

รูปแบบการยกระดับสุขด้วยกลไกการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้าง  
สุขภาวะที่ดี กรณีศึกษา มะขามเตี้ยแห่งความสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี \*  
A Participatory Model for Enhancing Well-being: A Case  
Study of ‘Makham Tia of Happiness’  
in Surat Thani Province

ศิริพร เพ็งจันทร์<sup>1</sup> และ ชลธิชา คณาวิทยา<sup>2</sup>

Siriporn Pengjan<sup>1</sup> and Chonticha Kanavittaya<sup>2</sup>

คณะศิลปศาสตร์และวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตสุราษฎร์ธานี<sup>1</sup>

องค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย<sup>2</sup>

Prince of Songkhla University, Surat Thani Campus, Thailand<sup>1</sup>

Makham Tia Subdistrict Administrative Organization Subdistrict<sup>2</sup>

Corresponding Author, E-mail: pookubsp11@gmail.com

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการยกระดับสุขด้วยกลไกการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ดี 2) ศึกษาแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสู่การปฏิบัติ และ 3) จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ โดยใช้กรณีศึกษาตำบลมะขามเตี้ย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินกิจกรรมสุขภาวะอย่างเป็นระบบภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาคีเครือข่าย การวิจัยใช้ระเบียบวิธีผสมวิธี โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่าง 250 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้แทนภาคีที่เกี่ยวข้อง 32 ราย เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

\* ได้รับบทความ: 25 กรกฎาคม 2568; แก้ไขบทความ: 17 กันยายน 2568; ตอรับตีพิมพ์: 19 กันยายน 2568

Received: July 25, 2025; Revised: September 17, 2025; Accepted: September 19, 2025



**ผลวิจัยพบว่า** วัตถุประสงค์ที่ 1 ปัจจัยสำคัญในการยกระดับสุข ได้แก่ ศาสนาและความเชื่อ (ค่าเฉลี่ย 4.28) และแนวความคิดดำเนินชีวิต (ค่าเฉลี่ย 4.26) อยู่ในระดับสูงที่สุด รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมของประชาชน (ค่าเฉลี่ย 4.12) ซึ่งสะท้อนผ่านความภาคภูมิใจ ประโยชน์ร่วมของชุมชน ความสัมพันธ์อันดี และกลไกประชาคมที่เอื้อต่อการออกแบบกิจกรรมร่วมกัน การขับเคลื่อนสุขภาวะเกิดขึ้นทั้งเชิงโครงสร้างและเชิงประเด็น เช่น กิจกรรมเยาวชน การพัฒนาศักยภาพแกนนำ การดูแลผู้สูงอายุและการคัดกรองสุขภาพโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การคืนผลลัพธ์ข้อมูล การจัดการขยะโดยองค์การบริหารส่วนตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุข การสื่อสารอย่างต่อเนื่องของผู้นำ การสร้างความภาคภูมิใจในการเข้าร่วม และกิจกรรมฟื้นฟูความสัมพันธ์ในครอบครัว ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านสังคมและจิตวิญญาณ ความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากทุนทางสังคม ความสัมพันธ์แน่นแฟ้น และภาวะผู้นำเชิงสร้างสรรค์ สำหรับวัตถุประสงค์ที่ 2 พบว่า กลไกขับเคลื่อนหลักคือ “ชมรมมะขามเตี้ยแห่งความสุข” ซึ่งทำหน้าที่เป็นเวทีกลางในการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายภายนอก เพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน เช่น การดูแลผู้สูงอายุ ตลาดสุขภาวะ การจัดการขยะ และการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเยาวชน และส่วนผลวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 3 เสนอให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพตำบลอย่างเป็นทางการ การจัดทำแผนสุขภาวะที่อิงกับข้อมูลจริง และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากประชาชนทุกช่วงวัย เพื่อสร้างชุมชนสุขภาวะที่เข้มแข็งและยั่งยืน

**คำสำคัญ:** สุขภาวะ; การมีส่วนร่วม; ข้อมูลประชากร; กลไกชุมชน; นโยบายสาธารณะ

## Abstract

This study aimed to (1) examine the factors influencing health enhancement through participatory mechanisms, (2) investigate the participatory model of public health policy implementation, and (3) propose policy recommendations to strengthen participatory mechanisms at the local level. The case study was conducted in Makhm Tia Sub-district, Surat Thani Province, where systematic health promotion activities have been carried out under the



collaboration of local communities and multi-sectoral networks. A mixed-methods design was employed, consisting of quantitative data collected from 250 respondents and qualitative data obtained through in-depth interviews with 32 key stakeholders. Research instruments included questionnaires and interview guides, and data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

**The findings revealed that:** Objective 1 indicated that the most significant factors for health enhancement were **religion and belief** (mean = 4.28) and **life philosophy** (mean = 4.26), followed by **public participation** (mean = 4.12). Participation was reflected in community pride, shared benefits, strong social relationships, and public forums that enabled collaborative activity design. Health promotion was driven through both structural and thematic approaches, including youth activities, leadership capacity building, elderly care and health screening by the Sub-district Health Promoting Hospital, dissemination of collective results, waste management led by the Sub-district Administrative Organization and village health volunteers, continuous communication from community leaders, fostering pride in participation, and family relationship–strengthening initiatives. These factors contributed to high levels of happiness and well-being, particularly in the social and spiritual dimensions. Success was attributed to social capital, close community relationships, and creative leadership. For Objective 2, the main driving mechanism was the “**Makham Tia Happiness Club**”, which functioned as a central platform for coordinating collaboration among local administrative organizations, health services, village health volunteers, and external partners. The club organized activities tailored to community needs, including elderly care, healthy markets, waste management, and creative youth spaces. Regarding Objective 3, the study recommends establishing an official sub-district health committee, developing health plans based on local evidence, and promoting inclusive participation across all age groups to build a strong and sustainable healthy community.



**Keywords:** well-being; participation; demographic data; community mechanism; public policy

## 1. บทนำ

“ชุมชนที่มีสุขภาวะที่ดี” ตั้งอยู่บนฐานความเข้าใจว่าคุณภาพชีวิตของมนุษย์มิได้วัดจากมิติสุขภาพกายเพียงด้านเดียว แต่ต้องมีความสมดุลทั้งกาย จิต ปัญญา และวิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับมิติทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นองค์รวม (Nutbeam, 2000; World Health Organization (WHO), 1986) การมองสุขภาวะลักษณะบูรณาการทำให้ชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างสันติ สอดคล้องกับแนวคิด“การสร้างเสริมสุขภาพ” (Health Promotion) และทฤษฎีระบบนิเวศทางสังคม (Social Ecological Model: McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988) ที่เน้นปัจจัยแวดล้อมหลายระดับซึ่งเกื้อหนุนต่อคุณภาพชีวิต พื้นฐานแนวคิดดังกล่าวนำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบสำคัญการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Public Policy) มุ่งให้ประชาชนในพื้นที่มีบทบาทการกำหนดปัญหา การออกแบบนโยบาย และการร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน (Kickbusch, 2010) กล่าวคือนโยบายด้านสุขภาพมิได้จำกัดอยู่ในแวดวงการแพทย์หรือสาธารณสุขเท่านั้น แต่ขยายไปสู่มิติของการยกระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชนในพื้นที่

สำหรับบริบทจังหวัดสุราษฎร์ธานีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมได้พัฒนาต่อเนื่อง โดยมีการจัดตั้งกลไกเฉพาะเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ภายใต้บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายภาคประชาชน ความหลากหลายของกลไกระดับพื้นที่สะท้อนถึงการปรับใช้แนวคิดสุขภาวะให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน โดยมีพื้นที่ต้นแบบที่โดดเด่น “มะขามเตี้ยแห่งความสุข” ที่สามารถพัฒนาโมเดลเชิงปฏิบัติการซึ่งผสานการมีส่วนร่วมของประชาชนเข้ากับการพัฒนาคุณภาพชีวิตรอบด้านเป็นตัวอย่างสำคัญของการแปลงแนวคิดทฤษฎีสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่

การก่อตัวของ “มะขามเตี้ยแห่งความสุข” มีรากฐานจากปัญหาและความท้าทายในพื้นที่ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามเตี้ย (2565) จากรายงานสถิติผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามเตี้ย ปี พ.ศ. 2565 พบว่า ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุกว่า 600–700 คน จากประชากรรวมกว่าร้อยละ 16.7 ของจังหวัด



ทำให้เกิดความจำเป็นต้องจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว เช่น การเข้าถึงสิทธิสวัสดิการ การดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ขณะเดียวกัน ตำบลยังเผชิญกับปัญหาขยะมูลฝอยเฉลี่ยวันละ 3 ตัน (ราว 70–86 ตัน/เดือน) ส่งผลให้องค์การบริหารส่วนตำบลต้องใช้งบประมาณจัดการสูงถึง 150,000–176,000 บาท/เดือน ซึ่งเป็นภาระต่อท้องถิ่น (อบต.มะขามเตี้ย, 2565) นอกจากนี้ พื้นที่ยังมีสถาบันการศึกษาขนาดใหญ่ 2 แห่ง ที่ดึงดูดนักศึกษากว่า 20,000 คน เข้ามาในพื้นที่ ทำให้มีประชากรแฝงจำนวนมาก แต่รายหัวงบประมาณไม่ได้ถูกนับรวม ส่งผลต่อข้อจำกัดด้าน บริการสาธารณะและงบประมาณ ขณะเดียวกันสภาพสังคมเมือง การขยายตัวทางเศรษฐกิจ และความเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมก็สร้างแรงกดดันให้คุณภาพชีวิตของประชาชนลดลง ด้วยสถานการณ์ดังกล่าว จึงเกิดความต้องการพื้นที่กลางของชุมชน ที่คนทุกช่วงวัยสามารถมาร่วมทำ กิจกรรม พัฒนาคุณภาพชีวิต และแก้ปัญหาพร้อมกัน โดยเฉพาะการจัดตั้งชมรมที่เป็นของคน มะขามเตี้ยโดยตรง แทนชมรมผู้สูงอายุเดิมที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการอย่างแท้จริง ภายใต้ข้อเสนอจากงานวิจัยและได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนท้องถิ่นตำบลปี พ.ศ. 2565 สำนักงานหลักประกันสุขภาพ(สปสช), (2565) และนำไปสู่การก่อตั้ง “ชมรมมะขามเตี้ยแห่งความสุข” เมื่อปี 2566 ออกแบบเป็นพื้นที่กลางเพื่อสร้างสุขภาวะร่วม ผ่านกิจกรรมที่ครอบคลุม ทั้ง 4 มิติสุข (กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ) โดยมีหลักคิดสำคัญคือ “มะขามเตี้ยแห่งความสุข ความสุขของคนมะขามเตี้ย” ที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตั้งแต่ผู้สูงอายุ เยาวชน จนถึงประชาชนทั่วไป ดังนั้น การก่อตัวของ “มะขามเตี้ยแห่งความสุข” จึงเป็นผลจากการบูรณาการปัญหาเชิงประจักษ์ (ผู้สูงอายุ, การจัดการขยะ, งบประมาณจำกัด, ประชากรแฝง) กับทุนทางสังคมและวัฒนธรรมในพื้นที่ เพื่อตอบโจทย์การสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืนและเป็น ต้นแบบการพัฒนาจากฐานราก กระบวนการขับเคลื่อนของมะขามเตี้ยเน้นการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในทุกช่วงวัย เช่น การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณค่า การส่งเสริมนันทนาการชุมชน และการเข้าถึงข่าวสารสวัสดิการอย่างทั่วถึง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง “ทุนทางสังคม” ที่มีอยู่ในชุมชน การบูรณาการของภาคีต่างๆ นำไปสู่การจัดการปัญหาและสร้างเจตจำนงร่วมในการพัฒนาชุมชน ให้เป็นพื้นที่แห่งความสุข

มะขามเตี้ยแห่งความสุข จึงเป็นพื้นที่ที่มีความสามารถในการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อน นโยบายที่สอดคล้องกับทุนทางสังคมและบริบทของพื้นที่ ความสำเร็จมาจาก 1) การมีส่วนร่วมที่แท้จริงของชุมชน 2) ความต่อเนื่องของกลไกและความร่วมมือข้ามภาคส่วน 3) การบูรณาการ สุขภาวะเข้ากับการพัฒนาอื่น ๆ เช่น อาชีพ การศึกษา และสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงแม้ว่าทั้งสอง



พื้นที่มีรูปธรรมการพัฒนาและกลไกการมีส่วนร่วมที่น่าสนใจ แต่ยังขาดการสังเคราะห์เปรียบเทียบอย่างเป็นระบบเพื่อระบุปัจจัยร่วมและปัจจัยเฉพาะพื้นที่ที่มีผลต่อความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบาย อีกทั้งยังไม่มีการศึกษารูปแบบการประยุกต์ใช้กลไกความร่วมมือในระดับพื้นที่อื่น ๆ อย่างชัดเจน นอกจากนี้ การขับเคลื่อนยังเผชิญความท้าทายจากบริบทชุมชนที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่น สังคมสูงวัย ปัญหาสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงของประชากรและความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วม

แม้พื้นที่ต้นแบบจะมีรูปธรรมการพัฒนาและกลไกการมีส่วนร่วมที่โดดเด่น แต่ยังขาดการสังเคราะห์เปรียบเทียบอย่างเป็นระบบเพื่อระบุ ปัจจัยร่วมและปัจจัยเฉพาะพื้นที่ ที่นำไปสู่ความสำเร็จ อีกทั้งยังไม่ปรากฏการศึกษาที่ลงลึกถึง การประยุกต์ใช้กลไกความร่วมมือในพื้นที่อื่น ๆ อย่างชัดเจน ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางวิชาการที่งานวิจัยนี้จะเข้ามาเติมเต็มนอกจากนี้ การขับเคลื่อนนโยบายยังเผชิญกับความท้าทายจาก บริบทที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่น การเข้าสู่สังคมสูงวัย ปัญหาสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และการคงไว้ซึ่งความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วม ปัจจัยเหล่านี้สามารถอธิบายด้วยกรอบ *Social Ecological Model* และแนวคิด *Salutogenesis* ของ Antonovsky ที่ชี้ว่าการสร้างสุขภาวะจำเป็นต้องทำงานกับหลายระดับของสังคม และเสริมพลังให้ชุมชนมี Sense of Coherence ในการจัดการกับความเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีความหมาย

ดังนั้น การ “ยกระดับสุข” ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีในกรณีศึกษา **มะขามเตี้ยแห่งความสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี** จำเป็นต้องคำนึงถึงศักยภาพของชุมชน ความพร้อมของกลไก และความเข้าใจร่วมในกระบวนการ ขณะเดียวกันต้องอาศัยกรอบคิดและทฤษฎีทางวิชาการเพื่อสร้าง **แบบจำลองที่เป็นระบบ** สามารถถอดบทเรียนและขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้อย่างยั่งยืน

## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 ศึกษาปัจจัย “ยกระดับ “สุข” ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ดี
- 2.2 ศึกษารูปแบบขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสู่การปฏิบัติ
- 2.3 เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายกลไกการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีระดับพื้นที่เพื่อเป็นแนวทางพื้นที่อื่นๆ



### 3. วิธีดำเนินการวิจัย

**3.1 การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research)** โดยการวิจัยเชิงปริมาณเก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม จากประชาชนในพื้นที่ เพื่อวัดระดับ “ความสุข” และ “สุขภาวะ” มิติต่าง ๆ ภาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ รวมทั้งปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ การเชิงคุณภาพเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และ การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) เช่น ผู้นำชุมชน อสม. ผู้สูงอายุ เยาวชน และหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อให้เข้าใจรูปแบบและกระบวนการขับเคลื่อนสุขภาวะ รวมถึงกลไกการมีส่วนร่วมในเชิงลึก รวมทั้งการวิจัยเอกสารเพื่อศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสาร แผนยุทธศาสตร์ งานวิจัย และรายงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเชื่อมโยงกับผลการสำรวจภาคสนาม

**3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยเชิงปริมาณ คือ ประชาชนที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาวะ จำนวน 250 คน โดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคณะกรรมการชมรมมะขามเตี้ยแห่งความสุข โดยการใช้การเลือกแบบเจาะจงตามบทบาทที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย คณะกรรมการ 39 คนโดยแบ่งเป็นคณะทำงานด้านวิชาการ และคณะทำงานด้านปฏิบัติการในพื้นที่ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 1) Purposive sampling ตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย 2) ตัวแทนจากหน่วยงาน/กลไกที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนในพื้นที่ 3) การมีประสบการณ์เกี่ยวข้องโดยตรงกระบวนกรมีส่วนร่วมและการขับเคลื่อนนโยบาย 4) มีการยินยอมพร้อมให้ข้อมูลเชิงลึกผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม

**3.3 เครื่องมือวิจัย** 1) แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ครอบคลุม 4 มิติสุขภาวะ ได้แก่ ภาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาวะ 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และแบบประเมินผลการเปลี่ยนแปลงเชิงกระบวนการ (Outcome Mapping)

**3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)** โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตรวจสอบ ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) จากการทดลองใช้กับกลุ่มใกล้เคียง 30 คน ได้ค่า 0.87 แสดงถึงระดับความเชื่อมั่นสูง



การตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธี Triangulation ทั้งด้านข้อมูล (Data Triangulation) และวิธีการ (Methodological Triangulation) (Denzin, 1978; Patton, 1999)

**3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล** คือ การสำรวจเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Documentary Survey) การเก็บข้อมูลภาคสนาม (Field Survey) โดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ การดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกและจัดสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง ข้อมูลที่ได้ผ่านการตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์

**3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการยกระดับสุขภาวะ (Field, 2013) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วย การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยอ้างอิงกรอบสุขภาวะ 4 มิติ (กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ) (Krippendorff, 2018) และใช้ การเปรียบเทียบข้ามกรณี (Cross-case Comparison) เพื่อตรวจสอบรูปแบบกลไกและแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของสุขภาวะในพื้นที่ (Yin, 2014; Miles, Huberman, & Saldaña, 2014)

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยขอความยินยอมอย่างสมัครใจจากผู้ให้ข้อมูลทุกคน มีการอธิบายวัตถุประสงค์ก่อนสัมภาษณ์ ปกปิดชื่อและข้อมูลส่วนบุคคล และรักษาความลับตามหลักวิชาการและจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยดำเนินการขอผู้ขอใบรับรองยื่นเรื่องแจ้งการรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย โดยได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอมจากคณะกรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย หมายเลขข้อเสนอการวิจัย ว.222/2567 ลงวันที่ 9 พฤษภาคม 2567

## 4. สรุปผลการวิจัย

**4.1 ผลการศึกษาวัตถุประสงค์ที่ 1 ปัจจัย “ยกระดับ “สุข” ด้วยกลไกการมีส่วนร่วม เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ดี**

**4.1.1 ข้อมูลทั่วไป** พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 250 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ในวัยทำงานต่อเนื่องถึงวัยสูงอายุ ช่วงอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 34) สัดส่วนมากที่สุด และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีเกือบหนึ่งในห้า สถานภาพสมรสส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว (ร้อยละ 68.5) สะท้อนถึงความเป็นสังคมครอบครัวที่มั่นคง ด้านศาสนาส่วนใหญ่เป็นพุทธ (ร้อยละ 97.5) แต่ยังคงมีความ



หลากหลายจากชุมชนมุสลิมบางพื้นที่ ด้านการศึกษาและเศรษฐกิจ พบว่า จบการศึกษาไม่เกินระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 49.3) ส่งผลให้การสื่อสารสุขภาพควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและสื่อชุมชนที่เข้าถึงได้ อาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 40) และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 25) รายได้ส่วนใหญ่เฉลี่ยอยู่ในช่วง 10,000–20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 44) ขณะที่ค่าใช้จ่ายครัวเรือนอยู่ระหว่าง 5,001–10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 43) และมีสัดส่วนครัวเรือนที่มีหนี้สิน (ร้อยละ 38) แสดงให้เห็นถึงความเปราะบางด้านเศรษฐกิจและความเสี่ยงทางการเงิน โครงสร้างครอบครัวและภาระดูแลโดย ครัวเรือนส่วนใหญ่มีขนาดปานกลาง 3–4 คน (ร้อยละ 56) และมากกว่าครึ่งมีภาระในการดูแลผู้พิการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่สะท้อนความจำเป็นในการจัดกิจกรรมหรือกลไกดูแลผู้สูงวัยในชุมชน ด้านสุขภาพ พบว่า ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 35.5) แต่ยังมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อยู่ในระดับที่ต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและจัดการ ดังนั้นลักษณะกลุ่มตัวอย่างสะท้อนให้เห็นถึงชุมชนที่มีโครงสร้างสังคมครอบครัวชัดเจน เศรษฐกิจครัวเรือนยังมีความเปราะบาง และเผชิญกับความท้าทายด้านการดูแลผู้สูงอายุและโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดแนวทางการยกระดับสุขภาวะในพื้นที่ ข้อมูลเหล่านี้สนับสนุนแนวทางการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะควบคู่กับการสร้างรายได้ ผ่าน “ตลาดสุขภาพ” ที่ตอบโจทย์โครงสร้างชุมชน

ดังนั้นภาพรวมแสดงให้เห็นว่าพื้นที่ที่มีโครงสร้างประชากรที่มีความเปราะบางเชิงเศรษฐกิจและภาระโรคเรื้อรังของตำบล ข้อมูลเหล่านี้สนับสนุนการออกแบบมาตรการกิจกรรมตลาดสุขภาพของมะขามเตี้ยที่เน้นสร้างรายได้พร้อมสุขภาวะ

#### 4.1.2 ผลศึกษาปัจจัย “ยกระดับ “สุข” ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ดี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลศึกษาปัจจัย “ยกระดับ “สุข” ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ดี

มิติ	$\bar{x}$	SD	Interpretation
กาย	3.85	0.61	สูง
จิตใจ	3.92	0.59	สูง
สังคม	3.78	0.60	สูงปานกลาง
จิตวิญญาณ	3.65	0.63	สูงปานกลาง



จากตารางที่ 1 โดยรวมสุขภาวะทั้ง 4 มิติอยู่ในเกณฑ์ “สูงถึงสูงปานกลาง” สะท้อนว่าผู้เข้าร่วมมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะด้านจิตใจที่โดดเด่นที่สุด ด้านสังคมและจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาเพื่อให้เกิดความสมดุลครบทุกมิติของสุขภาวะ

**4.1.3 ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุข** พบว่า ปัจจัยที่มีมากที่สุด คือ ศาสนาและความเชื่อ (4.28) แนวคิดในการดำเนินชีวิต (4.26) และคุณภาพสังคมและชุมชน (4.25) ประเด็นที่ได้คะแนนต่ำที่สุด คือ “ประเทศเป็นประชาธิปไตยและธรรมาภิบาล” (3.85)

**4.1.4 ผลศึกษาระดับความสุขของประชาชนด้วยกลไกการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ดี** ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลศึกษาระดับความสุขของประชาชนด้วยกลไกการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ดี

ระดับของความสุขของประชาชน	$\bar{X} \pm SD$	แปลความหมาย
ด้านสุขภาพ	4.18 ± 0.43	มาก
ด้านกิจกรรม	4.12 ± 0.47	มาก
<b>ด้านสังคมและชุมชน</b>	<b>4.22 ± 0.45</b>	<b>มากที่สุด</b>
ด้านการงาน	4.08 ± 0.51	มาก
ด้านเศรษฐกิจในครัวเรือน	4.01 ± 0.53	มาก
ด้านคุณภาพชีวิต	4.15 ± 0.49	มาก
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>	<b>4.13 ± 0.48</b>	<b>มาก</b>

หมายเหตุ : ระดับของช่วงชั้นมากกำหนดเป็นคะแนนเฉลี่ย (Likert Scale) ดังนี้ ระดับมากที่สุด ช่วง 4.21-5.00, ระดับมาก ช่วง 3.41-4.20, เท่ากับ ปานกลาง ช่วง 2.61-3.40, ระดับน้อย ช่วงคะแนน 1.81-2.60 และระดับน้อยที่สุด ช่วง 1.00-1.80

พบว่า ระดับความสุขด้านสังคมและชุมชน “มากที่สุด” ( $\bar{X} = 4.22$ ) อย่างไรก็ตาม ด้านเศรษฐกิจและการงาน แม้อยู่ในระดับ “มาก” แต่ยังเป็นมิติที่ได้คะแนนต่ำกว่าด้านอื่นๆ แสดงว่าประชาชนมีนัยยะทางความสุขน้อยที่สุด

**4.1.5 ผลศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชน** พบว่า คะแนนสูงที่สุด คือ ความภาคภูมิใจที่กิจกรรมก่อให้เกิดประโยชน์ ชุมชนได้รับประโยชน์ร่วมกัน ความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน ทั้งนี้มีค่าเฉลี่ย มีระดับความหลากหลายในการมีส่วนร่วมมากกว่า (Variance สูง) โดยเฉพาะในด้าน การประเมินผล และ การประสานงานภายนอก โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)



พบว่า ตำบลมะขามเตี้ยมีค่าความแปรปรวนสูงกว่าในเกือบทุกมิติ สะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมในการรับรู้หรือมีส่วนร่วมของประชาชน และโดยรวมค่าเฉลี่ยรวมทุกข้อ ตำบลมะขามเตี้ย ( $\bar{X} = 4.12$ ) อยู่ใน ระดับ “มาก” ด้านการรับรู้ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ เช่น ท่านรู้สึกภาคภูมิใจเมื่อกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ในการพัฒนาชุมชนตามกิจกรรม “มะขามเตี้ยแห่งความสุข” ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัวท่านเองและชุมชน โดยข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ สำหรับมะขามเตี้ยควรเสริมกิจกรรม “ติดตามผล” และ “การประสานงานภายนอก” เพื่อให้เกิดความมั่นใจต่อการยกระดับสุขอย่างยั่งยืน และส่งเสริมบทบาทผู้นำท้องถิ่นและกลุ่มภาคประชาชนในการสนับสนุนการตัดสินใจร่วม บทสรุปการมีส่วนร่วมทุกมิติในระดับสูงตำบลมะขามเตี้ยโดยการเน้น “พลังอาสา” และเวทีชุมชน ซึ่งหากเสริมระบบการติดตามและประเมินผล และกองทุนต่อเนื่อง จะช่วยยกระดับความสุขมากขึ้น

สำหรับการประเมินการมีส่วนร่วม 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การตัดสินใจ 2) การร่วมดำเนินงาน 3) การร่วมรับผลประโยชน์ 4) การร่วมประเมินผล และ 5) การร่วมอย่างต่อเนื่อง พบว่า ค่าเฉลี่ยรวม = 3.68 (ระดับ มาก) โดย ด้านที่สูงที่สุดคือ “รับผลประโยชน์” ( $\bar{X} = 3.91$ ) และด้านที่ต่ำสุดคือ “ประเมินผล” ( $\bar{X} = 3.45$ ) สะท้อนความต้องการระบบติดตามครอบคลุมยิ่งขึ้น ดังตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วม ดังตารางที่ 3

### ตารางที่ 3 ผลศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชน

มิติการมีส่วนร่วม	( $\bar{X} \pm SD$ )	แปลความหมาย
<b>ตัดสินใจ</b>	<b>4.12 <math>\pm</math> 0.52</b>	<b>มาก</b>
ดำเนินงาน	4.10 $\pm$ 0.50	มาก
รับผลประโยชน์	4.07 $\pm$ 0.48	มาก
ประเมินผล	3.95 $\pm$ 0.61	มาก
การมีส่วนร่วมต่อเนื่อง	4.01 $\pm$ 0.56	มาก

**หมายเหตุ :** ระดับของช่วงชั้นมากกำหนดเป็นคะแนนเฉลี่ย (Likert Scale) ดังนี้ ระดับมากที่สุด ช่วง 4.21-5.00 ,ระดับมาก ช่วง 3.41-4.20 ,เท่ากับ ปานกลาง ช่วง 2.61-3.40,ระดับน้อย ช่วงคะแนน 1.81-2.60 และระดับน้อยที่สุด ช่วง1.00-1.80



ดังนั้นพื้นที่ตำบลมะขามเตี้ย มีค่าความแปรปรวนในแทบทุกปัจจัย สะท้อนถึงความหลากหลายหรือความไม่เท่าเทียมกันในประสบการณ์ของประชาชนมากกว่า ปัจจัยที่มีความแปรปรวนสูงในทั้งสองพื้นที่ ได้แก่ เศรษฐกิจ การบริหารรัฐ/ท้องถิ่น และสิทธิพลเมือง ซึ่งบ่งชี้ถึงความเปราะบางหรือข้อกั่วงวลในระดับนโยบายมหภาคที่กระทบต่อสุขภาวะในระดับพื้นที่ ในส่วนของปัจจัยที่มีความแปรปรวนต่ำ ได้แก่ ศาสนา/ความเชื่อ แนวคิดชีวิต และพลเมืองดี แสดงถึงความมั่นคงของค่านิยมในชุมชน

#### 4.2 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสู่การปฏิบัติ

ระดับการมีส่วนร่วม (อ้างอิง Arnstein's Ladder of Participation) พื้นที่ตำบลมะขามเตี้ยอยู่ในระดับ “Partnership-Delegated Power” มีเวทีประชาคม กลไกตัดสินใจ และบทบาทของประชาชนในการออกแบบกิจกรรม สามารถสรุปเป็นตาราง ได้ดังนี้

#### ตารางที่ 4 สรุปรูปแบบและระดับของกลไกการมีส่วนร่วมที่ส่งผลต่อการยกระดับสุข

รูปแบบกลไก	มะขามเตี้ยแห่งความสุข
ชมรม/กลุ่มน้ำ	คณะกรรมการชมรมมะขามเตี้ยแห่งความสุข
คณะกรรมการสุขภาพ	คณะกรรมการขับเคลื่อนมะขามเตี้ยแห่งความสุข
เวทีประชาคม/เวทีประชุม	มีอย่างต่อเนื่อง แยกตามประเด็นการขับเคลื่อน
เครื่องมือการขับเคลื่อน	แผนสุขภาวะบูรณาการ
แผนสุขภาวะบูรณาการ	แผนบูรณาการขับเคลื่อนผู้สูงอายุ
งบกองทุนสุขภาพตำบล	สอดคล้องกับการขอและสถานการณ์สุขภาพชุมชน

ดังนั้น “มะขามเตี้ยแห่งความสุข” กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขต สุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามเตี้ย ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ศูนย์บัณฑิตอาสา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สภาเด็กและเยาวชนตำบลมะขามเตี้ย กองทุนเสริมสร้างสุขภาวะจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น และประชาชนพื้นที่ โดยมี อ.วช.สุราษฎร์ฯ เป็นมหาวิทยาลัยในพื้นที่มะขามเตี้ยมีภารกิจต่อการขับเคลื่อนทางสังคมและทำงานร่วมกับชุมชนมะขามเตี้ยมาอย่างยาวนาน การออกแบบ การเห็นประเด็น



ปัญหาร่วมกันทราบถึงความต้องการของชุมชนที่ต้องการพัฒนาชุมชนมะขามเตี้ยสู่การเป็น "ชุมชนแห่งความสุข" ซึ่งเป็นความต้องการจากชุมชน กลไกการดำเนินการร่วมของภาคี เครือข่าย จึงเกิด **“คณะทำงานมะขามเตี้ยแห่งความสุข”** จำนวน 39 คน ขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกความร่วมมือการทำงานและขับเคลื่อนระดับชุมชนของมะขามเตี้ยเป็นตัวอย่างชุมชนแห่งความสุข โดยมีกระบวนการสร้าง **“ความสุข”** ค้นหา **“ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุข”** ความสุขทางด้านบวก หรือทางด้านลบ โดยการสร้างด้วยการประชุมร่วมกันทุกภาคส่วนการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ และข้อมูลทุติยภูมิ โดยเน้นกลุ่มเป้าหมาย นำมาสังเคราะห์และจัดทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดชุมชนมะขามเตี้ยแห่งความสุข

กระบวนการการสร้างมะขามเตี้ยแห่งความสุข คือ “กลไกการขับเคลื่อนด้วยบูรณาการ กลไกความร่วมมือของชุมชน” 1) ค้นหา “ความไม่สุข” ของระดับบุคคล ระดับชุมชน พร้อมค้นหาทุนที่เข้มแข็งและศักยภาพพื้นที่ 2) หาความร่วมมือ “สร้างความคิด ค้นหาวิธี สร้างสุข” 3) สังเคราะห์รูปแบบ การสร้างสุข ระดับชุมชน ด้วย บูรณาการกลไกความร่วมมือของชุมชน 4) ก่อรูป กลไกความร่วมมือของชุมชนการ “สร้างสุขชุมชน” ชื่อ คณะทำงานมะขามเตี้ยแห่งความสุข เริ่มต้น 31 คน ขยายผล 39 คน มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ 5) บูรณาการกลไกความร่วมมือของชุมชน ภาคส่วนต่างๆ 6) ขับเคลื่อนการสร้างสุข ระดับชุมชน 7) ออกแบบแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในตำบลมะขามเตี้ยและการประสานงบประมาณร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 8) ตัวแบบมะขามเตี้ยแห่งความสุข โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม กระบวนการเรียนรู้ และ 9) ขยายผลพื้นที่ทางการและไม่เป็นทางการ

**สภาพปัญหาและอุปสรรค** ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถสรุปจากข้อคิดเห็นในคำถามปลายเปิดจากแบบสอบถาม ได้ดังนี้ 1) ขาดการสื่อสารอย่างทั่วถึง 2) ข้อมูลข่าวสารจากภาครัฐหรือหน่วยงานท้องถิ่นยังไม่ลงลึกถึงระดับครัวเรือน 2) ผู้สูงอายุจำนวนมากเข้าไม่ถึงเทคโนโลยี ทำให้พลาดกิจกรรมหรือการประชุม 3) คนรุ่นใหม่ไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน 4) เยาวชนบางกลุ่มรู้สึกว่่า “กิจกรรมไม่ตอบโจทย์วัย” หรือ “ไม่มีสิ่งจูงใจ” และ 5) บางครอบครัวมีเรื่องของภาระหน้าที่ของครัวเรือนและหลายครอบครัวต้องทำงานหนัก ไม่มีเวลาร่วมกิจกรรม ส่งผลต่อจำนวนผู้เข้าร่วม จะเห็นได้ว่าชุมชนมะขามเตี้ยแห่งความสุข แม้มีความพร้อมด้านกิจกรรมและกลไก แต่ ประสบอุปสรรคจากช่องว่างทางวัย เทคโนโลยี และเวลาของประชาชน ทำให้การมีส่วนร่วมไม่กระจายตัวเท่ากัน ในส่วนของสภาพปัญหาและอุปสรรค นอกจากนี่ยังพบว่า มะขามเตี้ย มีปัญหาช่องว่างด้านการสื่อสาร โดยเฉพาะ



กับผู้สูงอายุ เยาวชนไม่สนใจเข้าร่วม กิจกรรมไม่ตอบโจทยวัย การขาดแรงจูงใจในการมีส่วนร่วม จากครัวเรือนที่มีภาระงานสูง

ดังนั้นการเห็นปัญหาร่วมกันก่อเกิดความร่วมมือที่เกิดขึ้นจากหลายภาคส่วน เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน" โดยมี "ทุนทางสังคมและศักยภาพของพื้นที่" การได้รับการสนับสนุน ทุนทั้งจากภายนอกและภายในพื้นที่ รวมถึงศักยภาพผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำกลุ่มต่างๆ มีความเข้มแข็ง อาสาสมัครทำงานเชิงพื้นที่อย่างยาวนานและต่อเนื่อง มีสถาบันอุดมศึกษา อยู่ในพื้นที่ และทุนทางทรัพยากรในพื้นที่หลากหลายและจำนวนมาก และเป้าหมายการใช้พื้นที่ประโยชน์ร่วมกัน การทำกิจกรรมต่างๆ ในประเด็นผู้สูงอายุ นันทนาการ การจัดการขยะ สามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้ง "การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีคุณค่า การจัดการขยะ และการมีพื้นที่กลางในการจัดการสุขภาวะ สู่การเกิดขึ้นของตำบลสุขภาวะ หรือ "มะขามเตี้ยแห่งความสุข"

#### 4.3 ผลการศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการกลไกการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ระดับพื้นที่เพื่อเป็นแนวทางพื้นที่อื่นๆ

แนวทางต่อการขับเคลื่อนเพื่อยกระดับสุขด้วยกลไกการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ดี โดยคณะกรรมการชมรมเห็นตรงในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้จากผลลัพธ์รูปธรรมที่เกิดขึ้น โดยการขับเคลื่อนเชิงโครงสร้างอย่างมีรูปแบบ ดังนี้ 1) เริ่มต้นที่กิจกรรมเยาวชน 2) การพัฒนาศักยภาพแกนนำของการขับเคลื่อนโดยเน้นเรื่อง องค์ความรู้ 3) การยกระดับการพัฒนาผู้สูงอายุในบทบาทของหนุนเสริมทั้งจากหน่วยงานตามภารกิจและหน่วยงานอื่นๆ เช่น การคัดกรองผู้สูงอายุ บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น 4) การคืนผลลัพธ์ ข้อมูลกลางการขับเคลื่อนร่วมกัน 5) การขับเคลื่อนเชิงประเด็น โดยเฉพาะประเด็นการจัดการขยะ บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลต่อแนวทางรูปธรรมร่วมกับ แต่ละหมู่บ้าน และ อสม. 6) การสื่อสารการทำงานอย่างต่อเนื่อง บทบาทของผู้นำชุมชนทำให้เห็นก่อนแล้วชักชวน ลูกหลานในชุมชน 7) การสร้างการมีส่วนร่วมต่อกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ 8) การสร้างความภาคภูมิใจต่อการเข้าร่วม และ 9) กิจกรรมที่เน้นการฟื้นฟูความรักและความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ครอบครัวพลังบวก

การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย สรุปได้ดังนี้ 1) สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ประสานงานระหว่างภาครัฐ องค์กรเอกชน และชุมชน เพื่อเพิ่มการสนับสนุนด้านงบประมาณ เช่น การขอทุนจากโครงการ CSR ของบริษัทในพื้นที่ 2) พัฒนาบทบาทของผู้สูงอายุและเยาวชน



โดยการจัดกิจกรรมที่ตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมาย เช่น การฝึกอบรบอาชีพและกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำได้ในบ้าน พร้อมทั้งออกแบบกิจกรรมที่ดึงดูดเยาวชน เช่น ค่ายฝึกทักษะ การแข่งขันกีฬา เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของทุกวัย 3) การปรับปรุงการเดินทางและการเข้าถึงกิจกรรม การจัดบริการขนส่งสำหรับผู้สูงอายุหรือหาคนดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้สะดวก 4) พัฒนากิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อมและการจัดการขยะ ธรรมชาติให้มีการแยกขยะในครัวเรือนอย่างจริงจัง ส่งเสริมการทำปุ๋ยจากขยะอินทรีย์ และจัดตั้งจุดรับขยะรีไซเคิลที่สะดวกต่อชุมชน 5) การติดตามผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง จัดการประชุมสรุปผลเป็นระยะเพื่อติดตามความก้าวหน้า ปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับปัญหาใหม่ ๆ และให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้โครงการเป็นไปอย่างยั่งยืน 6) การผลักดันให้รูปแบบการดำเนินงานของ “มะขามเตี้ยแห่งความสุข” เข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่นระยะยาว 7) การขยายตลาด “มีสุข” และธนาคารต้นกล้าเชื่อมเครือข่ายเกษตรปลอดภัยระดับอำเภอ และ 8) การจัด “มหกรรมมะขามเตี้ย” เป็นงานประจำปีเพื่อสร้างแบรนด์สุขภาวะชุมชน

**4.4 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ** คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์สัมภาษณ์เชิงลึก 5 กลุ่ม ประกอบด้วย คณะทำงานวิชาการ จากคณะศิลปศาสตร์และวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบโครงการมะขามเตี้ยแห่งความสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามเตี้ย และแพทย์แผนไทย ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 5 หมู่ 6 และหมู่ 7 แกนนำ อสม.ตำบลมะขามเตี้ย ชมรมผู้สูงอายุ มะขามเตี้ยแห่งความสุข สภาดึกและเยาวชนมะขามเตี้ยแห่งความสุข องค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย ภาควิชาเครือข่าย ภาควิชาเครือข่ายสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พัฒนาการชุมชน สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่ เป็นต้น จากการสัมภาษณ์ปรากฏผล การขับเคลื่อนโครงการฯเพื่อสุขภาวะที่ดี ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ดังนี้ “สรุปภาพรวมการขับเคลื่อนจนถึงปัจจุบัน สิ่งที่มีจำนวนคณะกรรมการชมรมมะขามเตี้ยแห่งความสุขให้ความเห็นมากที่สุด คือ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในชุมชนจะทำให้คนในชุมชนรู้สึกปลอดภัยและมีความสุขในการอยู่ร่วมกันที่จะขับเคลื่อนไปสู่มะขามเตี้ยแห่งความสุข” ซึ่งตลอดระยะเวลา 1 ปีที่ได้ดำเนินการมา โดยกลุ่มต่างๆทั้งกลุ่มเด็กและเยาวชน และกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เห็นแนวนโยบายของทางภาครัฐมาค่อนข้างเยอะขึ้น และประเด็นผู้สูงอายุเป็นประเด็นการขับเคลื่อนในบทบาทของภาครัฐมากขึ้น แต่ทำให้ในส่วนของการขับเคลื่อนของเยาวชนลดลง แต่ทีมมะขามเตี้ยแห่งความสุขได้เปิดพื้นที่



กิจกรรมเพื่อตั้งให้เด็กและเยาวชนกลับมาอีกครั้งหนึ่งเพราะเห็นว่าควรให้ความสำคัญกับเยาวชน ไม่แพ้กับกลุ่มผู้สูงอายุ” (เลขานุการชมรมมะขามเตี้ยแห่งความสุข, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2567)

ในส่วนของความเปลี่ยนแปลงต่อระดับบุคคล ระดับชุมชน และระดับสังคม ผู้การ ขับเคลื่อนมะขามเตี้ยแห่งความสุข ดังเช่น การให้สัมภาษณ์ของคณะกรรมการชมรมฯ ดังเช่น

“ตัวเองมีความสุขมากขึ้น จากกิจกรรมที่ทำให้สังคมมีความสุข” (อสม. หมู่ 5, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2567)

“เกิดความรู้สึกที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของมะขามเตี้ยแห่งความสุข” (อสม. หมู่ 8, สัมภาษณ์, 30 สิงหาคม 2567)

“รู้สึกได้รับการรับรู้การมีส่วนร่วมของผู้นำที่ต้องการให้คนในมะขามเตี้ยมีความสุข ทำให้ การทำงานของเราเข้าถึงได้ดี” (ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 8, สัมภาษณ์, 31 สิงหาคม 2567)

“พยายามมองส่วนรวมเพื่อส่วนร่วมกับคนเพื่อจัดกิจกรรมชุมชนเสนอประเด็นเพื่อการพัฒนาของบเพื่อเติมเต็มให้โอกาสทุกคนได้มีส่วนร่วมทำให้เห็นว่าผู้นำต้องเริ่มก่อน ทำให้ทุกคน ในมะขามเตี้ยมีความสุขมากขึ้น” (เลขานุการชมรมมะขามเตี้ยแห่งความสุข, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2567)

ทำให้ตัวเองไปศึกษาหาข้อมูลมากขึ้น มองปัญหาอย่างละเอียดรอบคอบและรอบด้าน มากขึ้น (ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 7, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2567)

ทำให้ตัวเองต้องปรับตัวมากขึ้นเมื่อได้เห็นโครงการที่ทำให้พี่น้องประชาชนได้เห็น ความสำคัญและเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ (ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 8, สัมภาษณ์, 30 สิงหาคม 2567)

ดังนั้นภาพรวมตัวเองจากการมองตัวตนผ่านสโลแกน มะขามเตี้ยแห่งความสุข มี คำสำคัญในเรื่องของการพัฒนาตัวเอง การเพิ่มทักษะความเป็นผู้นำ การมีส่วนร่วม และอีกหลาย มิติที่เกิดขึ้นกับตัวเอง”

อย่างไรก็ตามการเริ่มต้นดำเนินการการให้ความสำคัญเรื่องบูรณาการยังเป็นสิ่งท้าทาย ทิศทางเดียวกับ คำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“การขาดแคลนคนทำงาน งบประมาณที่จำกัด และการขาดการมีส่วนร่วมในบางเรื่อง สิ่งเหล่านี้ถือเป็นเรื่องปกติ แต่การทำให้มันไม่ปกตินั้นหมายถึงการที่เราเข้ามาเป็นกลไกหนุน เสริมของโครงการนี้ พวกเราที่มีจิตอาสาช่วยกันทำงานนี้ แต่ในขณะที่เดียวกันก็มีหน่วยงานอื่นๆ



ที่ทำให้ภารกิจเรื่องนี้อยู่แล้ว เช่น อบต.ดูแลด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต รพสต. รวมถึงผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำท้องถิ่นในพื้นที่ นอกจากนี้ เรายังโชคดีที่มีสถาบันการศึกษาในพื้นที่เข้ามาร่วมด้วยทำให้เกิดความร่วมมือกันมากขึ้น (สมาชิกอบต.ตำบลมะขามเตี้ย, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2567)

ดังนั้น การพยายามรวบรวมสิ่งดีๆ เข้าด้วยกัน เพื่อขับเคลื่อนไปข้างหน้า และหากมีบางเรื่องที่สามารถก้าวไปได้ ค่อยๆ สนับสนุนให้มันไปต่อ ในที่สุด แม้จะมีคนสงสัยว่าเราจะสำเร็จเมื่อไร การเน้นย้ำย้ำเสมอว่าทุกขั้นตอนมีทางของมันเอง และจำเป็นต้องมาถอดบทเรียนและติดตามความก้าวหน้ากันในแต่ละช่วงอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอสามารถช่วยลดช่องว่างของปัญหาต่างๆที่ยังมีให้ลดน้อยลงได้เรื่อย (ภาคีเครือข่าย, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2567)

**ข้อเสนอแนะจาก ภาคีเครือข่าย** “ได้เห็นมุมมองของของเครือข่ายที่ทำมา ทั้งในส่วนของตัวเองบุคคลเองทั้งในส่วนองเห็นความเข้มแข็งของเครือข่ายของชุมชน มุมมองเชิงบวกในภาพของพื้นที่ในภาพของพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของความเข้มแข็งของเครือข่ายที่เกิดขึ้นหลังจากที่ดำเนินการไปเป็นเครือข่ายต่างๆเข้ามาที่ ผู้นำทั้งตัวที่เป็นผู้ใหญ่ ผู้นำทั้งตัวที่เป็นนายกอยู่ในพื้นที่เห็นการสนับสนุนอยู่ สิ่งหนึ่งที่สะท้อนคือ การมีคนนอกเข้ามาร่วม ถึงว่าคนนอกเข้ามาเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในพื้นที่ ทั้งนี้คนในพื้นที่เอาจมมอง “คนนอกเข้ามามีส่วนร่วม” ไปสะท้อนต่อการยกปัญหาเรื่องของการจัดการ เรื่องของแผนของชุมชน จะเป็นทางออกรูปแบบหนึ่ง

จะเห็นได้ว่า พื้นที่ตำบลมะขามเตี้ย เน้นกระบวนการพัฒนาแบบค่อยเป็นค่อยไป มีการรวมตัวจากภาคประชาชน และเน้นการใช้พลังของกลุ่มผู้สูงอายุ เด็ก เยาวชน ผ่าน "ชมรมมะขามเตี้ยแห่งความสุข" โดยรวมมะขามเตี้ยมีความเข้มแข็งด้านสุขภาวะทางจิตใจและสังคม โดยมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มต่าง ๆ เป็นจุดแข็ง

การสังเคราะห์ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า "รูปแบบการมีส่วนร่วมที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่" เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของการยกระดับสุขภาวะชุมชนอย่างยั่งยืน

## 5. การอภิปรายผล

“มะขามเตี้ยแห่งความสุข” แสดงให้เห็นถึงพลังของ ทูทางสังคมเชิงวัฒนธรรม ในการขับเคลื่อนสุขภาวะชุมชน ได้แก่ ความศรัทธาในพระพุทธศาสนา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความเชื่อท้องถิ่น ซึ่งทำให้ประชาชนมีความไว้วางใจและเกื้อกูลกัน เป็นแรงผลักดันสำคัญที่นำไปสู่การสร้างกิจกรรมสุขภาวะต่าง ๆ เช่น การปลูกผักปลอดภัยและกิจกรรมจิตอาสาในชุมชน ผลวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Social Capital ของ Coleman (1988) และ Putnam



(1993, 2000) ที่อธิบายว่าความไว้วางใจและเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างความร่วมมือและคุณภาพชีวิตที่ดี

**ปัจจัยการยกระดับสุขด้วยกลไกการมีส่วนร่วม** จากผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่าค่าเฉลี่ยสุขภาวะของประชาชนอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.10$ ) โดยมีปัจจัยที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ศาสนาและความเชื่อ ( $\bar{X} = 4.28$ ), แนวคิดการดำเนินชีวิต ( $\bar{X} = 4.26$ ) และ คุณภาพสังคมและชุมชน ( $\bar{X} = 4.25$ ) ขณะที่ปัจจัยที่ได้คะแนนต่ำที่สุด คือ “ประชาธิปไตยและธรรมาภิบาล” ( $\bar{X} = 3.85$ ) ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ชุมชนควบคุมไม่ได้โดยตรง อย่างไรก็ตามโดยรวมประชาชนยังคงมีสุขภาวะในระดับสูง โดยเฉพาะด้านจิตใจ ( $\bar{X} = 3.92$ ,  $SD = 0.59$ ) และกาย ( $\bar{X} = 3.85$ ,  $SD = 0.61$ ) ส่วนด้านสังคม ( $\bar{X} = 3.78$ ,  $SD = 0.60$ ) และจิตวิญญาณ ( $\bar{X} = 3.65$ ,  $SD = 0.63$ ) อยู่ในระดับสูงปานกลาง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าชุมชนยังมีพื้นที่ในการพัฒนา โดยเฉพาะในมิติความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างและความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ

#### รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสู่การปฏิบัติ

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.12$ ) โดยมีมิติที่ได้คะแนนสูงสุดคือ ความภาคภูมิใจและการรับรู้ถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับชุมชน ( $\bar{x}$  ใกล้เคียง 4.20) ขณะที่ด้านการประเมินผลแม้จะอยู่ในระดับมาก แต่ได้คะแนนต่ำที่สุด ( $\bar{X} = 3.95$ ,  $SD = 0.61$ ) แสดงถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างระบบติดตามและประเมินผลเมื่อเทียบกับ Arnstein (1969) พบว่า ตำบลมะขามเตี้ยอยู่ในระดับ Partnership – Citizen Power ซึ่งประชาชนไม่ได้เป็นเพียงผู้รับประโยชน์ แต่มีบทบาทในการออกแบบ ตัดสินใจ และร่วมดำเนินกิจกรรมจริง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิด Participatory Public Policy ของ Fischer (2006) ที่ชี้ว่าการพัฒนาที่มีความยั่งยืนต้องตั้งอยู่บนฐานความรู้ท้องถิ่นและการเสริมพลังประชาชน

โดยผลการวิจัยเชิงคุณภาพยังต่อยอดย้ำว่า การยกระดับสุขภาวะของมะขามเตี้ยเกิดจากการรวมตัวของ ผู้นำธรรมชาติ ครู อสม. และผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนแนวคิด Social Capital Theory ที่ให้ความสำคัญกับเครือข่ายทางสังคมและความไว้วางใจเป็นฐานของการขับเคลื่อนสุขภาวะ นอกจากนี้ ยังสัมพันธ์กับแนวคิด Collaborative Governance ของ Ansell & Gash (2008) ที่ชี้ว่าการจัดการนโยบายสาธารณะอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมืออย่างสมานฉันท์ระหว่างทุกภาคส่วน เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง งานของ จินตวิริ์ เกษมสุข (2561) พบว่า “ทุนทางสังคม” และ “การมีส่วนร่วมโดยสมัครใจ” ของประชาชนเป็นปัจจัยเร่งความสำเร็จของกิจกรรมสุขภาพชุมชน ขณะที่ วรรณิ์ ปัญญาวงศ์ (2563) ศึกษา



โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุและยืนยันว่ากลไกเวทีแลกเปลี่ยนและภาคีเครือข่ายเป็นแรงสนับสนุนที่ทำให้เกิดความยั่งยืนทั้งในมิติสุขภาพกายและจิตใจ เช่นเดียวกับ นางเยาว์ อุดมวงศ์ และคณะ (2558) ที่ย้ำถึงการบูรณาการความร่วมมือข้ามภาคส่วนในระดับตำบล โดยเฉพาะการมีประชาชนเป็นแกนกลาง ผลการวิจัยยืนยันว่า ทฤษฎีสังคม (Coleman, 1988; Putnam, 1993, 2000) มีบทบาทสำคัญต่อการสร้างสุขภาวะ เพราะชุมชนมะขามเตี้ยใช้ “ทุนแนวนอน” (horizontal capital) เช่น ความไว้วางใจ ความสัมพันธ์ และเครือข่ายขนาดเล็ก เป็นแรงขับเคลื่อนขณะเดียวกัน การขับเคลื่อนสุขภาวะในพื้นที่ยังสะท้อนแนวคิด Collaborative Governance (Ansell & Gash, 2008) ที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างสมานฉันท์ รวมถึง Ottawa Charter (World Health Assembly (WHO), 1986) และ Participatory Public Policy (Fischer, 2006) ที่ย้ำให้ชุมชนมีบทบาทเป็นเจ้าของในการกำหนดอนาคตของตนเอง

การยกระดับสุขภาวะของมะขามเตี้ยยังสอดคล้องกับแนวคิด Participatory Public Policy ของ Fischer (2006) และ Ottawa Charter ของ World Health Organization (WHO) (1986) ที่เน้นการเสริมพลังชุมชน (empowerment) และการสร้างสภาพแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ ข้อค้นพบนี้ยังสนับสนุนแนวคิด การพัฒนาจากฐานราก (Bottom-Up Development) ที่อธิบายว่าการสร้างความยั่งยืนทางสุขภาพเกิดจากความสัมพันธ์และความไว้วางใจในระดับชุมชนมากกว่าการพึ่งพาโครงสร้างภาครัฐเพียงอย่างเดียว

**ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย** กลไกการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ระดับพื้นที่ จากผลวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ สามารถเสนอแนวทางเชิงนโยบายได้ว่า การยกระดับสุขภาวะชุมชนควรมุ่งไปที่ 1) การจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพตำบลอย่างเป็นทางการ เพื่อเป็นกลไกกลางเชื่อมโยงทุกภาคส่วน 2) การจัดทำแผนสุขภาวะเชิงพื้นที่ที่ใช้ข้อมูลจริง (evidence-based) โดยเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์จังหวัดและท้องถิ่น 3) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมจากทุกช่วงวัย โดยเฉพาะการออกแบบกิจกรรมที่ดึงดูดเยาวชนและสอดคล้องกับศักยภาพผู้สูงอายุ และ (4) การบูรณาการกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs 3 และ 17) เพื่อสร้างการเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพและการพัฒนาสังคม

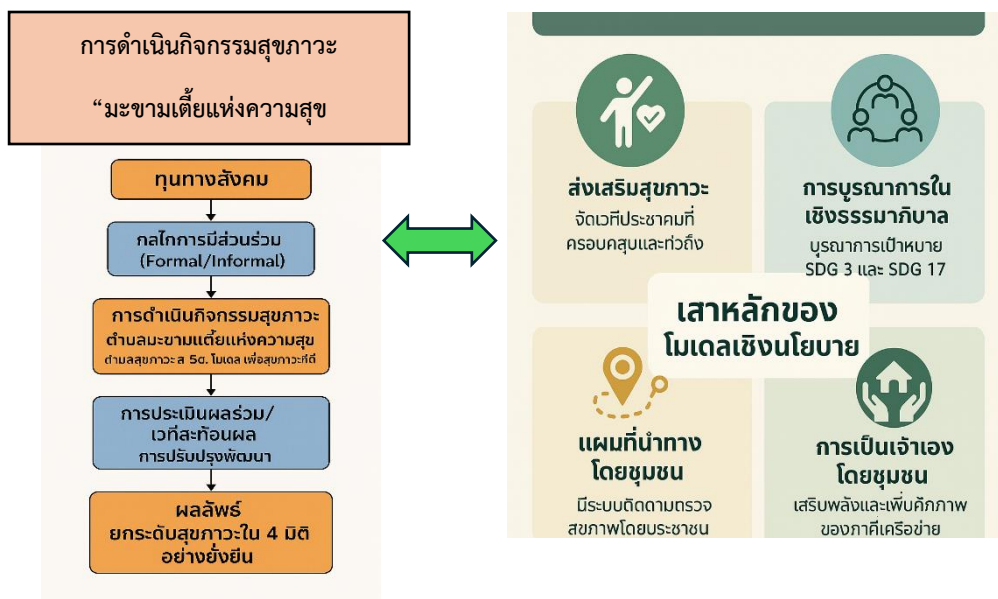
ดังนั้นความสำเร็จของ “มะขามเตี้ยแห่งความสุข” มิได้เกิดจากทรัพยากรทางเศรษฐกิจ แต่เกิดจาก “จิตสำนึกร่วม” และ “แรงบันดาลใจจากในพื้นที่” ที่ขับเคลื่อนด้วยพลังของเครือข่ายทางสังคมและความสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม ไม่ได้ขึ้นกับโครงสร้างราชการหรือระบบทางการเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับ จิตสำนึกร่วม แรงบันดาลใจจากในพื้นที่ และการมีส่วนร่วมของ



ประชาชนทุกระดับ ตั้งแต่การออกแบบ วางแผน ดำเนินการ ไปจนถึงการประเมินผล ทั้งยังสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Collaborative Governance (Ansell & Gash, 2008) ที่มองว่าการบริหารจัดการนโยบายสาธารณะอย่างมีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นได้เมื่อทุกภาคส่วนมีการปรึกษาหารือและสร้างฉันทามติร่วม

กล่าวได้ว่า “หัวใจสำคัญของการยกระดับสุข คือการมีส่วนร่วมของประชาชน” ซึ่งเป็นบทเรียนที่สามารถต่อยอดไปสู่การขับเคลื่อน “ตำบลสุขภาวะ” อื่น ๆ ได้อย่างยั่งยืน และเชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

## 6. องค์ความรู้จากการวิจัย



ภาพที่ 1. องค์ความรู้ใหม่ และการนำไปใช้ประโยชน์

จากภาพการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาวะ “มะขามเตี้ยแห่งความสุข” มีรากฐานจากทุนทางสังคม ที่มีอยู่ในพื้นที่นำมาสู่การจัดตั้ง กลไกการมีส่วนร่วม ทั้งในรูปแบบทางการ (formal) และไม่เป็นทางการ (informal) เพื่อระดมพลังของชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมกัน เมื่อกิจกรรมดำเนินไป จึงมีการประเมินผลร่วมและเวทีสะท้อนผล เพื่อใช้เป็นกระบวนการเรียนรู้และ



ปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลลัพธ์สู่การยกระดับสุขภาวะใน 4 มิติอย่างยั่งยืน (กาย จิต ปัญญา และสังคม/สิ่งแวดล้อม) มีความสัมพันธ์กับเสาหลักของโมเดลเชิงนโยบาย ที่สนับสนุนการขับเคลื่อน ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาวะ เช่น การจัดเวทีและกิจกรรมที่เข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม 2) การบูรณาการเชิงธรรมาภิบาล สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDG3 สุขภาพที่ดี และ SDG 17 ความร่วมมือเพื่อการพัฒนา) 3) แผนที่นำทางโดยชุมชนโดยการมีระบบติดตามตรวจสอบสุขภาพและความก้าวหน้าโดยประชาชนเอง การเป็นเจ้าของโดยชุมชน และ 4) การเสริมพลังและสร้างความเข้มแข็งให้เกิดการพึ่งพาตนเองอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น “มะขามเดี่ยวแห่งความสุข” ไม่ได้เป็นเพียงกิจกรรมสุขภาพ แต่เป็น กระบวนการสร้างสังคมสุขภาวะที่ใช้ทุนชุมชน ขับเคลื่อนด้วยการมีส่วนร่วม และเสริมความยั่งยืนผ่านการบูรณาการกับเป้าหมายเชิงนโยบายระดับสากล

## 7. ข้อเสนอแนะ

**7.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย** จากผลการวิจัย พบว่าการยกระดับสุขภาวะชุมชนต้องใช้กลไกการมีส่วนร่วมที่เชื่อมโยงทั้งภาคประชาชนและภาครัฐในทุกกระดับ การเสนอแนะเชิงนโยบายจึงควรมุ่งเน้น 1) การตรากฎหมายหรือออกระเบียบรองรับ 'ตำบลสุขภาวะแบบมีส่วนร่วม' เป็นนโยบายหลักระดับท้องถิ่น 2) การบรรจุหลักการมีส่วนร่วมและแนวคิดทุนทางสังคมลงในยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด เช่น ยุทธศาสตร์จังหวัด 4 ปี หรือแผนพัฒนาท้องถิ่นและ 3) การสนับสนุนงบประมาณแบบ Matching Fund ระหว่างภาครัฐ-ท้องถิ่น-ชุมชน เพื่อให้เกิดการร่วมรับผิดชอบต่อการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาวะ

**7.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ** พบว่าแนวทางสำคัญ ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนให้มีความเข้าใจในหลักนโยบายสาธารณะและการจัดการแบบมีส่วนร่วม โดยการจัดอบรมระยะสั้น เรื่อง “การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม” ให้กับกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนอสม. และผู้นำเยาวชน 2) การจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามตำบล เพื่อสร้างชุมชนเรียนรู้ (Community of Practice) โดยใช้รูปแบบ “ตลาดนัดความรู้” (Knowledge Fair) ให้แต่ละหมู่บ้านนำผลงานและนวัตกรรมสุขภาวะมาโชว์ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุทำผลิตภัณฑ์สุขภาพ การจัดการอาหารปลอดภัย ฯลฯ และ 3) การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลสุขภาวะที่ชุมชนสามารถดำเนินการได้เองอย่างต่อเนื่อง เช่น การใช้ “สมุดบันทึกสุขภาพครัวเรือน” ช่วยกันเก็บข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน เช่น ความดัน เบาหวาน การออกกำลังกาย



**7.3 ข้อเสนอแนะต่อการจัดการพื้นที่** เพื่อให้เกิดการจัดการพื้นที่ สุขภาวะที่มีประสิทธิภาพ ควรดำเนินการ 1) การพัฒนาพื้นที่กลาง เช่น ลานสุขภาวะ ศูนย์สุขภาวะชุมชน ให้เป็นศูนย์รวมกิจกรรมสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง 2) การส่งเสริมให้พื้นที่ต้นแบบสร้าง 'แผนที่ทุนสุขภาวะ' (Well-being Asset Mapping) เพื่อใช้จัดการทรัพยากรในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ 3) การสร้างระบบฐานข้อมูลชุมชนอย่างต่อเนื่อง (Community Health Profile) ที่ผนวกข้อมูลสุขภาพ ภาย-ใจ-สังคม-จิตวิญญาณ และ 4) การส่งเสริมให้มีนุกรมการสุขภาวะในทุกหมู่บ้าน เพื่อขยายการมีส่วนร่วมระดับจุลภาค

**7.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการกลไกการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ระดับพื้นที่** การออกแบบกลไกการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ ควรดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลและบูรณาการข้ามภาคส่วน โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้ 1) การพัฒนาระบบ “คณะกรรมการสุขภาวะตำบล” ให้เป็นกลไกหลักในการเชื่อมโยงทุกภาคส่วน โดยมีอำนาจตัดสินใจร่วมกับ อปท. 2) การเชื่อมโยงกลไกการมีส่วนร่วมกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) โดยเฉพาะ Good Health and Well-being (SDG3) และ Partnership for the Goals (SDG 17) และ 3) การออกแบบกลไกการกระจายอำนาจด้านสุขภาวะให้ท้องถิ่นมีสิทธิกำหนดนโยบายของตนเอง โดยมีเครื่องมือการประเมินตนเองของชุมชนรองรับ

## เอกสารอ้างอิง

- จินตวีร์ เกษมสุข. (2561). แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 26(50), 169-186.
- นงเยาว์ อุดมวงศ์, พนิดา จันทโสภีพันธ์, ดวงฤดี ลาคุชชะ, กนกพร สุคำวง, วิทยา ยาประเสริฐ, สุพรรณ ยาศระเสริฐ และ ชัยยุทธ กาญจนสวัสดิ์. (2558). บทเรียนจากการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมตำบลหมูก อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 42(1), 97-107.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามเตี้ย. (2565). *รายงานสถิติผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามเตี้ย ปี พ.ศ.2565*. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามเตี้ย.



- วรรณิ ปัญญาวงศ์. (2563). *การวิเคราะห์การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในภาคเหนือของประเทศไทย* (รายงานวิจัย). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565). *รายงานผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช).
- องค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย. (2565). *รายงานสถานการณ์และแนวทางการจัดการขยะมูลฝอย ตำบลมะขามเตี้ย*. สุราษฎร์ธานี: องค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย.
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Coleman, J. S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94, S95–S120.
- Denzin, N. K. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods* (2<sup>nd</sup> ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4<sup>th</sup> ed.). London: Sage.
- Fischer, F. (2006). Participatory governance as deliberative empowerment: The cultural politics of discursive space. *The American Review of Public Administration*, 36(1), 19–40.
- Kickbusch, I. (2010). Health in All Policies: The evolution of the concept of horizontal health governance. In Kickbusch, I., & Buckett, K. (Eds.), *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010* (pp. 2-184). Adelaide: Government of South Australia.
- Krippendorff, K. (2018). *Content analysis: An introduction to its methodology* (4<sup>th</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.



- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–377. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- 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. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1189–1208.
- Putnam, R. D. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York, NY: Simon & Schuster.
- World Health Organization (WHO). (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: WHO. Retrieved from <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/charter.pdf>
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods* (5<sup>th</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.