การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง*

THE DEVELOPMENT OF PUBLIC POLICY FOR PARTICIPATORY HEALTH PROMOTING IN LOWER SOUTHERN REGION OF THAILAND

ณกัญญา วัฒนกุล[1] และ กันตภณ หนูทองแก้ว[2]

Nakanya Wattanakul[1] and Kantaphon Nuthongkaew[2]

[1-2]มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

[1-2]Mahamakut Buddhist University, Thailand

Corresponding Author's Email: Boovy2535@gmail.com

วันที่รับบทความ : 27 กุมภาพันธ์ 2569; วันแก้ไขบทความ 7 มีนาคม 2569; วันตอบรับบทความ : 9 มีนาคม 2569

Received 27 February 2026; Revised 7 March 2026; Accepted 9 March 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพทั่วไปการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง 2) วิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และ 3) องค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง การวิจัยเป็นเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มกับผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองท้องถิ่น ข้าราชการการเมือง ผู้นำชุมชน และประชาชน รวม 35 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงอุปนัย

Citation:

* ณกัญญา วัฒนกุล และ กันตภณ หนูทองแก้ว. (2569). การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง. วารสารส่งเสริมและพัฒนาวิชาการสมัยใหม่, 4(2), 209-228.

Nakanya Wattanakul and Kantaphon Nuthongkaew. (2026). The Development Of Public Policy For Participatory Health Promoting In Lower Southern Region Of Thailand. Modern Academic Development and Promotion Journal, 4(2), 209-228.;

DOI: https://doi.org/10.

https://so12.tci-thaijo.org/index.php/MADPIADP/

ผลการวิจัยพบว่า

1. สภาพทั่วไปของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า มีทิศทางเชิงบวกแต่ยังจำกัดด้วยความเข้าใจ การมีส่วนร่วม และการสื่อสาร โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางและคนรุ่นใหม่ อีกทั้งเชื่อมโยงกับปัญหาสังคม จึงเป็นทั้งโอกาสและความท้าทายที่ต้องสอดคล้องกับบริบทชุมชนเพื่อสร้างสุขภาวะที่ยั่งยืน

2. แนวคิดและทฤษฎี พบว่า มีจุดแข็งจากทุนสังคมและศาสนา แต่จำกัดด้วยทรัพยากรและการมีส่วนร่วม แม้มีโอกาสจาก อสม. เทคโนโลยี และการสนับสนุนภายนอก ก็ยังเผชิญความท้าทายจากสังคมสูงวัย ความเหลื่อมล้ำ และความไม่มั่นคง

3. องค์ความรู้ของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า ควรตั้งอยู่บนฐานทุนทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนา โครงสร้างกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม เสริมพลังเครือข่าย และอสม. เนื้อหานโยบายเชิงรุก ลดเหลื่อมล้ำ บริหารทรัพยากรโปร่งใส พร้อมระบบข้อมูลและ e-Health ผลลัพธ์คือสุขภาวะที่ดีขึ้น ชุมชนเข้มแข็ง ความยั่งยืนผ่านธรรมนูญสุขภาพและการสืบทอดสู่คนรุ่นใหม่

คำสำคัญ: การพัฒนานโยบายสาธารณะ, ภาคใต้ตอนล่าง, ส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This study aimed to 1) Analyze the general conditions of public policy development for participatory health promotion in the lower southern region of Thailand. 2) Examine concepts and theories related to the development of public policy for participatory health promotion. 3) Generate knowledge regarding the development of public policy for participatory health promotion in the lower southern region of Thailand. The study employed a qualitative research approach. In-depth interviews and focus group discussions were conducted with purposively selected participants, including public health practitioners, local administrative organizations, local political officials, community leaders, and local residents within Health Region 12, totaling 35 participants. Data were analyzed using inductive content analysis.

The findings revealed that:

1. The development of participatory health promotion policy in Thailand's Lower Southern Region shows positive progress but remains limited by gaps in understanding, participation, and communication—especially among vulnerable groups and youth. Linked to broader social issues, it presents both opportunities and challenges that must align with community contexts to achieve sustainable well-being.

2. The concepts and theories indicate strengths rooted in social and religious capital, yet they are constrained by limited resources and participation. Although opportunities arise from village health volunteers, technology, and external support, significant challenges remain, including an aging society, inequality, and instability.

3. The knowledge on developing public policy for participatory health promotion in Thailand's Lower Southern Region suggests that policy should be grounded in social, cultural, and religious capital, with decentralized structures empowering local authorities and encouraging active public participation. It should strengthen community networks and village health volunteers, adopt proactive and inequality-reducing measures, ensure transparent resource management, and integrate robust information systems and e-Health. The expected outcomes include improved well-being, stronger communities, and sustainable development through health charters and intergenerational continuity.

Keywords: Public Policy Development, Lower Southern Region, Participatory Health Promotion

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) เคยชี้ให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพระหว่างประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงความแตกต่างภายในประเทศเดียวกัน ทั้งใน

ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัญหาโรคติดต่อ สภาพที่อยู่อาศัย การศึกษา และอัตราการตายของทารกที่ยังคงสูงอยู่ สมัชชาโลกจึงได้กำหนดเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปีพุทธศักราช 2543” (Health for All by the Year 2000) เพื่อให้ประชาชนทั่วโลกตระหนักและดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคม โดยไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2536) สำหรับประเทศไทยได้ปรับใช้แนวทาง “การสาธารณสุขมูลฐาน” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 ภายหลังการประชุมสาธารณสุขนานาชาติที่กรุงอัลมา-อาตา ประเทศรัสเซีย เมื่อปี พ.ศ. 2521 โดยเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ขณะที่รัฐทำหน้าที่สนับสนุนด้านข้อมูล วิชาการ และการฝึกอบรมเพื่อสร้างการพึ่งพาตนเอง ต่อมาในปี พ.ศ. 2534 ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า และในปี พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ “เมืองไทยสุขภาพแข็งแรง” เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและปรับพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (กรมอนามัย, 2550)

นโยบายสาธารณะถือเป็นเครื่องมือสำคัญของรัฐในการตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งประชาชน พรรคการเมือง รัฐสภา ระบบราชการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม กระบวนการนโยบายสาธารณะของไทยในอดีตยังขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง นักวิชาการหลายท่านจึงเสนอแนวคิดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทในการกำหนดนโยบาย การตรวจสอบ และการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืน (สุรศักดิ์ บุญเทียน และศิริธร ไชยอร, 2553; ธันยวัฒน์ รัตนสัค, 2546) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2559–2579) ที่ว่า “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ซึ่งได้กำหนดทิศทางการปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุข โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) ครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ความปลอดภัยด้านอาหาร และการจัดการสิ่งแวดล้อม

ในเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ประชาชนกำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น ทั้งจากการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป และผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีสมัยใหม่ ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยทั้งด้านกาย ใจ และสังคม จึงจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในพันธะ

รับผิดชอบต่อสังคมร่วมกัน ด้วยการเสริมสร้างพลังการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ รวมถึงครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคการศึกษา สังคม สวัสดิการ และเศรษฐกิจ ตลอดจนผู้ประกอบการ เพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสุขภาวะที่มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนต่อไป

จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา “การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง” โดยมุ่งเน้นการใช้ “ทุนทางสังคม” ที่มีคุณค่าและยังคงอยู่ในชุมชนให้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของคนและเป็นพลังชุมชนในการขับเคลื่อนการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพให้เกิดความสมดุลและยั่งยืน จึงต้องอาศัยแนวคิดยุทธศาสตร์ที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติได้จริง และองค์ความรู้ที่หลากหลายควบคู่ไปกับกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง สมควรอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง เพื่อให้คุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพทั่วไปการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง

2. เพื่อวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง

3. เพื่อศึกษาองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง

การทบทวนวรรณกรรม

1. บริบทพื้นที่ของภาคใต้ตอนล่าง

เขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งตั้งอยู่ในภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย ครอบคลุมพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ ตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี นราธิวาส และยะลา พื้นที่นี้มีลักษณะภูมิประเทศเป็นคาบสมุทร มีทะเลขนาบทั้งสองด้าน โดยฝั่งตะวันออกติดอ่าวไทยและฝั่งตะวันตกติดทะเลอันดามัน อีกทั้งยังมีพรมแดนทางใต้เชื่อมต่อกับประเทศมาเลเซีย ทำให้ภูมิภาคนี้มีความสำคัญทั้งทางเศรษฐกิจและยุทธศาสตร์ ภูมิอากาศของพื้นที่เป็นแบบร้อนชื้นแถบมรสุม มีฝนตกชุกสลับกับฤดูแล้งสั้น ๆ ส่งผลให้เหมาะสมต่อการเพาะปลูกพืชเศรษฐกิจที่สำคัญ เช่น

ยางพาราและปาล์มน้ำมัน ซึ่งเป็นสินค้าส่งออกหลักของประเทศ นอกจากนี้ภาคใต้ตอนล่างยังมีความโดดเด่นด้านสังคมและวัฒนธรรม เนื่องจากมีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ภาษา ศาสนา และประเพณี เช่น การใช้ภาษายาวีเป็นภาษาพื้นเมือง ประเพณีถือศีลอดในเดือนรอมฎอนของชาวไทยมุสลิม ประเพณีถือศีลกินเจของคนไทยเชื้อสายจีน และประเพณีชักพระของชาวไทยพุทธ ด้วยความหลากหลายทั้งทางภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม เขตสุขภาพที่ 12 จึงเป็นพื้นที่ที่มีความจำเพาะและแตกต่างจากภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในพื้นที่นี้จึงต้องคำนึงถึงบริบทเฉพาะ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างยั่งยืนและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12, 2568)

สรุปได้ว่า เขตสุขภาพที่ 12 ในภาคใต้ตอนล่างมีความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์และเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นพื้นที่คาบสมุทรที่มีทะเลขนาบทั้งสองด้านและติดกับประเทศมาเลเซีย ทำให้มีบทบาท ทั้งด้านการค้าและความมั่นคง อีกทั้งยังเป็นแหล่งผลิตพืชเศรษฐกิจหลักของประเทศ เช่น ยางพาราและปาล์มน้ำมัน ขณะเดียวกันพื้นที่นี้มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ภาษา และศาสนา ส่งผลให้การพัฒนาระบบสุขภาพจำเป็นต้องออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของสังคมที่มีความแตกต่างหลากหลาย

2. หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ

สะท้อนให้เห็นว่านโยบายมิใช่เพียงการตัดสินใจของรัฐบาลเท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมทั้งการกำหนด การเลือกว่าจะดำเนินการหรือไม่ดำเนินการ การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณะและสร้างผลประโยชน์ร่วมแก่สังคม นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะในมิติที่แตกต่างกัน เช่น การจัดสรรสิ่งที่มีคุณค่าแก่สังคม การมองนโยบายเป็นกิจกรรมของรัฐบาลที่สะท้อนบทบาทต่อประชาชน การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาสังคม หรือการเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำ ซึ่งทั้งหมดชี้ให้เห็นว่านโยบายสาธารณะเป็นเครื่องมือสำคัญของรัฐในการจัดการปัญหาและสร้างความมั่นคง

ในทัศนะของนักวิชาการไทย เช่น ศุภชัย ยาวะประภาษ (2545), เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ (2550), วรเดช จันทรศร (2551), ธันยวัฒน์ รัตนสัค (2551) และธเนศวร เจริญเมือง (2547) ต่างเห็นพ้องว่านโยบายสาธารณะคือแนวทางปฏิบัติที่รัฐบาลตั้งใจดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณะ โดยมีลักษณะเป็นการกระทำหรือการไม่กระทำที่มีผลกระทบต่อสังคม และต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกำหนดนโยบาย ดังนั้น นโยบายสาธารณะจึง

เป็นผลลัพธ์ของการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐบาลกับสังคม โดยมีภาคประชาชน องค์กรท้องถิ่น และภาคเอกชนเข้ามามีบทบาท เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ตอบสนองต่อความต้องการของสังคม

สรุปได้ว่า แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะชี้ให้เห็นว่านโยบายมิใช่เพียงการตัดสินใจของรัฐบาล แต่เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมตั้งแต่การกำหนด การเลือกว่าจะดำเนินการหรือไม่ดำเนินการ การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณะและสร้างผลประโยชน์ร่วมแก่สังคม นักวิชาการทั้งไทยและต่างประเทศต่างเน้นว่า นโยบายสาธารณะ คือกิจกรรมหรือแนวทางที่รัฐบาลเลือกทำหรือไม่ทำ ซึ่งมีผลกระทบต่อประชาชนโดยตรง และต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของสังคมในทุกระดับ ดังนั้น นโยบายสาธารณะจึงเป็นกลไกสำคัญที่สะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับประชาชน และเป็นเครื่องมือในการสร้างความมั่นคงและการพัฒนาที่ยั่งยืน

3. การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้นโยบายมีคุณภาพ โปร่งใส และสอดคล้องกับความต้องการจริงของสังคม นักวิชาการ เช่น สุรศักดิ์ บุญเทียน และศิริธร อรไชย (2553) และ สถาพร เริงธรรม (2560) ชี้ว่าการมีส่วนร่วมไม่ใช่เพียงการตัดสินใจ แต่ยังรวมถึงการรับรู้ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การสร้างฉันทามติ และการได้รับผลประโยชน์ร่วมอย่างเป็นธรรม การมีส่วนร่วมช่วยลดความขัดแย้ง สร้างความชอบธรรม และเพิ่มความรับผิดชอบของรัฐ อีกทั้งยังทำให้การพัฒนามีความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ โดยประชาชนมีบทบาทตั้งแต่การคิด วางแผน ดำเนินงาน ไปจนถึงการติดตามและประเมินผล ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมและช่วยประหยัดต้นทุนในการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงรัฐกับประชาชน ทำให้นโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ สะท้อนความต้องการจริงของสังคม และสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะถือเป็นหัวใจสำคัญ เพราะช่วยให้การตัดสินใจมีคุณภาพ โปร่งใส และสอดคล้องกับความต้องการจริงของสังคม การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทตั้งแต่การคิด วางแผน ดำเนินงาน ไปจนถึงการประเมินผล ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม ลดความขัดแย้ง และสร้างความชอบธรรมต่อการดำเนินงานของรัฐ อีกทั้งยังช่วยประหยัดต้นทุนและเพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ไข

ปัญหาที่ซับซ้อน ส่งผลให้การพัฒนานโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ มีความยั่งยืนและตอบสนองต่อสังคมได้

4. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสู่ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ

แนวคิด นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) เริ่มจาก กฎบัตรออตตาวา ปี 2529 ที่ผลักดัน “การสาธารณสุขแนวใหม่” โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2554) องค์การอนามัยโลกชี้ว่า ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (SDH) เช่น เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา และสิ่งแวดล้อมล้วนมีผลต่อสุขภาวะและความเป็นธรรมทางสุขภาพ (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2559) รายงาน Closing the gap in a generation ปี 2551 ย้ำว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจหากไม่กระจายผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมจะนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำ

ต่อมา คำประกาศริโอ ปี 2554 และ The Helsinki Statement ปี 2556 ได้ต่อยอดเป็นแนวคิด Health in All Policies (HiAP) ที่มุ่งให้สุขภาพเป็นเป้าหมายร่วมในทุกนโยบาย พร้อมกรอบปฏิบัติ HiAP ปี 2557 และเครือข่าย GNHiAP ปี 2560 เพื่อสนับสนุน SDGs ประเทศไทยเองใช้กลไก สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ 2550 ในการขับเคลื่อนนโยบายแบบมีส่วนร่วม (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2555)

สรุปได้ว่า การพัฒนาจากนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสู่ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ คือ การเปลี่ยนผ่านจากการมุ่งเน้นสุขภาพในบางนโยบาย ไปสู่การบูรณาการสุขภาพใน ทุกนโยบายของรัฐและสังคม โดยเปิดพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วม สร้างความรับผิดชอบร่วม และทำให้สุขภาพเป็นเป้าหมายร่วมของการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน

5. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550 ถือเป็นกฎหมายแม่บทที่เกิดขึ้นจากกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพทั่วโลกตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2533 โดยประเทศไทยได้พัฒนากระบวนการปฏิรูปที่เน้นการบูรณาการพลังทางวิชาการ สังคม และการเมือง เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่มุ่งเน้นการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษา (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2555) กฎหมายฉบับนี้ได้สร้างการเปลี่ยนแปลงสำคัญต่อแนวคิดเรื่องสุขภาพ โดยขยายความหมายให้ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิต ปัญญา และสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม ถือเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการมองสุขภาพแบบชีวการแพทย์ไปสู่สุขภาพเชิงสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

นอกจากการเปลี่ยนแปลงเชิงแนวคิดแล้ว พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติยังได้กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยธรรมนูญฉบับที่ 2 พุทธศักราช 2559 ได้ขยายสาระสำคัญเป็น 14 หมวด ครอบคลุมทั้งสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การบริการสาธารณสุข และการอภิบาลระบบสุขภาพ อีกทั้งยังมีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่สะท้อนการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับท้องถิ่น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560) อีกหนึ่งกลไกสำคัญที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้บัญญัติไว้คือ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ซึ่งเปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิร้องขอและเข้าร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบจากนโยบายหรือโครงการที่อาจส่งผลต่อสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกระบวนการนี้ไม่เพียงแต่ช่วยสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม แต่ยังสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจเชิงนโยบายที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนโดยรวม (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

สรุปได้ว่า พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายที่เปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพไปสู่มิติองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน และสร้างกลไกสำคัญ เช่น ธรรมนูญสุขภาพและ HIA เพื่อให้ระบบสุขภาพของประเทศมีความยั่งยืนและเป็นธรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1 สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข กลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่นและข้าราชการการเมืองท้องถิ่น กลุ่มผู้นำชุมชนและภาคประชาชน จำนวน 25 คน เพื่อศึกษาการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง

1.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข กลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่นและข้าราชการการเมืองท้องถิ่น กลุ่มผู้นำชุมชนและภาคประชาชน จำนวน 10 คน เพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง

2. ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้กำหนด ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ดังนี้

2.1 ประชากร ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข กลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่นและข้าราชการการเมืองท้องถิ่น กลุ่มผู้นำชุมชนและภาคประชาชน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากบทบาทและความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นการวิจัย ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และจัดสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus Group Discussion) กับผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 25 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม

1) กลุ่มผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุข นายแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานด้านการสาธารสุขในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง

2) กลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่นและข้าราชการการเมืองท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกองค์กรปกครองส่วนท่องถิ่น หรือผู้แทนที่มีบทบาทในการกำหนดและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในพื้นที่

3) กลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้นำเครือข่ายสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

4) ประชาชนที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในชุมชน

ผู้ทรงคุณวุฒิในการสนทนากลุ่มเฉพาะ จำนวน 10 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม

1) กลุ่มผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุข นายแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานด้านการสาธารสุขในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง

2) กลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่นและข้าราชการการเมืองท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกองค์กรปกครองส่วนท่องถิ่น หรือผู้แทนที่มีบทบาทในการกำหนดและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในพื้นที่

3) กลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้นำเครือข่ายสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

4) ประชาชนที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในชุมชน

3. วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มุ่งเน้นการศึกษาการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus Group Discussion) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและมุมมองที่หลากหลาย การเลือกใช้วิธี การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ตรงในด้านที่เกี่ยวข้อง จำนวน 35 คน แบ่งออก 2 กลุ่ม คือผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 25 คน ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข กลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่นและข้าราชการการเมืองท้องถิ่น กลุ่มผู้นำชุมชนและภาคประชาชน และผู้ทรงคุณวุฒิในการสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus Group Discussion) จำนวน 10 คน ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข กลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่นและข้าราชการการเมืองท้องถิ่น กลุ่มผู้นำชุมชนและภาคประชาชน

4. การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการสัมภาษณ์เป็นแบบมีโครงสร้าง (In–depth informal interview) ผ่านการตรวจสอบโดยที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ เป็นการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ ที่เป็นบุคคลกลุ่มเป้าหมายสามารถแสดงความคิดได้อย่างอิสระ ในประเด็นของคำถามที่สัมภาษณ์มีลักษณะคำถามกว้าง ๆ และมีความยืดหยุ่นสูง แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง

การสร้างเครื่องมือการวิจัย

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการสร้างแบบสัมภาษณ์ (Interview Form)

2. ร่างเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ (Interview Form) เพื่อให้เป็นต้นแบบการรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

3. นำเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน เพื่อทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการวิจัย

4. นำผลการตรวจสอบมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือนิยาม (IOC: Item Objective Congruence Index) เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกตามวัตถุประสงค์ที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.50 ถึง 1.00 ซึ่งแสดงว่าจุดประสงค์นั้นวัดได้ครอบคลุมเนื้อหา หรือข้อสอบนั้นวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ และถ้าข้อใดได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 0.50 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะว่ามีความสอดคล้องกันต่ำ และปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อจัดทำแบบสัมภาษณ์ (Interview Form)

5. จัดทำเครื่องมือการวิจัยฉบับสมบูรณ์และนำไปใช้ในการวิจัย

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการปฏิบัติการวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยได้แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยออกเป็น 4 ระยะ มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย ศึกษางานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นจึงทำการออกแบบเครื่องมือการวิจัยในรูปแบบแบบสัมภาษณ์ (Interview Form) โดยร่างข้อคำถามที่สอดคล้องกับประเด็นการศึกษา และนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) พร้อมทั้งคำนวณค่าความสอดคล้อง (IOC) เพื่อปรับปรุงและจัดทำเครื่องมือฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 25 คน ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข กลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่นและข้าราชการการเมืองท้องถิ่น กลุ่มผู้นำชุมชนและภาคประชาชน เพื่อศึกษาการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง นอกจากนี้ยังจัดการสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus Group Discussion) กับผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข กลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่นและข้าราชการการเมืองท้องถิ่น กลุ่มผู้นำ

ชุมชนและภาคประชาชน จำนวน 10 รูป/คน เพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และสังเคราะห์เชิงเปรียบเทียบเพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่สะท้อนถึงองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ประกอบด้วยเอกสารที่เกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus Group Discussion) ได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยให้บุคคลที่มีความรู้ในเรื่องที่ทำการวิจัยตรวจสอบและรับรองความถูกต้อง พร้อมให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลทั้งในส่วนข้อมูลเบื้องต้นและข้อมูลที่ผู้วิจัยได้ตีความแล้วเพื่อให้ผลการวิจัยมีความเป็นเชิงประจักษ์และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในวงกว้าง การวิเคราะห์เนื้อหามุ่งเน้นการสรุปตามสาระสำคัญที่กำหนดไว้ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Analytic Inductive) ซึ่งเป็นการเรียบเรียง จำแนกข้อมูลอย่างเป็นระบบ และสร้างข้อสรุปจากข้อมูลที่รวบรวมได้ เพื่อยืนยันกรอบแนวคิดในการวิจัยว่าด้วยการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่างเป็นฐานคิดสำคัญ

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มุ่งเน้นกระบวนการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง สรุปได้ดังนี้

1. สภาพทั่วไปของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า โดยภาพรวมมีทิศทางเชิงบวกและสะท้อนเอกลักษณ์เฉพาะจากการบูรณาการทุนทางสังคมเข้ากับบริบทพหุวัฒนธรรมในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจของประชาชนต่อระบบนโยบายยังไม่ทั่วถึง การมีส่วนร่วมยังขึ้นอยู่กับผู้นำชุมชนเป็นหลัก และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางและคนรุ่นใหม่ ทำให้นโยบายบางส่วนยังไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้

จริง นอกจากนี้ การพัฒนานโยบายสุขภาพยังเชื่อมโยงกับปัญหาสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาวะ เช่น ยาเสพติด ความยากจน การพนัน และการว่างงาน ซึ่งกระทบทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของประชาชน จึงทำให้การพัฒนานโยบายสุขภาพในพื้นที่นี้เป็นทั้งโอกาสและความท้าทายที่ต้องดำเนินไปอย่างสอดคล้องกับบริบทชุมชนและสังคม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้จริงและเกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนต่อสุขภาวะโดยรวม

2. แนวคิดและทฤษฎีในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า พื้นที่นี้มีจุดแข็ง จากทุนทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนาที่เข้มแข็ง โดยผู้นำศาสนาและชุมชนทำหน้าที่เชื่อมโยงประชาชนกับภาครัฐและเครือข่ายท้องถิ่น ทำให้นโยบายมีความต่อเนื่องและยั่งยืน แต่ก็มีจุดอ่อน จากข้อจำกัดด้านทรัพยากร งบประมาณ และบุคลากร รวมถึงการประสานงานที่ไม่เป็นเอกภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ยังไม่ทั่วถึง ในขณะเดียวกันยังมีโอกาส จากการใช้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นพลังในการสร้างความร่วมมือ การยกระดับบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเครือข่ายภาคประชาชน การบูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศและนโยบายกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ตลอดจนการสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรภายนอก อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทาย จากการเข้าสู่สังคมสูงวัย ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยี ข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากร ความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่อาจนำไปสู่ความขัดแย้ง และสถานการณ์ความไม่มั่นคงทางสังคมและการเมือง ดังนั้น การพัฒนานโยบายสุขภาพในภาคใต้ตอนล่างควรตั้งอยู่บนฐานทุนทางสังคมและวัฒนธรรม ขยายบทบาทผู้นำศาสนาและเครือข่ายภาคประชาชน เสริมด้วยเทคโนโลยีและกลไกเชิงโครงสร้าง หากสามารถบูรณาการทุกภาคส่วนได้อย่างเหมาะสม จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มั่นคงและยั่งยืนต่อสุขภาวะของประชาชนในระยะยาว

3. องค์ความรู้ของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในภาคใต้ตอนล่าง นโยบายสุขภาพในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างมีความโดดเด่นจากการใช้ทุนทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนาเป็นฐานสำคัญ ประกอบด้วย 6 ด้านสำคัญดังนี้ 1) ด้านโครงสร้างการบริหารจัดการถูกออกแบบให้กระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น ผ่านกลไกสภาสันติสุขธรรมนูญสุขภาพ และคณะกรรมการสุขภาพตำบล ซึ่งเชื่อมโยงกับผู้นำศาสนาและองค์กรชุมชน ทำให้เกิดความโปร่งใส ยืดหยุ่น และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน 2) ด้านกระบวนการในการพัฒนามีการบูรณาการพลังทางปัญญา สังคม และการเมือง เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินงาน ไปจนถึงการประเมินผล โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และบริบทพื้นที่เป็นฐาน พร้อมสร้างพื้นที่กลางเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน 3)

ด้านประชาชนและภาคีเครือข่าย มีการเสริมพลังประชาชน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงการสร้างความร่วมมือระหว่างรัฐ เอกชน ชุมชน และสถาบันการศึกษา โดยเคารพความหลากหลายทางวัฒนธรรมและวิถีชีวิต เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมที่แท้จริง 4) ด้านเนื้อหาและนโยบายมุ่งเน้นเชิงรุกและเชิงป้องกัน สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพจริง เน้นความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ และมีความยืดหยุ่นสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น 5) ด้านการบริหารจัดการและทรัพยากร มีระบบที่ชัดเจน โปร่งใส และตรวจสอบได้ โดยบูรณาการทรัพยากรจากหลายภาคส่วน ทั้งงบประมาณ บุคลากร และองค์ความรู้ ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและสอดคล้องกับพื้นที่ พร้อมพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและ e-Health เพื่อสนับสนุนการทำงาน ด้านผลลัพธ์และความยั่งยืน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงสุขภาวะที่ดีขึ้น ลดความเหลื่อมล้ำและพฤติกรรมเสี่ยง เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และสร้างความยั่งยืนผ่านธรรมนูญสุขภาพหรือกติกาชุมชน รวมถึงการสืบทอดบทบาทสู่คนรุ่นใหม่

อภิปรายผล

การศึกษาเรื่อง “การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนภาคใต้ตอนล่าง” สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากผลการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 สภาพทั่วไปของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า แม้ภาพรวมจะมีทิศทางเชิงบวก โดยอาศัยทุนทางสังคมและบริบทพหุวัฒนธรรมเป็นฐานสำคัญ แต่ยังมีข้อจำกัดที่ต้องแก้ไข ทั้งในด้านความรู้ความเข้าใจของประชาชนที่ยังไม่ทั่วถึง การมีส่วนร่วมที่พึ่งพาผู้นำชุมชนเป็นหลัก และการสื่อสารสุขภาพที่ไม่ครอบคลุมกลุ่มเปราะบางและคนรุ่นใหม่ อีกทั้งยังมีปัญหาสังคม เช่น ยาเสพติด ความยากจน การพนัน และการว่างงาน ที่เชื่อมโยงกับสุขภาวะและคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์ (2566) ได้ศึกษาเรื่อง “การนำนโยบายโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตไปปฏิบัติในพื้นที่ภาคใต้” ที่ศึกษาการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุในภาคใต้ โดยพบว่าปัจจัยความสำเร็จคือการมีผู้นำการเปลี่ยนแปลง กระบวนการมีส่วนร่วม และเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนานโยบายสุขภาพในภาคใต้ตอนล่างก็ต้องอาศัยกลไกเหล่านี้เช่นกัน เพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และสอดคล้องกับงานวิจัยของธงชัย สิงอุดม (2563) ได้ศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองท้องถิ่นตามหลักอปริหานิยธรรม” เสนอหลักอปริหานิยธรรม 7

ประการเป็นกรอบการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเน้นการประชุมบ่อย การมีกติการ่วมกัน และการเคารพผู้นำและประเพณี ซึ่งช่วยสร้างความสมดุลระหว่างนโยบายใหม่กับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น อันเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนานโยบายสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมเช่นภาคใต้ตอนล่าง สรุปโดยภาพรวมได้ว่า การพัฒนานโยบายสุขภาพในภาคใต้ตอนล่างจึงเป็นทั้งโอกาสและความท้าทาย หากสามารถบูรณาการทุนทางสังคมและวัฒนธรรมเข้ากับการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยอาศัยกรอบจริยธรรมและวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นฐาน จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงนโยบายได้จริง และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ยั่งยืนต่อสุขภาวะโดยรวมของพื้นที่

จากผลการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า พื้นที่นี้มีจุดแข็งจากทุนทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนาที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะบทบาทของผู้นำศาสนาและชุมชนที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงประชาชนกับภาครัฐและเครือข่ายท้องถิ่น ทำให้นโยบายมีความต่อเนื่องและยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร และการประสานงานที่ไม่เป็นเอกภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ยังไม่ทั่วถึง สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรพิทักษ์ เห็มบาสัตย์ (2564) ได้ศึกษาเรื่อง “แนวทางการพัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุสู่การเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลดงลิง อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์” ที่เสนอแนวทางการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุโดยเน้นการเสริมสร้างสุขภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการใช้ฐานชุมชนเป็นพลังสำคัญ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนานโยบายสุขภาพในภาคใต้ตอนล่างก็ต้องอาศัยทุนทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นฐานเช่นเดียวกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พินิจ ฟ้าอำนวยผล (2568) ได้ศึกษาเรื่อง “การติดตามสถานการณ์ด้านระบบข้อมูลสุขภาพ และการออกแบบการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด” ที่เน้นความสำคัญของระบบข้อมูลสุขภาพและการกำหนดมาตรฐานบริการเพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพ ซึ่งเชื่อมโยงกับข้อเสนอในภาคใต้ตอนล่างที่ต้องบูรณาการเทคโนโลยีและกลไกเชิงโครงสร้างเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้จริง สรุปโดยภาพรวมได้ว่า การพัฒนานโยบายสุขภาพในภาคใต้ตอนล่างจึงเป็นทั้งโอกาสและความท้าทาย หากสามารถบูรณาการทุนทางสังคมและวัฒนธรรมเข้ากับการสร้างเครือข่ายภาคประชาชน การใช้เทคโนโลยี และการจัดการเชิงโครงสร้าง จะช่วยให้

ประชาชนเข้าถึงนโยบายได้จริง และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มั่นคงและยั่งยืนต่อสุขภาวะโดยรวมของพื้นที่

จากผลการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 องค์ความรู้ของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า มีนโยบายสุขภาพในพื้นที่นี้มีความโดดเด่นจากการใช้ทุนทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนาเป็นฐานสำคัญ โดยมีโครงสร้างการบริหารจัดการที่กระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น กระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง การเสริมพลังภาคีเครือข่ายและประชาชน เนื้อหานโยบายที่มุ่งเชิงรุกและลดความเหลื่อมล้ำ การจัดการทรัพยากรที่โปร่งใส และผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงสุขภาวะที่ดีขึ้นและความยั่งยืนของชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nicolaas P. Pronk, et al. (2025) ศึกษาการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพในสถานที่ทำงาน พบว่า การสร้างระบบที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายและการจัดการเชิงโครงสร้าง ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนานโยบายสุขภาพในภาคใต้ตอนล่างที่เน้นการบูรณาการภาคีเครือข่ายและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Roberta Waite และ Deena A. Nardi (2024) ศึกษาการส่งเสริมความยุติธรรมด้านสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเน้นการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมและตอบสนองต่อความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในภาคใต้ตอนล่างที่เคารพความหลากหลายและใช้ทุนทางสังคมเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะ สรุปโดยภาพรวมได้ว่า การพัฒนานโยบายสุขภาพในภาคใต้ตอนล่างจึงเป็นทั้งโอกาสและความท้าทาย หากสามารถบูรณาการทุนทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนาเข้ากับการสร้างเครือข่ายภาคประชาชน การใช้เทคโนโลยี และการจัดการเชิงโครงสร้าง จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงนโยบายได้จริง และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มั่นคงและยั่งยืนต่อสุขภาวะโดยรวม ทั้งยังสอดคล้องกับแนวโน้มสากลที่เน้นการมีส่วนร่วม ความเท่าเทียม และความยั่งยืนเป็นหลัก

สรุป/ข้อเสนอแนะ

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในภาคใต้ตอนล่างมีทิศทางเชิงบวกและสะท้อนเอกลักษณ์จากทุนทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนาที่เข้มแข็ง โดยผู้นำศาสนาและชุมชนทำหน้าที่เชื่อมโยงประชาชนกับภาครัฐ ทำให้นโยบายมีความต่อเนื่องและยั่งยืน อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดด้านความรู้ ความเข้าใจของประชาชน การพึ่งพาผู้นำชุมชนเป็นหลักการสื่อสารที่ไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม รวมถึงข้อจำกัดด้าน

ทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร และความไม่มั่นคงทางสังคมและการเมือง ขณะเดียวกันยังมีโอกาสจากการใช้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรม การเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข การบูรณาการเทคโนโลยี และนโยบายกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ซึ่งหากสามารถบูรณาการทุกภาคส่วนได้อย่างเหมาะสม จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มั่นคงและยั่งยืนต่อสุขภาวะของประชาชนในระยะยาว **1) ข้อเสนอแนะในการวิจัย** 1.1) เสริมสร้างการเรียนรู้และการสื่อสารสุขภาพที่ครอบคลุมทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางและคนรุ่นใหม่ เพื่อให้การมีส่วนร่วมเป็นจริงและทั่วถึง 1.2) พัฒนากลไกการบูรณาการทรัพยากรและเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ระบบข้อมูลสุขภาพและ e-Health เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความโปร่งใสในการดำเนินงาน 1.3) ขยายบทบาทผู้นำศาสนาและเครือข่ายภาคประชาชน ควบคู่กับการสร้างพื้นที่กลางเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน **2) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป** 2.1) ควรศึกษาเรื่อง “การเข้าถึงและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเปราะบางและคนรุ่นใหม่” ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนากลไกการสื่อสารและการมีส่วนร่วมที่ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงนโยบายสุขภาพ 2.2) ควรศึกษาเรื่อง “การบูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศและ e-Health” โดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการจัดการข้อมูลระหว่างพื้นที่ที่มีการใช้เทคโนโลยีเข้มแข็งกับพื้นที่ที่ยังขาดแคลน เพื่อสร้างแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และลดความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยี 2.3) ควรศึกษาเรื่อง “บทบาทผู้นำศาสนาและชุมชนในการเชื่อมโยงนโยบายสุขภาพ” ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อศึกษากระบวนการที่ผู้นำศาสนาและชุมชนมีบทบาทในการสร้างความไว้วางใจและการยอมรับนโยบาย เสริมสร้างบทบาทของผู้นำท้องถิ่นให้เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและศาสนา

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2550). *รายงานประจำปี กรมอนามัย*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.

ธงชัย สิงอุดม. (2563). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองท้องถิ่นตามหลักอปริหานิยธรรม. *วารสาร มจร. เลย ปริทัศน์*, 1(2), 81–96.

ธเนศวร์ เจริญเมือง. (2547). *รัฐศาสตร์ที่ยังมีลมหายใจ แนวคิดประชาธิปไตย การเมืองไทย และแผ่นดินแม่.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พิราบ.

ธันยวัฒน์ รัตนสัค. (2546). *นโยบายสาธารณะ*. เชียงใหม่: คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

พินิจ ฟ้าอำนวยผล. (2568). การติดตามสถานการณ์ด้านระบบข้อมูลสุขภาพ และการออกแบบการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด. *วารสารสาธารณสุขไทย*, 1(1), 1–20.

พรพิทักษ์ เห็มบาสัตย์. (2564). แนวทางการพัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุสู่การเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลดงลิง อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารด้านการบริหารรัฐกิจและการเมือง*, 5(2), 167–184.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2536). *การสาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. (2550). *นโยบายสาธารณะ*. กรุงเทพฯ: บริษัท บพิธการพิมพ์ จำกัด.

สถาพร เริงธรรม. (2560). *นโยบายสาธารณะของประชาชน (People Public Policy)*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.

สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์, ฐิติมา โห้ล้ายอง, เนตรชนก สูนาสวน และ จิราภรณ์ ชนัญชนะ. (2566). การนำนโยบายโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตไปปฏิบัติในพื้นที่ภาคใต้. *วารสารการจัดการภาครัฐและเอกชน*, 5(2), 29–43.

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12. (2568). *ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 12*. เรียกใช้เมื่อ 12 มกราคม 2569 จาก https://drive.google.com/file/ d/1x_lAU_GLVXlQy01fl7CMs0-2W1aM3Dyr/view

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559.* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อีแอนด์ไอ ครีเอทพลัส.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2.* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท สำนักพิมพ์สุภา จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *รายงานสานพลัง 9: รายงานประจำปี 2559*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

สุรศักดิ์ บุญเทียน และ ศิริธร อรไชย. (2553). *การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่: หลักคิดเพื่อการประยุกต์ใช้.* นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

ศุภชัย ยาวะประภาษ และ ปิยากร หวังมหาพร. (2552). *นโยบายสาธารณะไทย: กำเนิดพัฒนาการและสถานภาพของศาสตร์*. กรุงเทพฯ: จุดทอง.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2554). *ระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย. ใน การสาธารณสุขไทย 2551–2553*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อำพล จินดาวัฒนะ, สมยศ ศรีจารนัย, อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา และ พิชญาภัสสร์ วรรณศิริกุล. (2559). ทีมบรรณาธิการ. กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย. ใน *การสาธารณสุขไทย 2554–2558*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

Nicolaas P. Pronk, et al. (2025). Creating a culture of health in the workplace: Structural approaches and participatory engagement. *Journal of Occupational and Environmental Medicine,* 67(1), 33–45.

Roberta Waite and Deena A. Nardi. (2024). Advancing health equity in community health centers: Addressing cultural diversity and access to care. *Journal of Community Health Nursing,* 41(4), 1111–1125.