอการค้าจังหวัดและสโมสรโรตารี มีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากรและขยายผลสู่ภาคธุรกิจ (2) กระบวนการมีส่วนร่วมแบบองค์รวม ประกอบด้วย การวางแผนร่วม ผ่านเวทีประชาคมสุขภาพระดับตำบล การดำเนินงานร่วม ใช้รูปแบบคณะทำงานบูรณาการ การติดตามประเมินผลร่วม

ด้วยระบบรายงานผลแบบมีส่วนร่วม และ การเรียนรู้ร่วม ผ่านกระบวนการถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติ (3) ระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ ประกอบด้วย ฐานข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด ระบบติดตามการใช้กองทุนตำบล เครื่องมือประเมินผลกระทบทางสุขภาพ แผนที่แสดงการกระจายทรัพยากร (4) กลยุทธ์การสื่อสารแบบหลายระดับ ได้แก่ การสื่อสารเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารระดับสูง การสื่อสารเชิงเทคนิคสำหรับผู้ปฏิบัติงาน การสื่อสารชุมชนสำหรับประชาชนทั่วไป และ ระบบรายงานผลแบบเรียลไทม์ (5) ระบบบริหารทรัพยากรแบบบูรณาการ ได้แก่ การจัดทำแผนการใช้ทรัพยากรร่วม ระบบการติดตามการใช้จ่ายงบประมาณ กลไกการระดมทุนจากหลายแหล่ง และการบริหารกองทุนแบบโปร่งใส ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 (การสื่อสารส่วนบุคคล, 17 กรกฎาคม 2568) ได้กล่าวว่า *"...มีเครือข่ายครบทุกภาคส่วน ทั้ง อบจ. สสจ. มหาวิทยาลัย อสม. และเอกชน แต่ละฝ่ายมีบทบาทสนับสนุนที่ชัดเจนทั้งนโยบาย วิชาการ และทรัพยากร..."* และ ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 (การสื่อสารส่วนบุคคล, 17 กรกฎาคม 2568) ได้กล่าวว่า *"...กระบวนการทำงานร่วมกันทุกขั้นตอน ตั้งแต่วางแผนถึงถอดบทเรียน และมีระบบข้อมูลเช่นฐานข้อมูลสุขภาพมาใช้ช่วยในการตัดสินใจ..."*

ปัจจัยเหล่านี้ทำงานร่วมกันเป็นผ่านกลไกสำคัญ ที่สำคัญคือ กลไกการประสานงานระดับจังหวัด ระบบการจัดการความรู้ และกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ชี้ให้เห็นว่า ความสำเร็จของโครงการไม่ได้มาจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดด ๆ แต่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้รับการออกแบบและบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวทาง สำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้

2.2 ปัจจัยอุปสรรค ของโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ในประเด็นประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์ พบว่า อุปสรรคหลักในการดำเนินโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ สามารถจำแนกออกเป็น 4 มิติสำคัญ ได้แก่ (1) ปัญหาการทำงานซ้ำซ้อนและขาดการบูรณาการ ซึ่งจะเกิดปรากฏการณ์โครงการคู่ขนานหน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินงานในประเด็นคล้ายคลึงกันแต่แยกส่วนกัน ขาดกลไกการทำแผนที่โครงการ ที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถระบุจุดซ้ำซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการรายงานผลแยกส่วน ส่งผลให้ขาดภาพรวมของการทำงาน และ ขาดแพลตฟอร์มกลางสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (2) ข้อจำกัดด้านกฎระเบียบและมาตรฐาน โดยมีความแตกต่างของระเบียบทางการเงินระหว่างหน่วยงาน สร้างความยุ่งยากในการใช้งบประมาณร่วม รวมถึงกระบวนการอนุมัติโครงการที่ล่าช้าเนื่องจากขั้นตอนที่ซับซ้อน อีกทั้งมาตรฐานการดำเนินงานที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐ และข้อกำหนดด้านการจัดซื้อจัดจ้างที่แตกต่างกันทำให้ไม่สามารถประสานทรัพยากรร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (3) ปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรบุคคล ได้แก่ (3.1) อัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ เมื่อเทียบกับขอบเขตการทำงานที่ขยายตัว (3.2) การกระจายตัวของบุคลากรที่มีทักษะไม่สมดุลระหว่างพื้นที่ (3.3) ข้อจำกัดด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เนื่องจากงบประมาณฝึกอบรมที่จำกัด และ (3.4) ปัญหาการรักษาบุคลากรที่มีความสามารถ ในพื้นที่ห่างไกล (4) ปัญหาด้านการสื่อสารและระบบข้อมูล ได้แก่ ระบบฐานข้อมูลที่แยกส่วนระหว่างหน่วยงาน ขาดมาตรฐานกลางในการจัดเก็บและประมวลผลข้อมูล ปัญหาความเข้ากันได้ของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และ การเข้าถึงข้อมูลที่จำกัดสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางกลุ่ม ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 (การสื่อสารส่วนบุคคล, 17 กรกฎาคม 2568) ได้กล่าวว่า *"...หน่วยงานต่างทำโครงการคล้าย ๆ กันแต่แยกกันทำ ไม่มีแผนรวม ทำให้งานซ้ำซ้อน และกฎระเบียบเงินของแต่ละที่ต่างกัน ทำให้ทำงานร่วมกันยาก..."* ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 (การสื่อสารส่วนบุคคล, 17 กรกฎาคม 2568) ได้กล่าวเสริมว่า *"...คนทำงานไม่พอ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล และระบบข้อมูลของแต่ละหน่วยงานไม่เชื่อมต่อกัน ทำให้ขาดภาพรวมและทำงานไม่ต่อเนื่อง..."*

การวิเคราะห์เชิงลึกพบว่าอุปสรรคเหล่านี้มีความเชื่อมโยงกันในลักษณะที่ซ้ำ ๆ ได้แก่ (1) การขาดระบบข้อมูลกลางส่งเสริมให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อน (2) การทำงานซ้ำซ้อนทำให้ทรัพยากรบุคคลที่มีจำกัดต้องแบกรับงานมากขึ้น (3) ทรัพยากรที่จำกัดทำให้ไม่มีกำลังพอจะพัฒนาระบบข้อมูลที่เหมาะสม (4) ระบบข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ทำให้การปรับปรุงกฎระเบียบทำได้ยาก

3. องค์ความรู้ที่เกิดขึ้น จากการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้

3.1 ความรู้ที่เกิดขึ้นในมิติพื้นที่จากการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ พบว่า เกิดรูปแบบการทำงานแบบบูรณาการ 3 มิติ

ได้แก่ (1) ระบบข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัดแบบบูรณาการ มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลกลาง ถือเป็นกลไกสำคัญในการสร้างเอกภาพข้อมูล โดยมีกระบวนการทำงาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1.1) การจัดทำมาตรฐานข้อมูลร่วม (1.2) การพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (1.3) การสร้างกลไกการอัพเดทข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และ (1.4) การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพระดับจังหวัด จะเห็นได้ว่าระบบนี้ช่วยลดปัญหาข้อมูลกระจัดกระจายและเพิ่มประสิทธิภาพการตัดสินใจเชิงนโยบาย (2) รูปแบบการจัดการกองทุนตำบลเชิงยุทธศาสตร์ มีการพัฒนากลไกกองทุนสุขภาพชุมชนที่มีลักษณะเฉพาะ 3 ประเด็น คือ (2.1) ความยืดหยุ่นตามบริบทพื้นที่ (2.2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการตัดสินใจ และ (2.3) ระบบติดตามผลแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นการสร้างแนวทางการใช้งบประมาณที่สอดคล้องกับแผนสุขภาพตำบล (3) กลไกการประสานงานข้ามพื้นที่ โดยมีการ จัดตั้งคณะทำงานระดับจังหวัดที่ประกอบด้วยผู้แทนจากทุกภาคส่วน แล้วมีการพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ 2 ระดับ ได้แก่ (1) ระดับนโยบาย : แผนที่สุขภาพดิจิทัล และ (2) ระดับปฏิบัติ : คู่มือการทำงานร่วมกัน รวมถึงสร้างช่องทางการสื่อสารระหว่างเครือข่ายผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 (การสื่อสารส่วนบุคคล, 17 กรกฎาคม 2568) ได้กล่าวว่า *"...มีศูนย์ข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัดที่รวมข้อมูลเป็นหนึ่งเดียว ลดปัญหาข้อมูลกระจัดกระจาย และจัดการกองทุนตำบลแบบยืดหยุ่นให้ชุมชนมีส่วนร่วมตัดสินใจ..."*

จะเห็นได้ว่าความรู้ที่เกิดขึ้นนี้แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านจากแนวทางแบบแยกส่วนสู่ระบบบูรณาการที่คำนึงถึงความเชื่อมโยงระหว่างมิติต่าง ๆ ของพื้นที่ ซึ่งนำไปสู่การสร้างระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 ความรู้ที่เกิดขึ้นในมิติสังคมจากการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ พบว่า มีการสะสมความรู้ในมิติสังคม ที่สำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่ (1) การสร้างเครือข่ายชุมชนอย่างยั่งยืน ซึ่งเกิดกระบวนการการรวมกลุ่มเชิงยุทธศาสตร์ที่มีลักษณะเฉพาะ 3 ลักษณะ ได้แก่ (1.1) การรวมตัวบนพื้นฐานความต้องการร่วม (1.2) การมีโครงสร้างการบริหารจัดการที่ชัดเจน และ (1.3) กลไกการต่อยอดกิจกรรมอย่างเป็นระบบ หลังจากนั้นมีการพัฒนาโมเดลกองทุนชุมชนขับเคลื่อนสุขภาพที่เชื่อมโยงกับกลไกท้องถิ่น รวมถึงการสร้างระบบผู้นำชุมชนรุ่นใหม่ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน (2) การแก้ปัญหา NCDs แบบมีส่วนร่วม มีการพัฒนาแนวทาง 4อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อากาศ สุรา สูบบุหรี่) ที่ปรับให้เหมาะกับบริบทชุมชน รวมถึง จัดระบบอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเพื่อการเฝ้าระวัง และ สร้างนวัตกรรมชุมชนตระหนักรู้สุขภาพผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์ (3) การเสริมพลังกลุ่มเปราะบาง มีการออกแบบกิจกรรมผู้สูงอายุเชิงบวก 3 รูปแบบ ได้แก่ (3.1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย (3.2) กิจกรรมพัฒนาสุขภาพจิต และ (3.3) กิจกรรมสร้างรายได้ หลังจากนั้นได้พัฒนาโมเดลศูนย์เรียนรู้สุขภาวะชุมชน และใช้ภาคีเครือข่ายสร้างกลไกการดูแลกันเองในชุมชน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 (การสื่อสารส่วนบุคคล, 17 กรกฎาคม 2568) ได้กล่าวว่า *"...เกิดเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง มีการแก้ปัญหา NCDs แบบมีส่วนร่วมด้วยแนวทาง "4อ. 2ส." และมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครบวงจร..."*

จะเห็นได้ว่า ความรู้เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ที่สำคัญ 3 ระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล มีการเพิ่มพูนศักยภาพส่วนบุคคล ระดับกลุ่ม มีการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย และ ระดับชุมชน มีการพัฒนากลไกชุมชนที่ยั่งยืน

3.3 ความรู้ที่เกิดขึ้นในมิติความรู้/ภูมิปัญญาจากการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ พบว่า ที่เกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนโครงการประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่ (1) ภูมิปัญญาการบริหารกองทุนเสมือนจริง มีการพัฒนาแนวทางการใช้งบประมาณแบบบูรณาการโดยใช้กลไกที่การประสานงบประมาณข้ามหน่วยงาน การออกแบบระบบการติดตามการใช้จ่ายแบบดิจิทัล และ การสร้างมาตรฐานกลางสำหรับการบริหารกองทุน รวมถึง ลดปัญหาข้อจำกัดด้านระเบียบผ่านการจัดทำข้อตกลงร่วมระหว่างหน่วยงาน และการพัฒนาคู่มือการใช้งบประมาณที่ยืดหยุ่น (2) การสื่อสารเชิงนโยบายแบบมีส่วนร่วม ผ่านการสร้างกลไกการสื่อสาร 3 ระดับ ได้แก่ ระดับนโยบาย : ผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด ระดับปฏิบัติ : ระบบรายงานผลแบบสองทาง และ ระดับชุมชน : ช่องทางสื่อสารแบบมีส่วนร่วม พร้อมทั้งพัฒนาทักษะการสื่อสารสำหรับผู้เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ เช่น การฝึกอบรมการสื่อสารเชิงนโยบาย การสร้างนักสื่อสารสุขภาพชุมชน (3) การเรียนรู้ร่วมกันของเครือข่าย มีการออกแบบกระบวนการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ (3.1) การแลกเปลี่ยนความรู้ก่อนปฏิบัติ (3.2) การสะท้อนคิดระหว่างปฏิบัติ (3.3) การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติ และ (3.4) การสังเคราะห์องค์ความรู้ โดยพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการเรียนรู้ทั้งแพลตฟอร์มการเรียนรู้ร่วมกัน และฐานข้อมูล

บทเรียนที่เรียนรู้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 (การสื่อสารส่วนบุคคล, 17 กรกฎาคม 2568) ได้กล่าวว่า *"...การบริหารกองทุนควรเป็นแบบบูรณาการข้ามหน่วยงาน พัฒนาระบบติดตามดิจิทัล และมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน 4 ขั้นตอน ตั้งแต่แลกเปลี่ยนถึงถอดบทเรียน..."*

4. แนวทางการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้

แนวทางการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ โดย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 (การสื่อสารส่วนบุคคล, 18 กรกฎาคม 2568) ได้กล่าวว่า *"...พัฒนากองทุนเสมือนจริงที่ดึงทรัพยากรจากทุกหน่วยงานมาใช้ร่วมกันได้โดยไม่ติดระเบียบ พร้อมสร้างศูนย์ข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัดเป็นฐานเดียว..."* ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 (การสื่อสารส่วนบุคคล, 18 กรกฎาคม 2568) ได้กล่าวเสริมว่า *"...ต้องฝังกลไกการทำงานเข้าไปในหน่วยงานจังหวัดและตำบลอย่างถาวร เช่น สร้างคณะกรรมการสุขภาพที่มีอำนาจตัดสินใจและเสนอนโยบายได้จริง..."* ในการขยับการมีส่วนร่วมสู่การตัดสินใจ ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 (การสื่อสารส่วนบุคคล, 18 กรกฎาคม 2568) ได้กล่าวเสริมว่า *"...ให้ชุมชนมีส่วนร่วมไม่ใช่แค่ทำกิจกรรม แต่ต้องมีตัวแทนในคณะกรรมการนโยบายเพื่อร่วมตัดสินใจและกำหนดทิศทางงานสุขภาพของพื้นที่..."* สำหรับผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 (การสื่อสารส่วนบุคคล, 18 กรกฎาคม 2568) ได้กล่าวเสริมศักยภาพเครือข่ายและเชื่อมโยงนโยบายว่า *"...พัฒนาทักษะการใช้ข้อมูลของเครือข่าย และสร้างกลไกนำนโยบายจากพื้นที่ขึ้นสู่ระดับชาติผ่านหน่วยงานกลางเช่น สสส. หรือ กระทรวงสาธารณสุข..."* จึงสรุปรายละเอียดได้ 6 ประการ ดังนี้

1) การยกระดับจากโครงการสู่ระบบ"แนวทางการพัฒนาระบบจึงต้องเน้นการฝังกลไกไว้ในหน่วยงานระดับจังหวัดและตำบล เช่น การพัฒนากลไกกึ่งทางการเช่น คณะกรรมการสุขภาพตำบลหรือคณะทำงานประสานสุขภาวะในระดับจังหวัด ที่มีอำนาจตัดสินใจหรือชงนโยบายเชิงยุทธศาสตร์เข้าสู่ระดับผู้บริหารจังหวัด

2) การสร้างกองทุนเสมือนจริงและระบบจัดการทรัพยากรร่วม ใช้การสร้างกลไกเชื่อมโยงทรัพยากรจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว เช่น อบจ., สสจ., ท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพ ให้สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันในเป้าหมายเดียว โดยไม่ติดขัดข้อจำกัดของระเบียบการเงินภาครัฐ การสร้างกองทุนเสมือนจริงจะต้องมีข้อตกลงร่วมและกรอบการดำเนินงานร่วม (MOU/MOA) ที่ทุกหน่วยงานยินยอมและให้ความเชื่อมั่นซึ่งกันและกัน

3) การพัฒนาศูนย์ข้อมูลสุขภาวะจังหวัดและกลไกข้อมูลร่วม การใช้ฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้และสามารถใช้ร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่มีในปัจจุบันกระจัดกระจายและไม่สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ในเชิงยุทธศาสตร์ได้ โครงการเสนอแนวทางการจัดตั้ง Data Health Centre หรือศูนย์ข้อมูลสุขภาวะระดับจังหวัดที่บูรณาการข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ให้เป็นฐานเดียว

4) การส่งเสริมกลไกการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ใช้การมีส่วนร่วมส่วนใหญ่อยู่ในระดับทำกิจกรรมร่วมหรือรับรู้ข้อมูลเท่านั้น การพัฒนากลไกควรขยับสู่ ระดับการตัดสินใจ และ การกำหนดทิศทางร่วมโดยมีตัวแทนภาคประชาชนในคณะกรรมการนโยบายสาธารณะระดับจังหวัด หรือกลไกที่ให้ชุมชนร่วมพิจารณาแผนงานสุขภาวะของพื้นที่

5) เสริมสร้างขีดความสามารถของภาคีเครือข่าย การใช้ข้อมูลเพื่อสื่อสารนโยบาย การวิเคราะห์ต้นทุนสุขภาพ หรือการออกแบบแผนงานที่อิงหลักฐาน

6) การเชื่อมโยงนโยบายระดับพื้นที่สู่ระดับชาติ หน่วยกลางเช่น สช., สสส. หรือกระทรวงสาธารณสุข ควรมีบทบาทในการสะพานนโยบายโดยนำข้อเสนอจากพื้นที่เข้าสู่กระบวนการจัดทำ/ ทบทวนนโยบายในระดับประเทศ

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ของระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ โดยประสิทธิภาพของโครงการฯ ได้แก่ ด้านบุคลากร : ทีมขับเคลื่อนมีทักษะการทำงานแบบสหวิชาชีพและบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่วางไว้ มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องผ่านการถอดบทเรียนและการสร้างชุดความรู้ ด้านงบประมาณ : มีการระดมทุนจากแหล่งต่าง ๆ เช่น กองทุนตำบล และจัดสรรงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ แม้จะมีข้อจำกัดด้านกฎระเบียบทางการเงินของแต่ละ

หน่วยงาน ด้านเครือข่าย : การทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบผ่านแนวทางบูรณาการและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยมีภาคีเครือข่ายจากภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม เช่น อบจ. สสจ. อสม. และมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ ประสิทธิผลของโครงการฯ ได้แก่ การขยายเครือข่าย : เพิ่มจำนวนเครือข่ายจาก 5 เป็นมากกว่า 10 หน่วยงานภายใน 1 ปี และเกิดกลไกประสานงานระดับจังหวัด การใช้กองทุนตำบล : สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพกว่า 15 โครงการ พัฒนาระบบติดตามการใช้กองทุน และสร้างนวัตกรรมการบริหารกองทุนแบบบูรณาการ ผลสำเร็จด้านสุขภาพ : ลดอัตราการเกิดโรค NCDs ในกลุ่มเสี่ยงลงร้อยละ 15 พัฒนาโมเดลศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 3 แห่ง และจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดที่บูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วน

1.2 ปัจจัยสำเร็จ ปัจจัยอุปสรรค ของโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ โดยมี ปัจจัยสำเร็จ ได้แก่ (1) ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย : ประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐ สถาบันการศึกษา ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน (2) กระบวนการมีส่วนร่วมแบบองค์รวม : ครอบคลุมการวางแผนร่วม การดำเนินงานร่วม การติดตามประเมินผลร่วม และการเรียนรู้ร่วม (3) ระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ : รวมถึงฐานข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัดและเครื่องมือประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (4) กลยุทธ์การสื่อสารแบบหลายระดับ : เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในทุกระดับ และ (5) ระบบบริหารทรัพยากรแบบบูรณาการ : เช่น การจัดทำแผนการใช้ทรัพยากรร่วมและกลไกการระดมทุนจากหลายแหล่ง นอกจากนี้ ปัจจัยอุปสรรค ได้แก่ (1) การทำงานซ้ำซ้อนและขาดการบูรณาการ : เกิดจากโครงการคู่ขนานและขาดแพลตฟอร์มกลางสำหรับแลกเปลี่ยนข้อมูล (2) ข้อจำกัดด้านกฎระเบียบและมาตรฐาน : ความแตกต่างของระเบียบทางการเงินและกระบวนการอนุมัติโครงการที่ล่าช้า (3) การขาดแคลนทรัพยากรบุคคล : อัตรากำลังไม่เพียงพอและการกระจายตัวของบุคลากรที่มีทักษะไม่สมดุล และ (4) ปัญหาด้านระบบข้อมูล : ข้อมูลกระจัดกระจายและขาดมาตรฐานกลาง

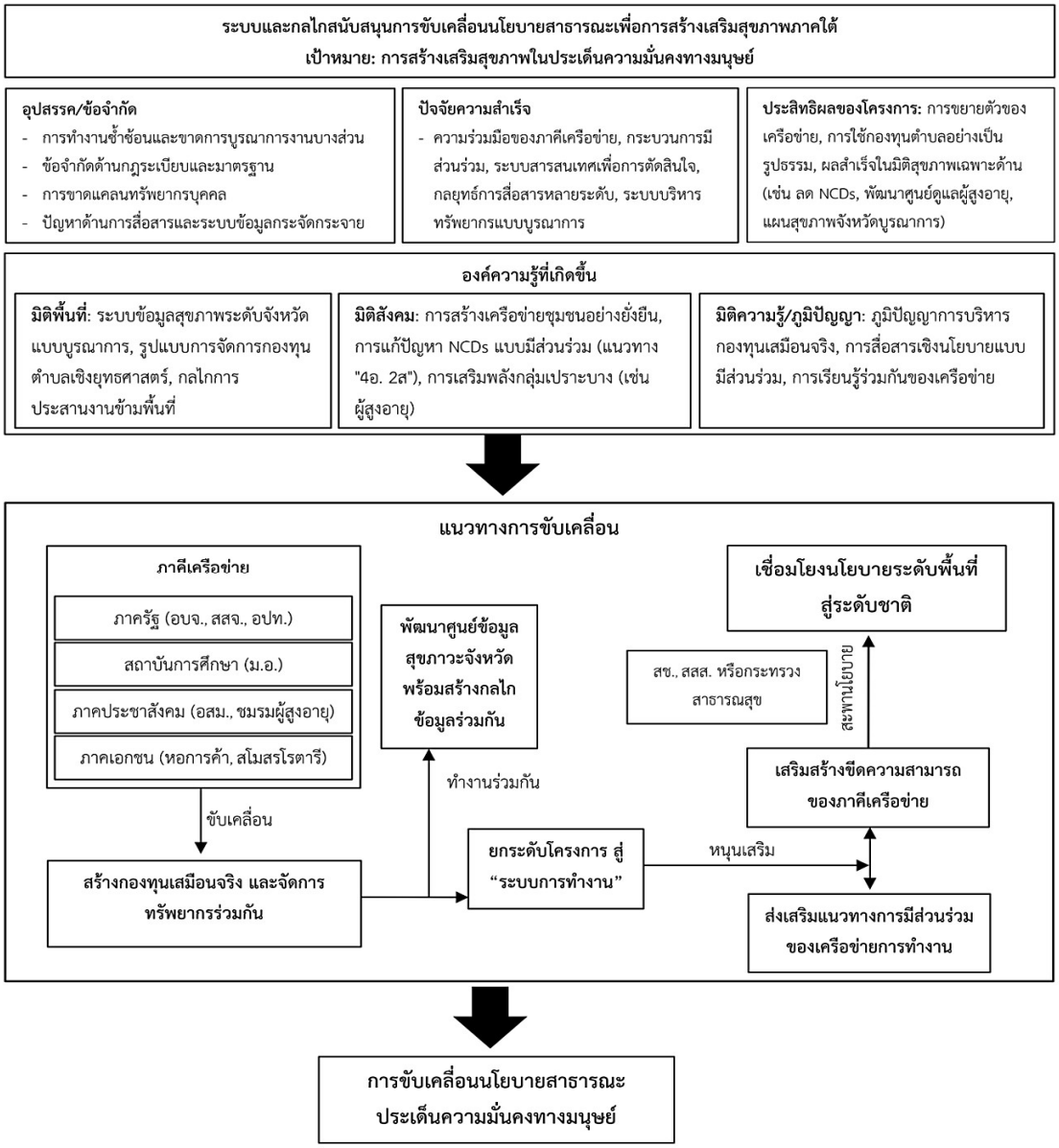
1.3 องค์ความรู้ที่เกิดขึ้น มี 3 มิติ ได้แก่ มิติพื้นที่ ระบบข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด ลดปัญหาข้อมูลกระจัดกระจายและเพิ่มประสิทธิภาพการตัดสินใจ การจัดการกองทุนตำบลเชิงยุทธศาสตร์ มีการสร้างความยืดหยุ่นตามบริบทพื้นที่และระบบติดตามผลแบบมีส่วนร่วม กลไกประสานงานข้ามพื้นที่ มีพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจและช่องทางการสื่อสารระหว่างเครือข่าย มิติสังคม มีการสร้างเครือข่ายชุมชน : ผ่านกระบวนการรวมกลุ่มเชิงยุทธศาสตร์และพัฒนากลไกท้องถิ่น รวมถึงการแก้ปัญหา NCDs แบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวทาง 4อ. 2ส. และระบบอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และ การเสริมพลังกลุ่มเปราะบาง เช่น กิจกรรมผู้สูงอายุเชิงบวกและศูนย์เรียนรู้สุขภาวะชุมชน มิติความรู้/ภูมิปัญญา โดยใช้ภูมิปัญญาการบริหารกองทุนเสมือนจริง มีการลดข้อจำกัดด้านระเบียบงบประมาณ รวมถึงการสื่อสารเชิงนโยบายแบบมีส่วนร่วม เน้นสร้างความเข้าใจและความร่วมมือระหว่างภาคส่วน และใช้การเรียนรู้ร่วมกันของเครือข่าย ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้และถอดบทเรียน

1.4 แนวทางการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ มี 6 ประเด็น ได้แก่ (1) การยกระดับจากโครงการสู่ระบบ ใช้กลไกในหน่วยงานระดับจังหวัดและตำบล เช่น คณะกรรมการสุขภาพตำบล (2) การสร้างกองทุนเสมือนจริงมีการเชื่อมโยงทรัพยากรจากหน่วยงานต่าง ๆ โดยมีข้อตกลงร่วม (3) การพัฒนาศูนย์ข้อมูลสุขภาวะจังหวัด โดยบูรณาการข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ให้เป็นฐานเดียว (4) การส่งเสริมกลไกการมีส่วนร่วม ใช้การขยายสู่ระดับการตัดสินใจและกำหนดทิศทางร่วม (5) การเสริมสร้างขีดความสามารถของภาคีเครือข่าย ใช้ข้อมูลเพื่อสื่อสารนโยบายและวิเคราะห์ต้นทุนสุขภาพ (6) การเชื่อมโยงนโยบายระดับพื้นที่สู่ระดับชาติ นำข้อเสนอจากพื้นที่เข้าสู่กระบวนการจัดทำนโยบายระดับประเทศ

อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัยข้างต้น สามารถเขียนเป็นแผนภาพระบบและกลไกขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์ ได้ ดังภาพที่ 2

2. อภิปรายผล

1) ประสิทธิภาพของระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ในประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์ พบว่า การดำเนินงานของโครงการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการออกแบบและจัดการกลไกการทำงานร่วมระหว่างภาคส่วนอย่างมีประสิทธิภาพ ทีมงานในแต่ละพื้นที่มีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ มีเป้าหมายร่วมกัน และมีการสื่อสารภายในทีมอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ของพื้นที่ได้ดี ซึ่งสะท้อนลักษณะขององค์กรที่มีความสามารถในการเรียนรู้และยืดหยุ่น (Wenger, 1998)



ภาพที่ 2 ระบบและกลขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ ประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์

การมีทีมงานที่ทำงานแบบสหวิชาชีพ และระบบสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่น เช่น อบจ. หรือ อปท. ช่วยให้สามารถใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ซึ่งสะท้อนถึงแนวคิด ประสิทธิภาพ ในการจัดการภาครัฐตามกรอบของ New Public Management ที่เน้นการบริหารจัดการแบบเครือข่าย มากกว่ารูปแบบราชการแบบเดิม (Rhodes, 1997) สำหรับประสิทธิผล พบว่า โครงการสามารถบรรลุผลลัพธ์ที่วางไว้ได้ในหลายด้าน ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัย การพัฒนานวัตกรรมชุมชน และการประสานภาคีเพื่อขับเคลื่อนประเด็นสุขภาวะร่วมกันได้จริง ซึ่งสะท้อนถึงแนวคิดประสิทธิผล ที่เน้นความสามารถในการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ไม่เพียงแต่การใช้ทรัพยากรได้ดี แต่ต้องมีผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมตามเป้าหมายของนโยบาย โดยความสำเร็จของโครงการส่วนหนึ่งมาจากความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย การมีเป้าหมายร่วม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสร้างเครือข่ายภาคีในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็น อบจ., อสม., มหาวิทยาลัย หรือองค์กรเอกชน สะท้อนให้เห็นว่าความไว้วางใจ ความสัมพันธ์ และการทำงานร่วมกันคือทุนที่ไม่ใช่ตัวเงินแต่เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา การถอดบทเรียนนี้ชี้ชัดว่า ความร่วมมือข้ามหน่วยงานสามารถ

ทดแทนทรัพยากรที่จำกัดได้ (เช่น งบประมาณ) และยังช่วยให้เกิดนวัตกรรมจากการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Putnam et al. (1994) ที่เสนอว่าทุนทางสังคมเป็นรากฐานของการพัฒนาที่ยั่งยืนในระบอบประชาธิปไตย ซึ่งจะสัมพันธ์กับ World Health Organization (n.d.) ในการบริหารจัดการโครงการอย่างเป็นระบบ สอดคล้องเป้าหมายลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ และหลักการดำเนินงานเพื่อความคุ้มค่าสูงสุด (อามีน สัสดีวงศ์, 2565) ซึ่งผลของโครงการยังเชื่อมโยงกับแนวคิดของ Human Security ที่มองว่าความมั่นคงทางสุขภาพต้องเกิดจากการมีระบบที่ชุมชนสามารถควบคุมและป้องกันความเสี่ยงด้วยตนเองได้ (United Nations Development Programme, 1994) การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในทุกช่วงวัย จึงไม่ใช่เพียงการให้บริการ แต่เป็นการเสริมอำนาจ ให้แก่ชุมชนในการสร้างความมั่นคงในชีวิต

2) ปัจจัยสำเร็จ ปัจจัยอุปสรรค ของโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ ทุนทางสังคม โดยเฉพาะความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ทั้งในรูปของความไว้เนื้อเชื่อใจ ความสัมพันธ์เชิงบวก และการมีเป้าหมายร่วม ซึ่งสะท้อนแนวคิดของ Putnam et al. (1994) ที่กล่าวว่าทุนทางสังคมคือเงื่อนไขสำคัญของการบริหารภาครัฐอย่างมีประสิทธิผล ในทางกลับกัน ปัจจัยอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ ความซ้ำซ้อนของหน่วยงาน การขาดฐานข้อมูลร่วม การตีความระเบียบงบประมาณที่เข้มงวด และภาระงานของบุคลากรภาครัฐที่มีข้อจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ (2567) ได้กล่าวถึงการขับเคลื่อนสุขภาพระดับพื้นที่ของประเทศไทย ที่มักสะดุดจากระบบราชการที่ไม่มีความยืดหยุ่น รวมถึงการขาดกลไกสนับสนุนจากระดับบนลงล่าง อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของโครงการยังมีผลมาจากทุนทางสังคมในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ (2567) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเพื่อพัฒนานโยบาย สาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้อธิบายถึง ทุนทางสังคมเป็นกลไกหลักที่ช่วยให้การดำเนินโครงการเกิดผลลัพธ์จริง อีกทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ในระยะยาว ที่ช่วยให้การดำเนินโครงการเกิดผลลัพธ์จริง

3) ความรู้ที่เกิดขึ้น จากการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ พบว่า โครงการได้นำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ที่สำคัญในหลายมิติ ได้แก่ (1) ความรู้ด้านการบริหารจัดการกองทุนตำบลในลักษณะกองทุนเสมือนจริง(2) การจัดการความร่วมมือแบบข้ามสาขา (3) การสื่อสารเชิงนโยบายและการเรียนรู้ร่วม โดยความรู้นี้เกิดจากการเรียนรู้ผ่านการลงมือทำซึ่งสะท้อนแนวคิดของ Wenger (1998) เรื่อง Communities of Practice : Learning, Meaning, and Identity ที่เน้นการเรียนรู้ของกลุ่มที่มีเป้าหมายร่วมกันโดยอิงบริบทจริงเป็นฐาน ความรู้นี้ไม่ได้จำกัดอยู่ที่คู่มือหรือทฤษฎี แต่เกิดจากการทดลอง ปรับตัว และสะท้อนบทเรียนอย่างต่อเนื่อง

4) แนวทางการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ มีข้อเสนอเชิงระบบที่ได้จากบทเรียนนี้ ได้แก่ การพัฒนาศูนย์ข้อมูลสุขภาวะระดับจังหวัด”, การส่งเสริมกองทุนเสมือนจริงที่ยืดหยุ่นด้านงบประมาณ, และการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในระดับนโยบายมากขึ้น โดยแนวทางเหล่านี้สะท้อนถึง ทฤษฎีระบบ ที่มองการพัฒนาเป็นระบบที่ต้องปรับตัว, มีการไหลของข้อมูล และทำงานข้ามระดับอย่างเชื่อมโยง (Sotarauta & Beer, 2017) การที่ชุมชนสามารถออกแบบระบบของตนเองได้ หมายถึงการเปลี่ยนบทบาทจากผู้รับนโยบายเป็นผู้ร่วมออกแบบนโยบายซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของ การปฏิรูประบบสุขภาพในศตวรรษที่ 21

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการใช้ประโยชน์

จัดตั้งศูนย์ข้อมูลสุขภาวะจังหวัดแบบบูรณาการ เพื่อแก้ไขปัญหาข้อมูลกระจัดกระจาย ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่วิจัยพบ ส่งเสริมการทำ MOU ระหว่างหน่วยงานเพื่อสร้างกองทุนเสมือนจริง เพิ่มความยืดหยุ่นในการบริหารงบประมาณ และขยายผลความสำเร็จการลด NCDs ด้วยการฝึกอบรมนักสื่อสารสุขภาพชุมชนเพื่อสื่อสารแนวทาง 4อ. 2ส. อย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาเปรียบเทียบการบริหารกองทุนในพื้นที่ เมืองและชนบท เพื่อออกแบบกลไกที่สอดคล้องกับความหลากหลายของแต่ละบริบท และดำเนินการ วิจัยติดตามผลใน 3-5 ปี เพื่อวัดความยั่งยืนของโมเดลศูนย์ผู้สูงอายุและผลการลดโรค NCDs หลังโครงการสิ้นสุด

กิตติกรรมประกาศ

การถอดบทเรียนรู้นี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมจากสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการการขับเคลื่อนงานของภาคีสุขภาวะในภาคใต้ ซึ่งดำเนินโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ ตามข้อตกลงเลขที่ 67-E1-0105 โดยสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในภาคใต้ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ บุคลากร และพื้นที่ศึกษาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2565). *แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570).* สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2562). *แนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ระหว่างองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) และกระทรวงสาธารณสุข (รพ.สต.).* สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

ขวัญใจ สุขสวัสดิ์ และ ศุภการ สิริไพศาล. (2568). องค์ความรู้จากภูมิปัญญาชาวบ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีศึกษา เทศบาลเมือง คอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. *วารสารพิพัฒนสังคม*, 2(2), 1 - 15.

จิรัชยา เจียวก๊ก. (2568). *เทคนิคการพัฒนาชุมชน.* สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.

เจษฎา เนตะวงศ์. (2568). *เมื่อ “พื้นที่คุ้มครองวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์”...ได้ปรากฏ*. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร. https://www.sac.or.th/portal/th/article/detail/704.

ชาย โพธิสิตา. (2549). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ.* อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ พับลิชชิ่ง.

ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2560). *การควบคุมยาสูบของไทย : บทเรียนจากความสำเร็จ.* มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.

สำนักข่าวออนไลน์ Hfocus. (2567). *ชูนวัตกรรม “สุขเป็น” นำร่อง 6 จ. ดันชุมชนเกาะติดปัญหาสุขภาพจิต-ภาวะซึมเศร้า*. https://www.hfocus.org/content/2024/06/30889.

เพ็ญนภา เกื้อเกตุ และ ภูริชาติ พรหมเต็ม. (2565). ผลกระทบของสมรรถนะที่จำเป็นต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานของพนักงานบัญชีในยุคความปกติใหม่. *วารสารวิทยาการจัดการและการบัญชี*, 1(1), 47 - 63.

ลลิตา พิมทา และ บุญช่วง ศรีธรราษฎร์. (2562). ผลกระทบของจริยธรรมทางการบัญชีที่มีต่อความสำเร็จในการทำงาน ของนักบัญชีบริษัทในจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารการจัดการธุรกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 8(2), 119 - 141.

วิมล บ้านพวน, ปิยวดี พิศาลรัตนคุณ, และ จันจิรา ทรัพย์อาภรณ์. (2567). ปัจจัยกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวชุมชน. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 9(4), 632 - 648.

วีระศักดิ์ พุทธาศรี, นาตยา พรหมทอง, เพ็ญ สุขมาก, วรางคณา นาคเสน, เสน่ห์ แสงเงิน, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, พัชนา เฮ้งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี, ฤทธิรงค์ จังโกฏิ, วลัญช์ชยา เขตบำรุง และ สุวิชา ทวีสุข. (2567). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนานโยบาย สาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *รายงานการวิจัย*. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

วุฒิสาร ตันไชย. (2559). *สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ : พลวัตนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). *การทบทวนช่องว่างงานวิจัยสุขภาพภาคใต้.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564).* สำนักนายกรัฐมนตรี.

สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ. (2563). *ชู 'งานวิจัยท่องเที่ยวชุมชน' ช่วยฟื้นเศรษฐกิจหลังโควิด.* สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม.

สุรสิทธิ์ วชิรขจร. (2559). การประเมินการดำเนินงานของสภาองค์กรชุมชน. *วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ*. 11(2), 31 - 58.

โสวัตรี ณ ถลาง. (2564). *แนวความคิดและทฤษฎีมานุษยวิทยา.* มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อมรา พงศาพิชญ์. (2551). *ความมั่นคงของมนุษย์: แนวคิดและประสบการณ์จากนานาชาติ.* จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัญชลิตา สุวรรณะชฎ. (2565). ทฤษฎีพหุวัฒนธรรมนิยม ของ ชาร์ลส เทย์เลอร์. *วารสาร มจร ปรัชญาปริทรรศน์*, 5(2), 65 - 77.

อามีน สัสดีวงศ์. (2565). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินโครงการการส่งเสริมและพัฒนาผู้ประกอบการธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (*SMEs) [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. TU Digital Collections. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:311514.

Commission on Human Security. (2003). *Human Security Now : Protecting and Empowering People*. United Nations Digital Library. https://digitallibrary.un.org/record/503749?v=pdf.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Institute for Futures Studies. https://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html.

Kickbusch, I. (2007). Health Governance : The Health Society. In McQueen, D. V., Kickbusch, I., Potvin, L., Pelikan, J. M., Balbo, L., & Abel, T. (Eds.), *Health and Modernity : The Role of Theory in Health Promotion* (144 – 161). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-37759-9_9.

Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349 - 364. https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349.

Putnam, R. D., Leonardi, R., & Nonetti, R. Y. (1994). *Making Democracy Work : Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton University Press.

Rhodes, R. A. W. (1997). *Understanding Governance : Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*. Open University.

Sotarauta, M., & Beer, A. (2017). Governance, Agency and Place Leadership : Lessons from a Cross-National Analysis. *Regional Studies*, 51(2), 210 - 223. https://doi.org/10.1080/00343404.2015.1119265.

Tadjbakhsh, S., & Chenoy, A. (2007). *Human Security : Concepts and Implications*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203965955.

United Nations Development Programme. (1994). *Human Development Report 1994*. Oxford University Press.

Wenger, E. (1998). *Communities of Practice : Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511803932.

World Health Organization. (n.d.). *The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986*. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference.

World Health Organization. (2025). *Social Determinants of Health*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.