

บทเรียนจากภาคใต้: เครื่องมือสร้างความมั่นคงทางสุขภาพผ่านนโยบายสาธารณะ Southern Thailand's Lessons: Policy Tools for Health Security

จิรัชยา เจียวก๊ก^{1,*}, ซูวารี มอซู², เพ็ญ สุขมาก³, ชนิษฎา ชูสุข⁴,
กันยารัตน์ เควียเซ่น⁵ และธัญธิดาภักดิ์ แสงทอง⁶

Jirachaya Jeawkok^{1,*}, Syuwari Morsu², Phen Sukmak³, Chanisada Choosuk⁴,
Kanyarat Kwiecien⁵ and Thanidaphat Saengtong⁶

(Received: August 14, 2025; Revised: November 13, 2025; Accepted: November 14, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ ด้านความมั่นคงทางสุขภาพ ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 12 คน ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารจัดการโครงการอย่างเป็นระบบและมีการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนช่วยให้บรรลุเป้าหมาย ในการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและนำมาตรฐานบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมไปใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง 2) ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้ความรู้ทางวัฒนธรรมส่วนอุปสรรค คือ การขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานและปัญหาด้านการสื่อสาร 3) องค์ความรู้ที่เกิดขึ้นชี้ให้เห็นว่าภูเก็ตมีศักยภาพในการพัฒนาเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมของภูมิภาค โดยเฉพาะการให้บริการที่คำนึงถึงความเชื่อและวัฒนธรรมเฉพาะกลุ่ม 4) แนวทางการพัฒนานั้นควรส่งเสริมความร่วมมือในเครือข่าย พิจารณามิติทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมในการออกแบบบริการ และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นกรอบขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพภาคใต้อย่างยั่งยืน

^{1,6} คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, ปัตตานี 94000

Faculty of Humanities and Social Sciences, Prince of Songkla University, Pattani Campus, Pattani 94000 Thailand

* Corresponding author email: jirachaya.j@psu.ac.th

^{2,3} สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่, สงขลา, 90110

Institute of Public Policy, Prince of Songkla University, Hat Yai Campus, Hat Yai 90110 Thailand

⁴ คณะการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่, สงขลา, 90110

Faculty of Environmental Management, Prince of Songkla University, Hat Yai Campus, Hat Yai 90110 Thailand

⁵ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น, 40000

Faculty of Humanities and Social Sciences Khon Kaen University, Khon Kaen 40000 Thailand

คำสำคัญ: การถอดบทเรียน ระบบและกลไกสนับสนุน การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
สร้างเสริมสุขภาพ ความมั่นคงทางสุขภาพ

ABSTRACT

This study aimed to extract lessons from the project developing systems and mechanisms to support public health policies for health promotion in Southern Thailand, with a focus on health security. Employing qualitative research methods, data were collected from 12 stakeholders through in-depth interviews and focus group discussions. The research instruments included semi-structured interview guides and focus group protocols, Data were analyzed using content analysis.

The results found that: 1) Systematic and participatory project management proved highly effective, successfully fostering collaboration in wellness tourism and facilitating the implementation of multicultural health service standards in pilot hospitals. 2) Community involvement and the application of cultural knowledge were identified as critical success factors, while a lack of inter-agency integration and communication challenges were the main obstacles. 3) The study confirms Phuket's strong potential to evolve into a regional multicultural health and wellness hub, with insights into Muslim-friendly services and local culture being vital for designing appropriate health policies; and 4) future development should emphasize strengthening network collaboration, integrating economic, social, and cultural dimensions into service design, and establishing continuous monitoring and evaluation to support participatory health policy implementation for sustainable development of the Southern health system.

Keywords: Lessons learned, Support systems and mechanisms, Public policy implementation, Health promotion, Health security

บทนำ

การพัฒนากระบวนการสุขภาพของไทยในยุคปัจจุบันได้ให้ความสำคัญกับการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นอันดับแรก โดยมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวางระบบสุขภาพ และเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานอย่างเท่าเทียม (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) อย่างไรก็ตาม เป้าหมายดังกล่าวยังไม่สามารถบรรลุผลอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากปัจจัยความเหลื่อมล้ำหลายด้าน ทั้งทางเศรษฐกิจ เช่น ปัญหาความยากจนและการกระจายรายได้ที่ไม่เท่าเทียม ทางสังคม

เช่น โอกาสทางการศึกษาและการจ้างงาน และทางสภาพแวดล้อม เช่น โครงสร้างพื้นฐานที่ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2565) โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้ที่มีบริบททางวัฒนธรรมและสังคมที่ซับซ้อนเป็นพิเศษ โดยมีลักษณะทางประชากรศาสตร์ วัฒนธรรม และเศรษฐกิจที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่นอย่างชัดเจน ประชากรในพื้นที่ประกอบด้วยกลุ่มหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ ประชากรท้องถิ่นซึ่งส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ประชากรกลุ่มนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และประชากรกลุ่มแรงงานต่างด้าวจากประเทศเพื่อนบ้าน (วรธา มงคลสืบสกุล, 2565)

ความหลากหลายทางวัฒนธรรมนี้สร้างทั้งโอกาสและความท้าทายต่อระบบบริการสุขภาพ ขณะที่ กลุ่มมุสลิมในภาคใต้มีข้อกำหนดทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่การบริโภคอาหารฮาลาล การแยกบริการระหว่างชาย-หญิง การจัดพื้นที่สำหรับการละหมาด ตลอดจนข้อห้ามในการใช้ยาบางชนิดที่มีส่วนผสมของสุราหรือสารต้องห้าม (Jeawkok, Kewsuwun, Saengtong, Laipaporn, Arrahimee & Dhammasaccakam, 2022) ในขณะเดียวกัน กลุ่มนักท่องเที่ยวและแรงงานต่างด้าวก็มีข้อจำกัดทางภาษาและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดปัญหาการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งอาจนำไปสู่การเข้าใจผิดในการดูแลสุขภาพ จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ด้านสุขภาพในภาคใต้ยังเผชิญกับความท้าทายจากปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะการพึ่งพารายได้จากการท่องเที่ยวเป็นหลัก ซึ่งมีความไม่แน่นอนสูง และการมีประชากรข้ามชาติจำนวนมากที่มักขาดการเข้าถึงระบบสุขภาพอย่างเป็นทางการ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2565) ปัญหาเหล่านี้ถูกซ้ำเติมด้วยความไม่เข้าใจในบริบททางวัฒนธรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งแม้จะมีนโยบายสุขภาพพหุวัฒนธรรมแต่ยังขาดการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ขณะที่นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และพัฒนาผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ตามหลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในภาคใต้ยังคงมีช่องว่างสำคัญในการประเมินผลลัพธ์ต่อสถานะสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทความหลากหลายทางวัฒนธรรม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2566) การประเมินนโยบายในปัจจุบันยังเน้นการรวบรวมผลการดำเนินงานกิจกรรมเป็นหลัก ขาดกรอบการประเมินที่ครอบคลุมและสะท้อนผลกระทบที่แท้จริงต่อประชาชนในพื้นที่ แม้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระยะที่ผ่านมาจะมีพัฒนาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังพบช่องว่างสำคัญในการติดตามประเมินผลที่มุ่งวัดผลลัพธ์ต่อสถานะสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพอย่างแท้จริง การประเมินนโยบายในปัจจุบันยังเน้นที่การรวบรวมผลการดำเนินงานเป็นหลัก ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยก่อนหน้าที่ชี้ให้เห็นความจำเป็นของการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่จับต้องได้ แม้จะมีจุดแข็งด้านการถอดบทเรียนและวิเคราะห์อุปสรรค (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ,

2566) แต่ก็ยังขาดกรอบการประเมินที่ครอบคลุมและสะท้อนผลกระทบที่แท้จริงต่อประชาชนในบริบทที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

ดังนั้น การพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ในประเด็นความมั่นคงทางสุขภาพ โดยการจัดบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ นักท่องเที่ยว และแรงงานต่างด้าว รวมทั้งการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม จึงเป็นความพยายามที่จะแก้ไขช่องว่างดังกล่าว ทั้งในด้านการลดความเหลื่อมล้ำทางการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสร้างคุณค่าให้กับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งปัจจัยความสำเร็จจากการดำเนินงานนี้สมควรได้รับการถอดบทเรียนอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ปัจจัยแห่งความสำเร็จ อุปสรรค องค์กรความรู้ และแนวทางการพัฒนา เพื่อเป็นต้นแบบในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ในประเด็นความมั่นคงทางสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยสำเร็จ ปัจจัยอุปสรรค ของโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ในประเด็นความมั่นคงทางสุขภาพ
3. เพื่อสกัดองค์ความรู้ที่เกิดขึ้น จากการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ในประเด็นความมั่นคงทางสุขภาพ
4. เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ในประเด็นความมั่นคงทางสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาแนวคิดและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ ดังนี้

1. แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ

ปัจจัยกำหนดสุขภาพตามนิยามของกระทรวงสาธารณสุข (2562) และวิมล บ้านพวน, ปิยวดี พิศาลรัตน์คุณ และจันจิรา ททรัพย์อารมณ์ (2567) สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยระดับบุคคล เช่น พฤติกรรมสุขภาพ อายุ และเพศ ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ยาก และ 2) ปัจจัยระดับสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ระบบเศรษฐกิจ โครงสร้างสังคม และวัฒนธรรม ที่ทำหน้าที่เป็นกลไกสนับสนุนหรืออุปสรรคต่อสุขภาพ ขณะที่ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1986) ระบุ 6 ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพที่ส่งผลเชิงลบ ได้แก่ 1) ความยากจน/หนี้สิน 2) ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ 3) ความไม่มั่นคงทางอาหาร 4) การถูกกีดกันทางสังคม 5) ที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม และ 6) เงื่อนไขการทำงานไม่เป็นธรรม อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเหล่านี้สร้างผลกระทบต่อสุขภาพระดับบุคคลถึงชุมชน (ศิลา โทหนบุตร, 2566) การแก้ไขความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ

ต้องอาศัยการปรับระบบบริการให้สอดคล้องบริบทสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และการนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ (องค์การอนามัยโลก, 2568) ดังที่ วิมล บ้านพวน และคณะ (2567) เน้นย้ำ ความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดสุขภาพและบริบทเฉพาะพื้นที่ เป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบนโยบายส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุม โดยต้องคำนึงถึงมิติเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

2. แนวคิดสังคมพหุวัฒนธรรมกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพภาคใต้

จากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมในภาคใต้จำเป็นต้องอิงหลักกฎหมายและวิชาการ โดยคำนึงถึง ความหลากหลายทางวัฒนธรรม ในมิติความเชื่อ ภาษา ศาสนา และวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ ตามพระราชบัญญัติวัฒนธรรมแห่งชาติ พ.ศ. 2553 (2553) การออกแบบบริการต้องใช้ระบาดวิทยาทางวัฒนธรรม (Cultural epidemiology) เพื่อศึกษาปัจจัยวัฒนธรรมกับสถานะสุขภาพ นำสู่บริการสอดคล้องบริบทท้องถิ่น (เจษฎา เนตะวงศ์, 2568) ความท้าทายสำคัญ คือ การจัดการความขัดแย้งทางวัฒนธรรมที่สะสม โดยเฉพาะในสามจังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งสะท้อนความล้มเหลวจากนโยบายรัฐที่ขาดความเข้าใจอัตลักษณ์ท้องถิ่น (โสวัตริ ฌ กลาง, 2564) การแก้ไขต้องเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ยอมรับความแตกต่าง และส่งเสริม บทบาทเยาวชนในพื้นที่ ให้ร่วมออกแบบบริการ (อัญชลิตา สุวรรณะชญ, 2565)

หลักการพัฒนาที่เสนอ ประกอบด้วย 3 ประการ ได้แก่ 1) ออกแบบบริการโดยคำนึงความเชื่อและวิถีชีวิตท้องถิ่น 2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมชุมชนในนโยบายสาธารณสุข และ 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านความเข้าใจวัฒนธรรม แนวทางนี้ไม่เพียงลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการและตอบสนองความต้องการประชาชนอย่างแท้จริง แต่ยังเป็นรากฐานสำคัญของการสร้าง สันติสุขที่ยั่งยืนในภูมิภาค (เจษฎา เนตะวงศ์, 2568)

3. แนวคิดปัจจัยความสำเร็จ

ปัจจัยความสำเร็จตามนิยามของ ลลิตา พิมทา และบุญช่วง ศรีธรรมาภรณ์ (2562) ซึ่งหมายถึง องค์ประกอบภายใน-ภายนอกที่เอื้อต่อการบรรลุเป้าหมาย สามารถแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการจัดการ ที่เน้นนโยบายชัดเจน ระบบสื่อสารมีประสิทธิภาพ และกระบวนการทำงานโปร่งใส เพื่อส่งผลต่อคุณภาพและความรวดเร็วของงาน (เพ็ญญา เกื้อเกตุ และภริชาติ พรหมเต็ม, 2565) 2) ปัจจัยด้านทรัพยากร ที่ต้องบริหารงบประมาณ ระยะเวลา และบุคลากรภายใต้ข้อจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความคุ้มค่า (อามีน สัสดีวงศ์, 2565) และ 3) ปัจจัยด้านผลลัพธ์ ที่วัดจากการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นผ่านผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งสะท้อนประสิทธิภาพและประสิทธิผล (สุรสิทธิ์ วชิรขจร, 2559) ขณะที่ ความสำเร็จยังต้องอาศัย สองปัจจัยเสริม นั่นคือ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและความสามารถในการปรับตัวต่อบริบทเปลี่ยนแปลง (อามีน สัสดีวงศ์, 2565) และ 2) การคำนึงถึงสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมาย (เพ็ญญา เกื้อเกตุ และภริชาติ พรหมเต็ม,

2565) ทั้งนี้ การติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพและสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืนตามเกณฑ์คุณภาพ (สุรสิทธิ์ วชิรขจร, 2559)

4. โครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ ในประเด็นความมั่นคงทางสุขภาพ

โครงการฯ นี้มีการดำเนินการโดยสถาบันนโยบายสาธารณะ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในภาคใต้ พื้นที่ดำเนินการได้แก่ โรงพยาบาลน่านร่องในจังหวัด ภูเก็ต กระบี่ นครศรีธรรมราช สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส โดยมีผลการดำเนินงานที่สำคัญ 4 ด้าน ดังนี้ 1) โครงการพัฒนาระบบสนับสนุนความมั่นคงทางสุขภาพผ่านการสร้างฐานข้อมูลเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งรัฐและเอกชน การจัดทำคู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรม และการพัฒนาช่องทางสื่อสารสาธารณะที่มีประสิทธิภาพ 2) โครงการสร้างกลไกส่งเสริมมาตรฐานบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งการส่งเสริมให้นำมาตรฐานไปใช้ในสถานพยาบาล การพัฒนาบริสุภาพที่เป็นมิตรต่อชาวมุสลิม การสร้างจุดสาธิตบริการในพื้นที่ท่องเที่ยว รวมถึงการบรรจุมาตรฐานดังกล่าวในเกณฑ์รับรอง HA ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบาย 3) การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายผ่านการฝึกอบรมเฉพาะด้านเกี่ยวกับบริการพหุวัฒนธรรม ความเข้าใจมิติทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ ตลอดจนทักษะการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม ซึ่งช่วยลดความขัดแย้งและข้อร้องเรียนด้านบริการลงได้อย่างมีนัยสำคัญ และ 4) การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของ สสส. ในฐานะผู้สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการออกแบบกิจกรรมร่วมกัน การมีส่วนร่วมพัฒนานโยบายและการสื่อสาร เชิงรุก ดังนั้น ความสำเร็จของโครงการนี้ไม่เพียงแต่แก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ แต่ยังเป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลสู่ภูมิภาคอื่นๆ ส่งผลให้ภาคใต้ก้าวสู่การเป็น “พื้นที่แห่งความสุข” อย่างยั่งยืน

5. การถอดบทเรียนสู่การเป็นนโยบายสาธารณะชุมชน

การถอดบทเรียนเป็นเครื่องมือจัดการความรู้ที่มีเป้าหมายเพื่อดึงความรู้จากการปฏิบัติ (Tacit knowledge) ออกมาเป็นแนวทางเชิงนโยบายสาธารณะ ซึ่งกระบวนการนี้เน้นการมีส่วนร่วมและสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน โดยอาศัยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การวิเคราะห์หลังปฏิบัติการ (AAR) การเรียนรู้หลังดำเนินการ (Retrospect) และการถอดบทเรียนแบบเรื่องเล่า (Storytelling) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อเสนอแนะที่เป็นรูปธรรมและปฏิบัติได้จริง (Specific Actionable Recommendations: SARs) (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา, 2563; ศุภวัลย์ พลายน้อย, 2553; จิรัชยา เจียวัก, 2568) นโยบายสาธารณะที่ดีควรเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งการถอดบทเรียนจะช่วยให้สามารถปรับปรุงวิธีการทำงานและพัฒนานโยบายให้มีความเหมาะสมกับพื้นที่มากขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563) อีกทั้งยังส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ดังนั้น การถอดบทเรียนไม่เพียง

ช่วยพัฒนานโยบายสาธารณะให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน แต่ยังคงเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการและแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องบทเรียนจากภาคใต้: เครื่องมือสร้างความมั่นคงทางสุขภาพผ่านนโยบายสาธารณะ นี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ พื้นที่ในการดำเนินการเป็นพื้นที่จังหวัดน่านของโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะฯ ได้แก่ ภูเก็ต กระบี่ นครศรีธรรมราช สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้วิจัยได้เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง ที่เป็นตัวแทนกลไกต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลไกสนับสนุน ประกอบด้วย ผู้แทนสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ สสส. ผู้แทนผู้บริหารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และผู้ทำหน้าที่เป็นกลไกสนับสนุนวิชาการ สนส.ม.อ. จำนวน 3 คน 2) กลไกขับเคลื่อน ประกอบด้วย ผู้ที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนแต่ละประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์ จำนวน 3 คน 3) กลไกสนับสนุนเชิงประเด็น ประกอบด้วย ผู้ที่ทำหน้าที่สนับสนุนแต่ละประเด็นความมั่นคงทางมนุษย์ จำนวน 2 คนต่อประเด็น 4) กลไกติดตามประเมินภายในเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา ประกอบด้วย ผู้ประเมินที่ทำหน้าที่ติดตามและประเมินภายในประเด็น 2 คน 5) กลไกการสื่อสารสาธารณะ ประกอบด้วย ผู้ที่ทำหน้าที่ติดตามและสื่อสารสาธารณะประเด็น 2 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน ซึ่งได้ข้อมูลที่อิมตัว จากการพิจารณาถึงความลึกและความชัดเจนของแต่ละประเด็นที่ไม่มีประเด็นใหม่เพิ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และ 2) แบบสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม ได้รับการพัฒนาจาก แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ผ่านเทคนิคการถอดบทเรียนทั้ง 4 ประเภท ได้แก่ การทบทวนระหว่างการศึกษาปฏิบัติ เทคนิคแผนผังผลลัพธ์ เทคนิคการเรียนรู้จากเพื่อน และเทคนิคการเรียนรู้จากตัวอย่างที่ดี (จิรัชยา เจริญวิก, 2568) มีการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เป็นรายชื่อได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา Index of item objective congruence (IOC) อยู่ในช่วง 0.67-1.00

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 วิธีการ คือ 1) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย 2) การลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย สัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนศึกษา เริ่มต้นด้วยการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกออกแบบเครื่องมือ และทดลองใช้ การลงพื้นที่ถอดบทเรียนระบบบริการ และการตรวจสอบข้อมูล

4. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านจริยธรรม เลขที่ psu.pn.2-026/68 ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การปกปิดข้อมูลและการเก็บรักษาความลับ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ อธิบายถึงสิทธิในการถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา และการถอนตัวนั้นไม่มีผลเสียใดๆ หากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามเกิดความไม่สบายใจ รู้สึกเป็นทุกข์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์มาตรวจสอบ ความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลโดยวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการศึกษา ด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive analysis method) ซึ่งเป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาสังเคราะห์และแยกเป็นประเด็นตามเนื้อหา ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) (วนิดา วาตีเจริญ, รังสรรค์ เลิศในสัตย์ และสมบัติ ทิฆมทรัพย์, 2560)

ผลการวิจัย

1. ประสิทธิภาพและประสิทธิผล ของระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ในประเด็นความมั่นคงทางสุขภาพ

ประสิทธิภาพของระบบ ในการบรรลุวัตถุประสงค์โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งประเมินจาก 3 มิติหลัก ได้แก่ 1) ระดับความร่วมมือของภาคีเครือข่าย 2) การบริหารจัดการโครงการ และ 3) ความเป็นระบบของการขับเคลื่อนงาน ผลการวิจัยพบว่าระบบมีประสิทธิภาพในระดับสูง จากการประเมินพบว่ามีความร่วมมืออย่างเข้มแข็งจากภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและเอกชน มีการแบ่งปันข้อมูลเชิงลึกและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่อง ผ่านการบริหารโครงการแบบมีส่วนร่วม ที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานเป็นไปอย่างมีระบบและบรรลุเป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนด โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า

ด้านประสิทธิผล แสดงผลสัมฤทธิ์ชัดเจน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การเกิดความร่วมมือข้ามภาคส่วน (ประชาสังคม/ธุรกิจ/รัฐ) เพื่อพัฒนาภูเก็ตเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Wellness destination) 2) การนำนโยบายพหุวัฒนธรรมไปปฏิบัติจริงในมิติการแพทย์และสุขภาพ โดยมีการเสนอนโยบายในเวทีจังหวัด และเกิดโครงการต่อเนื่องที่คาดว่าจะได้รับการสนับสนุนระยะยาว และ 3) ความสำเร็จในการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมในโรงพยาบาลนำร่อง ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการพื้นที่และมีความเป็นไปได้ด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และระบบจัดการ ดังนั้น ความสำเร็จทั้งสองมิติชี้ว่า กลไกการมีส่วนร่วมไม่เพียงเสริมประสิทธิภาพการทำงาน แต่ยังสร้างผลลัพธ์เป็นรูปธรรม ทั้งการบูรณาการนโยบายระดับจังหวัด การต่อยอดความร่วมมืออย่างยั่งยืน และการประยุกต์มาตรฐานบริการที่ตอบโจทย์บริบทท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ปัจจัยสำเร็จ ปัจจัยอุปสรรค ของโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้

2.1 ปัจจัยสำเร็จ ของโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในภาคใต้ประสบความสำเร็จจากการบูรณาการ 3 มิติหลัก ได้แก่ มิติแรก คือ การสร้างการมีส่วนร่วมเชิงลึก โดยให้ชุมชนมีบทบาทเป็นผู้ร่วมออกแบบนโยบายและกิจกรรม Wellness Destination ร่วมกับรัฐ เอกชน และผู้ประกอบการ สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) ที่นำไปสู่ความยั่งยืนแม้หลังโครงการสิ้นสุด มิติที่สองคือ การเสริมสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจระหว่างเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผ่านการรวบรวมข้อมูลเชิงนโยบายจากประชาชนและนักท่องเที่ยวโดยตรง ทำให้สามารถออกแบบบริการที่ตอบสนองความต้องการจริง และหน่วยงานนำนโยบายไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม มิติที่สามคือ การนำภูมิปัญญาและความเข้าใจในวัฒนธรรมท้องถิ่นมาเป็นฐาน ส่งผลให้บริการมีความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม (Cultural sensitivity) ลดความขัดแย้ง สร้างความเชื่อมั่น และส่งเสริมความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ

2.2 ปัจจัยอุปสรรค ของโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ในประเด็นความมั่นคงทางสุขภาพ พบว่า ประการแรก คือ ข้อจำกัดเชิงนโยบายและการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ที่ขาดกลไกเชื่อมโยงงานอย่างเป็นระบบ ประการที่สอง คือ ปัญหาความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วม เนื่องจากภาคีเครือข่ายบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดช่องว่างทางข้อมูลและขาดการเชื่อมต่อระหว่างขั้นตอนการทำงาน ประการที่สาม คือ ความท้าทายด้านการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย ที่ต้องพึ่งพาคูคลองกลางในการประสานงาน ซึ่งหากขาดความใกล้ชิดหรือความเข้าใจในพื้นที่เพียงพอ ย่อมนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนและความเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการดำเนินงาน

ปัจจัยความสำเร็จทั้งสามมิติชี้ให้เห็นว่า หัวใจของการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืนอยู่ที่การมีส่วนร่วมจริงของชุมชนและการออกแบบบริการบนฐานวัฒนธรรมท้องถิ่น ขณะเดียวกัน การแก้ไขอุปสรรคต้องมุ่งขจัดความเหลื่อมล้ำเชิงนโยบาย พัฒนากลไกประสานงานที่มีประสิทธิภาพ และสร้างระบบสื่อสารที่ลดการพึ่งพาคูคลองกลาง เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพพหุวัฒนธรรมบรรลุผลอย่างแท้จริง

3. องค์ความรู้ที่เกิดขึ้น จากการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้

3.1 มิติพื้นที่ โดยจังหวัดภูเก็ตแสดงศักยภาพโดดเด่นในการพัฒนาเป็นศูนย์กลางส่งเสริมสุขภาพระดับโลก (Wellness hub) ขณะที่โรงพยาบาลเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ เป็นต้นแบบการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมเฉพาะของประชาชนในพื้นที่ท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม

3.2 มิติสังคม ซึ่งโครงการสร้างองค์ความรู้สำคัญด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพบนฐานวัฒนธรรมท้องถิ่น (Wellness tourism) ซึ่งเน้นการใช้เอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมเป็นจุดขาย อย่งไรก็ดี

การขับเคลื่อนโครงการพัฒนาทุกด้านต้องให้ความสำคัญสูงสุดต่อ “ความต้องการตามบริบทวิถีวัฒนธรรมของชุมชน” โดยเฉพาะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากโครงการพัฒนาแล้วเปรียบเสมือนดาบสองคม การดำเนินการโดยขาดการมีส่วนร่วมและความต้องการจริงของพื้นที่อาจก่อผลกระทบเชิงลบต่อชุมชนมากกว่าผลประโยชน์

3.3 มิติความรู้/ภูมิปัญญา ได้เกิดองค์ความรู้ปฏิบัติการที่ชัดเจน 2 รูปแบบ ได้แก่ การดำเนินงานบริการสุขภาพแบบ Muslim Friendly และการจัดบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมในพื้นที่ท่องเที่ยว ซึ่งไม่เพียงตอบสนองความหลากหลายทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ แต่ยังเปิดมุมมองใหม่ให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เข้าใจบริบทและความต้องการที่ซับซ้อนของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่มากขึ้น ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์จริงและความท้าทายในการปฏิบัติงาน

องค์ความรู้ที่เกิดขึ้นทั้งสามมิตินี้ชี้ให้เห็นความสำเร็จจากการทำงานที่คำนึงถึงบริบทเฉพาะพื้นที่และชุมชน พร้อมกับเน้นย้ำความจำเป็นในการประยุกต์ใช้มาตรฐานและนโยบายอย่างยืดหยุ่นมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อสร้างประโยชน์อย่างแท้จริงและยั่งยืนต่อระบบสุขภาพพหุวัฒนธรรมในภาคใต้

4. แนวทางการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ในประเด็นความมั่นคงทางสุขภาพ

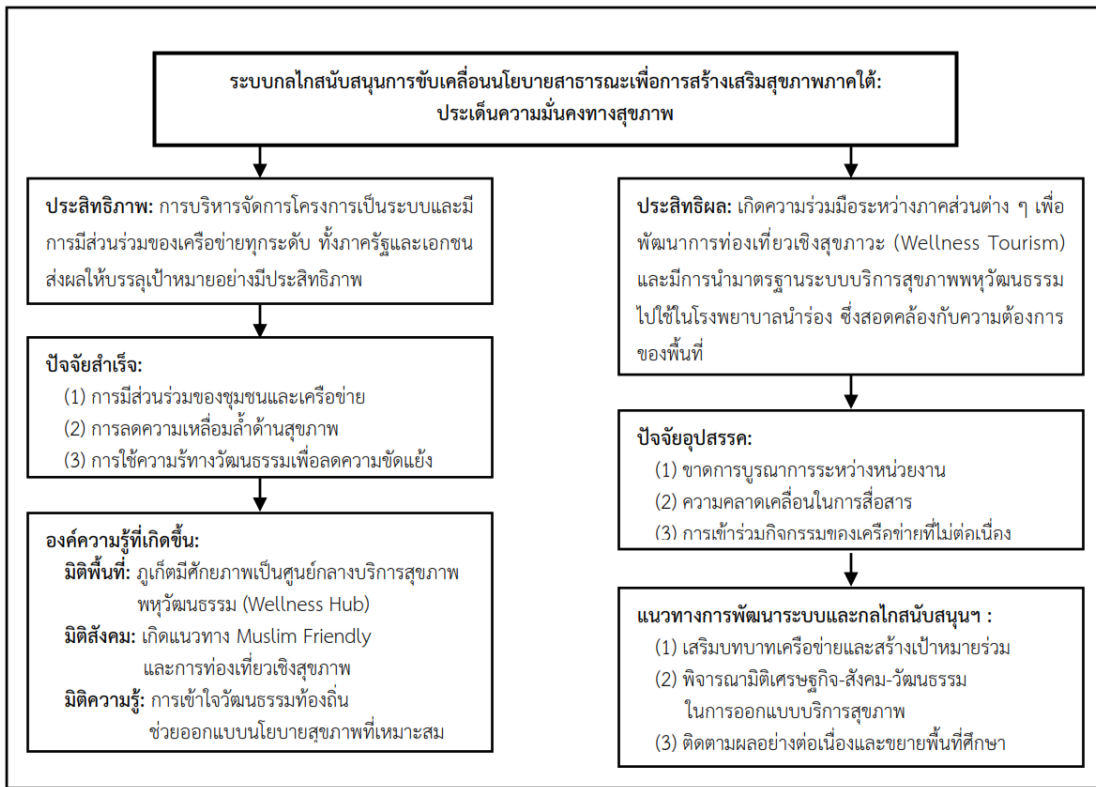
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมในภาคใต้ โดยเฉพาะพื้นที่ท่องเที่ยวเน้น 3 แนวทาง การขับเคลื่อนหลักได้แก่ 1) สร้างกลไกความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับบทบาทและบริบทของแต่ละหน่วยงาน 2) ใช้มุมมองรอบด้านทั้งเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และเข้าใจความหลากหลายของผู้ใช้บริการในการจัดการระบบ 3) ดำเนินการจัดบริการในสถานพยาบาลรัฐและเอกชนอย่างต่อเนื่อง พร้อมติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ ส่วนการพัฒนามาตรฐานสู่โรงพยาบาลน่านำร่อง เน้น 3 ยุทธศาสตร์สำคัญ ได้แก่ 1) สนับสนุนกลไกขับเคลื่อนระดับพื้นที่เพื่อบูรณาการความร่วมมือสู่เป้าหมาย 2) ยกกระดับความสำเร็จโดยนำรูปแบบมาตรฐานที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทและความต้องการเฉพาะของพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม 3) ขยายการศึกษาความต้องการและความเป็นไปได้ รวมทั้งการประยุกต์ใช้มาตรฐานในพื้นที่อื่นๆ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้บริการในบริบทที่หลากหลาย

สรุปผลการวิจัย

การขับเคลื่อนนโยบายสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ในมิติความมั่นคงทางสุขภาพ พบว่าประสิทธิภาพ บรรลุได้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและการจัดการโครงการอย่างเป็นระบบ ขณะที่ประสิทธิผล เกิดจากภาคีเครือข่ายนำนโยบายพหุวัฒนธรรมเชิงการแพทย์ไปใช้ตอบโจทย์ประชาชนและนักท่องเที่ยวต่างชาติได้จริง ปัจจัยความสำเร็จหลัก ประกอบด้วย 1) การสร้างเป้าหมายร่วมระหว่างเครือข่ายที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ 3) ความเข้าใจบริบทวัฒนธรรม-จิตวิญญาณเพื่อลดความขัดแย้ง ส่วน อุปสรรคสำคัญ

คือ ขาดกลไกบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของเครือข่ายและความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารผ่านบุคคลกลาง

องค์ความรู้ใหม่ ที่เกิดขึ้นเน้นการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพบนฐานวัฒนธรรมท้องถิ่นและบริการ Muslim Friendly ซึ่งเปิดมุมมองการเข้าใจความต้องการประชาชนและความท้าทายของบุคลากรการแพทย์ สำหรับ แนวทางการพัฒนาต่อ ต้องสร้างบทบาทเครือข่ายโดยบูรณาการมุมมองเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ขยายมาตรฐานบริการพหุวัฒนธรรมไปใช้ร่วมกับมาตรฐานสถานพยาบาลอื่น และถอดบทเรียนขยายพื้นที่ดำเนินการ โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อสร้างบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและเป็นธรรม เสริมภาพลักษณ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศ และพัฒนาชุมชนเข้มแข็งผ่านกลไกมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน



ภาพที่ 1 โมเดลการพัฒนาาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ในประเด็นความมั่นคงทางสุขภาพ

ที่มา: จิรัชยา เจียวัก (2568) สร้างเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2568 ณ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อภิปรายผล

1. ประสิทธิภาพของระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ พบว่า สามารถบรรลุได้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม (Participatory approach) กับภาคีเครือข่ายทุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในการบริหารจัดการโครงการอย่างเป็นระบบ สอดคล้องเป้าหมายลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของ องค์การอนามัยโลก (2568) และหลักการดำเนินงานเพื่อความคุ้มค่าสูงสุด (อามีน สัสดีวงศ์, 2565) ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก (เจษฎา เนตะวงศ์, 2568) ขณะที่ ประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนสู่การเป็น “Wellness Destination” ด้วยการมีส่วนร่วม ช่วยให้ภาคีนโยบายพหุวัฒนธรรมเชิงการแพทย์และสุขภาพไปใช้ประโยชน์ได้จริง สอดรับกับหลักการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ต้องเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ปวารณา อัจฉริยบุตร, นิตินพงษ์ ทนน้ำ, วิชชุดา มาชู และศิริวิทย์ ศิริรักษ์ (2561) ทั้งนี้ ความเป็นไปได้ในการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมในโรงพยาบาลนำร่องพิจารณาความสอดคล้องกับความต้องการพื้นที่และทรัพยากร (บุคลากร งบประมาณ การจัดการ) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการ (อามีน สัสดีวงศ์, 2565)

2. ปัจจัยความสำเร็จโครงการพัฒนาระบบสุขภาพพหุวัฒนธรรมภาคใต้ 3 มิติหลัก ได้แก่ 1) มิติพื้นที่และการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นความสำเร็จเกิดจากการสร้างเป้าหมายร่วมและการมีส่วนร่วมแท้จริงของชุมชน ซึ่งไม่เพียงให้ข้อมูลแต่ร่วมออกแบบ สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) (ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส, 2556; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) สอดคล้องหลักของ องค์การอนามัยโลก (2568) ที่เน้นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ 2) มิติด้านสังคม กล่าวถึงการพัฒนาความสัมพันธ์และจัดทำข้อมูลเชิงนโยบายจากประชาชน ช่วยให้เกิดการประยุกต์ใช้นโยบายในหน่วยงานรัฐ-เอกชนอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องแนวคิดความสำเร็จที่ก่อการเปลี่ยนแปลง (วิชุดา จิวประพันธ์, 2553) 3) มิติความรู้และภูมิปัญญา ที่เป็นการประยุกต์ความเข้าใจวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ สร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ ลดความขัดแย้ง และสร้างความเชื่อมั่น (เจษฎา เนตะวงศ์, 2568) อย่างไรก็ตามข้อจำกัดนโยบาย การบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ขาดกลไกประสานงานที่มีประสิทธิภาพ และปัญหาการสื่อสาร ซึ่งขัดหลักบูรณาการระบบขององค์การอนามัยโลก (2568) การแก้ไขต้องเสริมสร้างกลไกประสานงาน พัฒนาระบบสื่อสาร และส่งเสริมการมีส่วนร่วมต่อเนื่อง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมอย่างแท้จริง

3. ความรู้ที่เกิดขึ้นในการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในภาคใต้ พบว่า 1) มิติพื้นที่และวัฒนธรรม มีการจัดบริการสุขภาพในรัฐและเอกชนต้องคำนึงถึงบริบทวัฒนธรรมที่หลากหลาย โดยสอดคล้องกับใช้แนวคิดระบบชาติวิทยาทางวัฒนธรรม ในการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (เจษฎา เนตะวงศ์, 2568) 2) มิติสังคม มีการออกแบบมาตรฐานบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมในโรงพยาบาลเกาะลันตาให้สอดคล้องชุมชน ซึ่งสัมพันธ์กับ พระราชบัญญัติวัฒนธรรมแห่งชาติ พ.ศ. 2553 ที่ให้มีการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ต้องศึกษาความต้องการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามวิถีวัฒนธรรมท้องถิ่น 3) มิติความรู้/ภูมิปัญญา

เป็นการดำเนินงานแบบ Muslim Friendly และการแลกเปลี่ยนมุมมองระหว่างบุคลากรการแพทย์กับกลุ่มเป้าหมายเป็นการช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในความหลากหลายทางวัฒนธรรม (โสวัตวี ณ ถลาง, 2564) โดยข้อค้นพบหลัก ซึ่งให้เห็นศักยภาพของภูเก็ตในการเป็นศูนย์กลางบริการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก (Wellness hub) โดยต้องผนวกมิติวัฒนธรรมเข้ากับนโยบายสุขภาพอย่างเป็นระบบ

4. แนวทางการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ มีรายละเอียดดังนี้ 1) กลไกความร่วมมือ โดยใช้หลัก “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” เพื่อสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาคีเครือข่ายทุกระดับ เน้นการสะท้อนบทบาทหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (พิรุฬห์ ศิริทองคำ, วิลาวัลย์ บุญประกอบ, นาวัน พรหมใจสา และ รัชณี มิตกิตติ, 2561) ซึ่ง ญัฎฐาพงศ์ อภิโชติเดชาสกุล และกัลยาภัทร์ อภิโชติเดชาสกุล (2567) ได้การขยายความถึงเครือข่ายทั้งแนวตั้งและแนวราบอาศัยความสัมพันธ์การแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ร่วมกัน ทั้งที่สมดุลและไม่สมดุล โดยความยั่งยืนของเครือข่ายขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างสมาชิกเป็นสำคัญ 2) การจัดการระบบสุขภาพพหุวัฒนธรรม ใช้การบูรณาการมุมมองเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม (องค์การอนามัยโลก, 2568) ด้วยหลักธรรมาภิบาล เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม/สังคม (กระทรวงสาธารณสุข, 2562; วิมล บ้านพวน และคณะ, 2567) 3) การติดตามและต่อยอด เป็นการดำเนินการประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อความคุ้มค่าและประสิทธิภาพ (อาหมิน สัสดีวงศ์, 2565) พร้อมสร้างเครื่องมือสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นและกระบวนการเรียนรู้สำหรับบุคลากรชุมชนอย่างยั่งยืน ผ่านการมีส่วนร่วมเชิงบูรณาการ (อัครลักษณ์ ราชพลสิทธิ์, 2568) แนวทางทั้งหมดมุ่งสร้างระบบสุขภาพที่ตอบโจทย์บริบทพหุวัฒนธรรมของภาคใต้ อย่างเป็นองค์รวม สรุปได้ว่า การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในภาคใต้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและความเข้าใจในความหลากหลายทางวัฒนธรรม เพื่อสร้างระบบบริการที่ยั่งยืนและเป็นธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

1.1 ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ได้แก่ 1) ขยายบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมทั่วภาคใต้ 2) ฝึกอบรมบุคลากรด้านมิติวัฒนธรรม-ศาสนา 3) ลดความเหลื่อมล้ำด้วยระบบข้อมูลที่คำนึงถึงความหลากหลาย

1.2 ข้อเสนอต่อการท่องเที่ยว ได้แก่ 1) ผลักดันภูเก็ตเป็น Wellness hub โดยบูรณาการบริการพหุวัฒนธรรม 2) พัฒนาสถานบริการสุขภาพสำหรับนักท่องเที่ยวต่างชาติ

1.3 ข้อเสนอต่อกระทรวงมหาดไทย/ท้องถิ่น ได้แก่ 1) สนับสนุนชุมชนมีส่วนร่วม ออกแบบนโยบาย 2) จัดตั้งคณะทำงานบูรณาการหน่วยงานสาธารณสุข-ท้องถิ่น

1.4 ข้อเสนอต่อ สสส./การศึกษา ได้แก่ 1) สนับสนุนวิจัยและพัฒนาหลักสูตรการแพทย์บูรณาการวัฒนธรรม 2) สร้างเครือข่ายวิชาการทั้งในพื้นที่ และนอกพื้นที่ดำเนินการโครงการฯ

1.5 ข้อเสนอต่อภาคเอกชน/ประชาสังคม ได้แก่ 1) จัดเวทีระดมสมองออกแบบบริการ สอดคล้องความต้องการ 2) รมรณรงค์สร้างความตระหนักในการให้บริการสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความหลากหลาย ทั้งเชื้อชาติ ศาสนา

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การยกระดับความสำเร็จจากการพัฒนาแนวทางและการนำเสนอรูปแบบการขับเคลื่อน มาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมไปประยุกต์ใช้ร่วมกับมาตรฐานของสถานพยาบาลในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม รวมถึงตอบสนองต่อความต้องการและความเป็นไปได้ตามบริบทของพื้นที่นั้นๆ

2.2 การขยายพื้นที่ในศึกษาความต้องการและความเป็นไปได้ รวมถึงการประยุกต์ใช้ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพพหุวัฒนธรรมในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อการแลกเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ สุขภาพในบริบทพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ รวมถึงใช้การวิจัย เชิงปริมาณเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงสถิติสนับสนุน

กิตติกรรมประกาศ

การถอดบทเรียนนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมจากสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์ และวิเทศสัมพันธ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการการขับเคลื่อนงาน ของภาคีสุขภาพะในภาคใต้ ซึ่งดำเนินโครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย สาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ ตามข้อตกลงเลขที่ 67-E1-0105 โดยสถาบันนโยบาย สาธารณะ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในภาคใต้ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะการจัดการ สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น คณะผู้วิจัยขอขอบคุณในความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ บุคลากร และพื้นที่ศึกษาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ระหว่าง องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) และกระทรวงสาธารณสุข (รพ.สต.)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุขและกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น.

_____. (2566). *แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)*. นนทบุรี: สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข.

กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2566). *แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570)*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.

จิรัชยา เจียวกิก. (2568). *เทคนิคการพัฒนาชุมชน*. ปัตตานี: โรงพิมพ์ฝ่ายเทคโนโลยีทางการศึกษา สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- จุฑารัตน์ สติรปัญญา. (2563). *การถอดบทเรียน (Lessons Learned)*. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2568, จาก http://hsmi2.psu.ac.th/upload/forum/paper_1516_5f0ab2d5b40955f0ab2.pdf
- เจษฎา เนตะวงศ์. (2568). *เมื่อ “พื้นที่คุ้มครองวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์” ...ได้ปรากฏ*. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2568, จาก <https://www.sac.or.th/portal/th/article/detail/704>
- ณัฐภาพงศ์ อภิโชติเดชาสกุล และกัลยาภัทร์ อภิโชติเดชาสกุล. (2567). รูปแบบความสัมพันธ์ของเครือข่ายพลัง “บวร” กับความมั่นคงทางอาหาร. *วารสารพิพัฒน์สังคม*, 1(2), น. 35-50. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2568, จาก <https://so15.tci-thaijo.org/index.php/jsdrp/article/view/836>
- ปวารณา อัจฉริยบุตร, นิตินพงษ์ ทนน้ำ, วิชชุตตา มาชู และ ศิริวิทย์ ศิริรักษ์. (2561). *การยกระดับมาตรฐานการบริการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต* (รายงานผลการวิจัย). ภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
- พระราชบัญญัติวัฒนธรรมแห่งชาติ พ.ศ. 2553. (12 พฤศจิกายน 2553). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 127 ตอนที่ 69ก. หน้า 29-38.
- พิรุฬห์ ศิริทองคำ, วิลาวัลย์ บุญประกอบ, นาวิณ พรหมใจสา และ รัชณี มิตกิตติ. (2561). รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับท้องถิ่นในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ*, 11(3), น. 398-408. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2568, จาก https://so04.tci-thaijo.org/index.php/social_crru/article/view/240337
- เพ็ญญา เกื้อเกตุ และภุชชาติ พรหมเต็ม. (2565). ผลกระทบของสมรรถนะที่จำเป็นต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานของพนักงานบัญชีในยุคความปกติใหม่. *วารสารวิทยาการจัดการและการบัญชี*, 1(1), น. 47-63. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2568, จาก https://so07.tci-thaijo.org/index.php/JMSA_FMS_URU/article/view/624
- ลลิตา พิมพ์า และบุญช่วง ศรีธรรมราช. (2562). ผลกระทบของจริยธรรมทางการบัญชีที่มีต่อความสำเร็จในการทำงานของนักบัญชีบริษัทในจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารการจัดการธุรกิจมหาวิทยาลัยบูรพา*, 8(2), น. 119-141. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2568, จาก <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/BJBM/article/view/207537>
- วนิดา วาติเจริญ, รังสรรค์ เลิศในสัตย์ และสมบัติ ทีฆทรัพย์. (2560). *ระเบียบวิธีวิจัยจากแนวคิดทฤษฎีสู่ภาคปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- วรธา มงคลสืบสกุล. (2565). การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของไทย: ภาพสะท้อนและความเหลื่อมล้ำของกลุ่มเปราะบางทางสังคม. *คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์*, 6(1), น. 55-69. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2568, จาก <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/saujournalssh/article/view/257255>

- วิชุดา จิวประพันธ์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานของพนักงานศูนย์ปฏิบัติการเอกสารสัญญา ธนาकरกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) (รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร). สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2568, จาก <http://www.mis.ms.su.ac.th/MISMS02/PDF01//2553/MBA/78.pdf>
- วิมล บ้านพวน, ปิยวดี พิศาลรัตน์คุณ และจันจิรา ทรัพย์อาภรณ์. (2567). ปัจจัยกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 9(4), น. 632-648. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2568, จาก <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSA/article/view/268867>
- ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. (2556). การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย: ความสำเร็จและความท้าทาย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิลา โทณบุตร. (2566). ปัจจัยกำหนดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุระดับภูมิภาคในประเทศไทย (วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร). สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2568, จาก <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5794/3/SilaTonboot.pdf>
- ศุภวัลย์ พลายน้อย. (2553). นานาวิทยาการถอดบทเรียนและการสังเคราะห์ความรู้ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิง.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา สร้างจุดเปลี่ยนพัฒนาประเทศ*. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2568, จาก <https://www.thaihealth.or.th/ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อน>
- _____. (2566). *แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2565). *นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม*. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2568, จาก <https://infocenter.nationalhealth.or.th/?p=19168>
- สุรสิทธิ์ วชิรขจร. (2559). การประเมินการดำเนินงานของสภาองค์กรชุมชน. *วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 11(2), น. 1-28. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2568, จาก <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/HUSOTSU/article/view/167648>
- โสวัตรี ณ ถลาง. (2564). *แนวความคิดและทฤษฎีมานุษยวิทยา*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- องค์การอนามัยโลก. (2568). *ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2568, จาก https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tb_1
- อัญชลิตา สุวรรณะชญ. (2565). ทฤษฎีพหุวัฒนธรรมนิยม ของ ชาร์ลส เทย์เลอร์. *วารสาร มจร ปรัชญาปริทรรศน์*, 5(2), น. 65-77. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2558, จาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/jmpr/article/view/259828>

- อัครวณิช ราชพลสิทธิ์. (2568). แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านโคกสักออก หมู่ที่ 4 ตำบลโคกม่วง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. *วารสารพัฒนสังคม*, 2(1), น. 1-14. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2558, จาก <https://so15.tci-thaijo.org/index.php/jsdrp/article/view/1146>
- อามีน สัสดีวงศ์. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินโครงการการส่งเสริมและพัฒนาผู้ประกอบการธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์). สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2568, จาก https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:311514
- Jeawkok, J., Kewsuwun, N., Saengtong, T., Laipaporn, S., Arrahimee, A. & Dhammasaccakarn, W. (2022). Halal spas: Local wisdom and identities of Langkasuka wellness services. *Journal of Positive School Psychology*, 6(6), pp. 1462-1476. Retrieved August 2, 2025, from <https://journalppw.com/index.php/jpsp/article/view/7346>
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. Retrieved August 2, 2025, from <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>