กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ISSN 2985–1823 (Online)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2568) หน้า [91-103]

รูปแบบการดูแลสุขภาวะชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชน: กรณีศึกษา ชุมชนทุ่งบอน ตำบลบุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Community Health Care Model through Community Health Station: A Case Study of Thung Bon Community, Bung Wai Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

กุลธิดา กุลประฑีปัญญา , อรุณศรี ผลเพิ่ม*
Kunthida Kulprateepunya, Arunsri Pholperm*
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
Boromarajonani College of Nursing Sanpasitthiprasong Ubon Ratchathani Province
*Corresponding author: arunsripholperm@gmail.com
(Received: Oct 20, 2024 / Revised: May 8, 2025 / Accepted: Dec 3, 2025)

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาวะชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิด 3ก 1ข 3ส และแนวคิดทุนทางสังคม ประกอบด้วย มิติด้านโครงสร้าง และมิติด้านบริการ ใช้เทคนิคการวิจัยแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พยาบาลวิชาชีพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) จำนวน 13 คน และประชาชนผู้รับบริการ จำนวน 35 คน รวมทั้งสิ้น 48 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก คุณภาพความเที่ยงตรง IOC = 0 .67 ความเชื่อมั่น = 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า 1) มิติด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย ก ที่ 1 คือ คณะกรรมการ ก ที่ 2 กองทุน มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.68, SD = 0.79) แสดงถึงความความพร้อมของคณะกรรมการชุมชนแม้ไม่ได้แต่งตั้งอย่างเป็นทางการ การบริหารจัดการ และการสนับสนุนจากภาคส่วนต่าง ๆ และ 2) มิติด้านการบริการ ประกอบด้วย ก ที่ 3 คือ กิจกรรมของชุมชน ข ที่ 1 ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ ส ที่ 1 สร้างความร่วมมือ ส ที่ 2 สื่อสารและให้ข้อมูล และ ส ที่ 3 สู่ความยั่งยืน มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.65, SD = 0.61) สะท้อนถึงความเข้มแข็งของระบบบริการของสถานีสุขภาพชุมชน โดยประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายและต่อเนื่อง ผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบ 3 ธีมสำคัญ คือ 1) พลังจิตอาสาและทุนทางสังคม 2) บริการใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ และ 3) การสื่อสารและความร่วมมือคือหัวใจของความยั่งยืน การสังเคราะห์เชิงระบบนำสู่ต้นแบบ “THUNG-BON MODEL” เพื่อการจัดการสุขภาวะชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาวะ, ระบบสาธารณสุขมูลฐาน, สถานีสุขภาพชุมชน

Abstract

The study was a survey research study. The purpose was to investigate a community health model using the community health station framework, guided by the 3G-1K-3S model and the concept of social capital (including structural and service dimensions). A mixed-methods approach was conducted in this study. The sample consisted of 48 participants selected through stratified random sampling. The participant pool included 13 key informants (village health volunteers, professional nurses, directors of Subdistrict Health Promoting Hospitals, village chiefs, assistant village chiefs, and members of the Subdistrict Administrative Organization) and 35 community residents. The research tools consisted of a questionnaire and an in-depth interview guide. The content validity (IOC = 0.67) and reliability (α = 0.87) of the tools were validated prior to use in this study. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using content analysis. The results showed two major dimensions. Dimension 1, the structural dimension (comprising G1: community governance committee and G2: community health fund), showed a high level of appropriateness ($\bar{X}$ = 3.68, SD = 0.79). The findings indicate the readiness of community committees, functional management, and support from multiple sectors, despite the absence of formal appointments. Dimension 2, the service dimension (comprising G3: community activities, K1: data and information, S1: collaboration, S2: communication, and S3: sustainability), showed the highest level of appropriateness ($\bar{X}$ = 4.65, SD = 0.61). The findings highlight the effectiveness of the community health station, enabling the public to access services easily and consistently. Qualitative data analysis identified three key themes: 1) volunteer spirit and social capital as key drivers, 2) services perceived as close-to-home and person-centered, and 3) communication and collaboration as foundations for sustainability. The systemic synthesis of these findings led to the development of the "THUNG-BON MODEL" as a blueprint for sustainable community health management.

Keywords: Wellness Care, Primary Health Care System, Community Health Station

บทนำ

ปัจจุบันคนไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต คือ มีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุม แต่ประชาชนกลับมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากความล่าช้าของการเข้าถึงบริการ และระยะเวลาในการรับบริการเป็นเวลานาน ซึ่งผู้ป่วยบางรายมีระยะเวลาที่ค่อนข้างจำกัด ทำให้ไม่สามารถที่จะรอเข้ารับบริการได้ส่งผลให้ไม่มาตามนัด และไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง จึงเกิดเป็นปัญหาของระบบสุขภาพในชุมชน[1] ปัจจุบันระบบสุขภาพชุมชนในสังคมไทยมีการขยายตัว วิถีชีวิตในสังคมเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไป การสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชนจึงส่งผลให้เกิด “กระบวนการเรียนรู้และปรับตัว” ภายใต้บริบทของชุมชนที่ต้องร่วมกันสร้างสังคมให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีและเกิดระบบสุขภาพที่เข้มแข็งในชุมชน[2] งานสาธารณสุขมูลฐานมีแนวคิดจัดการคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 3ก 1ข 3ส โดย กิจกรรม 3ก ได้แก่ กรรมการ กองทุน กิจกรรม 1ข ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ และกิจกรรม 3ส ได้แก่ สร้างความร่วมมือ สื่อสาร และสู่ความยั่งยืนเพื่อให้เกิดชุมชนที่เข้มแข็ง และเป็นการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ สุขภาวะและหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่สร้างสุขภาวะมูลฐานและเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม มีเป้าหมายการทำงาน “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ดูแลให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการแออัด ลดการรอคอย มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสริมสร้างสุขภาพ และการดูแลสุขภาพองค์รวมให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น มีหลักการทำงานเชื่อมโยงกับระบบ 3 หมอที่ช่วยดูแลและขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาวะ ประกอบด้วย หมอคนที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข (พยาบาลระดับตำบล) และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว (แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว) จึงได้มีการจัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชน (health station) ขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงความรู้ในการดูแลสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเบื้องต้นได้สะดวกและรวดเร็ว รวมถึงการส่งเสริมให้ประชาชนใส่ใจดูแลสุขภาพของตนมากยิ่งขึ้น[3] หากพบกลุ่มเสี่ยงจะนำเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยทำงานร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และสำหรับกลุ่มที่สงสัยป่วยจะมีการกำกับติดตาม และส่งต่อแพทย์เพื่อเข้ารับการวินิจฉัยอย่างทันท่วงที[4] ซึ่งจะช่วยให้ผู้เข้ารับบริการได้รับความสะดวกสบาย ลดการแออัด ลดการรอคอย และได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยมี อสม. ทำหน้าที่หลักในสถานีสุขภาพชุมชน[5]

ชุมชนทุ่งบอน หมู่ที่ 2 ตำบลบุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นชุมชนที่มีการจัดการด้านสุขภาพที่เข้มแข็ง โดยได้มีการนำรูปแบบนโยบาย 3 หมอ มาใช้ร่วมกับการจัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชน ดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ มีการบริหารจัดการโดยชุมชนเอง มีการเข้าถึงบริการสุขภาพสะดวก รวดเร็ว ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเรื่องรูปแบบการดูแลสุขภาวะชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชน ครอบคลุมทั้งมิติด้านโครงสร้างการทำงาน การดูแลสุขภาพชุมชน บทบาทหน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานีสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวก และรูปแบบมิติด้านการให้บริการรวมถึงการสื่อสารให้ข้อมูลเพื่อเป็นรูปแบบในการพัฒนาชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาวะชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชนทุ่งบอน ตำบลบุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย มิติด้านโครงสร้าง และมิติด้านบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาเชิงปริมาณ

1.1 บุคลากรที่เป็นคณะทำงานในสถานีสุขภาพชุมชนทุ่งบอน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ (purposive sampling) ประกอบด้วย สมาชิกองค์การบริหาร

ส่วนตำบล (ส.อบต.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(ผอ.รพสต.) พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน รวมทั้งสิ้น จำนวน 13 คน

1.2 ประชาชนที่เข้ารับบริการจากสถานีสุขภาพชุมชนทุ่งบอน จำนวนทั้งสิ้น 417 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie& Morgan[6] ดังนี้

$$n = \frac{x^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + x^2 p(1-p)}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากร มีค่าเท่ากับ 417 คน

p = ค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร มีค่าเท่ากับ 0.50

χ^2 = ค่าสถิติไคสแควร์ที่ df = 1 มีค่าเท่ากับ 3.841

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ มีค่าเท่ากับ 0.05

เมื่อแทนค่าในสูตร พบว่าได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 35 คน จากนั้นทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) จากประชาชนในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงในชุมชนทุ่งบอน โดย แบ่งตาม อสม. ที่ดูแลครัวเรือนประชาชนผู้รับบริการ แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นประชาชนที่เคยมารับบริการที่สถานีสุขภาพชุมชน และ 2) มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ประชาชนที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น ผู้ป่วยจิตเวช และ 2) ประชาชนที่ไม่สมัครใจให้ข้อมูล

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ

ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะทำงานในสถานีสุขภาพชุมชนทุ่งบอน ประกอบด้วย สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพสต.) พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน รวมจำนวน 13 คน

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

1. แบบสอบถามการดำเนินงานและการดูแลสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 2 มิติ คือมิติทางด้านโครงสร้าง และมิติด้านการให้บริการ รวมจำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผลใช้เกณฑ์ของนพพร ธนชัยขันธ์[7] ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.50 คะแนน) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.51–2.50 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.51–3.50 คะแนน) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.51–4.50 คะแนน) และระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.51–5.00 คะแนน)

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยประเด็นมิติทางด้านโครงสร้างและมิติด้านการให้บริการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการดำเนินงานและการดูแลสุขภาพชุมชนฯ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดหลักการสาธารณสุขมูลฐาน 3ก 1ข 3ส และแนวคิดทุนทางสังคมร่วมกับข้อมูลชุมชน 2 มิติ คือ มิติด้านโครงสร้างและมิติด้านการให้บริการ โดยผ่านการตรวจสอบค่าความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชน และคณะกรรมการสุขภาพชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันกับกลุ่มที่ศึกษา มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ไปถึง รพ.สต.ทุ่งบอน และกำนันตำบลบุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลร่วมกับผู้นำชุมชน อสม. พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก

3. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากประชาชนผู้รับบริการจากสถานีสุขภาพของหมู่บ้านทุ่งบอน ตำบลบุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบสอบถาม

4. นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้การรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2567-74 โดยมีการชี้แจงต่ออาสาสมัครให้ได้รับทราบถึงการเข้าร่วมการวิจัย มีการป้องกันความเสี่ยง ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคณะทำงานในสถานีสุขภาพชุมชนทุ่งบอน และประชาชนผู้รับบริการ จำนวน 48 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.92 อายุเฉลี่ย 54.46 ปี (SD = 12.56) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 46.58 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.25 และผลการศึกษาการดูแลสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 2 มิติ คือมิติทางด้านโครงสร้าง และมิติด้านการให้บริการ ดังนี้

1. มิติด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 3.68 คะแนน (SD = 0.79) โดยพบว่าด้านคณะทำงาน มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.56 คะแนน (SD = 0.64) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลการดูแลสุขภาพชุมชน มิติด้านโครงสร้าง

การดูแลสุขภาพชุมชน มิติด้านโครงสร้าง (รายประเด็น)	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
การดำเนินงานด้านคณะทำงาน	4.56 (0.64)	มากที่สุด
งบประมาณ	2.96 (0.82)	ปานกลาง
การจัดอัตรากำลังและพัฒนาบุคลากร	4.54 (0.79)	มากที่สุด
การจัดการยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือ	3.68 (0.79)	มาก

เมื่อทำการศึกษาในแต่ละประเด็น พบรายละเอียด ดังนี้

1. การดำเนินงานด้านคณะทำงาน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า สถานที่จัดตั้งมีความสะดวกสบายและเหมาะสมในการบริการ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 4.83 คะแนน (SD = 0.54) รายละเอียดดังตารางที่ 2

2. ด้านงบประมาณ พบว่า กองทุนที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานที่มีความพอเพียงระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 คะแนน (SD = 0.82) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ข้อมูลการดำเนินงานด้านคณะทำงานในสถานีสุขภาพชุมชนทุ่งบอน

ประเด็นการดำเนินงานด้านคณะทำงาน	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
การแต่งตั้งคณะทำงานภายในสถานีสุขภาพชุมชนมีความครอบคลุม	4.46 (0.49)	มาก
บทบาทหน้าที่ในการทำงานมีขอบเขตชัดเจน	4.48 (0.69)	มาก
โครงสร้างการบริหารงานมีความครอบคลุมและชัดเจน	4.46 (0.82)	มาก
สถานที่จัดตั้งมีความสะดวกสบายและเหมาะสมในการบริการ	4.83 (0.54)	มากที่สุด

ตารางที่ 3 ข้อมูลด้านงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

ประเด็นด้านงบประมาณ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
งบประมาณและแหล่งเงินสนับสนุนเพียงพอ	2.96 (0.82)	ปานกลาง

3. การจัดอัตรากำลังและพัฒนาบุคลากร เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การกำหนดตารางเวลาให้ อสม. หมุนเวียนปฏิบัติงานที่เหมาะสม มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.71 คะแนน (SD = 0.82) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลด้านการจัดอัตรากำลังและพัฒนาบุคลากร

ประเด็นด้านการจัดอัตรากำลังและพัฒนาบุคลากร	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
การกำหนดตารางเวลาให้ อสม.หมุนเวียนปฏิบัติงานที่เหมาะสม	4.71 (0.82)	มากที่สุด
อสม.ได้รับการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ	4.38 (0.76)	มาก

4. ด้านยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การมีแหล่งสนับสนุนและจัดหายา เวชภัณฑ์วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 3.90 คะแนน (SD = 0.77) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลประเด็นด้านยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ

ประเด็นด้านยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
มีการจัดเตรียมยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็น	2.60 (0.63)	ปานกลาง
ยามีความเพียงพอต่อการให้บริการ	1.48 (0.47)	น้อยที่สุด
วัสดุอุปกรณ์มีความเพียงพอและสามารถใช้งานได้	2.65 (0.56)	ปานกลาง
การมีแหล่งสนับสนุนและจัดหายา เวชภัณฑ์วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ	3.90 (0.77)	มาก

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เกี่ยวข้องในมิติด้านโครงสร้าง พบข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

1. การดำเนินงานด้านคณะทำงาน พบว่า สถานีสุขภาพชุมชนทุ่งบอนยังไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอย่างเป็นทางการ การดำเนินงานเป็นการร่วมมือกัน มีแพทย์เวชปฏิบัติทำหน้าที่ในการรักษา พยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลคัดกรองเบื้องต้นและให้ความรู้แก่ อสม. ด้านการทำงานและด้านสถานที่มีความเหมาะสม ปลอดภัย มีความสะดวก รวดเร็วแก่ประชาชนที่มารับบริการ

"มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ได้แก่ ประธาน รองประธาน เหรัญญิก ประชาสัมพันธ์ ไม่มีหนังสือแต่งตั้ง" (VH1-8)

"สถานที่ตั้งมีความเหมาะสม เดิมเป็นศาลากลางบ้าน สะดวกต่อการให้บริการ คนในชุมชนสามารถเดินทางมารับบริการได้อย่างสะดวก" (VH2)

2. ด้านงบประมาณ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานชุมชน สำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ในส่วนการกิจกรรมอื่น ๆ ได้รับงบประมาณจากกองทุนหมู่บ้าน

"กองทุนได้จากอนามัยไม่เพียงพอ จัดการโดยผู้ใหญ่บ้านเอาเงินกองกลาง อสม. ออกมาใช้" (VH4)

"ทางรพสต.มาช่วยและเงินงบประมาณจากผู้ใหญ่บ้าน อบต. อบจ. สส.จ ต้องทำเรื่องของบประมาณปีละ 1 ครั้ง" (VH6, 8)

3. การจัดอัตรากำลังและพัฒนาบุคลากร พบว่า การจัดอัตรากำลังของ อสม. มีทั้งหมด 8 คน รับผิดชอบ 108 หลังคาเรือน มอบหมายให้ อสม. 1 คน รับผิดชอบ 13–15 หลังคาเรือน นอกจากนี้ยังมีการอบรมปีละ 1–2 ครั้ง โดยแพทย์เวชปฏิบัติหรือพยาบาล

"มีการอบรมอสม. ปีละ 1–2 ครั้ง และมีการประชุม อสม. ทุกวันที่ 10 ของเดือน ตรงกับวันหยุดเลื่อนออกไป มีกิจกรรมบ่อย สอนใช้อุปกรณ์ สอนเรื่อง stoke ให้ อสม.ไปเรียน CPR ที่ รพสต." (VH1-3)

4. ด้านยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือ พบว่า ยาในการให้บริการยังไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยาและเวชภัณฑ์ไม่มีในสถานีสุขภาพชุมชน ในส่วนของวัสดุ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก อุปกรณ์และเครื่องมือ ยังมีไม่เพียงพอต่อการบริการ

"เวชภัณฑ์ไม่ค่อยเพียงพอต่อการใช้งาน เบิกจาก รพสต. เดือนละ 2 ครั้ง ถ้าหากยาหมด ประธานจะเป็นคนเบิกยา" (VH3, 8)

2. มิติด้านการให้บริการ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 4.65 คะแนน (SD = 0.61) อยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเด็นการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ และการสื่อสารและให้ข้อมูล มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.56 คะแนน (SD = 0.64) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การดูแลสุขภาพชุมชน ด้านการให้บริการ

การดูแลสุขภาพชุมชน ด้านการให้บริการ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
กิจกรรมของชุมชนและการสร้างความร่วมมือในการจัดการสุขภาพชุมชน	4.68 (0.59)	มากที่สุด
การจัดบริการสุขภาพ	4.69 (0.85)	มากที่สุด
การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ และการสื่อสารและให้ข้อมูล	4.70 (0.62)	มากที่สุด

เมื่อทำการศึกษาในแต่ละประเด็น พบรายละเอียด ดังนี้

1. กิจกรรมของชุมชนและการสร้างความร่วมมือในการจัดการสุขภาพชุมชน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.67 คะแนน (SD = 0.34) รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ข้อมูลด้านกิจกรรมของชุมชนและการสร้างความร่วมมือในการจัดการสุขภาพชุมชน

กิจกรรมของชุมชน และการสร้างความร่วมมือ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
มีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะชุมชน	4.56 (0.67)	มากที่สุด
มีกิจกรรมที่ช่วยป้องกันสุขภาวะชุมชน	4.58 (0.67)	มากที่สุด
มีกิจกรรมที่ช่วยเฝ้าระวังและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	4.77 (0.31)	มากที่สุด
มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ	4.83 (0.37)	มากที่สุด
มีแผนพัฒนาสุขภาพ/ การแก้ไขปัญหาสุขภาพ จัดกิจกรรมรณรงค์ แก้ไขปัญหาสุขภาพ	4.67 (0.34)	มากที่สุด

2. การจัดบริการสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประชาชนในชุมชนเข้าถึงการคัดกรองสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.77 คะแนน (SD = 0.68) รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อมูลด้านการจัดบริการสุขภาพ

ประเด็นการจัดบริการสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
ประชาชนในชุมชนเข้าถึงการคัดกรองสุขภาพ	4.77 (0.68)	มากที่สุด
คัดกรองกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน	4.71 (0.31)	มากที่สุด
คัดกรองกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง	4.69 (0.76)	มากที่สุด
คัดกรองกลุ่มสงสัยป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด	4.69 (0.31)	มากที่สุด
คัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุเสี่ยงพลัดตกหกล้ม	4.71 (0.42)	มากที่สุด
คัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุสงสัยสมองเสื่อม	4.56 (0.67)	มากที่สุด

3. การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ และการสื่อสารและให้ข้อมูล เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การมีบันทึกให้บริการและจัดเก็บข้อมูลที่สามารถสืบค้นได้ คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.65 คะแนน (SD= 0.68) รายละเอียดดังตารางที่ 9

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เกี่ยวข้องในมิติด้านการให้บริการ พบข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

1.ด้านกิจกรรมของชุมชนและการสร้างความร่วมมือในการจัดการสุขภาพชุมชน พบว่า ในชุมชนมีกิจกรรมฝึกอาชีพ มีการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน เช่น การเต้นแอโรบิก การเต้นบาสโลบ การเต้น

ตารางที่ 9 ข้อมูลด้านการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานฯ

การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานฯ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
การปฐมพยาบาลและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น	4.48 (0.67)	มาก
การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน	4.38 (0.78)	มาก
การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น	4.60 (0.47)	มากที่สุด
การสื่อสารด้านสุขภาพให้ประชาชนในชุมชน	4.60 (0.67)	มากที่สุด
มีบันทึกการให้บริการและจัดเก็บข้อมูลที่สามารถสืบค้นได้	4.65 (0.68)	มากที่สุด

ในตาราง 9 ช่อง ออกกำลังกายด้วยไม้กวาด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การส่งต่อความรู้ในการป้องกันโรค จากแพทย์ พยาบาลสู่ อสม. และ อสม.ส่งต่อประชาชน เมื่อออกเยี่ยมบ้าน

2. การจัดบริการสุขภาพ พบว่า มีการคัดกรองประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เน้นในเรื่องโรคไม่ติดต่อ โรคความดันโลหิตสูง หากพบว่ามีความเสี่ยงจะนัดติดตามอาการทุก 2 สัปดาห์ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน

“คัดกรองทุกวันเสาร์ วันอาทิตย์ ใครอยากมาก็ได้เลย ส่วนมากถ้ามีอาการเล็กน้อยก็จะมาตรวจดูว่าเป็นยังไง ประหยัดเวลาในการไปหาหมอ มีการตรวจวัดความดัน เจาะน้ำตาล ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดส่วนสูง ถ้านัดแล้วไม่ว่างจะนัดวันถัดไปเพื่อเก็บตก ถ้ายังผิดปกติก็จะส่งชื่อไปที่รพสต. รพสต. คัดกรองอีกรอบ จากนั้นส่งให้หมอ” (VH1-8)

3. การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ และการสื่อสารและให้ข้อมูล พบว่า ในพื้นที่มีการส่งเสริมทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมบ้าน การลงบันทึกสมุดรายงานของ อสม. เมื่อมีการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิต หากมีอาการเปลี่ยนแปลงในแต่ละครั้งจะทำการลบข้อมูลเดิมแล้วเขียนเพิ่มใหม่หลังจากนั้นจึงส่งรายงานให้กับ รพสต. มีการติดต่อสื่อสารโดยการโทรแจ้ง อสม. เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน จะมีไลน์กลุ่มในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล และอสม. กลุ่มไลน์ผู้ป่วยเบาหวานกับกลุ่มอสม.และกลุ่มไลน์ระหว่าง อสม. กับสมาชิกในครัวเรือน นอกจากนี้มีหอกระจายข่าวในการประชาสัมพันธ์ข้อมูล

3. รูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชน จากการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ได้สรุปผลรูปแบบการดูแลสุขภาพฯ โดยใช้ตัวย่อ “THUNG BON Model” แทนความหมายของแต่ละองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบ	ความหมาย	กลไกการดำเนินงาน
T-team collaboration	การสร้างทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน	มีคณะกรรมการสุขภาพชุมชนที่รวมตัวแทนจาก อสม., รพ.สต., ผู้นำหมู่บ้าน, อบต., และประชาชน ทำหน้าที่วางแผน กำกับ และติดตามงานด้านสุขภาพ

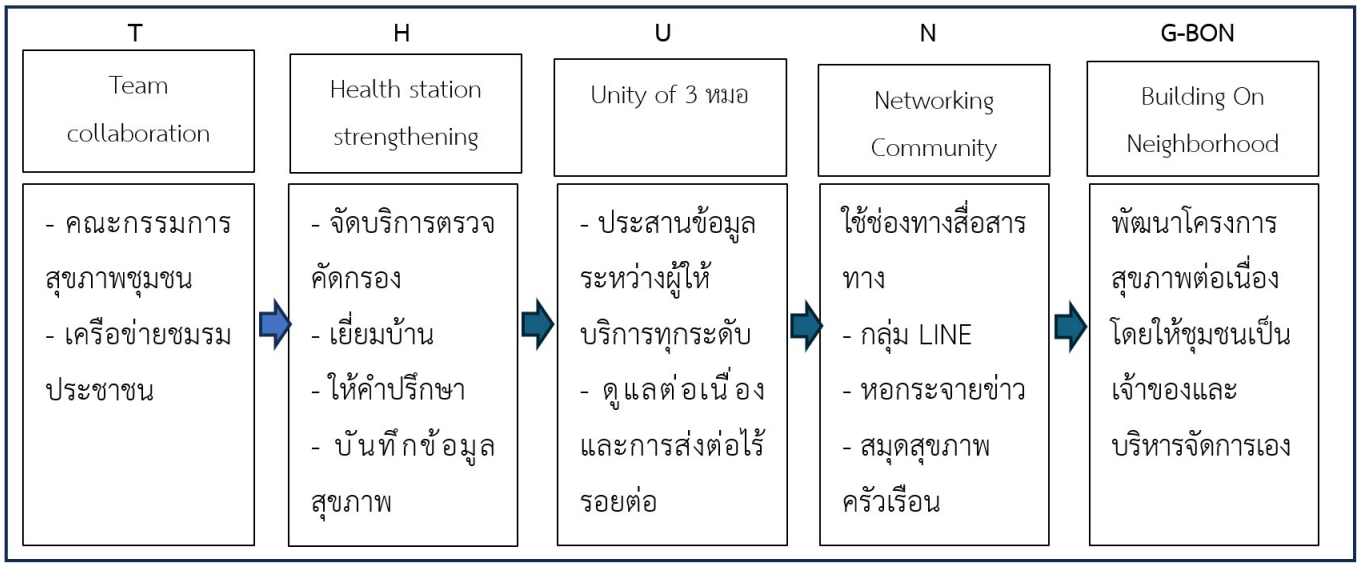
องค์ประกอบ	ความหมาย	กลไกการดำเนินงาน
H-health station strengthening	การเสริมความเข้มแข็งของสถานีสุขภาพชุมชนให้เป็น “จุดบริการสุขภาพปฐมภูมิใกล้บ้าน” ซึ่งสอดคล้องกับหลักการดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิ (primary health care, PHC)	จัดบริการตรวจคัดกรอง เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา และบันทึกข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบ เน้นบริการแบบ “ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”
U-unity of 3 หมอ	การบูรณาการการทำงานของหมอ 3 ระดับ (อสม. พยาบาล แพทย์ครอบครัว)	กำหนดบทบาทชัดเจนและประสานข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการทุกระดับ เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง และการส่งต่อไร้รอยต่อ (continuum of care)
N-networking community	เครือข่ายชุมชนและสังคมท้องถิ่นที่สร้างจาก “ทุนทางสังคม (social capital)” ทั้งในมิติ bonding bridging และ linking	ใช้ช่องทางสื่อสาร เช่น กลุ่ม line หอกระจายข่าว สมุดสุขภาพครัวเรือน เป็นโครงสร้างข้อมูลสุขภาพระดับครัวเรือนเชื่อมกับ รพ.สต. เพิ่มความไว้วางใจและการมีส่วนร่วมของประชาชน
G-BON-building on neighborhood wellbeing	การต่อยอดจากทุนทางสังคมไปสู่ความเป็นอยู่ดีของชุมชน (well-being neighborhood)”	พัฒนาโครงการสุขภาพต่อเนื่อง (เช่น ออกกำลังกาย ดูแลผู้สูงอายุ ป้องกันโรคไม่ติดต่อ) โดยให้ชุมชนเป็นเจ้าของและบริหารจัดการเอง เกิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพท้องถิ่น

จากแนวคิดดังกล่าว ได้สรุปผลรูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชน “THUNG BON Model” รายละเอียดดังภาพที่ 1

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาวะชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิด 3ก 1ข 3ส ผสมผสานกับแนวคิดทุนทางสังคม และวิเคราะห์ทั้งมิติด้านโครงสร้างและมิติด้านบริการ ข้อมูลเชิงปริมาณชี้ให้เห็นว่าการดำเนินงานอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนพลวัตของชุมชน การมีส่วนร่วมของ อสม. และความสัมพันธ์เชิงระบบระหว่างชุมชน หน่วยบริการ และองค์กรท้องถิ่น ส่วนนี้จะอภิปรายผลการวิจัยโดยเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ

1. มิติด้านโครงสร้าง: กลไกชุมชนและทุนทางสังคม มิติด้านโครงสร้าง พบว่าอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะคณะกรรมการและกลไกชุมชนที่มีบทบาทกำกับ ติดตาม และสนับสนุนการดำเนินงานสถานีสุขภาพชุมชน ผลวิจัยนี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิด WHO health system building blocks



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชน “THUNG BON Model”

ซึ่งระบุว่าระบบสุขภาพที่ดีต้องมีความเข้มแข็งของผู้นำ การบริหาร และเครือข่ายบุคลากร[8] ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ความไว้วางใจ ความสมัครใจ และการร่วมแรงร่วมใจของคนในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทุนทางสังคมของ Putnam ที่ชี้ว่าความไว้วางใจและเครือข่ายทางสังคมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของนโยบายและการจัดการชุมชน[9] ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานของ เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และปนัดดา ปริยฑฤฆ ซึ่งระบุว่าระบบสุขภาพชุมชนจะเข้มแข็งเมื่อมีคณะกรรมการสุขภาพและกลไกภาคประชาชนร่วมสนับสนุน[5] รวมถึงงานของ วารุณี เสี่ยงบุญ ที่พบว่าความร่วมมือของ อปท. ผู้นำชุมชน อสม. เป็นปัจจัยกำหนดความยั่งยืนของระบบสุขภาพระดับตำบล[10] แม้พบข้อจำกัดเกี่ยวกับเวชภัณฑ์และงบประมาณ แต่ชุมชนสามารถชดเชยด้วยการประสานงานและปรับตัวผ่านเครือข่ายความร่วมมือ ซึ่งอธิบายได้ด้วยแนวคิด Complex Adaptive Systems (CAS) ที่มองระบบสุขภาพชุมชนเป็นระบบที่เรียนรู้และปรับตัวร่วมกันผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง[11]

2. มิติด้านบริการ: ความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ มิติด้านบริการอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะบริการเชิงรุก เช่น การคัดกรองโรคไม่ติดต่อ (NCDs) การเยี่ยมบ้าน และการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิ (primary health care, PHC) ที่มุ่งเน้นบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่าย เป็นมิตร และต่อเนื่อง[12] ผลวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของ Penchan และ Panadda ที่พบว่าชุมชนที่มีระบบบริการปฐมภูมิคุณภาพสูงสามารถลดภาระโรงพยาบาลและเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันของประชาชนได้ [13] เช่นเดียวกับงานของ Manyazewal ซึ่งระบุว่าประเทศกำลังพัฒนาที่มีบริการปฐมภูมิแข็งแรงจะทำให้ระบบสุขภาพโดยรวมมีประสิทธิภาพมากขึ้น[14]

3. ผลข้อมูลเชิงคุณภาพ: ความร่วมมือ-การสื่อสาร-ความไว้วางใจ ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบ 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ 1) พลังจิตอาสาและทุนทางสังคม 2) บริการ “ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” และ 3) การสื่อสารและความร่วมมือคือหัวใจของความยั่งยืน ผลนี้สะท้อนว่าชุมชนมีพลังร่วมและมีระบบข้อมูลข่าวสารที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ WHO ที่มองระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง[8] นอกจากนี้ งานของ Jiaviriyaboonya และคณะ ยังพบว่า อสม. ทำหน้าที่เป็น “ตัวกลางของความไว้วางใจ” ระหว่างระบบสุขภาพและประชาชน ทำให้ข้อมูลสุขภาพ

ถูกสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและทำงานในบริบทชุมชนได้ดีขึ้น[15]

4. การสังเคราะห์สู่รูปแบบ THUNG-BON MODEL สะท้อนระบบสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ โดยมีทุนทางสังคม การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชน ทีมสุขภาพ และระบบข้อมูล ลักษณะของรูปแบบนี้สอดคล้องกับแนวคิด community empowerment ของ Labonte ที่ย้ำว่าการเสริมพลังชุมชนจะเกิดขึ้นเมื่อชุมชนมีอำนาจในการกำหนดและควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง[16] และสอดคล้องกับแนวคิด CAS ที่มองว่าระบบสุขภาพเป็นระบบที่สามารถเรียนรู้และปรับตัวอย่างต่อเนื่อง[11]

จากการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การผสานทุนทางสังคม บริการปฐมภูมิคุณภาพสูง และระบบข้อมูลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เป็นรากฐานของระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน และ THUNG-BON MODEL สามารถเป็นแนวทางต้นแบบให้พื้นที่อื่นนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. นำผลการศึกษาวิจัยไปเป็นแบบอย่างในการพัฒนาชุมชนอื่นๆโดยนำรูปแบบการปฏิบัติงานสถานีสุขภาพชุมชน เกิดชุมชนเข้มแข็งจัดการสุขภาพตนเอง

2. นำไปแก้ไขปัญหาการขาดแคลนของอุปกรณ์ทางการแพทย์

3. ในการปฏิบัติงานทุกคนควรปฏิบัติได้ทุกหน้าที่

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. การเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างการศึกษา ให้ครอบคลุมถึงผู้รับบริการ

2. พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาวะชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลการให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเชื่อมระบบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ

เอกสารอ้างอิง

1. เริงวิชญ์ นิลโคตร, นิภาวรรณ เจริญลักษณ์. การพัฒนาสุขภาวะชุมชนโดยประยุกต์ใช้บริบทชุมชนเป็นฐาน: กรณีศึกษาการฟ้อนไทยทรงดำบ้านดอนทอง ตำบลดอนข่อย อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม.กระแสวัฒนธรรมวารสาร 2564;7(9):94–110.
2. พงษศักดิ์ นาต๊ะ. การบูรณาการในระบบสุขภาพชุมชน. วารสารนวัตกรรมไทย 2562; 11(1):79–85.
3. กระทรวงมหาดไทย.การสาธารณสุขมูลฐาน [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กุมภาพันธ์ 14]. เข้าถึงได้จาก: https://images.app.goo.gl/DTGYXtv5AMRAz5pr8.
4. ประพันธ์ ใยบุญมี. ชมรมสาธารณสุขฯ หนุน Health Station ผุดตำบลละ 1 แห่ง อีกกลไกช่วงเปลี่ยนผ่านถ่ายโอนรพ.สต. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กุมภาพันธ์ 1]. เข้าถึงได้จาก:https://www.hfocus.org/content/2023/10/28720.
5. เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปนัดดา ปริยฑฤฆ. กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2557;28(1) 3–14:1–15.
6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30:607–10.
7. นพพร ธนชัยขันธ์. สถิติเบื้องต้นสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยาพัฒน์; 2555.
8. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes–WHO's framework for action. Geneva: WHO; 2007.
9. Putnam RD. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton

(NJ): Princeton University Press; 1993.
10. วารุณี เสี่ยงบุญ. การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชน จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารแพทย์เขต 4–5 2566;42(3):445–50.
11. Paina L, Peters DH. Understanding pathways for scaling health services through CAS lens. Health Policy Plan 2012;27(5):365–73.
12. World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century. Geneva: WHO; 2018.
13. Penchan S, Panadda P. Development process of community health care system. J Public Health Nurs 2014; 28(1):3–14.
14. Manyazewal T. Using WHO's health system building blocks to determine performance of public healthcare facilities. BMC Res Notes 2017;10:251.
15. Jiaviriyaboonya P, et al. Anthropological study of village health volunteers' roles. Heliyon 2022;8(11):e11234.
16. Labonte R. Health promotion and empowerment. Health Educ Q 1994; 21(2):253–68.