

Community-Based Participatory Development of Suksala in Nan Province

Warintep Chueasamran^{1*} Thanat Baiya¹ Chaen Atachai¹ Kamonchat Chandee¹ and Wilawan Kamin¹

¹ Nan Provincial Public Health Office, Thailand

* Corresponding author. E-mail: warintep@gmail.com

ABSTRACT

This research aimed to (1) study the current situation of access to public health services in remote areas of Nan Province, (2) develop a community-based participatory health-sala model, and (3) evaluate the outcomes of the developed health-sala operation using participatory action research (PAR). Data were collected from target groups in 6 areas through in-depth interviews, focus group discussions, and questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and qualitative content analysis. The results of the research found that the health-sala operation using a community participatory approach could increase access to health services, reduce barriers related to distance, and promote community self-reliance in the long run. The results of the operation reflected the effectiveness of this approach, and key recommendations included policy support for integrating health-sala operation into the district health system.

Keywords: Development, Community Health, Community Participation

การพัฒนาสุขศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน

วารินทร์เทพ เชื้อสำราญ^{1*} ถนัด ไบยา¹ แชน อะทะไชย¹ กมลฉัตร จันทร์ดี¹ และ วิลาวัณย์ กามินทร์¹

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ประเทศไทย

* Corresponding author. E-mail: warintep@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกลของจังหวัดน่าน (2) พัฒนารูปแบบสุขศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชน และ (3) ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานสุขศาลาร่วมใจที่พัฒนาขึ้น โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย 6 พื้นที่ ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก สันทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า สุขศาลาร่วมใจที่ใช้แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดอุปสรรคด้านระยะทาง และส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของชุมชนในระยะยาว ผลลัพธ์ของการดำเนินงานสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวทางนี้ และข้อเสนอแนะสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนเชิงนโยบายเพื่อบูรณาการสุขศาลาร่วมใจเข้ากับระบบสุขภาพระดับอำเภอ

คำสำคัญ: การพัฒนา, สุขศาลาร่วมใจ, การมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชน

© 2025 JSSP: Journal of Social Science Panyapat

บทนำ

ความเหลื่อมล้ำ เป็นบ่อเกิดหรือปัจจัยเสริมของอีกหลากหลายปัญหาในสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม ความเหลื่อมล้ำเป็นปัญหาที่เรื้อรังและหากไม่มีการแก้ไขอย่างจริงจังคาดว่าสังคมไทยจะยังคงมีปัญหานี้ต่อไปในอนาคตจากกระบวนการสะสมทุนกระจุกตัวและความถ่างมากขึ้นของผลตอบแทนจากเงินเดือนค่าจ้างจากประสบการณ์ต่างประเทศซึ่งว่าการลดความเหลื่อมล้ำต้องการความมุ่งมั่นและความยินยอมของสังคมในการจัดระเบียบ เศรษฐกิจผ่านนโยบายที่สามารถลดความเหลื่อมล้ำได้จริง ซึ่งแม้บริบทสังคมการเมืองของไทยปัจจุบันกำลังเคลื่อนไปทิศทางนั้นแต่ก็ยังเป็นไปอย่างค่อนข้างช้า และยังคงตกอยู่ในกับดักนโยบายประชานิยมที่มีศักยภาพในการลดความเหลื่อมล้ำไม่มากหรือกระทั่งเพิ่มความเหลื่อมล้ำในบางนโยบาย และเมื่อผสมกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างบางประการที่เพิ่มความเสี่ยงต่อความเหลื่อมล้ำเช่นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและคนจนจึงเป็นความท้าทาย (สมชัย จิตสุชน, 2558) ทั้งนี้ปฏิเสธไม่ได้ว่าสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความอยู่ดีมีสุขของคนในสังคม และความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพกับความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ก็มักจะส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ผู้มีรายได้น้อยมีโอกาสที่จะเสียชีวิตจากโรคภัยไข้เจ็บสูงกว่าผู้มีรายได้สูง และผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีก็มีโอกาสที่จะหารายได้น้อยกว่าผู้ที่มีสุขภาพดี รัฐธรรมนูญได้กำหนดไว้ว่า คนทุกคนเป็นมนุษย์เหมือนกัน ไม่ว่าจะฐานะเช่นไร ประกอบอาชีพอะไร ก็ต่างมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่แบ่งแยก ปัญหาที่สำคัญที่สุดที่ควรพิจารณา คือ การที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งอาจเป็นเพราะข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ การกระจายตัวของสถานรักษาพยาบาล ปริมาณบุคลากร ที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลไม่สามารถเข้ารับบริการการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเทียบเคียงกับประชาชนที่อยู่ในเขตเมือง (สฤณี อาชวานันทกุล, 2554) ประชาชนในพื้นที่ชายขอบ เป็นกลุ่มประชากรที่ไม่ได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการของรัฐ มักไม่ได้รับความเป็นธรรม หรือถูกกีดกัน หรือไม่ได้รับการดูแล หรือไม่ได้รับบริการหรือความคุ้มครองจากรัฐอย่างที่คนอื่น ๆ ได้รับ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับสิทธิขั้นพื้นฐานหรือการจัดสรรทรัพยากร รวมทั้งง่ายต่อการถูกครอบงำทางความคิดและวัฒนธรรม (กาญจนา เทียนลาย และ ธีรณรงค์ สกกุลศรี, 2555) ปัญหาที่สำคัญ คือ การที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งอาจเป็น

เพราะข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ การกระจายตัวของสถานรักษาพยาบาล ปริมาณบุคลากร ที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลไม่สามารถเข้ารับบริการการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเทียบเคียงกับประชาชนที่อยู่ในเขตเมือง (สฤณี อาชวานันทกุล, 2554)

สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงมุ่งหวังให้สภานิติบัญญัติได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี ทรงมีพระราชดำริให้พัฒนาหน่วยพยาบาลที่อยู่ในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในพื้นที่ห่างไกลให้เป็น “สุขศาลา” เพื่อเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของนักเรียนและประชาชนในพื้นที่ทุรกันดารชายแดน หรือพื้นที่พิเศษในภูมิภาคต่าง ๆ และก่อให้เกิดความไว้วางใจในเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งเป็นส่วนสนับสนุนให้เกิดความมั่นคงของชาติ ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินงานคล้ายคลึงกับศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ โดยมีโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่เป็นแม่ข่ายให้คำปรึกษาผ่านระบบวิดีโอ สนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือที่จำเป็น พัฒนาศักยภาพบุคลากร รวมทั้งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็น พี่เลี้ยงแก่บุคลากรสุขศาลาพระราชทาน การจัดรูปแบบบริการด้านสุขภาพในสุขศาลาพระราชทานเริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2549 ปัจจุบันมีทั้งหมด 22 แห่ง ใน 10 จังหวัด 16 อำเภอ 53 หมู่บ้าน ให้บริการ 4,073 ครั้ง เรือน ประชากร 17,810 คน (สุขศาลาพระราชทาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

จังหวัดน่านมีพื้นที่หมู่บ้านและกลุ่มบ้าน ประมาณกว่า 40 แห่ง ที่กระจัดกระจายอยู่ตามไหล่เขาและพื้นที่ชายขอบมีความยากลำบากการเดินทางโดยเฉพาะฤดูฝนต้องอาศัยการเดินเท้าเป็นหลัก มีความเสี่ยงในการออกไปให้บริการในพื้นที่ทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุขที่มีอยู่หลายหมู่บ้านไม่มีสถานบริการสาธารณสุขอยู่ในพื้นที่ ทำให้ประชาชนเดินทางมารับบริการยากลำบากขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขที่ครอบคลุม ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอโดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ด้านวิชาชีพอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับรองรับปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทวีจำนวนมากขึ้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่เฉพาะเช่นนี้เป็นพิเศษที่แตกต่างออกไประบบปกติ เพิ่มการเข้าถึงบริการ (Accessibility) โดยในปี พ.ศ. 2560 สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มีพระราชดำริให้จัดตั้ง “สุขศาลาพระราชทาน” ในพื้นที่อำเภอปอเกลือ และอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน จำนวน 3 แห่ง คือ 1) บ้านห้วยปุด ตำบลขุนน่าน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ 2) บ้านปาก้า ตำบลดงพญา อำเภอปอเกลือ และ 3) โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เฉลิมฉลองครบรอบ 100 ปีฯ บ้านสะไล ตำบลปอเกลือเหนือ อำเภอปอเกลือ โดยมีภารกิจหลัก 3 ด้าน ได้แก่ 1) ภารกิจด้านการรักษาพยาบาล การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อผู้ป่วย 2) ภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค และ 3) ภารกิจด้านการเสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการจัดการสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการพัฒนาสุขศาลาพระราชทานจังหวัดน่าน ได้แก่ การพัฒนาบนหลักคิดการพึ่งตนเอง การกำหนดเป้าหมายร่วมและบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม การเข้าถึงบริการการยกระดับคุณภาพชีวิตของชุมชน และโครงการพระราชดำริและนโยบายที่เกี่ยวข้อง ส่วนปัญหาอุปสรรคที่ทำนายต่อการพัฒนาได้แก่ การพัฒนาอัตรากำลังคน การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีการสื่อสาร และความครอบคลุมการเข้าถึงบริการของกลุ่มบ้านบริวาร (นภดล สุตสม และคณะ, 2563) จากความสำเร็จของสุขศาลาพระราชทานทั้ง 3 แห่งสามารถพัฒนาคนในพื้นที่ให้มีความรู้และทักษะการให้บริการในเบื้องต้น ได้แก่ การรักษาพยาบาล การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพและการส่งต่อ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เน้นบริการสาธารณสุขพื้นฐาน ได้แก่ อนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ พัฒนาการ หนองพยาธิ วัคซีน การเสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการจัดการสุขภาวะชุมชน ได้แก่ น้ำสะอาด อนามัยสิ่งแวดล้อม ความมั่นคงด้านอาหาร ลดการใช้สารเคมีในชุมชนห่างไกลได้นั้น

จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญจึงสนใจที่จะนำต้นแบบทั้ง 3 แห่งไปขยายผลในพื้นที่อื่นของจังหวัดน่าน ที่เป็นพื้นที่ห่างไกลเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานด้วยการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ใช้ฐานความรู้จากสุขศาลาพระราชทาน จังหวัดน่าน 3 แห่ง เป็นต้นแบบขยายผลสู่การเป็นสุขศาลาร่วมใจ โดยกำหนดเป้าหมายการขยายผลสุขศาลาร่วมใจ จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ 1) สุขศาลาร่วมใจบ้านห้วยโตน ตำบลดงพญา อำเภอปอเกลือ 2) สุขศาลาร่วมใจบ้านน้ำจุน-ห้วยป้อ ตำบลปอเกลือเหนือ อำเภอปอเกลือ 3) สุขศาลาร่วมใจบ้านห้วยลอย ตำบลภูฟ้า อำเภอปอเกลือ 4) ศูนย์สุขภาพภูฟ้าบ้านบวอ อัม ตำบลขุนน่าน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ 5) ห้องพยาบาล รร.ตชด. บ้านห้วยลู่ ตำบลสะเนียน อำเภอเมืองน่าน และ 6) สถานือนามัยกัมมะลอบ้านน้ำป่าพัฒนา ตำบล

ภูคา อำเภอบัว และประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน 6 แห่ง ที่ขยายผลเพื่อนำข้อมูลสารสนเทศไปพัฒนา ปรับปรุง สุขศาลาร่วมใจให้มีคุณภาพ ตอบสนองการบริการประชาชนในพื้นที่ห่างไกลของจังหวัดน่าน และ ขยายผลไปสู่จังหวัดอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกลของจังหวัดน่าน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสุขศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานสุขศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน ที่พัฒนาขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ประชากร ประกอบด้วย

- 1.1.1 เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศาลา
- 1.1.2 ผู้บริหารในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- 1.1.3 ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 1.1.4 ผู้นำชุมชน และ คณะกรรมการหมู่บ้าน ใน 6 พื้นที่
- 1.1.5 แกนนำประชาชน ใน 6 พื้นที่

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

- 1.2.1 เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศาลา รวมทั้งสิ้น 14 คน
- 1.2.2 ผู้บริหารในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 6 คน
- 1.2.3 ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งสิ้น 3 คน
- 1.2.4 ผู้นำชุมชน และ คณะกรรมการหมู่บ้าน ใน 6 พื้นที่ รวมทั้งสิ้น 60 คน
- 1.2.5 แกนนำประชาชน ใน 6 พื้นที่ หมู่บ้านละ 40 คน รวมทั้งสิ้น 240 คน

2. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

มีขั้นตอนดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล ของจังหวัดน่าน

1) ศึกษาบริบทชุมชนและข้อมูลชุมชน ข้อมูลสังคมวัฒนธรรม ปฏิทินชุมชน เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การศึกษา และสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทรัพยากร ทุนด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ เพื่อเป็นพื้นฐานความเข้าใจภูมิสังคมร่วมกัน

2) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใน 6 พื้นที่ ในประเด็น

2.1 แลกเปลี่ยนปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ สถานะสุขภาพ สาเหตุการป่วย-ตายของคนในชุมชน วิเคราะห์ชุมชน ภูมิสังคม วัฒนธรรมชุมชน ศักยภาพและข้อจำกัด

2.2 แลกเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นอยู่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงระบบสุขภาพชุมชน

2.3 แลกเปลี่ยนความต้องการของชุมชน ความคาดหวังต่อการพัฒนาสุขศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชน แผนการพัฒนาร่วมกันตามบริบทพื้นที่ ใน 6 พื้นที่

3) จัดประชุมทีมวิจัยและแกนนำกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขศาลา ผู้บริหารในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน และ คณะกรรมการหมู่บ้าน ร่วมกันสรุปสถานการณ์ปัจจุบันของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล ของจังหวัดน่าน เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการยกร่างรูปแบบการพัฒนาสุขศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการพัฒนาสุขศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน

1) จัดประชุมทีมวิจัยและแกนนำกลุ่มเป้าหมาย ยกร่างรูปแบบการพัฒนาสุขศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน ในประเด็น

- การมีส่วนร่วมของชุมชน: การวางแผนดำเนินงาน ด้านโครงสร้าง อาคารสถานที่ตั้ง งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ผู้ปฏิบัติงาน บทบาทภารกิจ
- การพัฒนาศักยภาพ: ผู้ปฏิบัติงานในสุขศาลาร่วมใจ (อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ แกนนำชุมชน)
- การบริหารจัดการ: การประสานงานและการติดตามประเมินผล

2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในสุขศาลาร่วมใจ (อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ แกนนำชุมชน) ตามบริบทปัญหาและความต้องการของพื้นที่ ให้มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพ และการจัดการสุขภาพชุมชนใน 6 พื้นที่

3) สุขศาลาร่วมใจ 6 แห่ง เปิดให้บริการประชาชนตามบทบาทภารกิจที่กำหนดขึ้นมาของแต่ละแห่ง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการให้บริการ ผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

4) ทีมวิจัยและแกนนำกลุ่มเป้าหมาย ลงติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของสุขศาลาร่วมใจ ทบทวนการปฏิบัติการตามแผนทุกเดือน เพื่อให้เกิดการปรับปรุงการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ใน 6 พื้นที่

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานสุขศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน ที่พัฒนาขึ้น

1) ทีมวิจัยและแกนนำกลุ่มเป้าหมาย ติดตามเสริมพลังชุมชนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ 6 พื้นที่ ทุกเดือน

2) ประเมินผลการดำเนินงานสุขศาลาร่วมใจที่พัฒนาขึ้น ในประเด็น

- ด้านบริการ: การเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพบริการ
- ด้านชุมชน: การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและความเข้มแข็งของชุมชน
- ด้านระบบ: ความยั่งยืนของสุขศาลาและการบูรณาการกับระบบสุขภาพ

3) การจัดประชุมประชาคมหมู่บ้าน กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน ผู้ปกครองเด็ก แกนนำเยาวชน แกนนำผู้สูงอายุ หมอพื้นบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน สมาชิกอบต. เจ้าหน้าที่ประจำสุขศาลา และ รพ.สต.ในพื้นที่ ครูโรงเรียน ครูพี่เลี้ยงเด็ก ครูกศน. หมู่บ้านละ 1 ครั้ง จำนวน 40 คน เพื่อคืนข้อมูลการวิจัยและพัฒนาให้กับชุมชน

4) ผู้วิจัยสรุปข้อมูล ผลการดำเนินงานทั้ง 3 ขั้นตอน วิเคราะห์ สังเคราะห์ห่อองค์ความรู้และรูปแบบการดำเนินงานสุขศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน ที่พัฒนาขึ้น เขียนรายงานวิจัยและเผยแพร่ผลการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกบริบทชุมชนและข้อมูลชุมชน ข้อมูลสังคมวัฒนธรรม ปฏิทินชุมชน เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การศึกษา และสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทรัพยากร ทุนด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาชุมชนและบริบทที่เกี่ยวข้อง

2) กระบวนการประชุมอย่างสร้างสรรค์ ในการระดมพลังความคิด วิเคราะห์ทางเลือก และตัดสินใจเพื่อศึกษาต้องการของชุมชน ความคาดหวังต่อการพัฒนาสุขภาพาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชน แผนการพัฒนาร่วมกันตามบริบทพื้นที่ ใน 6 พื้นที่

3) บันทึกสรุปเวทีชุมชน บันทึกสรุปการอบรมเชิงปฏิบัติการ บันทึกสรุปเวทีถอดบทเรียน

4) การสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินการของชุมชน

5) แบบบันทึกการให้บริการในสุขภาพาร่วมใจ 6 แห่ง และ แบบติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของสุขภาพาร่วมใจ

6) การติดตามเสริมพลังชุมชนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ 6 พื้นที่

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

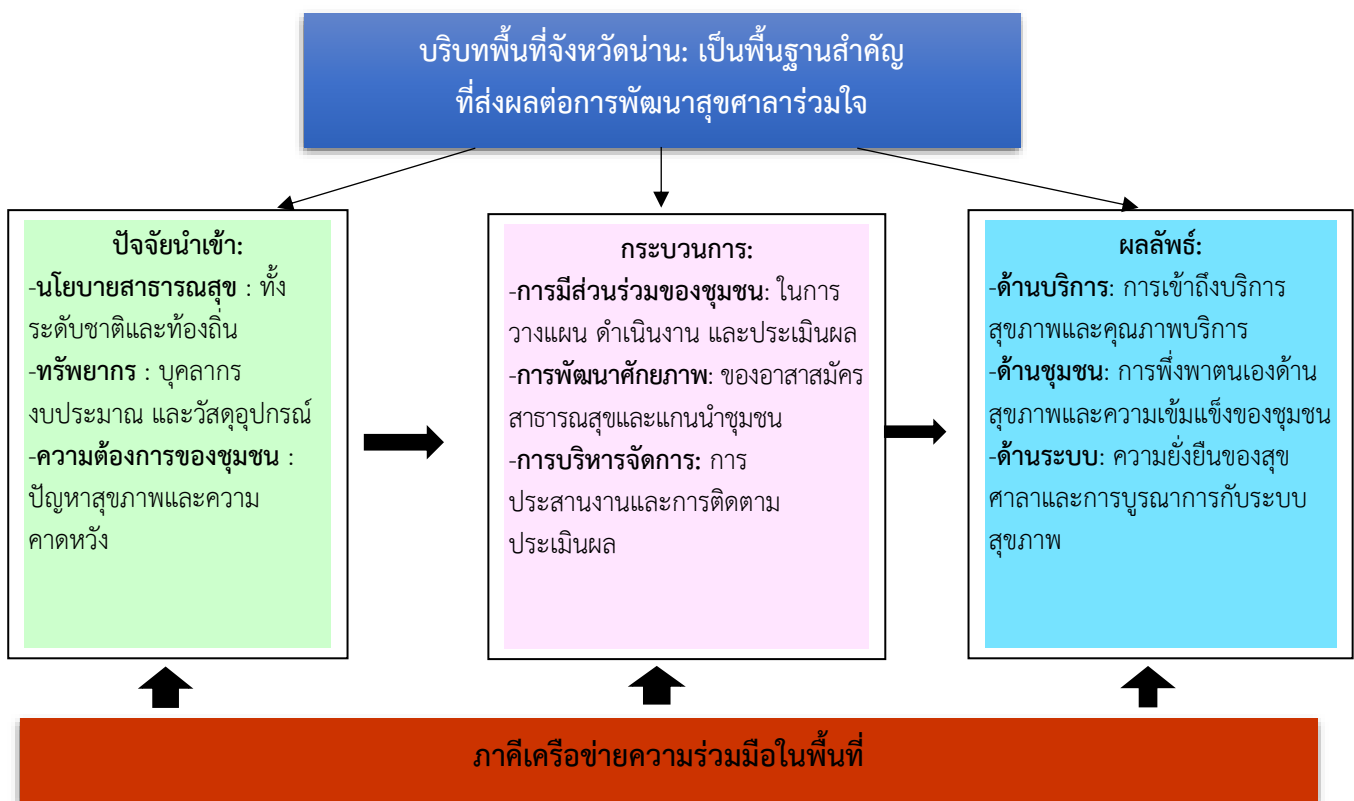
การดำเนินงานสุขภาพาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) ข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสร้างข้อสรุป

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการแลกเปลี่ยน การระดมสมอง การสังเกต และการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสร้างข้อสรุป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยการพัฒนาสุขภาพาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัย พบว่า

1. สถานการณ์ปัจจุบันของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล ของจังหวัดน่าน

สถานการณ์ปัจจุบันของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล ของจังหวัดน่าน พบว่า ในพื้นที่ทุรกันดาร ห่างไกลของจังหวัดน่าน ประกอบด้วยพื้นที่เป้าหมายจำนวน 6 แห่ง คือ 1) บ้านห้วยโตน ตำบลดงพญา อำเภอบ่อเกลือ 2) บ้านน้ำจุ่น-ห้วยป้อ ตำบลบ่อเกลือเหนือ อำเภอบ่อเกลือ 3) บ้านห้วยลอย ตำบลภูฟ้า อำเภอบ่อเกลือ 4) บ้านบวักอ้อม ตำบลขุนน่าน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ 5) บ้านห้วยลู่ ตำบลสะเนียน อำเภอเมืองน่าน และ 6) บ้านน้ำปัวพัฒนา ตำบลภูคา อำเภอปัว จังหวัดน่าน มีการจัดระบบบริการสาธารณสุขในรูปแบบเฉพาะของตนเองขึ้นมาซึ่งระบบบริการนี้ไม่ได้อยู่ในระบบ โครงการของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ คือ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) ศูนย์สุขภาพ สุขศาลา เป็นการจัดการบริการ ที่เล็กกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่ใหญ่กว่าศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ดังนี้ 1) จำนวน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอโดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ด้านวิชาชีพอื่น ๆ ที่จำเป็น สำหรับรองรับปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทวีจำนวนมากขึ้น 2) การขาดความเป็นธรรมในการกระจายของบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการกระจายของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงที่มีการกระจุกตัวบางพื้นที่ เช่น กรุงเทพมหานคร ในขณะที่บางเขตพื้นที่ไม่มีบริการดังกล่าว 3) ศักยภาพของบุคลากรยังมีจำกัดในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มีความซับซ้อนมากขึ้น และต้องการความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นและชุมชน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสุขภาพศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน

จากดำเนินงานพัฒนาสุขภาพชุมชนในพื้นที่สุขภาพศาลาสามารถสังเคราะห์เป็นรูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชน พื้นที่สุขภาพศาลาจังหวัดน่าน ได้ดังนี้ การจัดการสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชนโดยใช้หลักการทำงานสาธารณสุขมูลฐาน ศาสตร์พระราชา และการพัฒนาที่ยั่งยืนด้วยการบริหารจัดการที่เน้นการพึ่งตนเอง และพึ่งพากันเองในพื้นที่ให้มากที่สุด ให้ทุกคนเป็นเจ้าของ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพศาลาระดับตำบลและอำเภอ ประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐ ทั้งปกครอง สาธารณสุข การศึกษา ศพด. เกษตร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน และประชาชน ในการกำหนดแนวทางการพัฒนา ร่วมกัน แบ่งปันทรัพยากร องค์ความรู้ บริหารจัดการร่วมกัน บริหารจัดการร่วมกันดังนี้ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน อาคารสถานที่ การจ้างเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์บริการ และจัดทีมกู้ชีพกู้ภัยตำบล ในการ รับส่งต่อผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพชีวิต 2) หน่วยงานสาธารณสุข สนับสนุนด้านการจัดระบบบริการ การพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์บริการ จัดหายาและเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ การสนับสนุนวิชาการ จัดระบบการปรึกษาส่งต่อ การเป็นพี่เลี้ยงกำกับมาตรฐานการดำเนินการ 3) ชุมชน สนับสนุนการดำเนินการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน อาคารสถานที่ การมีส่วนร่วมในการจัดบริการ การดำเนินการต่าง ๆ 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นทีมสนับสนุนด้านการ จัดบริการ หมุนเวียนมาช่วยให้บริการ และดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ และ 5) หน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ภาคเอกชน ในพื้นที่และนอกพื้นที่ เป็นหน่วยสนับสนุนการดำเนินงาน นอกจากนี้ ยังบูรณาการการทำงานและพัฒนาชุมชน ร่วมกับหน่วยงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข และการพัฒนาสุขภาพของชุมชน ซึ่งผลการพัฒนาสุขภาพศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินการพัฒนาสุขภาพศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน

พื้นที่	ข้อมูลพื้นฐาน	โครงสร้าง (Structure)	บุคลากร (Staff)	ระบบ (System)
บ้านห้วยโตน ต.ดงพญา อ.บ่อเกลือ	115 หลังคา ปชก. 565 คน อสม. 9 คน ชาติพันธุ์ลัวะ ห่างจาก รพ.สต. ดงพญา 11 กม. รพ.บ่อเกลือ 18 กม. (เป็นถนนลูกรัง 10 กม.)	อาคารก่อสร้างเสร็จ ต้น พค.64 โดยงบกองทุน/บริจาค/ อบต.	-เจ้าหน้าที่ประจำผ่าน การอบรมครบหลักสูตร 3 เดือน และปฏิบัติงาน ในพื้นที่แล้ว โดยมี อบต.เป็นคนจ้าง	เปิดให้บริการตาม ภารกิจ ตั้งแต่วันที่ 12 พค.64 ผู้รับบริการเฉลี่ย 4 คน/วัน

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินการพัฒนาสุขศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน (ต่อ)

พื้นที่	ข้อมูลพื้นฐาน	โครงสร้าง (Structure)	บุคลากร (Staff)	ระบบ (System)
บ้านน้ำจุน ต.บ่อเกลือเหนือ อ.บ่อเกลือ	2 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านน้ำจุน บ้านห้วยป่อ รวม 132 หลังคา ปชก. 591 คน อสม. 13 คน ชาติพันธุ์ลัวะ ห่างจาก รพ.สต. บ่อเกลือเหนือ 5.1 กม. รพ.บ่อ เกลือ 22 กม. (ถนนลูกรัง 4 กม.)	ปรับปรุงอาคารเดิมเสร็จ มีค.64 โดยงบกองทุน/บริจาค/ อบต. ตั้งแต่วันที่ 3 พค. 64 (เนื่องจากไฟไหม้ สนง.เมื่อ 30 ธค 64 จึง ย้ายไปให้บริการที่ กศน. ชั่วคราว) และได้เปิด ให้บริการ ณ อาคารใหม่ ที่มูลนิธิรักษ่าน่าน ก่อสร้างให้ เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2565 เป็น ต้นมา	-เจ้าหน้าที่ประจำผ่าน การอบรมครบหลักสูตร 3 เดือน และปฏิบัติงาน ในพื้นที่แล้ว โดยมี อปท.เป็นคนจ้าง กำลังสมัครเรียนต่อ อนุปริญญาสาธารณสุข ชุมชน วชช.น่าน โดย มูลนิธิรักษ่าน่าน ให้ ทุนเรียน	เปิดให้บริการตาม ภารกิจ ตั้งแต่วันที่ 3 พค.64 ผู้รับบริการ เฉลี่ย 4-5 คน/วัน
บ้านห้วยลอย ต.ภูฟ้า อ.บ่อเกลือ	98 หลังคา ปชก. 428 คน อสม. 11 คน ชาติพันธุ์ลัวะ ห่างจาก รพ.สต.ภูฟ้า 25 กม. รพ. บ่อเกลือ 37 กม.	ใช้อาคารเดิม โดยงบบริจาค	-เจ้าหน้าที่ประจำผ่าน การอบรมครบหลักสูตร 3 เดือน และปฏิบัติงาน ในพื้นที่แล้ว โดยมี อบต.ภูฟ้า เป็นคนจ้าง	เปิดให้บริการตาม ภารกิจ ตั้งแต่วันที่ 3 พค.64 ผู้รับบริการ 3-4 คน/ วัน
บ้านบวักอ้อม ต.ขุนน่าน อ.เฉลิมพระเกียรติ	84 หลังคา ปชก.353 คน อสม.16 คน ห่างจากรพ.สต.สะจุก 8.5 กม. รพ.สต.บ้านด่าน 21 กม. รพ.เฉลิมฯ 61 กม. รพ.บ่อเกลือ 40 กม.	ใช้อาคารเดิม โดยงบบริจาค	-เป็นคนในชุมชน ผ่าน การอบรมหลักสูตร พสช. 6 เดือน จากวชช. ตาก -เป็นลูกจ้างรพ.สต. ใช้ เงิน CUP จ้าง (ปัจจุบัน รพ.สต.ได้ถ่ายโอนไป สังกัดอบจ.น่าน)	เนื่องจากจนท.เดิม ลาออก ไม่ได้มีการหา คนใหม่ทดแทนจึงได้ หยุดการดำเนินการ และปรับเป็นเพียง ศูนย์ประสานงานของ หน่วยกู้ชีพกู้ภัยของ อบต.เท่านั้น ปัจจุบัน ไม่ได้ดำเนินการ บริการด้านสุขภาพ
บ้านน้ำปัวพัฒนา ต.ภูคา อ.ปัว	3 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านแจรงหลวง บ้านน้ำปัวพัฒนา บ้านตาน้อย ปชก.รวม 743 คน ชาติพันธุ์ลัวะ ห่างจากรพ.สต.ภูคา 9 กม. ทาง ลูกรังสลับคอนกรีต	ใช้อาคารเดิม โดยงบบริจาค	-เป็นคนในชุมชน ผ่าน การอบรมหลักสูตรพสช. 6 เดือน วสส. พิษณุโลก -เป็นลูกจ้างเงินบำรุงรพ. สต.แม่ข่าย (ปัจจุบันรพ.สต.ได้ถ่าย โอนไปสังกัดอบจ.น่าน)	เปิดให้บริการตาม ภารกิจ บริการทุกวันทำการ เฉลี่ย 5-6 รายต่อวัน
บ้านห้วยลู่ ต.สะเนียน อ.เมืองน่าน	19 หลังคา ปชก.78 คน อสม. 2 คน ชาติพันธุ์มลาบรี ห่างจากรพ.สต.น้ำไค้ง 22 กม. จากปากทางถนนใหญ่ 12 กม. รพ.น่าน. 42 กม.	ห้องพยาบาล อาคาร โรงเรียนตชด.	-อสม. 2 คน และรพ. สต. ออกให้บริการเป็น ครั้งคราวตามภารกิจ	รพ.สต.แม่ข่ายออก ให้บริการร่วมกับร. ตชด.และอสม. ตาม ภารกิจ ไม่ได้ให้บริการ ประจำ

3. ผลการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานสุขภาพร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่านที่พัฒนาขึ้น

การพัฒนาสุขภาพร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่านสามารถพัฒนาให้เกิดประโยชน์ได้เป็นอย่างดี และสามารถดำรงและส่งเสริมสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยใช้ฐานความรู้จากสุขภาพพระราชทานเป็นต้นแบบขยายผล โดยมีภารกิจหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ภารกิจด้านการรักษาพยาบาล การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อผู้ป่วย ภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพการควบคุม และป้องกันโรค และ ภารกิจด้านการเสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการจัดการสุขภาพในพื้นที่สุขภาพร่วมใจ 6 แห่งของจังหวัดน่าน ได้แก่ 1. สุขศาลาร่วมใจบ้านห้วยโตน ตำบลดงพญา อำเภอบ่อเกลือ 2. สุขศาลาร่วมใจบ้านน้ำจุ่น-ห้วยป้อ ตำบลบ่อเกลือเหนือ อำเภอบ่อเกลือ 3. สุขศาลาร่วมใจบ้านห้วยลอย ตำบลภูฟ้า อำเภอบ่อเกลือ 4. ศูนย์สุขภาพภูฟ้าบ้านบวอ อัม ตำบลขุนน่าน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ ปัจจุบันหยุดให้บริการ 5. ห้องพยาบาล รร.ตชด.บ้านห้วยลู ตำบลสะเนียน อำเภอเมืองน่าน และ 6. สถานีอนามัยกัมละลอ บ้านน้ำบัวพัฒนา ตำบลภูคา อำเภอปัว ส่งผลให้จังหวัดน่าน มีสุขภาพที่ให้บริการขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ห่างไกล ได้แก่ การดำเนินงานด้านการรักษาพยาบาล การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อผู้ป่วย คือพัฒนาคนในชุมชนให้เป็นเจ้าหน้าที่ประจำสุขภาพให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ การรักษาทางไกล และส่งต่อผู้ป่วยกรณีเกินศักยภาพไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาช่วยปฏิบัติงาน และพาออกเยี่ยมบ้าน ตามแผนของรพ.สต.แม่ข่ายผลการดำเนินงาน

การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค คือ การดำเนินงานของสถานบริการสุขภาพร่วมใจร่วมกับรพ.สต.และอบต.ที่เลี้ยง ให้บริการงานอนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ พัฒนาการเด็ก การส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Preschool Parenting Program ; Triple-P) สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคควบคุมโรคหอนอนพยาธิส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ ยังบูรณาการการทำงานและพัฒนาชุมชนร่วมกับหน่วยงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข และการพัฒนาสุขภาพของชุมชน เกิดการประสานบูรณาการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดน่าน

อภิปรายผล

สถานการณ์ปัจจุบันของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกลของจังหวัดน่าน พบว่า การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของพื้นที่ชายขอบจังหวัดน่านยังขาดโอกาสและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเพราะเป็นพื้นที่ทุรกันดารที่ห่างไกลของจังหวัดน่าน ประกอบด้วยพื้นที่เป้าหมายจำนวน 6 แห่ง คือ 1) บ้านห้วยโตน ตำบลดงพญา อำเภอบ่อเกลือ 2) บ้านน้ำจุ่น-ห้วยป้อ ตำบลบ่อเกลือเหนือ อำเภอบ่อเกลือ 3) บ้านห้วยลอย ตำบลภูฟ้า อำเภอบ่อเกลือ 4) บ้านบวอ อัม ตำบลขุนน่าน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ 5) บ้านห้วยลู ตำบลสะเนียน อำเภอเมืองน่าน และ 6) บ้านน้ำบัวพัฒนา ตำบลภูคา อำเภอปัว จังหวัดน่าน มีการจัดระบบบริการสาธารณสุขในรูปแบบเฉพาะของตนเองขึ้นมาซึ่งระบบบริการนี้ไม่ได้อยู่ในระบบโครงการของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ คือ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) ศูนย์สุขภาพ สุขศาลา เป็นการจัดการที่เล็กกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่ใหญ่กว่าศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) การเดินทางเข้าถึงลำบาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอโดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ด้านวิชาชีพอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับรองรับปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทวีจำนวนมากขึ้น การขาดความเป็นธรรมในการกระจายของบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการกระจายของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงที่มีการกระจุกตัวบางพื้นที่ เช่น กรุงเทพมหานคร ในขณะที่บางเขตพื้นที่ไม่มีบริการ ศักยภาพของบุคลากรยังมีจำกัดในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มีความซับซ้อนมากขึ้นจึงต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และความร่วมมือของชุมชน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้อจำกัดด้านการคมนาคมที่ยากลำบาก การตั้งอยู่ในพื้นที่ป่าไม้ และความจำเพาะของวัฒนธรรมความเชื่อของตนเอง ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการ ทางสังคม และบริการของรัฐในด้านต่าง ๆ ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคม โดยเฉพาะด้านรักษาพยาบาลและการสาธารณสุขซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตซึ่งสอดคล้องกับ สุปรานี สิทธิกันต์ และดารุณี จงอุดมการณ์ (2563) ได้ศึกษาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้มีรายได้น้อยในชุมชนเมือง พบว่า ประเด็นปัญหา

อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพพระดั่งปฐมภูมิตามความเชื่อและการรับรู้ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ความเชื่อทางด้านการแสวงหาการรักษาทางสุขภาพ รายได้ครอบครัว ความไม่ครอบคลุมในการจัดบริการสุขภาพตามปัญหาและความต้องการ ผู้ให้บริการไม่เพียงพอ ข้อค้นพบนี้สามารถนำไปสู่การสร้างข้อเสนอเพื่อพัฒนาแนวทางการให้บริการสุขภาพพระดั่งปฐมภูมิที่สนองตอบต่อปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ มีความครอบคลุมทุกมิติและเป็นองค์รวมให้สอดคล้องกับวิถีความเชื่อและการรับรู้ในบริบทสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่

ผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสุขภาพศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน พบว่าการพัฒนาสุขภาพศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน เป็นการขยายแนวคิดจากการดำเนินการสุขภาพศาลาพระราชทานไปดำเนินการในพื้นที่ห่างไกลอื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เริ่มตั้งแต่การศึกษาบริบทภูมิสังคมแล้วร่วมกันสร้างข้อมูลความรู้ สืบสานทุนชุมชน ภูมิปัญญาที่มีอยู่ นำมาเป็นต้นทุนการสร้างการเรียนรู้และพัฒนาชุมชนร่วมกัน กำหนดเป็นแผนที่จะพัฒนาร่วมกัน มีการบริหารจัดการร่วมกันของชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข กศน. โรงเรียน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นการพึ่งพาตนเองเป็นสำคัญ ภายใต้ระบบสังคมวัฒนธรรม ความสัมพันธ์ภูมิปัญญา ความเชื่อ การศึกษาและการพัฒนาคนทั้งในระบบและนอกระบบ ระบบเศรษฐกิจชุมชนในการทำมาหาเลี้ยงชีพทั้งแบบดั้งเดิมและแผนใหม่ และระบบสิ่งแวดล้อมโครงสร้างพื้นฐาน ทั้งดิน น้ำ ป่า คน และชุมชน เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของคนในชุมชน รูปแบบการพัฒนามีขั้นตอนสำคัญดังนี้ 1) การทำความเข้าใจกับชุมชนผ่านเวทีประชาคมหมู่บ้านกำหนดแนวทางการจัดตั้งหรือพัฒนาสุขภาพศาลาร่วมใจ 2) ร่วมกับผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ประจำสุขภาพ อบต. ศึกษาบริบทชุมชน ข้อมูลพื้นฐาน 3) จัดเวทีประชุมประชาคมหมู่บ้าน คัดเลือกชุมชน วิเคราะห์ศักยภาพข้อจำกัด กำหนดแนวทาง และจัดทำแผนร่วมกัน 4) นำแผนไปสู่การปฏิบัติการ จัดบริการในสุขภาพศาลาร่วมใจและในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือคนในชุมชนและหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง 5) ร่วมกันติดตามเสริมพลังและทบทวนแผนอย่างต่อเนื่อง 6) ถอดบทเรียนการดำเนินงานร่วมกัน ทั้งนี้การนำไปใช้สามารถปรับใช้ตามบริบท โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นหลักการความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ ไกรราช เทต้อม และคณะ (2560) ได้ศึกษาการพัฒนาสุขภาพศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน พบว่า ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาร่วมใจ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมการวิจัย 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนในการพัฒนา 4) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ 5) นิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานและ 6) สรุปผลถอดบทเรียนการดำเนินงาน โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพศาลาร่วมใจครั้งนี้ คือ มีการระดมทุนในการพัฒนาสุขภาพศาลาจากชุมชนให้เกิดกองทุนการดำเนินงานอย่างยั่งยืน ร่วมกับการสร้างให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในชุมชน

ผลการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานสุขภาพศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่านที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผลลัพธ์ของการดำเนินงานสุขภาพศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่านดำเนินการให้บริการตามภารกิจ โดยมีสถานบริการสุขภาพศาลาร่วมใจที่จัดตั้งขึ้น 6 แห่ง เจ้าหน้าที่ประจำสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 140 คน ได้พัฒนาศักยภาพบุคลากรหลักสูตรกลางสำหรับอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการรักษาพยาบาลและหัตถการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะด้านเทคโนโลยีโทรสุขภาพ (Telehealth) เจ้าหน้าที่สุขภาพศาลาสามารถใช้ระบบวิธีบันทึกข้อมูลผู้รับบริการด้วย VPN ระหว่าง สุขศาลา กับ รพ.สต.ที่เลี้ยงเพื่อแก้ปัญหาการปิดบริการเพื่อเดินทางไปคีย์ข้อมูล ณ รพ.สต.ที่เลี้ยงของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ศาลา ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ชุมชนใกล้เคียงสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน จำนวนทั้งสิ้น 2,793 คน อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 30 อัตราการเจ็บป่วยวิกฤตและได้รับการรักษาและส่งต่อผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 33.16 ซึ่งสอดคล้องกับ ธนิต ไบยา และวิชัย นิลคง (2564) ได้ศึกษาการพัฒนาสุขภาพชุมชนในพื้นที่สุขภาพศาลาพระราชทานอำเภอบ่อเกลือ และอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน พบว่าการพัฒนาสุขภาพของชุมชนในด้านการมีน้ำสะอาด การมีแหล่งอาหาร และอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่สุขภาพศาลาพระราชทาน ใช้หลักการเรียนรู้ร่วมกันแบบพาคิด พาทำ และพาดูตาม เริ่มตั้งแต่การศึกษาข้อมูลชุมชน กำหนดเป้าหมายการพัฒนาให้คนในชุมชนมีความอยู่ดีมีสุข ลดเสี่ยงลดโรค มีการจัดทำแผนพัฒนาร่วมกัน เกิดกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การปรับปรุงระบบกรองน้ำของชุมชน เพิ่มแหล่งอาหารในครัวเรือน การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม การรณรงค์ลดการสูบบุหรี่ดื่มสุรา ผลของการพัฒนาสุขภาพของชุมชน ทำให้ครัวเรือนมีน้ำสะอาดไว้ใช้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.36 เป็นร้อยละ 64.98 มี

แหล่งอาหารเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.96 เป็นร้อยละ 72.54 ผ่านเกณฑ์บ้านสะอาดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.45 เป็น 83.47 มีผู้เลิกสูรได้จำนวน 3 คน และเลิกบุหรี่ได้จำนวน 3 คน ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพของชุมชนในพื้นที่ห่างไกลควรให้ความสำคัญกับกระบวนการพากันคิด พากันทำ และพากันติดตาม อย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

องค์ความรู้ใหม่



ภาพที่ 2 องค์ความรู้ใหม่

สรุปผลการวิจัย

การดำเนินงานสุขภาพร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน ได้จัดตั้งสถานบริการสุขภาพร่วมใจจำนวน 6 แห่ง ดำเนินการตามภารกิจ โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 140 คน ได้ร่วมพัฒนาศักยภาพบุคลากรหลักสูตรกลางสำหรับอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการรักษาพยาบาลและหัตถการหนุนเสริมให้เจ้าหน้าที่สุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความมั่นใจในการรักษาพยาบาลสามารถให้บริการได้ต่อเนื่องพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะด้านเทคโนโลยีโทรสุขภาพ (Telehealth) เจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถใช้ระบบวิธีบันทึกข้อมูลผู้รับบริการด้วย VPN ระหว่าง สุขศาลา กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อแก้ปัญหาการปิดบริการเนื่องจากต้องเดินทางไปคีย์ข้อมูล ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลของการพัฒนาทำให้ประชาชนในพื้นที่และชุมชนใกล้เคียงได้เข้าถึงการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน จำนวนทั้งสิ้น 2,793 คน อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 30 อัตราการเจ็บป่วยวิกฤตและได้รับการรักษาและส่งต่อผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 33.16 การมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดอุปสรรคด้านระยะทาง และส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของชุมชนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 การดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน ควรส่งเสริมขยายผลเพื่อสร้างโอกาสให้กับ อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน ผู้ปกครองเด็ก แกนนำเยาวชน แกนนำผู้สูงอายุ หมอพื้นบ้าน

ปราชญ์ชาวบ้าน สมาชิก อบต. เจ้าหน้าที่ประจำสุศาลา และ รพ.สต. ในพื้นที่ ครูโรงเรียน ครูพี่เลี้ยงเด็ก ครู กศน. ในพื้นที่ ห้างไกลได้พัฒนาและยกระดับความสามารถในการทำงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาเบื้องต้นบริการสาธารณสุขที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน

1.2 ควรทบทวนและวิเคราะห์ในผลการพัฒนาสุศาลาร่วมใจอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันให้เป็นไปตามประเด็นความต้องการของยุทธศาสตร์สาธารณสุข

1.3 ควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ และสนับสนุนการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารทั้งด้านสาธารณสุขและสุศาลาร่วมใจแก่ประชาชน เพื่อเป็นการบูรณาการการสื่อสารร่วมกัน

1.4 การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกลทั้งในพื้นที่ สสข. สุศาลาพระราชทาน และสุศาลาร่วมใจ โดยการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ และ อสม.ในการให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสาร โดยเฉพาะระบบการแพทย์ทางไกลหรือ Telehealth หรือ Tele-consult เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพและการส่งต่อ

2. ข้อเสนอแนะด้านการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่เมื่อมีการศึกษาในครั้งต่อไปควรเป็นการศึกษาที่มีลักษณะ และขอบเขตในการศึกษาที่กว้างขึ้นจะเป็นประการสำคัญในการศึกษาในครั้งต่อไป

2.2 ควรทำการศึกษาวิจัยการดำเนินงานของสุศาลาร่วมใจแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่จังหวัดน่าน ในหลาย ๆ พื้นที่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน สามารถนำไปกำหนดเป็นนโยบายแผนงานและกลวิธีในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาข้อมูลบริบทของชุมชนพื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดน่าน ที่สอดคล้องกับชุมชนต้นแบบสุศาลาร่วมใจเพื่อกำหนดเป็นพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงานของโครงการของงานวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา เทียนลาย และ ชีรณรงค์ สกกุลศรี. (2555). ประชากรชายขอบ: มุมมองในเชิงประชากรและการกระจาย. ใน กุลภา วจนะสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ), *ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย*. (น. 37-58). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไกรราช เทต้อม, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และ ชีรศักดิ์ พาจันทร์. (2560). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุศาลาโดยชุมชนมีส่วนร่วมบ้านโสกนาค หมู่ที่ 8 ตำบลวังม่วง อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 36(2), 211-222.
- ณัด ไบยา และ วิชัย นิลคง. (2564). การพัฒนาสุขภาวะชุมชนในพื้นที่สุศาลาพระราชทานอำเภอบ่อเกลือ และอำเภอนเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 17(2), 5-14.
- นภดล สุตสม, ณัด ไบยา, วิชัย นิลคง, ชัยวุฒิ วันควร, ธนเสฏฐ์ สายยาโน, พิชณุ อินปา, กรภัทร ชันไชย, เพ็ญพักตร์ ภริญคำ, วิภาพร ทิพย์อำมาตย์ และ กมลฉัตร จันทร์ดี. (2563). *การพัฒนาสุศาลาพระราชทานแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่กลุ่มชาติพันธุ์ลัวะ จังหวัดน่าน* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมชัย จิตสุชน. (2558). *ความเหลื่อมล้ำในสังคมไทย: แนวโน้ม นโยบายและแนวทางขับเคลื่อนนโยบาย*. (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- สฤณี อาชวานันทกุล. (2554). *ความเหลื่อมล้ำ ฉบับพกพา*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูป (สปร.).
- สุศาลาพระราชทาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *เครือข่ายและบทบาทในการพัฒนาสุศาลาพระราชทาน*. สืบค้นจาก <http://suksala.hss.moph.go.th/pages/view/6>.
- สุปราณี สิทธิกันต์ และ ดารุณี จงอุดมการณ์. (2563) อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้มีรายได้น้อยในชุมชนเมือง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(1), 19-29.