



นวัตกรรมสุขภาพชุมชนในยุคการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่
องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง: กรณีศึกษาความสำเร็จภายใต้การกระจายอำนาจ
ด้านสุขภาพปฐมภูมิ*

COMMUNITY HEALTH INNOVATIONS UNDER PRIMARY HEALTH CARE
DECENTRALIZATION: A SUCCESS CASE STUDY OF SHPH TRANSFER TO TRANG PAO

พิเชตวุฒิ นิลละออ, วิสuttiณี ธาณรัตน์*

Pichetwut Nillaor, Wisuttinee Taneerat*

คณะพาณิชยศาสตร์และการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตตรัง ตรัง ประเทศไทย

Faculty of Commerce and Management, Prince of Songkla University, Trang Campus, Trang, Thailand

*Corresponding author E-mail: wisuttinee.t@psu.ac.th

*Tel: 089-783-6697

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษารูปแบบและประเภของนวัตกรรมสุขภาพชุมชนใน รพ.สต. สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง และ 2) วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของนวัตกรรมดังกล่าว ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้อำนวยการและบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง จำนวน 90 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เก็บข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มย่อยกลุ่มละ 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ ผลการวิจัยพบว่า นวัตกรรมสุขภาพชุมชนจำแนกได้ 4 ประเภท ได้แก่ นวัตกรรมโรคเรื้อรัง นวัตกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก นวัตกรรมแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาท้องถิ่น และนวัตกรรมจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ นวัตกรรมที่โดดเด่น ได้แก่ “3 รส 3 ฤกษ์” ที่ได้รับรางวัลนานาชาติจากการลดโซเดียม ผ่านการปรับรสสัมผัสที่คุ้นเคย และ “21 วันโมเดล” ที่ช่วยปรับปรุงผลเลือดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้ถึง ร้อยละ 60 ภายใน 6 เดือน ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จสังเคราะห์ได้เป็นโมเดล ERS ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การสร้างนวัตกรรมจากความเข้าใจพฤติกรรมท้องถิ่น (Empathy-Driven Innovation) การออกแบบแนวทางแก้ปัญหาต้นทุนต่ำจากทรัพยากรในพื้นที่ (Resourceful Design) และการบริหารงานภายใต้ระบบการคลังท้องถิ่น ได้อย่างสร้างสรรค์ (System Mastery) โดยมีความคล่องตัวด้านงบประมาณและความยืดหยุ่นของตัวชี้วัดภายใต้ งบจ. เป็นบริบทเอื้อสำคัญที่ส่งเสริมให้นวัตกรรมดำรงอยู่ได้อย่างยั่งยืน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่นสร้างเงื่อนไขที่เอื้อต่อการเกิดนวัตกรรมจากระดับฐานราก หากบุคลากรมีทั้งความคิดสร้างสรรค์ และความสามารถในการบริหารจัดการภายใต้โครงสร้างใหม่ควบคู่กัน

คำสำคัญ: นวัตกรรมสุขภาพชุมชน, การถ่ายโอน รพ.สต., องค์การบริหารส่วนจังหวัด, การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ, สุขภาพปทุมภูมิ

Abstract

The purpose of this study was to: 1) To study types and patterns of community health innovations in Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPHs) under Trang Provincial Administrative Organization (PAO) and 2) To analyze success factors of those innovations. Qualitative case study design was employed. Informants consisted of 90 SHPH directors and health personnel in SHPHs transferred to Trang PAO, selected by purposive sampling. The research instrument was a semi-structured interview guide which was submitted to three experts for content validity before data collection. Focus group discussions were conducted in subgroups of 3 participants, and data were analyzed using thematic analysis. The results showed that community health innovation could be categorized into four groups: chronic disease innovation, proactive rehabilitation innovation, alternative medicine and local wisdom innovation, and active aging management innovation. Among the innovations, “3 Flavors, 3 Auspicious Times” was internationally recognized for successfully reducing sodium intake through culturally familiar flavor adjustments. “21-Day Model,” which achieved 60% improvement in blood test results of stage-3 chronic kidney disease patients in six months using structured habit-formation principles. The success factors were combined in the ERS Model, comprising three interconnected factors: developing innovations based on a profound understanding of local behavioral contexts (Empathy-Driven Innovation), creating low-cost solutions with local resources (Resourceful Design), and creatively managing work within local fiscal and regulatory systems (System Mastery). We found that budgetary flexibility and adaptable performance indicators under PAO governance were crucial enabling conditions that sustained these grassroots innovations over time. This means that the decentralization of health services to local administrative organizations creates a structural condition that is favorable to grassroots innovation, as long as health personnel are both creative and administratively competent in the new governance structure. These insights have practical implications for policy makers seeking to strengthen primary health care systems through evidence-based local innovation.

Keywords: Community Health Innovation, SHPH Transfer, Provincial Administrative Organization, Health Decentralization, Primary Health Care

บทนำ

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศปฏิญญาอัลมา - อาตา (Declaration of Alma-ata) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 ยืนยันหลักการว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็งและใกล้ชิดชุมชนเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน (World Health Organization, 1978) ต่อมาในปี ค.ศ. 2018 ปฏิญญาอัสดานา (Declaration of Astana) ได้ย้ำความสำคัญของการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิในฐานะกลไกหลักในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ข้อที่ 3 ด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (World Health Organization, 2018) สำหรับประเทศไทย แนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพได้ถูกบรรจุไว้ในกรอบกฎหมายหลายฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่เปิดพื้นที่ให้ท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการกองทุนสุขภาพระดับตำบล รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 250 ที่บัญญัติให้รัฐต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณะ (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560, 2560) นอกจากนี้ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ยังได้กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพโดยเน้นการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นเป็นกลยุทธ์สำคัญ กรอบแนวคิดเหล่านี้สะท้อนถึงความเชื่อมั่นร่วมกันของนานาชาติและประเทศไทยว่าการนำอำนาจการตัดสินใจด้านสุขภาพกลับสู่ระดับท้องถิ่นจะนำไปสู่บริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570), 2569) มีประสิทธิภาพสูงกว่าการบริหารจัดการแบบรวมศูนย์ และสามารถสร้างนวัตกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ได้อย่างสร้างสรรค์ (Saltman, R. et al., 2006)

ประเทศไทยได้ดำเนินการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) อย่างเป็นทางการตั้งแต่วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมี รพ.สต. ทั่วประเทศถ่ายโอนไปแล้วกว่า 3,263 แห่ง จาก 49 อบจ. ในปีแรก (ภัชจิรัมย์ รัชเมธรัตน์, 2566) การเปลี่ยนผ่านครั้งนี้ถือเป็นการปรับโครงสร้างอำนาจรัฐในระดับที่ใหญ่ที่สุดในประวัติศาสตร์ระบบสาธารณสุขไทย อย่างไรก็ตาม งานวิจัยหลังการถ่ายโอนได้ชี้ให้เห็นถึงความท้าทายเชิงโครงสร้างหลายประการ ได้แก่ ประการแรก ปัญหาความขัดแย้งระหว่างระเบียบการคลังท้องถิ่นและวิธีปฏิบัติด้านสาธารณสุขเดิม โดยเฉพาะการที่บุคลากรต้องปรับตัวสู่ระบบ e-LAAS และ e-Line ของกระทรวงมหาดไทยซึ่งแตกต่างจากระบบที่คุ้นเคย (อุดม ทุมโฆสิต และคณะ, 2567) ประการที่สอง ปัญหาเพดานงบประมาณบุคลากรร้อยละ 40 ตามมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น ที่จำกัดความสามารถของ อบจ. ในการจัดจ้างบุคลากรสายสนับสนุนเพิ่มเติม แม้จะมีความจำเป็นและมีงบประมาณเพียงพอก็ตาม (อัจฉรวาทิ ศรียะศักดิ์ และคณะ, 2568) ประการที่สาม ปัญหาข้อขัดข้องด้านความก้าวหน้าทางวิชาชีพ โดยเฉพาะการขาดคณะกรรมการประเมินผลงานวิชาชีพสาธารณสุขเฉพาะทางภายใน อบจ. ทำให้บุคลากรไม่สามารถเลื่อนระดับสู่ตำแหน่งชำนาญการพิเศษ (C8) ได้ตามกรอบเวลาที่ควรจะเป็น ส่งผลต่อขวัญกำลังใจและการคงอยู่ของบุคลากรในระบบ (ศรวณีย์ อวนศรี และคณะ, 2567)



ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการถ่ายโอนที่สมบูรณ์ต้องอาศัยมากกว่าการเปลี่ยนสังกัดเชิงโครงสร้าง แต่ต้องการการปรับระบบนิเวศการทำงาน (Work Ecosystem) ทั้งหมดให้สอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่นอย่างแท้จริง (Bossert, T. J. & Beauvais, J. C., 2002); (Abimbola, S. et al., 2019)

จังหวัดตรังเป็นหนึ่งในจังหวัดที่ดำเนินการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรังในระยะแรก โดยมี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนแล้ว จำนวน 30 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ทั้งแผ่นดินใหญ่และพื้นที่เกาะซึ่งมีลักษณะภูมิศาสตร์และความท้าทายเฉพาะที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน ในด้านหนึ่ง พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดตรังได้ใช้โอกาสจากความคล่องตัวที่เพิ่มขึ้นภายใต้การบริหารของ อบจ. ในการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่หลากหลายและสร้างสรรค์ ในอีกด้านหนึ่ง บุคลากรยังเผชิญกับอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาการโอนถ่ายสินทรัพย์ที่ดินและอาคารที่ยังไม่สมบูรณ์ ความซับซ้อนของระบบการเงินท้องถิ่น และการขาดแคลนบุคลากรสายสนับสนุนโดยเฉพาะในพื้นที่เกาะห่างไกล เช่น เกาะลิบงและเกาะมดตะนอย ที่มีต้นทุนค่าครองชีพและค่าเดินทางสูงกว่าพื้นที่ปกติ ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความต่อเนื่องของการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน (องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง, 2566) แม้จะมีนวัตกรรมและความสำเร็จที่น่าสนใจเกิดขึ้นในพื้นที่ แต่ยังคงขาดการศึกษาวิจัยเชิงระบบที่จะถอดบทเรียนวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และนำเสนอเป็นองค์ความรู้ที่สามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ถือเป็นการเปลี่ยนผ่านโครงสร้างการบริหารระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นการสร้างสรรค์รูปแบบบริการใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการของคนในพื้นที่ โดยในอดีตการพัฒนานวัตกรรมจะขึ้นอยู่กับกรอบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก แต่ภายหลังการถ่ายโอน บทบาทในการกำหนดทิศทางและจัดสรรทรัพยากรได้เปลี่ยนมาอยู่ที่ อบจ. ซึ่งแม้จะเอื้อต่อการพัฒนานวัตกรรมที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่มากขึ้น แต่ก็ต้องเผชิญความท้าทายด้านศักยภาพการบริหารและการสนับสนุนเชิงระบบ เนื่องจากงานวิจัยที่ศึกษากระบวนการและปัจจัยความสำเร็จของนวัตกรรมสุขภาพภายหลังการถ่ายโอนในพื้นที่จังหวัดตรังยังมีอยู่อย่างจำกัด การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษากระบวนการพัฒนานวัตกรรม ปัจจัยความสำเร็จ รวมถึงเงื่อนไขที่เอื้อต่อหรือเป็นอุปสรรค เพื่อสร้างองค์ความรู้และข้อเสนอเชิงนโยบายในการยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การกระจายอำนาจให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบและประเภทของนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้นใน รพ.สต. สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของนวัตกรรมสุขภาพชุมชนใน รพ.สต. สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกรณีศึกษาตามแนวคิดของ Yin, R. K. ซึ่งเหมาะสมกับการศึกษาปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อนในบริบทจริง โดยมุ่งทำความเข้าใจกระบวนการสร้างนวัตกรรมสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรังอย่างลึกซึ้งและรอบด้าน (Yin, R. K., 2018)

2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้อำนวยการและบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนมาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 30 แห่ง ๆ ละ 3 คน รวมจำนวน 90 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลายทั้งในด้านขนาดของ รพ.สต. ที่ปฏิบัติงาน ประเภทวิชาชีพ และบริบทพื้นที่ ทั้งพื้นที่แผ่นดินใหญ่และพื้นที่เกาะไปในพื้นที่ 6 อำเภอของจังหวัดตรัง ได้แก่ 1) อำเภอกันตัง 2) อำเภอย่านตาขาว 3) อำเภอสิเกา 4) อำเภอห้วยยอด 5) อำเภอวังวิเศษ และ 6) อำเภอหาดสำราญ

3. วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

3.1 เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นผู้อำนวยการหรือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง 2) มีระยะเวลาปฏิบัติงานภายหลังการถ่ายโอนไม่น้อยกว่า 6 เดือน เพื่อให้มีประสบการณ์เพียงพอในการให้ข้อมูล และ 3) สนใจเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมให้บันทึกข้อมูล

3.2 เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ บุคลากรที่ลาออกหรือโอนย้ายไปสังกัดอื่นในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล 90 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจาก รพ.สต. ในสังกัด อบจ.ตรัง จำนวน 30 แห่ง ครอบคลุม 6 อำเภอ โดยกำหนดให้แต่ละแห่งมีผู้ให้ข้อมูล 3 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ 1 คน และบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน 2 คน ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงด้านการบริหารและการพัฒนานวัตกรรมภายหลังการถ่ายโอน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมความหลากหลายของบริบทพื้นที่ ทั้งในด้านขนาดสถานพยาบาลและลักษณะทางภูมิศาสตร์ ทั้งพื้นที่แผ่นดินใหญ่และเกาะห่างไกล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนประสบการณ์และมุมมองที่หลากหลายต่อการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพชุมชนในแต่ละพื้นที่อย่างแท้จริง

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยรวม 90 คน จาก รพ.สต. ในสังกัด อบจ.ตรัง 30 แห่ง ครอบคลุม 6 อำเภอ โดยกระจายในอำเภอย่านตาขาวมากที่สุด 9 แห่ง รองลงมา คือ กันตัง 7 แห่ง สิเกาและห้วยยอดอำเภอละ 6 แห่ง และวังวิเศษกับหาดสำราญอำเภอละ 1 แห่ง เมื่อจำแนกตามขนาด พบว่า เป็น รพ.สต. ขนาดกลาง 18 แห่ง และขนาดเล็ก 12 แห่ง โดยเฉพาะอำเภอกันตังซึ่งเป็นเพียงอำเภอเดียวที่มี รพ.สต. ตั้งอยู่บนพื้นที่เกาะ ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนถึงความหลากหลายของบริบทพื้นที่ ทั้งในด้านขนาดสถานพยาบาลและลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่ครอบคลุมทั้งแผ่นดินใหญ่และเกาะห่างไกล ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้รูปแบบการให้บริการและการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพชุมชนมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่อย่างชัดเจน

4. การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์แนวคิด ด้านนวัตกรรมสุขภาพชุมชน การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และกรอบแนวคิด Empathy-driven Innovation เพื่อกำหนดประเด็นคำถามหลักและคำถามสำรวจให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย โดยเนื้อหาแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) รูปแบบและประเภทของนวัตกรรม 2) กระบวนการคิดและพัฒนา 3) ปัจจัยเอื้อและอุปสรรค รวมถึง และ 4) ผลลัพธ์และการขยายผลของนวัตกรรม

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการผ่าน 2 ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นตอนแรกเป็นการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขชุมชน การกระจายอำนาจ และการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อปรับปรุงความครอบคลุมและความเหมาะสมของคำถาม และขั้นตอนที่สอง คือ การทดสอบนำร่องกับบุคลากร รพ.สต. ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ก่อนจะนำเครื่องมือที่สมบูรณ์ไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงต่อไป

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้ประสานงานกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอน เพื่อประสานผู้ให้ข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยผู้อำนวยการและบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 90 คน โดยผู้เข้าร่วมทุกคนมีความสมัครใจและได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมก่อนเริ่มการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลใช้การสนทนากลุ่มย่อย กลุ่มละประมาณ 3 คน ควบคู่กับการสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นได้อย่างทั่วถึง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนาและใช้คำถามสำรวจเพิ่มเติมตามประเด็นที่เกิดขึ้น ข้อมูลทั้งหมดได้รับการบันทึกด้วยการจดบันทึกภาคสนามและการบันทึกเสียงภายใต้ความยินยอมของผู้เข้าร่วม ก่อนจะนำมาถอดเทปเป็นข้อมูลเชิงข้อความเพื่อใช้ในการวิเคราะห์เนื้อหาในลำดับต่อไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพตามแนวทางของ Braun, V. & Clarke, V. ด้วยกระบวนการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) (Braun, V. & Clarke, V., 2006)

การศึกษานี้ใช้เกณฑ์การประเมินความน่าเชื่อถือของ Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. ครอบคลุม 4 ด้าน เพื่อยกระดับคุณภาพงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยด้านความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการตรวจสอบสามเส้า ทั้งจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย (ผู้อำนวยการและบุคลากร รพ.สต.) การใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่ต่างกัน (การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์) และการตรวจสอบโดยคณะผู้วิจัยร่วมกัน ด้านความสามารถในการถ่ายโอน ผู้วิจัยได้อธิบายบริบทพื้นที่ คุณลักษณะผู้ให้ข้อมูล และกระบวนการวิจัยอย่างละเอียดเพื่อให้ผู้อ่านนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม ด้านความคงเส้นคงวา มีการจัดทำบันทึกขั้นตอนการเก็บข้อมูล การถอดเทป และการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อการตรวจสอบย้อนกลับ และด้านความเป็นกลาง ผู้วิจัยยึดข้อมูลเชิงประจักษ์จากการบันทึกเสียงและภาคสนามเป็นหลัก พร้อมอ้างอิงคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนข้อค้นพบและลดอคติในการตีความอย่างเคร่งครัด (Lincoln, Y. S. & Guba, E. G., 1985)



7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยคำนึงถึงการคุ้มครองสิทธิและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นสำคัญ ซึ่งโครงการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (PSU IRB 2025-LL-Cm-011 Internal) ก่อนเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกขั้นตอน

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 90 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 68 คน (ร้อยละ 75.6) และเพศชาย จำนวน 22 คน (ร้อยละ 24.4) มีอายุระหว่าง 31 - 58 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41 - 50 ปี จำนวน 38 คน (ร้อยละ 42.2) รองลงมา คือ อายุ 51 - 58 ปี จำนวน 28 คน (ร้อยละ 31.1) และอายุ 31 - 40 ปี จำนวน 24 คน (ร้อยละ 26.7) ด้านการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 58 คน (ร้อยละ 64.4) รองลงมา คือ ระดับปริญญาโท จำนวน 32 คน (ร้อยละ 35.6) เมื่อพิจารณาตำแหน่ง พบว่า ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 30 คน (ร้อยละ 33.3) นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 22 คน (ร้อยละ 24.4) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 18 คน (ร้อยละ 20.0) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข จำนวน 12 คน (ร้อยละ 13.3) และบุคลากรสายสนับสนุน จำนวน 8 คน (ร้อยละ 8.9) สำหรับประสบการณ์การปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี จำนวน 56 คน (ร้อยละ 62.2) และมีประสบการณ์ 6 - 10 ปี จำนวน 34 คน (ร้อยละ 37.8)

1. รูปแบบและประเภทของนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้นใน รพ.สต. สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง

ผลการวิจัยพบว่า นวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้นภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง มีลักษณะเป็น นวัตกรรมฐานชุมชน (Community-based Health Innovation) ที่พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ริเริ่มและออกแบบนวัตกรรมร่วมกับภาคีเครือข่ายและชุมชน ผ่านการประยุกต์ใช้ทรัพยากร ภูมิปัญญาท้องถิ่น และองค์ความรู้ทางวิชาการให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้นวัตกรรมมีความยืดหยุ่น สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน และสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้จริง ภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจที่เอื้อต่อการตัดสินใจและการบริหารจัดการในระดับพื้นที่

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ สามารถสังเคราะห์รูปแบบของนวัตกรรมสุขภาพชุมชนออกเป็น 4 รูปแบบหลัก ได้แก่ 1) นวัตกรรมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) นวัตกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก 3) นวัตกรรมด้านการแพทย์ทางเลือกและการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และ 4) นวัตกรรมด้านการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1 ประเภทที่ 1 นวัตกรรมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและโรคเรื้อรัง (NCDs Innovation) เป็นนวัตกรรมที่มุ่งส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชน ผ่านกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการใช้ข้อมูลสุขภาพของประชาชนในการกำหนดแนวทางดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนานวัตกรรมของ รพ.สต. มีลักษณะร่วมกัน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนจากข้อมูลสุขภาพและการลงพื้นที่ 2) การออกแบบกิจกรรมร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน 3) การทดลองดำเนินกิจกรรม ติดตามผล และปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่องจากข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วม และ 4) การขยายผลสู่วงกว้างเมื่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีแนวโน้มดีขึ้น กระบวนการดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า นวัตกรรมไม่ได้เกิดจากการกำหนดนโยบายจากส่วนกลาง แต่เกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและชุมชน โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบการตัดสินใจในทุกขั้นตอน

ดังนั้น นวัตกรรมประเภทนี้จึงมุ่งแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยประยุกต์หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และพฤติกรรมดำรงชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ประกอบด้วย นวัตกรรมสำคัญ 3 รูปแบบ ได้แก่

1.1.1 นวัตกรรม “3 รส 3 ฤกษ์” ของ รพ.สต.คลองสีล่อม เชื่อมโยงกับโครงการหมู่บ้านโฮโอดิน โดยเน้นการลดการบริโภคโซเดียมผ่านการปรับรสชาติอาหารที่คุ้นเคยของคนในพื้นที่ นวัตกรรมนี้ได้รับรางวัลระดับนานาชาติและได้รับการเผยแพร่ในเวทีวิชาการระดับนานาชาติ สะท้อนให้เห็นว่าความสำเร็จของการลดการบริโภคโซเดียมเกิดจากการทำให้มาตรการด้านสาธารณสุขสอดคล้องกับวิถีการบริโภคของประชาชน

1.1.2 นวัตกรรม “21 วันโมเดล” ของ รพ.สต.เขาเพดาน ใช้หลักการสร้างพฤติกรรมใหม่ผ่านการกำหนดระยะเวลา 21 วัน ร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับพฤติกรรมบริโภคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการดีขึ้นกว่าร้อยละ 60 ภายในระยะเวลา 6 เดือน

1.1.3 นวัตกรรม “เจลลีอมรส” ของ รพ.สต.นาหิน เป็นการแปรรูปผลผลิตมะนาวในท้องถิ่นเป็นเจลลี่เพื่อช่วยลดความอยากนิโคตินและสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ นวัตกรรมดังกล่าวสะท้อนการประยุกต์ใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดคุณค่าสูงสุด และได้รับรางวัลชนะเลิศระดับจังหวัดจากผลลัพธ์ที่สามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ของผู้เข้าร่วมโครงการได้อย่างเป็นรูปธรรม

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนตรงกันว่า ความสำเร็จของนวัตกรรมไม่ได้เกิดจากงบประมาณจำนวนมาก แต่เกิดจากการเข้าใจปัญหาและการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล เช่น

“ถ้าเราไม่เข้าใจวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ ต่อให้มีโครงการดีแค่ไหน ชาวบ้านก็ไม่ทำตาม” (สมพล เสียมไหม, 2569)

“นวัตกรรมที่ดีไม่จำเป็นต้องใช้งบประมาณสูง แต่ต้องเป็นสิ่งที่ประชาชนทำได้จริงในชีวิตประจำวัน” (สมโชค สุกสงบุญศิริ, 2569)

“...หลังการถ่ายโอน เรามีความยืดหยุ่นในการออกแบบกิจกรรมมากขึ้น สามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมกับชุมชนของเรา ไม่จำเป็นต้องใช้รูปแบบเดียวกันทุกพื้นที่ ทำให้นวัตกรรมเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าเดิม...” (นภสนันท์ รอดริน, 2569)



1.2 ประเภทที่ 2 นวัตกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก (Proactive Rehabilitation Innovation) เป็นนวัตกรรมที่มุ่งปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากการรอรับบริการในสถานพยาบาล (Passive Care) ไปสู่การให้บริการเชิงรุกในระดับชุมชน โดยนำบริการด้านกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพ และอุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าถึงผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และผู้พิการถึงพื้นที่อยู่อาศัย เพื่อลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนานวัตกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกมีลักษณะร่วมกัน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสำรวจและคัดกรองผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุ และผู้พิการในชุมชน 2) การวิเคราะห์ปัญหาและออกแบบรูปแบบบริการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักกายภาพบำบัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครอบครัวผู้ป่วย 3) การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกผ่านการลงพื้นที่ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการประยุกต์ใช้วัสดุหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นในการพัฒนาอุปกรณ์ต้นทุนต่ำ และ 4) การติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความก้าวหน้าและปรับปรุงรูปแบบการให้บริการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้รับบริการแต่ละราย กระบวนการดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ได้จำกัดอยู่ในสถานพยาบาล แต่ขยายการดูแลไปสู่ครอบครัวและชุมชน โดยอาศัยการบูรณาการทรัพยากรและเครือข่ายในพื้นที่เป็นกลไกสำคัญ

นวัตกรรมประเภทนี้ ประกอบด้วย นวัตกรรมสำคัญ 3 รูปแบบ ได้แก่

1.2.1 บริการนักกายภาพบำบัดสัญจร ซึ่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดตั้งใช้กลไกการบริหารบุคลากรแบบหมุนเวียนนักกายภาพบำบัดลงให้บริการในพื้นที่ ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็ก เช่น รพ.สต.คลองชีล้อม และ รพ.สต.บ้านเกาะเคียม สามารถเข้าถึงบุคลากรเฉพาะทางและให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง

1.2.2 ศูนย์ยืม - คืนอุปกรณ์ทางการแพทย์ระดับตำบล เป็นนวัตกรรมที่ใช้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจัดตั้งคลังอุปกรณ์ทางการแพทย์ในระดับพื้นที่ เช่น รพ.สต.ควนธานี และ รพ.สต.พิจิตร เพื่อให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ เช่น เตียงผู้ป่วย รถเข็น และอุปกรณ์ช่วยเดิน สามารถยืมใช้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.2.3 นวัตกรรมอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพจากวัสดุท้องถิ่น เป็นการประยุกต์ใช้วัสดุและภูมิปัญญาในชุมชนเพื่อพัฒนาอุปกรณ์ฟื้นฟูต้นทุนต่ำที่สามารถใช้งานได้จริง เช่น นวัตกรรม “จอมพลังมัด” ของ รพ.สต.นาริน ซึ่งพัฒนาถุงทรายสมุนไพรสำหรับฝึกกล้ามเนื้อขาและได้รับรางวัลระดับ 4 และนวัตกรรม “พอกเฒ่าหินร้อน” ของ รพ.สต.โพรงจระเข้ ที่นำหินจากแหล่งธรรมชาติในพื้นที่ร่วมกับสมุนไพรมาใช้ในการบำบัดอาการปวดเข่าและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ

โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนข้อมูลสำคัญว่า ความสำเร็จของนวัตกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เกิดจากการนำบริการออกจากสถานพยาบาลสู่ชุมชน การบูรณาการเครือข่ายวิชาชีพ และการประยุกต์ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว และต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

1.3 ประเภทที่ 3 นวัตกรรมด้านการแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาสมาธิบำบัด (Alternative Medicine and Mindfulness Innovation) เป็นนวัตกรรมที่มุ่งส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การฝึกสมาธิ และภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อเสริมประสิทธิภาพการรักษา ลดการพึ่งพาการใช้ยาเคมี และส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนานวัตกรรมด้านการแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาสมาธิบำบัดมีลักษณะร่วมกัน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยที่สามารถใช้การแพทย์ทางเลือกเป็นแนวทางเสริมการรักษา 2) การคัดเลือกองค์ความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือแนวทางการแพทย์แผนไทยที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ 3) การบูรณาการองค์ความรู้ดังกล่าวร่วมกับการรักษาของบุคลากรสหวิชาชีพ เพื่อออกแบบบริการที่ปลอดภัยและสอดคล้องกับหลักวิชาการ และ 4) การติดตามผลด้านสุขภาพและการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนาารูปแบบบริการอย่างต่อเนื่อง กระบวนการดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าพัฒนานวัตกรรมไม่ได้มุ่งทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่เป็นการบูรณาการองค์ความรู้ที่หลากหลายเพื่อเพิ่มทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชน

นวัตกรรมประเภทนี้ ประกอบด้วย นวัตกรรมสำคัญ 3 รูปแบบ ได้แก่

1.3.1 นวัตกรรม SKT: เทคนิคการฝึกหายใจและทำสมาธิบำบัด เพื่อรักษาโรคและดูแลสุขภาพสมาธิเคลื่อนไหว ของ รพ.สต.บ้านเกาะเคี่ยม ซึ่งประยุกต์การฝึกสมาธิควบคู่กับการเคลื่อนไหวร่างกายและการกำหนดลมหายใจ เพื่อบรรเทาอาการปวดและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการดำเนินงานพบว่า สามารถลดการใช้ยาแก้ปวดของผู้เข้าร่วมได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังขยายผลสู่การส่งเสริมสุขภาพจิตและการฝึกสมาธิในโรงเรียนของพื้นที่

1.3.2 นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการแพทย์แผนไทย ของ รพ.สต.ควนธานี ซึ่งบูรณาการการนวดไทย การประคบสมุนไพร และการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟู ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการกลับมาดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้เร็วขึ้น

1.3.3 การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาหมอดูกระดูกในชุมชน โดย รพ.สต.ทำหน้าที่เชื่อมโยงองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการดูแลที่ปลอดภัยและเหมาะสม ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่าควรมีการพัฒนาระบบการรับรองและขึ้นทะเบียนหมอพื้นบ้านให้มีความชัดเจนและเอื้อต่อการบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

ผลการวิจัยสะท้อนว่า ความสำเร็จของนวัตกรรมประเภทนี้เกิดจากการผสมผสานองค์ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่กับภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและคำนึงถึงความเชื่อ วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชน ส่งผลให้ประชาชนยอมรับบริการมากขึ้น มีทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล เช่น

“...การใช้สมาธิร่วมกับการรักษาทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายมากขึ้น หลายคนบอกว่าอาการปวดลดลง และสามารถลดการใช้ยาแก้ปวดได้ เราจึงนำวิธีนี้มาใช้ต่อเนื่องกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง...” (หนึ่งหทัย สกุลส่องบุญศิริ, 2569)

“...ภูมิปัญญาในชุมชนยังมีคุณค่ามาก ถ้าเรานำมาพัฒนาร่วมกับความรู้ทางการแพทย์และมีมาตรฐานรองรับ ก็จะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ประชาชนเชื่อมั่นและเข้าถึงได้ง่าย...” (ลัดดาวัลย์ ถิ่นนัยธร, 2569)

1.4 ประเภทที่ 4 นวัตกรรมจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ (Active Aging Innovation) เป็นนวัตกรรมที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ มีศักดิ์ศรี และพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด โดยออกแบบเครื่องมือและรูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านร่างกาย สติปัญญา และการรับรู้ของผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิดการส่งเสริมผู้สูงอายุอย่างมีพลัง เพื่อป้องกันภาวะพึ่งพิง ลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วย และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนานวัตกรรมด้านการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุมีลักษณะร่วมกัน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุผ่านการเยี่ยมบ้านและการประเมินภาวะสุขภาพ 2) การออกแบบอุปกรณ์หรือรูปแบบการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงข้อจำกัดด้านการมองเห็น การเคลื่อนไหว ความจำ และการใช้ชีวิตประจำวัน 3) การทดลองใช้และปรับปรุงนวัตกรรมจากข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข และ 4) การติดตามผลการใช้งานอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนานวัตกรรมให้ตอบสนองต่อการใช้งานจริงมากยิ่งขึ้น กระบวนการดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนานวัตกรรมไม่ได้มุ่งเน้นความซับซ้อนของเทคโนโลยี แต่ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างตรงจุด และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของชุมชน

นวัตกรรมประเภทนี้ ประกอบด้วย นวัตกรรมสำคัญ 3 รูปแบบ ได้แก่

1.4.1 นวัตกรรม “กล่องสุขใจ” ของ รพ.สต.ในควน และ รพ.สต.บ้านโคกทราย ซึ่งประยุกต์จากแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (PMSE) มาเป็นสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบเกม เพื่อคัดกรองและกระตุ้นการทำงานของสมองผ่านกิจกรรมการคำนวณ การจดจำ และการรับรู้วัน เวลา และสถานที่ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการประเมินสุขภาพของตนเอง และลดความเครียดจากการประเมินแบบเดิม

1.4.2 นวัตกรรม “แผนจดยาผู้สูงอายุ” ของ รพ.สต.บ้านโคกทราย ซึ่งออกแบบโดยใช้รหัสสีและสัญลักษณ์แทนตัวอักษรและวันรับประทานยา เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการมองเห็นหรือการอ่านหนังสือสามารถรับประทานยาได้ถูกต้อง ลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา และเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา

1.4.3 นวัตกรรม “แปรงสีฟันแฮนด์จิกยาน” ของ รพ.สต.นานิน ซึ่งประยุกต์หลักการยศาสตร์ (Ergonomic Design) โดยดัดแปลงด้ามจับแปรงสีฟันให้มีขนาดใหญ่ขึ้นจากวัสดุที่หาได้ในท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อมืออ่อนแรงสามารถจับและใช้งานได้สะดวก ส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และลดการพึ่งพาผู้ดูแล

ผลการวิจัยสะท้อนว่า ความสำเร็จของนวัตกรรมจัดการสุขภาพผู้สูงอายุเกิดจากการออกแบบที่ยึดผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง โดยเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจข้อจำกัดและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ แล้วนำมาพัฒนาเป็นนวัตกรรมที่เรียบง่าย ต้นทุนต่ำ ใช้งานสะดวก และสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ลดภาวะพึ่งพิง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล เช่น

“...เราเห็นว่าผู้สูงอายุหลายคนใช้ชีวิตลำบากกับเรื่องเล็ก ๆ เช่น จับแปรงสีฟันไม่ถนัด หรือกินยาผิดเวลา เราเลยคิดว่า ถ้าแก้ปัญหาเล็ก ๆ เหล่านี้ได้ คุณภาพชีวิตเขาจะดีขึ้นมาก...” (เกษศิริพันธ์ สมแก้ว, 2569)

“...อุปกรณ์ที่ขายทั่วไปมีราคาแพงและบางอย่างผู้ป่วยซื้อไม่ได้ เราเลยลองดัดแปลงจากวัสดุที่หาได้ในพื้นที่ให้ใช้งานได้จริงและทำซ้ำได้ ชาวบ้านก็ทำตามได้...” (พิเชษฐ ศักดิ์แสง, 2569)

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของนวัตกรรมสุขภาพชุมชนใน รพ.สต. สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่านวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่ประสบความสำเร็จมีปัจจัยร่วมสำคัญ 3 ประการตามโมเดล ERS และปัจจัยเสริมอีก 2 ประการที่เกิดจากบริบทการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ปัจจัยที่ 1 Empathy-driven Innovation คือ การสร้างนวัตกรรมจากความเข้าใจปัญหาและวิถีชีวิตของประชาชนอย่างลึกซึ้ง บุคลากรสาธารณสุขที่สร้างนวัตกรรมได้สำเร็จมักเริ่มจากการสังเกตพฤติกรรมของคนในพื้นที่ระดับครัวเรือน จนเกิดสิ่งที่เรียกว่า “Local Flavor Insight” คือ ความเข้าใจในรสนิยม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของชุมชนก่อนออกแบบนวัตกรรม ตัวอย่างที่ชัดเจน คือ นวัตกรรม “3 รส 3 ฤกษ์” ที่ปรับลดโซเดียมในรสชาติคุกกี้โดยไม่บังคับให้ลดเค็มทันที และ “เจลลือมรส” ที่ใช้มะนาวซึ่งเป็นพืชท้องถิ่นมาช่วยลดความอยากนิโคติน สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมที่ดีไม่จำเป็นต้องอาศัยเทคโนโลยีราคาแพง แต่ต้องอาศัยความเข้าใจมนุษย์อย่างแท้จริง

ปัจจัยที่ 2 Resourceful Design คือ การออกแบบนวัตกรรมโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่อย่างคุ้มค่า ทั้งบุคลากร วัสดุ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และเครือข่ายความร่วมมือ บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด อบจ.ตรัง มักเลือกใช้วัสดุใกล้ตัวมาดัดแปลงแก้ปัญหาสุขภาพ เช่น การนำหินธรรมชาติในพื้นที่มาทำเป็นอุปกรณ์พอกเข้าหินร้อน การใช้สมุนไพรทำถุงทรายฝึกกล้ามเนื้อ และการดัดแปลงแฮนด์จักรยานเป็นด้ามจับแปรงสีฟันสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง สิ่งเหล่านี้แสดงว่าความสำเร็จของนวัตกรรมไม่ได้ขึ้นกับปริมาณทรัพยากรหรือเงินทุน แต่ขึ้นกับความสามารถในการประยุกต์ใช้สิ่งที่มีอยู่อย่างสร้างสรรค์และเหมาะสมกับบริบท

ปัจจัยที่ 3 System Mastery คือ ความสามารถของบุคลากรในการเข้าใจและบริหารกลไกของระบบราชการ ทั้งด้านนโยบาย กฎระเบียบ งบประมาณ และเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อนำไปขับเคลื่อนและขยายผลนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง นวัตกรรมสุขภาพชุมชนในยุคถ่ายโอนจะยั่งยืนได้ก็ต่อเมื่อผู้สร้างนวัตกรรมเข้าใจระบบการเงินการคลังท้องถิ่น ระเบียบของ อบจ. และระบบ e-LAAS อย่างเพียงพอ เพราะนวัตกรรมที่ดีแต่เบิกจ่ายงบประมาณไม่ถูกต้องตามระเบียบย่อมไม่สามารถดำเนินต่อไปได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ประสบความสำเร็จและขยายผลได้มักมีผู้อำนวยการที่เข้าใจระบบบริหารท้องถิ่นและสามารถบริหารงบประมาณภายใต้ข้อจำกัดได้อย่างสร้างสรรค์

ปัจจัยเสริมที่ 1 ความคล่องตัวจากการถ่ายโอนสู่ อบจ.

ได้แก่ อำนาจอนุมัติงบประมาณของผู้อำนวยการ รพ.สต. เองสูงสุด 100,000 บาท ทำให้จัดซื้อวัสดุทดลองนวัตกรรมได้รวดเร็วโดยไม่ต้องรอส่วนกลาง ความยืดหยุ่นของตัวชี้วัดที่สามารถเลือกให้ตรงกับปัญหาสุขภาพจริงในพื้นที่ และระบบโบนัสกับการข้ามแบ่งเงินเดือนที่สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทุ่มเทพพัฒนานวัตกรรมต่อเนื่อง

ปัจจัยเสริมที่ 2 การบูรณาการสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน

นวัตกรรมที่ให้ผลลัพธ์สูงสุดมักเกิดจากการทำงานร่วมกันของหลายวิชาชีพ ทั้งพยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงการดึงภูมิปัญญาชุมชนอย่างหมอพื้นบ้าน และหมอต่อกระดูกเข้ามาร่วมในระบบการดูแลสุขภาพ สะท้อนให้เห็นว่าการผูกขาดนวัตกรรมไว้กับวิชาชีพเดียวเป็นข้อจำกัดที่บั่นทอนศักยภาพของระบบสุขภาพปฐมภูมิในภาพรวม

อภิปรายผล

1. รูปแบบและประเภทของนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้นใน รพ.สต. สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง ผลการวิจัยพบว่า นวัตกรรมสุขภาพชุมชนของ รพ.สต. สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรังสามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเภทหลัก ได้แก่ นวัตกรรม NCDs นวัตกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก นวัตกรรมแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาสมานาธิบำบัด และนวัตกรรมการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ นั้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Saltman, R. et al. ที่ระบุว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจะกระตุ้นให้หน่วยบริการระดับท้องถิ่นสามารถพัฒนารูปแบบการให้บริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ได้อย่างหลากหลายและสร้างสรรค์มากกว่าระบบรวมศูนย์ เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มีความเข้าใจบริบทและความต้องการของประชาชนได้ดีกว่าผู้กำหนดนโยบายส่วนกลาง (Saltman, R. et al., 2006)

ความหลากหลายของนวัตกรรมที่เกิดขึ้นยังสะท้อนให้เห็นถึงพลวัตของการเปลี่ยนแปลงที่ ศรวณีย์ อวนศรี และคณะ ได้บรรยายไว้ในงานวิจัยเรื่องความก้าวหน้าและความท้าทายของการถ่ายโอน รพ.สต. ว่าการถ่ายโอนได้ก่อให้เกิด “พื้นที่การตัดสินใจ” (Decision Space) ใหม่ที่เปิดโอกาสให้บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลสามารถริเริ่มโครงการและกิจกรรมที่ไม่เคยเป็นไปได้ภายใต้โครงสร้างการบริหารแบบรวมศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข (ศรวณีย์ อวนศรี และคณะ, 2567) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Decision Space ของ Bossert, T. J. & Beauvais, J. C. ที่ยืนยันว่าขอบเขตของอำนาจการตัดสินใจที่หน่วยงานท้องถิ่นได้รับเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดศักยภาพในการพัฒนานวัตกรรมและประสิทธิภาพของระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Bossert, T. J. & Beauvais, J. C., 2002)

นวัตกรรมด้าน NCDs โดยเฉพาะ “3 รส 3 ฤกษ์” ที่ได้รับรางวัลระดับนานาชาตินั้น สะท้อนให้เห็นว่าการบูรณาการความเข้าใจวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นเข้ากับหลักการทางระบาดวิทยาเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลสูงในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Abimbola, S. et al., 2019) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของประชากรในพื้นที่ที่มีความเชื่อมโยงกับรูปแบบการบริโภคและวิถีชีวิตเฉพาะถิ่น สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam, D. ที่ระบุว่า Health Literacy ในระดับชุมชนเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้ นวัตกรรมสุขภาพสามารถแทรกซึมเข้าสู่พฤติกรรมประจำวันของประชาชนได้อย่างยั่งยืน (Nutbeam, D., 2000)

นวัตกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก โดยเฉพาะบริการนักกายภาพบำบัดสัญจรและศูนย์ยืมคืนอุปกรณ์ทางการแพทย์ระดับตำบล สอดคล้องกับหลักการของปฏิญญาอัลมา - อาตา (World Health Organization, 1978) ที่เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพเบื้องต้นอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มประชากรที่เปราะบางและมีข้อจำกัด

ในการเดินทาง การนำบริการไปถึงบ้านแทนที่จะรอให้ผู้ป่วยมาหาถือเป็นการพลิกกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) ของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่สำคัญ และยังสอดคล้องกับแนวทางของปฏิญญาอัสตานา (World Health Organization, 2018) ที่ประกาศให้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นเป็นรากฐานของระบบสุขภาพสากล

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของนวัตกรรมสุขภาพชุมชนใน รพ.สต. สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง

ปัจจัยที่ 1 Empathy-driven Innovation: การสร้างนวัตกรรมจากความเข้าใจพฤติกรรมท้องถิ่น พบว่าในการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของ วีระศักดิ์ เครือเทพ และคณะ ที่พบว่า การถ่ายโอน รพ.สต. สู่อบจ. ได้เปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการสุขภาพจากโมเดล “เหมาโหล” ที่กำหนดจากส่วนกลางสู่การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการกำหนดทิศทางสุขภาพของตนเอง การที่บุคลากรสาธารณสุขสังเกตพฤติกรรมในระดับครัวเรือนก่อนออกแบบนวัตกรรมจึงไม่ใช่เพียงวิธีการทำงาน แต่คือ การสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมองค์กรที่ อบจ. ได้บ่มเพาะขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (วีระศักดิ์ เครือเทพ และคณะ, 2568) ทั้งนี้ Brown, T. & Wyatt, J. ได้ยืนยันว่า Design Thinking ที่เริ่มต้นจาก Empathy คือ รากฐานของนวัตกรรมที่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริงและยั่งยืนในบริบทของสุขภาพชุมชน (Brown, T. & Wyatt, J., 2010)

ปัจจัยที่ 2 Resourceful Design: การออกแบบจากทรัพยากรที่มีอยู่ สอดคล้องกับแนวคิด Frugal Innovation หรือนวัตกรรมประหยัดที่ Radjou, N. & Prabhu, J. นำเสนอไว้ว่าการสร้างนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพสูงจากทรัพยากรที่จำกัดไม่ได้เป็นเพียงการประนีประนอม แต่คือ การแสดงให้เห็นถึงความคิดสร้างสรรค์ที่แท้จริงซึ่งมักเหนือกว่านวัตกรรมที่ใช้เทคโนโลยีราคาแพง ในบริบทของ รพ.สต. สังกัด อบจ. ตรัง การใช้หินจากน้ำตกมาพอกเข้าหรือการดัดแปลงแฮนด์จักรยานเป็นด้ามแปรงสีฟัน ล้วนเป็นตัวอย่างของนวัตกรรมที่ไม่ต้องการงบประมาณพิเศษ แต่สามารถเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม (Radjou, N. & Prabhu, J., 2015) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัจฉรวาทิ ศรียะศักดิ์ และคณะ ที่พบว่า รพ.สต. ที่มีการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการสูงหลังการถ่ายโอนมักไม่ใช่หน่วยงานที่ได้รับงบประมาณมากที่สุด แต่เป็นหน่วยงานที่บุคลากรมีความสามารถในการบริหารทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างสร้างสรรค์มากที่สุด (อัจฉรวาทิ ศรียะศักดิ์ และคณะ, 2568)

ปัจจัยที่ 3 System Mastery: การเชี่ยวชาญระบบเพื่อปกป้องนวัตกรรม สอดคล้องกับข้อค้นพบของ อุดม ทุมโฆสิต และคณะ ที่ประเมินผลระบบอภิบาลสุขภาพปฐมภูมิหลังการถ่ายโอน และพบว่า หน่วยงานที่สามารถปรับตัวและดำเนินงานภายใต้ระบบการบริหารท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มักมีผู้นำที่มีความเข้าใจในโครงสร้างระเบียบท้องถิ่นและสามารถแปลงข้อจำกัดเชิงระบบให้กลายเป็นโอกาสในการพัฒนา (อุดม ทุมโฆสิต และคณะ, 2567) ทั้งนี้ Abimbola, S. et. al. ยืนยันจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจะนำไปสู่ประสิทธิภาพและความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพได้ก็ต่อเมื่อบุคลากรในหน่วยบริการมีขีดความสามารถเพียงพอในการบริหารจัดการภายใต้โครงสร้างใหม่ ซึ่งรวมถึงความสามารถในการบริหารการเงินการคลังท้องถิ่นด้วย (Abimbola, S. et al., 2019)

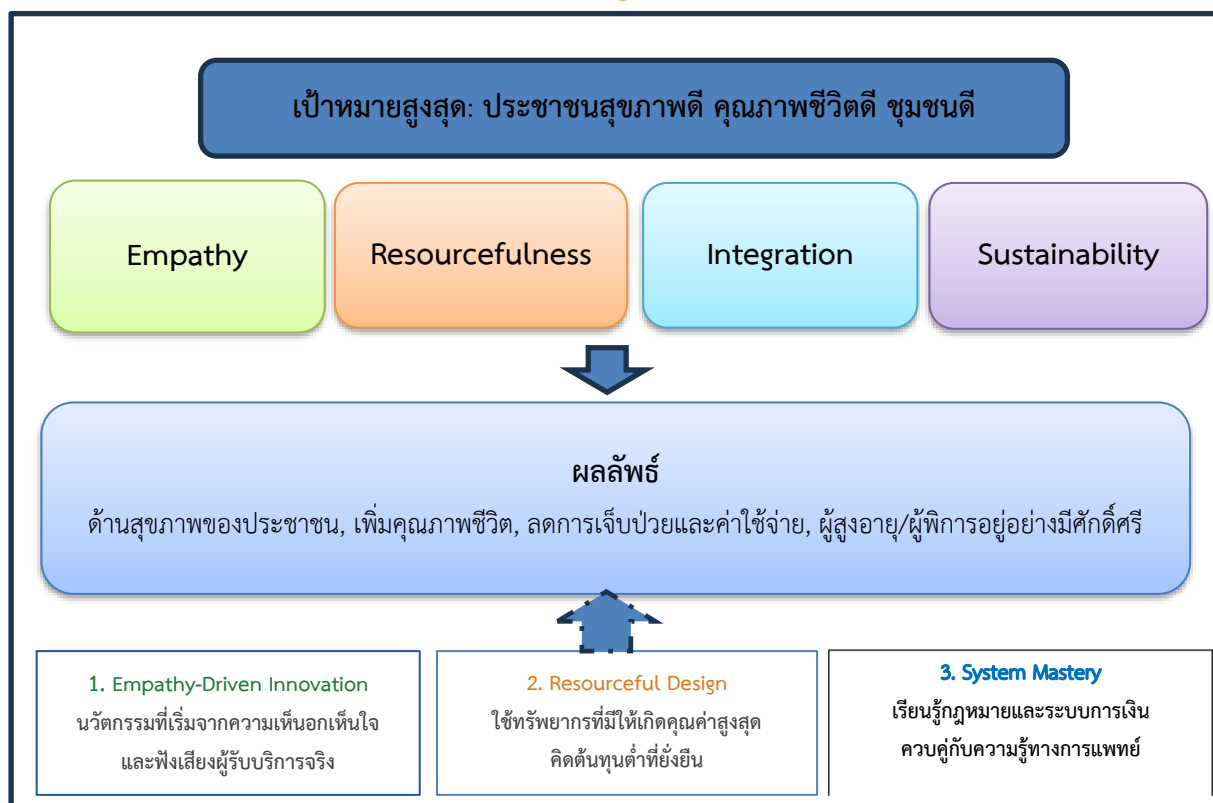
ปัจจัยเสริมด้านความคล่องตัวจากการถ่ายโอนสู่ อบจ. โดยเฉพาะอำนาจการอนุมัติงบประมาณ 100,000 บาทของผู้อำนวยการ รพ.สต. และความยืดหยุ่นของตัวชี้วัด KPI นั้น สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Decision Space ของ Bossert, T. J. & Beauvais, J. C. ที่ระบุว่าขอบเขตของอำนาจการตัดสินใจที่ขยายกว้างขึ้นในมิติการเงิน บุคลากร และการให้บริการ คือ ปัจจัยโครงสร้างที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ในการพัฒนานวัตกรรมที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่ได้อย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 254 ที่มุ่งให้ท้องถิ่นมีอำนาจในการจัดบริการสาธารณะที่ใกล้ชิดประชาชนอย่างแท้จริง (Bossert, T. J. & Beauvais, J. C., 2002)

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเสริมด้านการบูรณาการสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชนที่พบในการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นถึงพลังของการทำงานในรูปแบบเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่ วีระศักดิ์ เครือเทพ และคณะ อธิบายว่าเป็นกลไกอภิบาลสุขภาพที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งในยุคหลังการถ่ายโอน โดยเฉพาะการที่ รพ.สต. สามารถดึงภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพ (วีระศักดิ์ เครือเทพ และคณะ, 2568) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของปฏิญญาอัสตานา (World Health Organization, 2018) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิสมัยใหม่เป็นเงื่อนไขพื้นฐานของความยั่งยืน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภัชร์จิรสม์ ธัชเมฆรัตน์ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่เป็นตัวแปรสำคัญที่แบ่งแยกระหว่าง อบจ. ที่บริหาร รพ.สต. ได้อย่างมีประสิทธิภาพกับ อบจ. ที่ยังติดอยู่กับการบริหารแบบราชการตามขั้นตอนเพียงอย่างเดียว (ภัชร์จิรสม์ ธัชเมฆรัตน์, 2566)

องค์ความรู้ใหม่

งานวิจัยนี้ได้นำเสนอองค์ความรู้ใหม่ในรูปแบบ E.R.I.S. Model ซึ่งชี้ว่าความสำเร็จของนวัตกรรมสุขภาพชุมชนภายใต้การกระจายอำนาจ เกิดจากความคิดสร้างสรรค์ในการบริหารทรัพยากรจำกัด ควบคู่กับความสามารถในการปรับตัวเชิงระบบ มีเชิงปริมาณหรือเทคโนโลยีเพียงลำพัง โมเดล ประกอบด้วย องค์ประกอบสี่ด้าน ได้แก่ Empathy (ความเข้าใจปัญหาชุมชน) Resourcefulness (การบริหารทรัพยากรผ่านภาคีเครือข่าย) Integration (การบูรณาการข้ามหน่วยงาน) และ Sustainability (การวางระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน) โดยมุ่งสู่เป้าหมายร่วม คือ “ประชาชนสุขภาพดี คุณภาพชีวิตดี” ผลการศึกษาสะท้อนทั้งโอกาสด้านความคล่องตัวงบประมาณ และความท้าทายด้านกฎระเบียบและอัตราค่าจ้าง ชี้ว่าการกระจายอำนาจสุขภาพปฐมภูมิเป็นกระบวนการปรับตัวต่อเนื่อง ผู้วิจัยเสนอยุทธศาสตร์สามด้าน คือ Empathy-driven Innovation, Resourceful Design และ System Mastery ซึ่งสามารถเป็นกรอบแนวทางให้หน่วยบริการปฐมภูมิอื่นที่อยู่ระหว่างการถ่ายโอนในลักษณะเดียวกันต่อไป



ภาพที่ 1 โมเดลนวัตกรรมสุขภาพชุมชนภายใต้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (E.R.I.S. Model)

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาวัฒนธรรมสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 คน ผลการวิจัยพบว่า นวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้นสามารถจำแนกได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและโรคเรื้อรัง การฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก การแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาท้องถิ่น และการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยนวัตกรรมที่ประสบความสำเร็จมีปัจจัยร่วมตามโมเดล ERIS คือ ความเข้าใจวิถีชีวิตของคนในพื้นที่อย่างลึกซึ้ง การออกแบบแก้ปัญหาด้วยทรัพยากรท้องถิ่นต้นทุนต่ำแต่ประสิทธิผลสูง และความสามารถบริหารจัดการภายใต้ระเบียบการเงินการคลังท้องถิ่น ทั้งนี้ ความคล่องตัวด้านงบประมาณของ อบจ. เอื้อต่อการเกิดนวัตกรรม แต่ยังพบอุปสรรค ได้แก่ เพดานงบบุคลากรร้อยละ 40 ภาระงานระบบ e-LAAS และการโอนถ่ายสินทรัพย์ที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเสนอให้จัดตั้งกองทุนนวัตกรรมสุขภาพท้องถิ่น ปรับเกณฑ์งบบุคลากร พัฒนฐานข้อมูลนวัตกรรมระดับจังหวัด จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และศึกษาบทบาทเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อรองรับการพัฒนาสู่ยุคสุขภาพดิจิทัลต่อไป



กิตติกรรมประกาศ

บทความฉบับนี้เรียบเรียงจากผลการวิจัยในโครงการ “การบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง” ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตตรัง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (รหัสโครงการ CAM6803009S)

เอกสารอ้างอิง

- เกษศิริพันธ์ สมแก้ว. (5 มี.ค. 2569). นวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้นใน รพ.สต. (พิเชตวุฒิ นิลละออ, ผู้สัมภาษณ์) นกัสนันท์ รอดริน. (2 มี.ค. 2569). นวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้นใน รพ.สต. (วิสุทธินิ ธาณิรัตน์, ผู้สัมภาษณ์)
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570). (2569). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 258 ง หน้า 1-143 (1 พฤศจิกายน 2565).
- พิเชษฐ ศักดิ์แสง. (2 มี.ค. 2569). นวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้นใน รพ.สต. (วิสุทธินิ ธาณิรัตน์, ผู้สัมภาษณ์) ภัทร์จิรสม์ ธัชเมฆรัตน์. (2566). รายงานผลการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. ใน รายงานการวิจัย. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. (2560). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134 ตอนที่ 40 ก หน้า 1-90 (6 เมษายน 2560).
- ลัดดาวัลย์ ถิ่นนัยธร. (28 ก.พ. 2569). นวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้นใน รพ.สต. (วิสุทธินิ ธาณิรัตน์, ผู้สัมภาษณ์) วีระศักดิ์ เครือเทพ และคณะ. (2568). จากรูปแบบเหมาโหลสู่การมีส่วนร่วมของชุมชนและกลไกอภิบาลสุขภาพ ในการจัดบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารการบริหารท้องถิ่น, 18(4), 469-488.
- ศรวณีย์ อวนศรี และคณะ. (2567). การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของประเทศไทย: ความก้าวหน้าและความท้าทาย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 18(3), 314-330.
- สมโชค สุกุลส่องบุญศิริ. (6 มี.ค. 2569). นวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้นใน รพ.สต. (พิเชตวุฒิ นิลละออ, ผู้สัมภาษณ์) สมพล เสียมไหม. (9 มี.ค. 2569). นวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้นใน รพ.สต. (วิสุทธินิ ธาณิรัตน์, ผู้สัมภาษณ์) หนึ่งทัย สุกุลส่องบุญศิริ. (6 มี.ค. 2569). นวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้นใน รพ.สต. (พิเชตวุฒิ นิลละออ, ผู้สัมภาษณ์)
- องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง. (2566). รายงานประจำปี 2566: ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขภายหลังการรับถ่ายโอน รพ.สต. องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง. ตรัง: บริษัท ตรีการพิมพ์ จำกัด.
- อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ และคณะ. (2568). การประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 19(2), 180-193.
- อุดม ทุมโฆสิต และคณะ. (2567). การประเมินผลระบบอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ปีงบประมาณ 2566. วารสารสังคม ศาสตร์, 54(1), 80-116.

- Abimbola, S. et al. (2019). The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence. *Health policy and planning*, 34(8), 605-617. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz055>.
- Bossert, T. J. & Beauvais, J. C. (2002). Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: A comparative analysis of decision space. *Health Policy and Planning*, 17(1), 14-31. <https://doi.org/10.1093/heapol/17.1.14>.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Brown, T. & Wyatt, J. (2010). Design Thinking for Social Innovation. *Development Outreach*, 12, 29-43. https://doi.org/10.1596/1020-797X_12_1_29.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. London: SAGE Publications.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>.
- Radjou, N. & Prabhu, J. (2015). *Frugal innovation: How to do more with less*. London: Profile Books.
- Saltman, R. et al. (2006). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. United Kingdom: McGraw-hill education.
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata: International conference on primary health care*. Geneva: WHO Press.
- _____. (2018). *Declaration of Astana: Global conference on primary health care*. Geneva: WHO Press.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods*. (6th ed.). London: SAGE Publications.