

นิพนธ์ต้นฉบับ

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเป็นฐาน: ในฐานะเครื่องมือและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการร่วมสร้างระบบสุขภาพชุมชนที่เกาะยาว

มารุต เหล็กเพชร, พบ.

โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา จังหวัดพังงา

ผู้รับผิดชอบบทความ:

มารุต เหล็กเพชร, พบ.

คลินิกหมอครอบครัวใน

โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา

จังหวัดพังงา 82160, ประเทศไทย

Email: kohyaopcc@gmail.com

Received: July 25, 2023;

Revised: August 15, 2023;

Accepted: August 28, 2023

บทคัดย่อ

ที่มา: Community-Based Participatory Research (CBPR) คือการวิจัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนกับทีมสุขภาพเพื่อได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ในประเทศไทยยังมียังมีความรู้ในการใช้เครื่องมือนี้จากระบบบริการปฐมภูมิไม่มากนัก การศึกษานี้จึงต้องการถอดบทเรียนโครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่เกาะยาว รวมถึงปัจจัยของความสำเร็จของการสร้างระบบสุขภาพชุมชนโดยใช้เครื่องมือนี้

แบบวิจัย: การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกรณีศึกษาที่มีหน่วยวิเคราะห์มากกว่าหนึ่งหน่วย (หลายกรณีศึกษา) โดยนำโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมที่มีชุมชนเป็นฐานที่ผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007-2023 มาใช้เป็นกรณีศึกษา

วัตถุประสงค์และวิธีการ: เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม การสังเกตโดยตรง วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบกับตัวแบบเชิงตรรกะและสร้างคำอธิบายปัจจัยแห่งความสำเร็จโดยใช้ realist evaluation

ผลการศึกษา: การศึกษาพบว่าองค์ประกอบโครงสร้างของ CBPR ทั้ง 3 กรณี สอดคล้องกับตัวแบบเชิงตรรกะของ Wallerstein ที่ได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2018 และยังมีองค์ประกอบที่สำคัญที่พบเพิ่มเติม ได้นำไปปรับปรุงตัวแบบให้เหมาะสมตามข้อค้นพบ, CBPR ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและทีมชุมชน นำไปสู่การออกแบบการวิจัย (การแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน) ที่ฟังเสียงชุมชนในมิติต่าง ๆ รวมถึงการมอบอำนาจให้ชุมชน ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เปลี่ยนแปลงไปได้นำไปสู่การแก้ไขปัญหาในเชิงยึดคุณค่าความหมายด้านจิตวิญญาณของชุมชนไว้เป็นศูนย์กลางส่งผลทั้งการเปลี่ยนแปลงได้ในหลายระดับทั้งในระบบบริการสุขภาพชุมชนและระบบสุขภาพชุมชน, การศึกษานี้พบว่าปัจจัยของความสำเร็จของ CBPR ในการสร้างระบบสุขภาพชุมชน คือ 1) เป็นโครงการที่มีการระบุปัจจัยปัจจัยเชิงสังคมที่กำหนดสุขภาพ 2) การใช้ภูมิปัญญาและทรัพยากรในชุมชน 3) ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในขั้นควบคุมโดยประชาชน (citizen control)

สรุป: CBPR สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยอาศัยการร่วมมือกันของผู้ร่วมวิจัยในทีมสุขภาพและทีมชุมชนในทุกขั้นตอนของการดำเนินการ ปัจจัยที่กำหนดความสำเร็จในการสร้างระบบสุขภาพชุมชนที่แก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนได้อย่างยั่งยืนได้แก่ การระบุปัจจัยปัจจัยเชิงสังคมที่กำหนดสุขภาพ การใช้ภูมิปัญญาและทรัพยากรในชุมชน และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเป็นฐาน การวิจัยกรณีศึกษา ระบบสุขภาพชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ

ORIGINAL ARTICLE

Community-Based Participatory Research: A Tool and Key of Successful Community Health System Co-Creation on Kohyao Island

Marut Lekphet, MD.

Koh Yao Chaipat Hospital, Phang-nga, Thailand

Corresponding author :

Marut Lekphet, MD.
Prunai Primary Care Cluster,
Koh Yao Chaipat Hospital Koh
Yao District, Koh Yao Chaipat
Hospital, Phang-nga 82160,
Thailand
Email: kohyaopcc@gmail.com

Received: July 25, 2023;

Revised: August 15, 2023;

Accepted: August 28, 2023

ABSTRACT

Background: Community-Based Participatory Research (CBPR) is research involving community and health teams to acquire new knowledge on solving community health problems. Limited knowledge exists of primary care providers using this tool in Thailand. Therefore, this study aimed to extract lessons learned from a community health system development project at Koh Yao with success factors in building a community health system using community-based participatory research.

Design: This study is case study research with more than one analytical unit (multiple case studies). This case study research used community-based participatory research projects that the researcher participated in from 2007-2023.

Methods: Data were collected from semi-structured interviews, focus groups, and direct observation. Data was analyzed utilizing content analysis. The logical models were validated and success factors were described using realist evaluation.

Results: The study found that the structural elements of all three CBPRs were valid with the revised Wallerstein Logical Model in 2018, and additional important elements were also found. The model was then adapted according to the findings. CBPR enables collaborative learning between health and community teams leading to research design. The changing power relations lead to solving community problems centered on community spiritual values creating change at many levels both in the community health service system and the community health system. This study found that the success factors of CBPR in building a community health system are: 1) a project that identifies social determinants of health; 2) utilizes the wisdom and resources in the community, 3) involves the community in the level of control by the people (Citizen Control).

Conclusions: CBPR can be used as a tool to build a community health system. Factors that determine the success of building a community health system that can sustainably solve community health problems: Identify social determinants of health, use the wisdom and resources in the community, and involve the level of community participation.

Keywords: case study research, CBPR, Case study research, social determinants of health, community participation, community health system

บทนำ

ประเทศไทยมุ่งมั่นพัฒนา Primary Health Care โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 โดยเฉพาะภายหลังคำประกาศ อัลมา อตา ในปี พ.ศ. 2521 Primary Health Care ในประเทศไทยมีลักษณะที่มีพัฒนาการแตกต่างกันตามระยะเวลา อย่างไรก็ตามแนวคิดที่เป็นหลักการหรือปรัชญาสำคัญในการทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ โดยการที่ทุกส่วนในสังคมร่วมกันการสร้างระบบสุขภาพชุมชน เพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างเท่าเทียม การให้อำนาจหรือการเสริมพลังประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน การประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ยังคงมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง¹ หลังพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545² กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่สำคัญคือโครงการศูนย์แพทย์ชุมชน ในปี พ.ศ. 2549 มีเป้าหมายให้ประชาชนเข้าถึงการบริการแบบองค์รวม สามารถดูแลสุขภาพได้ในทุกมิติทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม หลังสิ้นสุดโครงการ หลายพื้นที่ยังมีข้อจำกัดจากการยึดติดในระบบสถานบริการเป็นศูนย์กลาง ขาดแกนนำที่จะพาทีมไปสู่บริการสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางและมีชุมชนเป็นฐาน ล้มเหลวในการสร้างระบบสุขภาพชุมชนเพราะละเลยในการปรับปรุงกายทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ³ แต่ก็มีคามมุ่งมั่นและความพยายามในการพัฒนาการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเรื่อยมา การทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในประเทศไทยพบว่า การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเป็นฐานเป็นหนึ่งในเครื่องมือค้นหาและปรับปรุงกำหนดสุขภาพ⁴ เพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืน

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based participatory research; CBPR) คือการแสวงหาความรู้และลงมือในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน สร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้วิจัยจากทีมสุขภาพและทีมชุมชนในทุกขั้นตอน ทุกกระบวนการ ทุกคนมีส่วนร่วมให้ความเชี่ยวชาญ การตัดสินใจ และมีส่วนเป็นเจ้าของอย่างเท่าเทียมกัน⁵ CBPR มีความโดดเด่นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เพราะเป็นการลดช่องว่างระหว่างการวิจัยและ

การปฏิบัติ ผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนและปฏิบัติการทางสังคมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนและความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ⁶ CBPR มีรากฐานมาจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ที่มีต้นกำเนิดจากแนวคิดของ Kurt Lewin, Orlando Fals Borda และ Paulo Freire⁷ จึงมีปรัชญาที่ใกล้เคียงกัน เช่นการแบ่งปันอำนาจและประชาธิปไตยของความรู้ ความแตกต่างอยู่ที่จุดเน้นของ CBPR คือกระบวนการสร้างความเป็นหุ้นส่วน การคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรม การพัฒนาศักยภาพที่อยู่บนฐานความต้องการหรือความสามารถชุมชน การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ โดยสมาชิกชุมชนเป็นผู้ปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลง⁸

การดูแลสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่เกาะยาวใหญ่ อำเภอเกาะยาว ซึ่งบริบทเป็นชุมชนมุสลิมบนเกาะห่างไกลพัฒนาไปพร้อมกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงาได้จัดให้มีแพทย์ประจำที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ในปี พ.ศ. 2546 โดยมีผู้วิจัยเป็นแพทย์ประจำแบบเต็มเวลาต่อเนื่องมาตั้งแต่นั้น ต่อมาได้เข้าร่วมโครงการศูนย์แพทย์ชุมชน ในปี พ.ศ. 2549 จึงเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ในการสร้างระบบสุขภาพชุมชน ในระยะแรกของโครงการศูนย์แพทย์ชุมชน ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม และวิธีวิทยาของ CBPR ในการสร้างระบบสุขภาพชุมชน อาทิ การออกแบบศูนย์แพทย์ชุมชนและเรือนพักผู้ป่วยเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงบริการแบบองค์รวม เหมาะสมกับอัตลักษณ์วัฒนธรรมการจัดตั้งกองทุนส่งต่อผู้ป่วยกรณีจำเป็นหรือเร่งด่วนทางน้ำที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพื่อแก้ไขปัญหาการปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วย เมื่อพัฒนาเป็นคลินิกหมอครอบครัวในเวลาต่อมายังคงมีการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในหลายด้าน เช่น การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกันและงานสุขภาพจิตในปัจจุบัน แม้ว่าในต่างประเทศพบหลักฐานเชิงประจักษ์ในประสิทธิผลของ CBPR ในการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพมากขึ้นเป็นลำดับ⁹⁻¹¹ และมีการพัฒนาความรู้มาตลอดทศวรรษ¹²⁻¹⁵ อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาในเรื่องนี้จากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทยไม่มากนัก งานวิจัยนี้จึงต้องการถอดบทเรียนการพัฒนางานด้านการดูแลสุขภาพปฐมภูมิโดยใช้ CBPR เป็นเครื่องมือในการสร้างระบบ

สุขภาพพร้อมกับชุมชนจนประสบความสำเร็จในหลายโครงการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายและวิเคราะห์การวิจัยแบบมีส่วนร่วมที่มีชุมชนเป็นฐานที่ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนที่เกิดขึ้น ในแง่ปัจจัยของความสำเร็จ และสิ่งที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพชุมชน

เพื่อตรวจสอบตัวแบบเชิงตรรกะ (to verify concept model) ของการวิจัยแบบมีส่วนร่วมที่มีชุมชนเป็นฐานที่ดำเนินการที่อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแบบเชิงตรรกะ CBPR ของ Wallerstein และคณะ 2018¹⁶ ให้กรอบแนวความคิดว่า ภายใต้บริบทที่แตกต่าง

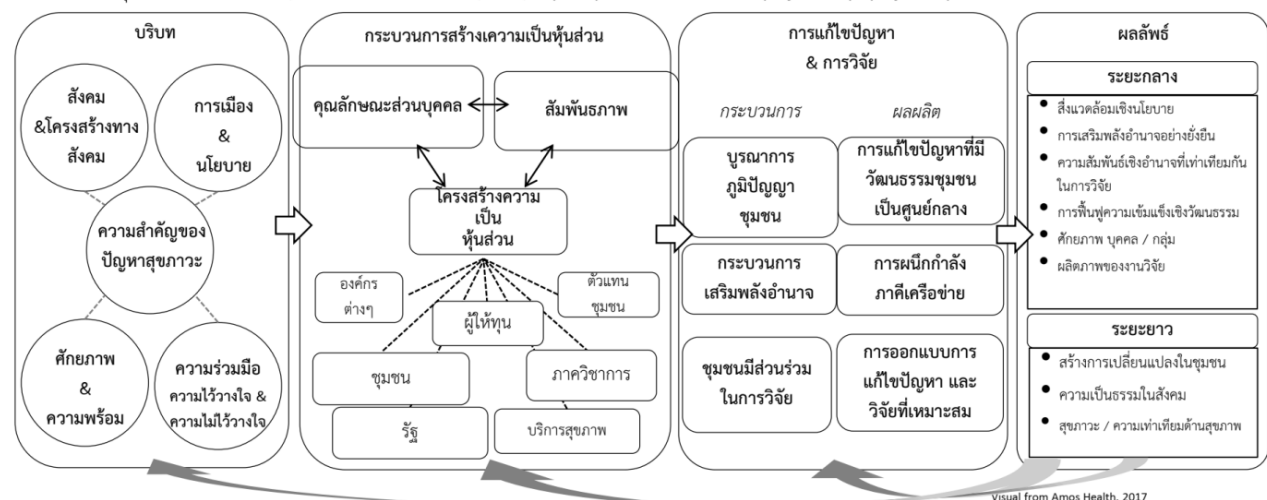
กัน กระบวนการการสร้างความเป็นหุ้นส่วนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพและความเสมอภาคด้านสุขภาพ ผ่านกลไกที่สำคัญสามประการคือการบูรณาการภูมิปัญญาชุมชนทำให้เกิดการแก้ปัญหาที่มีวัฒนธรรมชุมชนเป็นศูนย์กลาง กระบวนการเสริมพลังอำนาจ (empowerment process) ทำให้เกิดการผนึกกำลังภาคีเครือข่าย (partnership synergy) และชุมชนมีส่วนร่วมในการวิจัยในทุกขั้นตอน นำไปสู่การออกแบบการแก้ไขปัญหาและการวิจัยที่เหมาะสม

เครื่องมือและระเบียบวิธีวิจัย

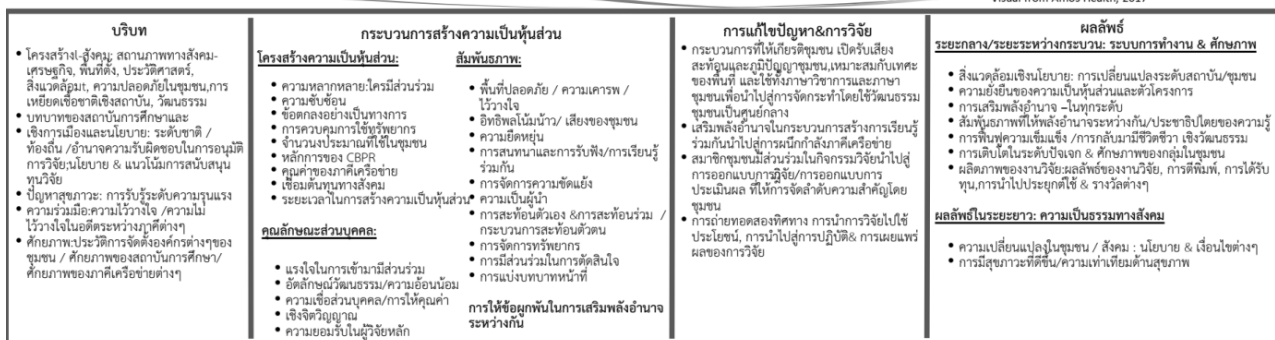
การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกรณีศึกษาที่มีหน่วยวิเคราะห์มากกว่าหนึ่งหน่วย (หลายกรณีศึกษา) มาวิเคราะห์โดยใช้กรอบทฤษฎีที่มีอยู่ก่อน ในที่นี้คือตัวแบบเชิงตรรกะของ Wallerstein และคณะ มาใช้ในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงใช้แนวคิดการประเมินตาม

CBPR Conceptual Model

ปรับปรุงจาก Wallerstein et al, 2008 & Wallerstein et al, 2018, <https://cpr.unm.edu/research-projects/cbpr-project/cbpr-model.html>



Visual from Amos Health, 2017



รูปที่ 1. ตัวแบบเชิงตรรกะของ Wallerstein และคณะ (2018)

ความเป็นจริง (realist evaluation) มาวิเคราะห์ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured Interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group)

กรณีศึกษาที่ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยในอดีตโดยตรง กรณีศึกษา CBPR ที่นำมาศึกษาในครั้งนี้แสดงในตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างของโครงการ CBPR ที่เลือกมาเป็นกรณีศึกษา ผู้วิจัยได้ใช้กลยุทธ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง¹⁷ (purposeful sampling strategies) โดยกำหนดเครือข่ายของตัวอย่าง

การเลือกผู้เข้าร่วมในงานวิจัย

โครงการ CBPR ที่เกิดขึ้นที่เกาะยาวในอดีตนั้น ผู้วิจัยประกอบด้วย 2 ทีมคือ ทีมสุขภาพกับทีมชุมชน การศึกษาในครั้งนี้เลือกผู้เข้าร่วมในงานวิจัย (เพื่อไม่ให้สับสนต่อไปในงานวิจัยนี้จะเรียกว่าผู้ให้ข้อมูล) แบบเฉพาะเจาะจงคือ

ตารางที่ 1. กรณีศึกษาที่นำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้และรายละเอียดของแต่ละโครงการโดยสรุป

โครงการ CBPR	กระบวนการของโครงการโดยสรุป	ผลที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพชุมชน
1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อออกแบบ ศูนย์แพทย์ชุมชน ชุมชนมุสลิมพรุในเกาะยาวปี 2553 (ต่อไปจะเรียกโดยย่อว่า:โครงการออกแบบศูนย์แพทย์)	1. กลุ่มซึ่งเป็นตัวแทนชุมชนประกอบด้วยผู้นำชุมชน ผู้อาวุโส ผู้นำศาสนา ได้ให้ฉันทามติในการดำเนินโครงการร่วมกัน 2. กลุ่มชุมชนต่าง ๆ ร่วมถ่ายทอดความคาดหวัง ประสพการณ์ วัฒนธรรม ศาสนา ภาวะน่าอยู่ น่าสบาย การพิจารณาแบบ การแก้ไขแบบ อนุมัติแบบ เข้าใจหลักการดูแลแบบเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบสุขภาพชุมชน 3. การออกแบบเรือนพักผู้ป่วยและศูนย์แพทย์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	อาคารเรือนพักผู้ป่วยใน และศูนย์แพทย์ชุมชน ที่มีสิ่งแวดล้อมแห่งการเยียวยา เอื้อต่อการฟื้นฟูเสริมทางด้านวัฒนธรรมชุมชน ในมิติทางศาสนาและจิตวิญญาณในการดูแลสุขภาพ
2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีชุมชนเป็นฐาน: การจัดตั้งกองทุนประกันการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ปี 2554 (กองทุนน้ำมัน)	1. ชุมชนเป็นผู้ถ่ายทอดแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ของการบริการกองทุนในรูปสหกรณ์ 2. การร่วมกันศึกษาเพื่อหาความเป็นไปได้ของโครงการ และการสร้างแบบจำลองงบประมาณต่าง ๆ 3. ตั้งคณะกรรมการกองทุนส่งต่อผู้ป่วย ประชาสัมพันธ์โครงการเพื่อให้ชุมชนลงขันกัน ครอบครัวละ 200 บาท เพื่อประกันค่าชุดเซย์ ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องส่งตัวโดยทางนำไปที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต 4. ชุมชนเป็นผู้บริหารกองทุนผ่านกรรมการฝ่ายต่าง ๆ	เกิดระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชนจัดการเองผ่านกองทุนประกันการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเรียกว่ากองทุนน้ำมัน มีคณะกรรมการของชุมชนที่แต่งตั้งกันเองเพื่อบริหารโครงการ มีความเท่าเทียมกันในเรื่องการได้รับการบริการส่งต่อ อัตราความครอบคลุม ร้อยละ 97 (2554 - ปัจจุบัน)
3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยมีชุมชนเป็นฐาน : การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ปี 2560 (คลินิกมัสยิด)	1. กระบวนการรับฟังเสียงชุมชนผ่าน AIC มีการเขียนภาพฉายที่หวังร่วมกันของกลุ่ม อสพ. ในการดูแลผู้สูงอายุ ตามความคิดเห็นและสิ่งที่อยากทำโดยไม่ถูกชี้นำ ได้โจทย์ของการวิจัยว่าความสุขคือผู้สูงอายุคืออะไร และทำอย่างไรจึงจะเห็นภาพนั้น 2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อตอบโจทย์ในข้อที่ 1 เป็นโครงการคลินิกมัสยิด ซึ่งเป็นการดูแลเชิงรุกในชุมชนโดยความร่วมมือกันระหว่างโต๊ะอิหม่าม ทีม อสพ. อสม. ชมรมผู้สูงอายุและทีมสหวิชาชีพของคลินิกหมอครอบครัวพรุ	เกิดระบบส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องของชุมชนในรูปแบบคลินิกมัสยิด ผลที่ได้ ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในโครงการคลินิกมัสยิด มีภาวะไม่สุขสบายการขณะทำละหมาดลดลง และพบว่ามีความผูกพันทางจิตวิญญาณมากขึ้น

เป็นผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย CBPR ทั้ง 3 โครงการในอดีต โดยเลือกจากทีมสุขภาพ 1 คน และทีมชุมชน 2 คน ในแต่ละโครงการวิจัยในอดีต รวมมีผู้ให้ข้อมูล 9 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา เลขที่ 6/2566 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยในเรื่องการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย การรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งการให้สิทธิแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจการเผยแพร่ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมและได้รับอนุญาตจากตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในงานวิจัย

การเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยทำหลังจากแนะนำวัตถุประสงค์โครงการ และได้รับคำยินยอมแล้ว ผู้สัมภาษณ์ให้ผู้รับการสัมภาษณ์ดูภาพของตัวแบบเชิงตรรกะของ CBPR (รูปที่ 1) และได้รับคำอธิบายสั้น ๆ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้สัมภาษณ์ ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดเพื่อประเมินการรับรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับมิติทั้งสี่ของตัวแบบเชิงตรรกะ ผู้เข้าร่วมถูกขอให้พิจารณาว่าอะไรสำคัญต่อการทำงานร่วมกันต่อโครงการที่เกิดขึ้น ถูกขอให้แนะนำการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมตัวแบบตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

การสนทนากลุ่ม ผู้เข้าร่วมได้รับเชิญให้มาร่วมสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้นำในการสนทนากลุ่มโดยใช้คำถามปลายเปิดโดยให้ผู้เข้าร่วมอภิปรายเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการสร้างระบบสุขภาพชุมชนด้วย CBPR

การสังเกตโดยตรงของผู้วิจัยที่มีส่วนร่วมในโครงการวิจัยในอดีตทั้ง 3 โครงการ การตรวจสอบข้อมูล ทำโดยการคืนข้อสรุปให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตรวจสอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงของผู้ให้สัมภาษณ์ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสังเกตโดยตรงจะถูกนำมาวิเคราะห์

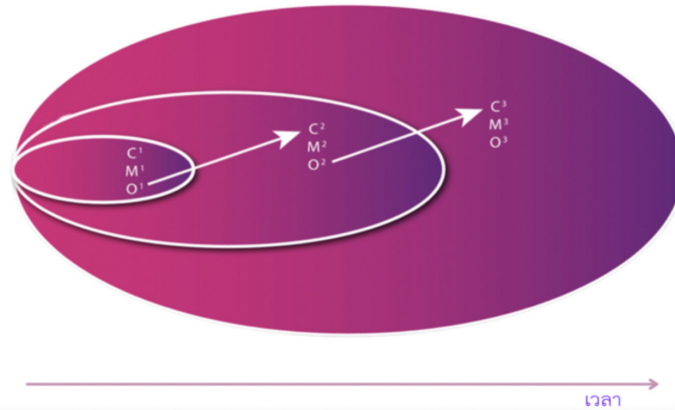
เนื้อหาโดยเทียบองค์ประกอบโครงสร้างกับตัวแบบเชิงตรรกะของ Wallerstein และคณะ (2018) ว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ หากค้นพบองค์ประกอบโครงสร้างใหม่หรือโดดเด่นในแต่ละโครงการจะถูกบันทึกเพื่อใช้ปรับปรุงตัวแบบเชิงตรรกะให้มีความสอดคล้องกับการดำเนินโครงการ CBPR ในบริบทเกาะยาว

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลแนวนอนตามเวลา (time-series analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นตามเวลา แล้วจับคู่ (matching) กับคำอธิบายที่น่าจะเป็นไปได้ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการประเมินตามความเป็นจริง (realistic evaluation) ของ Pawson และ Tilley^{18,19} ที่เชื่อว่าหลักการประเมินผลสิ่งที่เกิดขึ้นควรตั้งอยู่บนความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ บริบท (context) กลไก (mechanism) และผลลัพธ์ (outcome) โครงการถูกขับเคลื่อนด้วยองค์ประกอบทั้งสามที่ประสานกันตามเงื่อนไขต่าง ๆ ในภาพรวมของบริบท - กลไก - ผลลัพธ์ (context-mechanism-outcome configuration) มาวิเคราะห์รวมกับแนวคิดผลกระทบแบบคลื่น โดยร้อยเรียงผลลัพธ์ของโครงการที่ 1 (outcome 1) กลายเป็นบริบทของโครงการที่ 2 (context 2) และผลลัพธ์ของโครงการที่ 2 (outcome 2) กลายเป็นบริบทของโครงการที่ 3 (context 3) ต่อเนื่องกันตามช่วงเวลา

การประเมินตามความเป็นจริงเป็นการประเมินบนพื้นฐานของทฤษฎีระดับกลาง²⁰ ซึ่งจัดเป็นทฤษฎีที่มีระดับแนวคิดจำนวนตัวแปรน้อยกว่าทฤษฎีระดับทั่วไป (Grand theory) จุดมุ่งหมายสำคัญของทฤษฎีระดับกลางก็คือการมุ่งอธิบายปรากฏการณ์เฉพาะเจาะจงบางประเภทที่มีความชัดเจนและความเป็นรูปธรรมอย่างเพียงพอ²¹

ผลการวิจัย

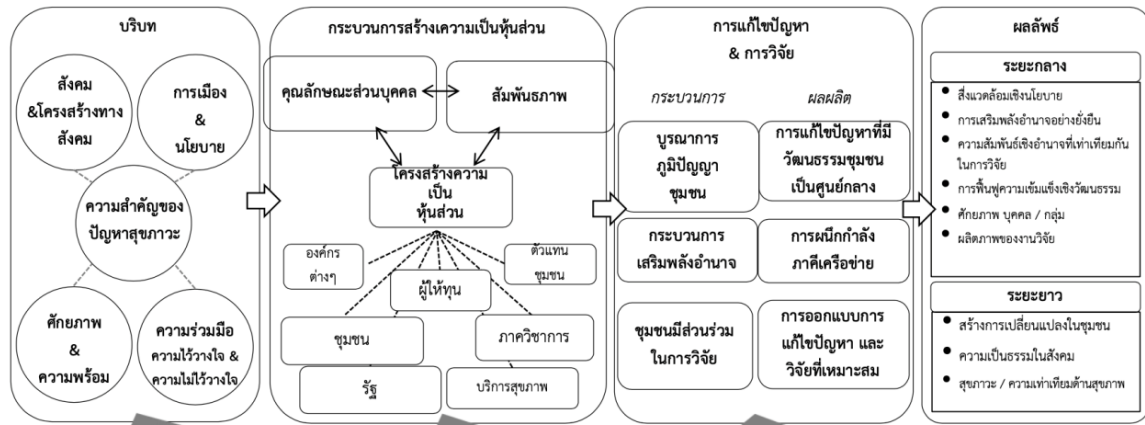
ผลลัพธ์การตรวจสอบตัวแบบเชิงตรรกะ กระบวนการ CBPR ที่เกาะยาวมีความตรงเชิงปรากฏสอดคล้องกับตัวแบบเชิงตรรกะของ Wallerstein และคณะ ผู้วิจัยนำเสนอสรุปย่อของถ้อยความของผู้ให้ข้อมูลในตารางตารางที่ 2-5 โดยพบโครงสร้างเนื้อหาที่เป็นองค์ประกอบใหม่ด้วย จึงนำไปปรับปรุงตัวแบบเชิงตรรกะให้สอดคล้องกับการค้นพบ (แสดงในรูปที่ 3) โดยมีวลีที่เป็นตัวเอียงเป็น



รูปที่ 2. แนวคิดผลกระทบแบบคลื่น ที่เรียงร้อย ภาพรวมของบริบท - กลไก - ผลลัพธ์ ตามช่วงเวลา

CBPR Conceptual Model

ปรับปรุงจาก Wallerstein et al, 2008 & Wallerstein et al, 2018, <https://cpr.unm.edu/research-projects/cbpr-project/cbpr-model.html>



บริบท	กระบวนการสร้างความสัมพันธ์	การแก้ไขปัญหาและการวิจัย	ผลลัพธ์
- โครงสร้างสังคม, สถานภาพทางสังคม-เศรษฐกิจ, พื้นที่ตั้ง, ประวัติศาสตร์, สิ่งแวดล้อม, ความปลอดภัยในชุมชน, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, วัฒนธรรม - บทบาทของสถาบันการศึกษาและ - เชิงการเมืองและนโยบาย: ระดับชาติ /ท้องถิ่น /อำนาจความรับผิดชอบในการอนุมัติการวิจัยนโยบาย & แนวโน้มการสนับสนุนทุนวิจัย - ปัญหาสุขภาพ: การรับรู้ระดับความรุนแรง - การวิจัยเชิงสุขภาพ: ความร่วมมือระหว่างใจ / ความไว้วางใจ - ศักยภาพและทรัพยากรของชุมชน / ศักยภาพของสถานศึกษา / ศักยภาพของทีมงานสุขภาพ / ความพร้อมของทีมสุขภาพ	โครงสร้างความสัมพันธ์: - ความหลากหลาย: ใครมีส่วนร่วม - ความเชื่อใจ - ข้อตกลงอย่างเป็นทางการ - การควบคุมการใช้ทรัพยากร - จำนวนประมาณที่ใช้ในชุมชน - หลักการของ CBPR - ความชอบจากศิษย์ - เชื่อมสัมพันธ์ทางสังคม - ระยะเวลาในการสร้างความสัมพันธ์ สัมพันธภาพ: - พื้นที่ปลอดภัย / ความเคารพ / ไว้วางใจ - อิทธิพลไม่จำเป็น / เสียงของชุมชน - การสนับสนุนและการรับฟัง/การเรียนรู้ร่วมกัน - การสร้างความขัดแย้ง - ความเป็นผู้นำ - การสะท้อนตัวเอง & การสะท้อนร่วม / การระบุการสะท้อนตัวตน - การจัดการทรัพยากร - การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ - การแบ่งบทบาทหน้าที่ คุณลักษณะส่วนบุคคล: - แรงจูงใจในการเข้าร่วม - อัตลักษณ์วัฒนธรรม/ความอ่อนน้อม - ความเชื่อส่วนบุคคล/การให้คำปรึกษา - เชิงจิตวิทยา - ความยอมรับในผู้วิจัยหลัก	กระบวนการ: - บูรณาการภูมิปัญญาชุมชน - กระบวนการเสริมพลังอำนาจ - ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิจัย ผลลัพธ์: - การแก้ไขปัญหาที่มีวัฒนธรรมชุมชนเป็นศูนย์กลาง - การฝึกกำลังภาคีเครือข่าย - การออกแบบการแก้ไขปัญหาและวิจัยที่เหมาะสม	ระยะกลาง: - สิ่งแวดล้อมเชิงนโยบาย - การเสริมพลังอำนาจอย่างยั่งยืน - ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เท่าเทียมกันในการวิจัย - การฟื้นฟูความเข้มแข็งเชิงวัฒนธรรม - ศักยภาพ บุคคล / กลุ่ม - ผลิตภาพของงานวิจัย ระยะยาว: - สร้างการเปลี่ยนแปลงในชุมชน - ความเป็นธรรมในสังคม - สุขภาพ / ความเท่าเทียมด้านสุขภาพ

Visual from Amos Health, 2017

รูปที่ 3. CBPR conceptual Model ที่ได้ปรับปรุงให้สอดคล้องกับข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้

“องค์ประกอบในกระบวนการ CBPR ที่เกะยวามสอดคล้องกับตัวแบบเชิงตรรกะของ Wallerstein และคณะ ภายใต้บริบทของชุมชน กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ ทำให้เกิดการบูรณาการภูมิปัญญาชุมชน การเสริมพลังอำนาจ ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เกิดผลลัพธ์ในระยะกลางและระยะยาว โดยพบโครงสร้างเนื้อหาที่เป็นองค์ประกอบใหม่ คือ ‘การระบุปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ’, ‘ศักยภาพและความพร้อมของทีมสุขภาพ’ ในมิติด้านบริบท ‘ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน’ ในมิติองค์ประกอบด้านการสร้างความสัมพันธ์ ‘จิตวิญญาณของชุมชนเป็นศูนย์กลาง’ ในมิติด้านการแก้ไขปัญหาและการออกแบบการวิจัย”

โครงสร้างใหม่ที่ขยายตามการค้นพบในครั้งนี้

การสร้างคำอธิบายปัจจัยแห่งความสำเร็จของการสร้างระบบสุขภาพชุมชน เมื่อผู้วิจัยได้ปรับปรุงตัวแบบเชิงตรรกะให้สอดคล้องกับการค้นพบในข้อที่ 1 แล้ว ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ให้ข้อมูลมาร่วมสนทนากลุ่มโดยให้ดูภาพตัว

แบบเชิงตรรกะที่ได้รับการปรับปรุง และใช้คำถามถึงโครงสร้างและคำถามปลายเปิดถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จของการสร้างระบบสุขภาพชุมชน ผู้เข้าร่วมอภิปรายถึงองค์ประกอบโครงสร้างต่าง ๆ ในทั้ง 4 มิติของตัวแบบเชิงตรรกะ พบองค์ประกอบที่ตัดข้ามกันทั้ง 3 โครงการ (cross

ตารางที่ 2. การตรวจสอบมีองค์ประกอบด้านบริบท (องค์ประกอบที่พบใหม่จะแสดงในรูปตัวเอียง)

สังคม โครงสร้างสังคม	การเมืองและนโยบาย	ความสำคัญของปัญหาสุขภาพ : การรับรู้ปัญหา	ศักยภาพและความพร้อม	ความเชื่อไว้วางใจ
ลักษณะสังคม “ความด้วยโอกาสความน่าเชื่อถือเพราะว่าที่นี้มันขึ้น เช้าถึงบริการไม่ได้” (ออกแบบศูนย์แพทย์) “ชุมชนเกาะยาวมีอัตลักษณ์วัฒนธรรมสูงมาก การออกแบบจึงต้องคำนึงถึงอัตลักษณ์เหล่านั้น” (ออกแบบศูนย์แพทย์) “การที่เป็นเกาะ ทำให้การเดินทางไม่สะดวกสบาย ในอดีตต้องใช้เวลาขึ้นน้ำลง ถ้าเรือติดแหง บางครั้งเรือที่ส่งคนไข้ก็ต้องรอขึ้นน้ำขึ้น(กองทุนน้ำมัน)” “คนบนเกาะมีประชากรจำนวนประมาณหมื่นคนแต่มีงานสกุลไม่กี่นามสกุล ทุกคนจะมีญาติจำนวนมากมาย ความเป็นเกาะทำให้ต้องช่วยเหลือกัน” (คลินิกมัลติ)	นโยบาย “ผมว่าเป็นครั้งแรกเลยที่ชุมชนสามารถออกแบบโรงพยาบาลของชุมชนได้ ไม่ใช่แบบของกองแบบแผนที่ไม่ตอบโจทย์พื้นที่”(ออกแบบศูนย์แพทย์) “โครงการคลินิกมัลติเป็นโครงการที่กองทุนสุขภาพตำบลสนับสนุนทุนอย่างต่อเนื่องเพราะคณะกรรมการให้ความสำคัญไม่น้อยกว่าโครงการอื่น ๆ” “การสร้างระบบสุขภาพชุมชนเช่นนี้ ในภาพของระดับประเทศมีนโยบายDHSและการใช้โมเดล UCARE ซึ่งมีการติดตามกำกับระดับอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับการทำงานของเราในระดับตำบล การทำงานร่วมกับชุมชนเป็นหลักการสำคัญของการแพทย์ปฐมภูมิ”(คลินิกมัลติ)	มีการระบุปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ “เวลาคนอีลลาลมาเราไปเยี่ยมใคร ยิ่งผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยหนัก เราจะต้องไปสวดขอพรให้ คนเกาะยาวมีญาติมาก เวลาไปเยี่ยมก็จะไปเยี่ยมกันหลายคน เราต้องมีการละหมาดที่แยกชายหญิงให้เหมาะสม ตอนแรกไปเยี่ยมญาติในโรงพยาบาลก็ไม่มีที่จะทำละหมาด”(ออกแบบศูนย์แพทย์) “ในตอนนั้นสิ่งที่มีความทุกข์ก็คือผู้ป่วยที่จำเป็นต้องถูกส่งตัวไปรักษาที่ภูเก็ต บางคนตัดสินใจไม่ไปเพราะหาเงินมาจ่ายค่าเหมาเรือไม่ทัน”(กองทุนน้ำมัน) “เมื่อมีการถามว่าความสุขของผู้สูงอายุคืออะไร คำตอบหนึ่งที่ได้ออกมาได้ทำละหมาด คนอีลลาลมาเราารู้สึกสบายใจ ปลดเบียดเรื่องต่าง ๆ ในใจ” พอมาตั้งต้นที่การละหมาดทางเราเชื่อมโยงกับสุขภาพของผู้สูงอายุคือการคงความสามารถในการทำละหมาด การดูแลภาวะความไม่สุขสบายขณะทำละหมาด”(คลินิกมัลติ)	ศักยภาพและความพร้อมของทีมสุขภาพ “อสม. จะจัดงานกองทุนลมพินธ์ขึ้นทุกปีเพื่อระดมทุนในการต่อเติมอาคารสถานอนามัย” “ชุมชนนั้นมีความพร้อมอยู่แล้วรอเพียงโอกาสที่ทางหมอละพินธ์ยืนยันพื้นที่และโอกาสให้” “ศักยภาพหนึ่งที่ดีของพวกเราทำก็คือศักยภาพในการประสานงานเครือข่าย เช่นประสานกับทีมสถาบันกชุมชนซึ่งเป็นทีมที่มีคุณค่าและทำให้โครงการออกแบอย่างมีส่วนร่วมนั้นดำเนินไปได้จนสำเร็จ(ออกแบบศูนย์แพทย์) “มีกองทุนมากมายที่เกิดขึ้นด้วยความร่วมมือกันของชุมชนกองทุนสวัสดิการ กองทุนเพื่อนช่วยเพื่อน ของชมรมผู้สูงอายุ กองทุนออมทรัพย์ที่เน้นเรื่องความซื่อสัตย์และหลักการชะกาต”(กองทุนน้ำมัน)	ความเชื่อไว้วางใจ “ตั้งแต่โครงการเริ่มพนักผู้ป่วย รู้สึกว่าหมอละพินธ์จะให้ความสำคัญกับชุมชนมากขึ้นเรื่อย ๆ เวลาจะทำอะไรก็ให้ชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ตลอด”(ออกแบบศูนย์แพทย์) “ชุมชนเองรู้สึกว่าการให้พวกเราได้วางใจชุมชนในการจัดการต่างๆก็ได้อย่างกองทุนน้ำมันที่ชัดเจนเลย”(กองทุนน้ำมัน) “การทำโครงการที่ผ่านมาหลายโครงการมีชุมชนมีส่วนร่วมในการร่วมคิดร่วมวางแผนการทำงานของชุมชน พอมาถึงคลินิกมัลติปีนี้เราก็คงได้ระดมทุนมีส่วนร่วมด้วย ได้ระดมทุนก็ยืนยันในการมีส่วนร่วมเพราะเชื่อมั่นว่าทีมเราจะใช้ศาสนาให้เข้ากับสุขภาพได้”(คลินิกมัลติ)

บริบทพื้นที่ ความเป็นเกาะทางไกล ทำให้มีโครงสร้างสังคม อัตลักษณ์ และปัญหาของชุมชนที่มีลักษณะเฉพาะตัว โดยชุมชนรับรู้ปัญหาและความสำคัญ และสามารถการระบุปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ เห็นถึงการเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยเกี่ยวกับความสุขและความทุกข์ของชุมชน ขณะเดียวกันชุมชนมีความพร้อม รอโอกาสที่สุขภาพที่จะเปิดโอกาสและเปิดพื้นที่ในการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาความร่วมกัน ความร่วมมือ ความไว้วางใจระหว่างกันเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา องค์ประกอบที่พบใหม่ได้แก่การระบุปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ ศักยภาพและความพร้อมของทีมสุขภาพ ซึ่งในตัวแบบดั้งเดิมนั้นกล่าวถึงแต่เพียงศักยภาพและความพร้อมของทีมชุมชน

ตารางที่ 3. การตรวจสอบความต้องการด้านการสร้างความเป็นหุ้นส่วน

คุณลักษณะส่วนบุคคล	สัมพันธภาพ	สัมพันธภาพ	โครงการสร้างความเป็นหุ้นส่วน	โครงการสร้างความเป็นหุ้นส่วน
ความถนัดตนเชิงวัฒนธรรม “คิดว่าคนที่ทำงานนี้จะต้องให้ความเคารพชุมชนก่อน เพื่อเปิดใจให้ศึกษาวัฒนธรรมอิสลามอย่างมากเลย” (ออกแบบศูนย์แพทย์) จิตวิญญาณ “การที่เราเป็นคนมุสลิมเหมือนกันเวลาออกไปทำโครงการที่คลินิกสมัยใหม่ เราได้ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ ได้ช่วยเหลือคนได้” “การที่เราเป็นคนที่มีความรู้ทางด้านศาสนาที่ส่งเสริมสุขภาพ เราได้เรียนรู้เรื่องเงินเข้ากองทุน ถ้าเราไม่ใช้ มันเหมือนได้ทำบุญให้คนอื่น” (ออกแบบศูนย์แพทย์)	การเรียนรู้ร่วมกัน “คิดว่าการเรียนรู้ร่วมกันอย่างมากมายที่เราได้ทำโครงการในครั้งนั้น ได้เรียนรู้วัฒนธรรมชุมชนและ ชุมชนเองก็ได้เรียนรู้เรื่องสิ่งที่มีผลกับสุขภาพทั้งในแง่บวกและในแง่ลบ” (ออกแบบศูนย์แพทย์ “เราได้เรียนรู้หลักการกองทุนว่าไม่นใช่เรื่องงบประมาณอย่างเดียว การส่งเงินเข้ากองทุน ถ้าเราไม่ใช้ มันเหมือนได้ทำบุญให้คนอื่น” (ออกแบบศูนย์แพทย์)	ความเคารพ “จุดเริ่มต้นของความเคารพคือการเชื่อว่ามีมนุษย์ทุกคนมีความเท่าเทียมกัน” “ในมุมมองส่วนตัวแล้วเมื่อได้เจอกับคนอื่น ๆ เราได้รู้ได้ว่าความรู้ใหม่ ๆ ความเคารพแบบข้ามรุ่นหรือข้ามศาสนาธรรมะก็จะเกิดขึ้น” “พอมีเป้าหมายร่วมกันใหม่ ทุกคนได้สละตัวตนหรือกำแพงเชิงวิชาชีพที่ไม่ค่อยมี” “เวลาเราจัดเวทีในสถานที่จริงรู้สึกว่าการที่ตัวจริงอยู่ในพื้นที่นั้นเรารู้ว่าต้องเคารพ” (ออกแบบศูนย์แพทย์) “ทางชุมชนเองก็ต้องเคารพความเห็นกัน เพราะกลุ่มเราประกอบด้วยคนหลากหลาย แม้ว่าบางคนไม่ได้เป็นกรรมการ แต่เราก็ฟังเขา” (กองทุนน้ำมัน) “พอเราเชื่อว่าความจริงมันได้หลากหลาย เราตั้งใจจะเปิดความรู้ที่หลากหลายที่เราไม่เคยรู้มาก่อน เราต้องเปิดใจและนั่นเป็นจุดเริ่มต้นของการเคารพ” (คลินิกสมัย) พื้นที่ปลอดภัย “ความไว้วางใจระหว่างกัน ทำด้วยการสร้างให้เกิดพื้นที่ปลอดภัยจากการถูกตัดสิน ทุกคนสามารถแสดงความรู้ ประสบการณ์ได้อย่างเป็นอิสระ” (คลินิกสมัย)	การสะท้อนความคิด/การสะท้อนผลการปฏิบัติ “การทำเครื่องมือวัดความไม่สุขสบายทางกายขณะทำการหาคัด เกิดจากการสะท้อนคิดในวงว่าเราจะวัดผลได้อย่างไรบ้างงานที่เราทำอยู่นั้นดีแล้ว” “กฎระเบียบต่าง ๆ ของกองทุนน้ำมันนั้นถูกแก้ไขปรับปรุงหลายครั้ง มาจากการสะท้อนแย้งหรือปัญหาที่เกิดขึ้น ผ่านการสะท้อนความคิดเห็นอยู่เสมอกันในการประชุม ทุกวันนี้มีการประชุมอย่างน้อยปีละครั้ง” เชื่อมต้นทุนทางสังคม “บุคคลที่เป็นต้นทุนทางสังคมคือปะหอบุสยาม บุญลบ ซึ่งเป็นผู้ชุมนุมอย่างไม่เป็นทางการแต่ผู้หนึ่งๆให้ความเคารพนับถือ มาเชื่อมผู้วิคนอื่นๆในกระบวนการค้นหามิติ” (เรือนพักผู้ป่วย) “โต๊ะอาหารของมีสยิดในหมู่บ้านคือบุคคลที่เป็นศูนย์กลางที่ทำให้คนไม่มีสยิดจำนวนมาก ทำให้โครงการดำเนินไปได้ด้วยดีท่านหนึ่ง” (คลินิกสมัย) “มีการเปลี่ยนแปลงตัวประธานกองทุนหลายครั้ง ประธานคณะทำงานต้องเป็นคนที่ชุมชนเชื่อถือ” กองทุนน้ำมัน	ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน โครงการออกแบบศูนย์แพทย์แต่เดิมเราออกแบบให้ชุมชนบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับจากการระดมทุน เช่นการขอแรงหรือจ้างงานช่างในชุมชน ตัวแทนชุมชนได้ยื่นแบบให้สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรที่มาเยี่ยมในเวลานั้น ทั้งหมดยกอภิปรายว่ามีส่วนร่วมในชั้นควบคุมโดยชุมชน (ออกแบบศูนย์แพทย์) “โครงการกองทุนน้ำมันสุดท้ายชุมชนได้ตั้งคณะกรรมการฝ่ายต่างๆ เช่นฝ่ายระดมทุน ฝ่ายเก็บเงิน สมาชิกกองทุน ฝ่ายบริหาร โดยทีมสุขภาพเป็นเพียงที่ปรึกษา ชุมชนสามารถบริหารกองทุนได้เองถึงมีส่วนร่วมในระดับควบคุมโดยชุมชน” (กองทุนน้ำมัน) “ทีมชุมชนมาร่วมตั้งแต่ร่วมคิด ใจหทัยถายวิจัย รวมลงมือทำโครงการตามบทบาทหน้าที่ และร่วมคิดแบบวัดที่เรียกว่าละหมาดสกอ์ นับได้ว่าเป็นขั้นที่ 6” (คลินิกสมัย)

ความถนัดตนเชิงวัฒนธรรม ทำให้มีการเรียนรู้เพิ่มเติมสมรรถนะทางวัฒนธรรม การเรียนรู้ร่วมกัน การสร้างพื้นที่ปลอดภัย สร้างความไว้วางใจ การสะท้อนคิดเป็นต้นทางสังคม ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในการสร้างความเป็นหุ้นส่วน องค์ประกอบที่พบใหม่ในโครงสร้างความเป็นหุ้นส่วนได้แก่ ‘ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน’ โดยพบว่าโครงการที่ประสบความสำเร็จในการสร้างระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างยั่งยืน มีระดับการมีส่วนร่วมของอาร์โนสได้น้อยในขั้นที่ 6 ขึ้นไป

ตารางที่ 4. การตรวจสอบมิติองค์ประกอบด้านการแก้ไข้ปัญหาและการออกแบบการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล	เสริมพลังอำนาจ	โครงสร้างความเป็นหุ้นส่วน	โครงสร้างความเป็นหุ้นส่วน
*จิตวิญญาณของชุมชนเป็นศูนย์กลาง “มีการศึกษาสถาบันที่ยกย่องชุมชนที่มีฐานะน่าอยู่สบาย เช่นที่บ้านเรือน และที่มัสยิดในพื้นที่จริง การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับศาสนาและวัฒนธรรมชุมชนแก่เยาวชนที่มีผลกับสุขภาพ ผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เพื่อทำประวัติชีวิตบุคคล ปฏิทินชุมชน ประวัติชุมชน การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในชุมชน” “ผู้วิจัยจากทีมสุขภาพให้ความเคารพในความรู้เรื่องการจัดการกองทุนในรูปแบบสหกรณ์ ที่มีแนวคิดช่วยเหลือน้องกัน และกันผ่านงานการระดมทุนและบริการกองทุนโดยใช้หลักความซื่อสัตย์จากมุมมองของเชิงศาสนา มีการออกแบบการวิจัยให้เกิดการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการจัดตั้งกองทุนของสหกรณ์เรือเกาะยาวเซ็นเตอร์ของชุมชนผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกของตัวแทนผู้บริหารจัดการกองทุน การประชุมแบบมีส่วนร่วม และการสนทนάν้ำมัน (โครงการกองทุนน้ำมัน) ผู้วิจัยมีประสบการณ์มากขึ้นในการทวิวิจัยแบบ CBPR และมีความคุ้นเคย อยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลายาวนาน ให้ความสำคัญกับเสียงของชุมชน ออกแบบกระบวนการวิจัยที่ทำผ่านการฟังเสียงที่หลากหลายผ่านการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มโดยกระบวนการ AIC นำไปสู่การคำถามวิจัยเรื่องความสุขของผู้สูงอายุของชุมชนเกาะยาว นำไปสู่ระบบการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ	มีถ่ายทอดแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบสุขภาพชุมชน รวมถึงปัญหาอุปสรรคด้านการเงินและบุคลากรให้แก่วิทยาลัยจากสถาบันการศึกษา(ทีมสถาบันก) และทีมชุมชนให้มีความเข้าใจในแนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวมที่ขยายออกไปสู่ชุมชน เพื่อให้ทีมสถาบันกและทีมชุมชนได้ร่วมกันออกแบบกระบวนการเก็บข้อมูลได้ดีขึ้น รวมถึงการปรึกษาหารือเพื่อชักชวนและคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลกลุ่มต่าง ๆ ให้ทีมชุมชนเข้าใจประเด็นการเก็บข้อมูล ขณะเดียวกันทีมชุมชนก็ได้แนะนำสถานที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษา สถาบันยกรรรมพื้นถิ่น (ออกแบบ) “หลังจากทีมวิจัยจากชุมชนได้ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการจัดตั้งกองทุนของสหกรณ์เรือเกาะยาวเซ็นเตอร์ของชุมชนให้แก่ทีมสุขภาพ ทีมสุขภาพได้คืนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยในด้านความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวนผู้ป่วยที่ตัดสินใจใช้บริการการส่งต่อเพราะไม่มีเงินสำรอง ปัญหาอุปสรรคด้านงบประมาณของสถานบริการสุขภาพ กระบวนการเหล่านี้เกิดการจัดการความรู้ในกลุ่มผู้วิจัยทั้งจากทีมสุขภาพและทีมชุมชน (กองทุนน้ำมัน) เมื่อได้ฉันทามติร่วมกันแล้วว่าจะออกแบบระบบสุขภาพให้ผู้ป่วยอายุที่เกาะยาวได้มีความสุข (หรือมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่สมบูรณ์ ในภาษาเชิงวิชาการ) คือได้ทีละหมาดได้ 5 เวลา และการได้อ่านและการอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน ทีมสุขภาพจึงได้ไปทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการละหมาดและการสวดต้อา แล้วนำมาแลกเปลี่ยนกับทีมชุมชน	โครงการออกแบบเป็นศูนย์แพทย์ชุมชนออกแบบให้สมาชิกชุมชนได้ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการออกแบบ การวิจารณ์แบบและก่อสร้างศูนย์แพทย์ชุมชนและเรือพักผู้ป่วย (โครงการออกแบบ) โครงการกองทุนน้ำมันระดมทุนจากสมาชิกในชุมชนทำให้เกิดการจัดตั้งกองทุนประสบความสำเร็จในการดำเนินงานกองทุน ซึ่งคณะกรรมการฝ่ายระดมทุนพบว่ามีความครอบคลุม 98% ของรวมกองทุนครอบคลุม 98% ของครัวเรือนทั้งหมด (กองทุนน้ำมัน) การที่นำสมาชิกชุมชนมาเข้าร่วมรับผลการดำเนินงานโครงการ มาการร่วมประเมินผลโครงการโดยการจัดทำตัวชี้วัดที่สอดคล้องกันความไม่สุขสบายทางกาย ขณะทีละหมาด ความเผาศุกทางจิตวิญญาณ ทำให้เกิดละหมาดสกอ์ (โครงการคลินิกมัสยิด)	การเปลี่ยนจากถ้อยคำของผู้เชี่ยวชาญสื่อสารด้วยภาษาของชุมชน รวมทั้งตีความภาษาของชุมชนไปเป็นภาษาทางวิชาการเมื่อต้องการสื่อสารกับผู้สูงวัยและได้ทำหน้าที่ด้านการทำหน้าที functional ability และสุขภาพทางจิตวิญญาณ(spiritual well being) ที่สมบูรณ์ของผู้สูงอายุ (คลินิกมัสยิด)

ทั้งนี้ในมิติศาสนาและความรู้ เช่นสถาปัตยกรรมพื้นฐาน ความรู้ในการจัดการกองทุนโดยมีความซื่อสัตย์และการบริหารจัดการตามทัศนคติสภามักกับ ความเหมาะสมจิตวิทยาญาณในแง่ของมุสลิม ทำให้พบองค์ประกอบใหม่ได้แก่ ‘การยึดจิตวิญญาณของชุมชนเป็นศูนย์กลาง’ ซึ่งได้สะท้อนบริบทชุมชนมุสลิม ที่มีอัตลักษณ์วัฒนธรรมที่สำคัญคือความเชื่อและความศรัทธาในศาสนา มีการเสริมพลังอำนาจโดยการถ่ายทอดความรู้ซึ่งเป็นระหว่างกัน สมาชิกชุมชนซึ่งเป็นผู้รับผลสัมฤทธิ์ในกิจกรรมวิจัย เช่นการออกแบบเครื่องมือวัด การสะท้อนผลลัพธ์ มีการถอดถอดด้วยภาษาของชุมชน ไม่ใช้ภาษาทางการ หรือภาษาวิชาการ

ตารางที่ 5. การตรวจสอบมิติองค์ประกอบด้านผลลัพธ์

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะกลาง	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะยาว
การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ หลังโครงการออกแบบเรือนพักผู้ป่วย ผู้วิจัยจากทีมสุขภาพได้กำหนดให้ CBPR เป็นเครื่องมือในการทำงานสร้างระบบสุขภาพชุมชน ดังจะเห็นได้ว่ามีโครงการ CBPR อื่น ๆ ที่ตามมาและประสบความสำเร็จในการสร้างการมีส่วนร่วม เช่น โครงการกองทุนน้ำมัน โครงการนโยบายโภชนาการโรงเรียน โครงการคลินิกมัสยิด การเกิดขึ้นของโครงการเหล่านี้ได้แสดงถึงความยั่งยืนของความเป็นหุ้นส่วนและโครงการแก้ไขปัญหาที่ยังดำเนินต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน เช่นโครงการกองทุนน้ำมัน โครงการคลินิกมัสยิด โครงการออกแบบเรือนพักผู้ป่วยยังเป็นต้นแบบของโครงการในพื้นที่อื่น ๆ เช่น การออกแบบอย่างมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเบญจลักษณ์-เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสระบุรี หรือเป็นต้นแบบกรณีศึกษาของคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ทั้งหมดนี้ ซึ่งผู้วิจัยให้นิยามสำหรับการปฏิบัติการที่เกะยาวว่าเป็นการสร้างระบบสุขภาพชุมชนในแนวราบ เพราะให้พลังอำนาจในการออกแบบการวิจัย หรือประชาธิปไตยของความรู้ให้เท่าเทียมกันระหว่างทีมสุขภาพและทีมชุมชน ขณะเดียวกันผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในทีมชุมชนก็มีการเพิ่มศักยภาพในการแก้ไขปัญหาชุมชนตามที่มีหวังผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม มีทักษะที่มากขึ้นและได้รับการเสริมพลัง	การลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ - การเกิดขึ้นของกองทุนน้ำมัน นับได้ว่าเป็นการเกิดขึ้นของระบบสุขภาพชุมชน ที่สามารถแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ (การตัดสินใจรับหรือไม่รับส่งต่อถูกจำกัดด้วยปัญหาด้านการเงิน) ที่ยั่งยืนสืบเนื่องมาจากปี พ.ศ. 2554 จนมาถึงปัจจุบัน สามารถแก้ปัญหา เรื่องการปฏิเสธการส่งต่อในระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ - โครงการคลินิกมัสยิด ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการดูแลมากขึ้น เพราะการออกไปทำกิจกรรมการบริบาลที่มีสัปดาห์วันศุกร์ ทำให้ไม่มีอุปสรรคเรื่องการเดินทาง (ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในด้านการเดินทาง) สุขภาพที่ดีขึ้น - ญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่เรือนพักผู้ป่วย สามารถทำกิจกรรมทางศาสนาได้ขณะมาเยี่ยมผู้ป่วย เอื้อให้เกิดการดูแลทางด้านจิต-วิญญาณ อบอวนและมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา - ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในโครงการคลินิกมัสยิด มีภาวะไม่สบายการขณะทำละหมาดลดลง และพบว่ามีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้น
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะกลางคือการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานกับชุมชน จากรูปแบบสั่งการหรือขอความร่วมมือมาเป็นการสร้างความเป็นหุ้นส่วน ทำให้เกิดผลในระยะยาวคือ มีการปรับปรุงปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ สามารถลดความเหลื่อมล้ำเชิงสุขภาพ มีสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างเป็นองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ	
matching) คือ การระบุปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพในมิติด้านบริบท การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง (ขั้นที่ 6 ขึ้นไปตามทักษะของ อาร์นสไตน์²²) ในมิติกระบวนการสร้างความเป็นหุ้นส่วน และการออกแบบโครงการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม โดยการใช้วัฒนธรรมชุมชน-จิตวิญญาณของชุมชนเป็นศูนย์กลาง องค์ประกอบเหล่านี้ได้ถูกอภิปรายในฐานะปัจจัยของความสำเร็จของ CBPR ที่นำไปให้เกิดการสร้างระบบสุขภาพชุมชนขึ้นที่เกะยาว โดยสรุปคือ ปัจจัยของความสำเร็จของ CBPR ที่นำมาให้เกิดการสร้างระบบสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 1) มีการระบุกำหนดปัจจัยเชิงสังคม ซึ่งจะเกิดขึ้นจากบริบทที่ชุมชนรับรู้อยู่แล้ว หรือเกิดจากโครงการ CBPR โครงการก่อนหน้า 2) การออกแบบโครงการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม กล่าวคือการใช้ภูมิปัญญาและทรัพยากรใน	ชุมชน 3) ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ในระดับขั้นเป็นเจ้าของ สามารถตัดสินใจและควบคุมด้วยตัวเอง การสร้างคำอธิบายโดยใช้ทฤษฎีระดับกลางและผลกระทบแบบคลื่น เมื่อประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นตามเวลา โดยนำภาพรวมของบริบท-กลไก-ผลลัพธ์ มาเรียงร้อยกันตามช่วงเวลาที่ผ่านมา ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดผลกระทบแบบคลื่น (ผลลัพธ์ของโครงการที่ 1 (O1) เกิดเป็นบริบท (C2) ของโครงการที่ 2 ผลลัพธ์ของโครงการที่ 2 (O2) มาเป็นบริบท (C3) ของโครงการที่ 3 มาอธิบายความต่อเนื่องของบริบท-กลไก-ผลลัพธ์ ของโครงการCBPR ทั้ง 3 โครงการ ได้ผลดังรูปที่ 4 จากแนวคิดผลกระทบแบบคลื่นสร้างคำอธิบายได้ดังนี้ การเลือกทำโครงการแรกที่มีคุณค่าความหมายกับชุมชนจนสำเร็จเป็นจุดตั้งต้นที่ดีเอื้อให้เกิดความร่วมมือ

กันในโครงการอื่น ๆ ต่อมา เกิดการเรียนรู้ระหว่างผู้ทำวิจัยในระบบบริการสุขภาพชุมชน นำไปสู่การออกแบบการวิจัย การระบุปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ การแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนที่พึงเสียงชุมชนในมิติต่าง ๆ รวมถึงการมอบอำนาจให้ชุมชน ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เปลี่ยนแปลงไปนำไปสู่การแก้ไขปัญหาในเชิงยึดคุณค่าความหมายด้านจิตวิญญาณของชุมชนไว้เป็นศูนย์กลางเกิดโครงการ ในชุมชนที่มุ่งเน้นการปรับปรุงปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงได้ในหลายระดับทั้งในระบบบริการสุขภาพชุมชนและการสร้างระบบสุขภาพชุมชน

อภิปราย

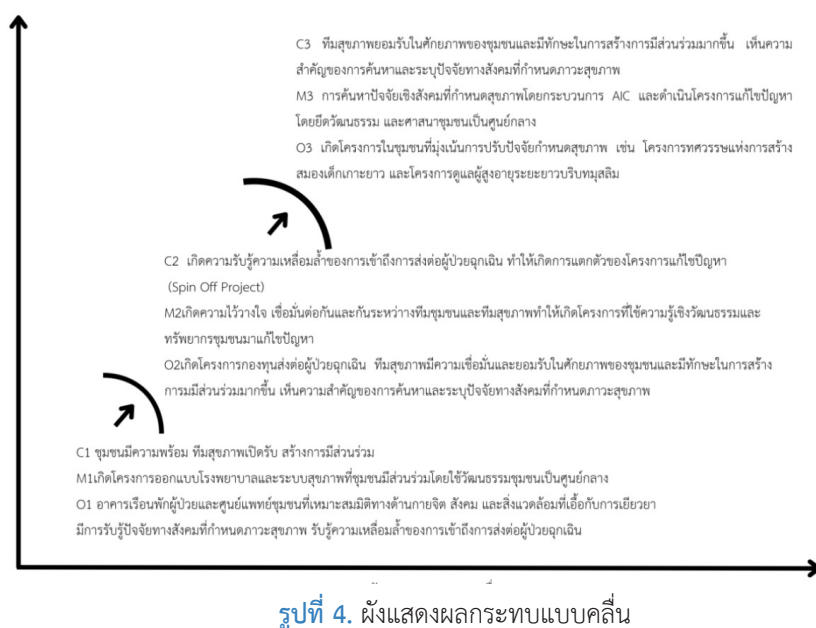
ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ในมิติด้านบริบทของการเกิดขึ้นของโครงการ CBPR การระบุปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพนั้นเป็นจุดตั้งต้นที่จะนำไปสู่การแสวงหาความรู้ที่ปรับปรุงปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ เกิดการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ท้ายที่สุดก็เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบ ซึ่งเป็นคุณค่าของการแพทย์ปฐมภูมิ²³ เพราะขยายจากแนวคิดแบบชีวกลไกไปเป็นการจัดการความทุกข์ของชุมชน²⁴

ในมิติการสร้างการความเป็นหุ้นส่วนนั้น ประเด็นด้านความร่วมมือของทีมสุขภาพได้ถูกอภิปรายขึ้นมา ความพร้อมในที่นี้คือความพร้อมที่จะรับฟังชุมชนและร่วมหา

ทางแก้ปัญหาร่วมกันของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน นำไปสู่ความพร้อมของชุมชนที่จะสะท้อนปัญหาที่แท้จริงของชุมชน เมื่อมีผู้รับฟัง เสียงของชุมชนก็ปรากฏ นำพาไปสู่การแก้ไขปัญหาในชุมชนอย่างได้ผล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในลักษณะเดียวกันที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน²⁵

การเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบของทีมสุขภาพ

หลังโครงการออกแบบเรือนพักผู้ป่วย ผู้วิจัยจากทีมสุขภาพได้กำหนดให้ CBPR เป็นเครื่องมือในการทำงานสร้างระบบสุขภาพชุมชน ดังจะเห็นได้ว่ามีโครงการ CBPR อื่น ๆ ที่ตามมาและประสบความสำเร็จในการสร้างการมีส่วนร่วมเช่น โครงการกองทุนน้ำมัน โครงการนโยบายโภชนาการโรงเรียน โครงการคลินิกมัสดิต การเกิดขึ้นของโครงการเหล่านี้ได้แสดงถึงความยั่งยืนของความเป็นหุ้นส่วนและโครงการแก้ไขปัญหาที่ยังดำเนินต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน เช่น โครงการกองทุนน้ำมัน โครงการคลินิกมัสดิต โครงการออกแบบเรือนพักผู้ป่วยยังเป็นต้นแบบของโครงการในพื้นที่อื่น ผู้วิจัยให้นิยามสำหรับการปฏิบัติที่เกะยว้าว่าเป็นการสร้างระบบสุขภาพชุมชนในแนวราบ เพราะให้พลังอำนาจในการออกแบบการวิจัยหรือประชาธิปไตยของความรู้ให้เท่าเทียมกันระหว่างทีมสุขภาพและทีมชุมชน ขณะเดียวกันผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในทีมชุมชนก็มีการเพิ่มศักยภาพในการแก้ไขปัญหาชุมชน



รูปที่ 4. พังแสดงผลกระทบแบบคลื่น

ตามที่มุ่งหวังผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม มีทักษะที่มากขึ้น และได้รับการเสริมพลัง²⁶

ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์โดยใช้แนวคิดผลกระทบ คลื่นนั้น ชี้ว่า CBPR ทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างผู้ทำวิจัย ในระบบบริการสุขภาพชุมชน นำไปสู่การออกแบบการ วิจัย การแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนที่พึงเสียงชุมชนในมิติ ต่าง ๆ รวมถึงการมอบอำนาจให้ชุมชน ความสัมพันธ์เชิง อำนาจที่เปลี่ยนแปลงไปที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัย ชุมชน ดังเช่น เปลี่ยนจากถ้อยคำของผู้เชี่ยวชาญมาสื่อสาร ด้วยภาษาของชุมชน เกิดความไว้วางใจระหว่างกัน ทำ ด้วยการสร้างให้เกิดพื้นที่ปลอดภัย (จากการถูกตัดสิน) ที่ สามารถแสดงความรู้ ประสบการณ์ได้อย่างเป็นอิสระ สานเสวนา การฟัง การเรียนรู้ร่วมกัน ยืดหยุ่น เกิดความ ไว้วางใจระหว่างกัน²⁷ เปิดโอกาสความเป็นไปได้ต่าง ๆ เปลี่ยนจากการสั่งการโดยผู้เชี่ยวชาญมาเป็นการตัดสินใจ ร่วมกัน กระบวนการเหล่านี้ได้สร้างสัมพันธ์ภาพอันดีให้ เกิดขึ้นระหว่างทีมสุขภาพและทีมชุมชนในระยะเวลาที่ ยาวนาน ทำให้เกิดโครงการ CBPR ใหม่ ๆ เพื่อแก้ไข ปัญหาให้กับชุมชนต่อไป การฝึกกำลังนี้สามารถสร้าง ความเป็นเจ้าของ เสริมพลังให้กับความเข้มแข็งของชุมชน จนชุมชนสามารถสร้างระบบสุขภาพชุมชนเพื่อดูแลชาว ชุมชนโดยใช้ทรัพยากรของชุมชนเอง

ข้อค้นพบในมิติข้างต้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในเชิง ระบบของทีมสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิ สอดคล้อง กับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพ ชุมชน และระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care Theory of Change) ที่องค์การอนามัยโลกได้ให้คำ แนะนำไว้²⁸ ใน WHO Primary Health Care strategy 2020²⁹

สรุป

ผลการศึกษาสรุปได้ว่าการทำวิจัย CBPR ในการแก้ไข ปัญหาชุมชนที่อำเภอเกาะยาว นั้นสอดคล้องกับตัวแบบ เชิงตรรกะของ Wallerstein และคณะ ข้อค้นพบเพิ่มเติม คือสิ่งที่เกิดขึ้นจากการทำโครงการแรกที่มีคุณค่าความ หมายกับชุมชนจนสำเร็จเป็นจุดตั้งต้นที่ดีเอื้อให้เกิดความ ร่วมมือกันในโครงการอื่น ๆ ต่อมา เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างทีมสุขภาพและทีมชุมชน นำไปสู่การออกแบบ

การวิจัย (การแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน) ที่พึงเสียงชุมชน ในมิติต่าง ๆ รวมถึงการมอบอำนาจให้ชุมชน ความสัมพันธ์ เชิงอำนาจที่เปลี่ยนแปลงไปนำไปสู่การแก้ไขปัญหาใน เชิงยึดคุณค่าความหมายด้านจิตวิญญาณของชุมชนไว้ เป็นศูนย์กลางในหลายโครงการ ทำให้ออกแบบการแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสม ส่งผลทั้งการเปลี่ยนแปลงในหลายระดับ ทั้งในระบบบริการสุขภาพชุมชนและระบบสุขภาพชุมชน

ปัจจัยของความสำเร็จของ CBPR ที่นำมาให้เกิดการ สร้างระบบสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย

1. มีการระบุกำหนดปัจจัยเชิงสังคม ซึ่งเกิดขึ้นจาก บริบทที่ชุมชนรับรู้อยู่แล้ว หรือเกิดจากโครงการ CBPR โครงการก่อนหน้านี้
2. การออกแบบโครงการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม กล่าวคือการใช้ภูมิปัญญาและทรัพยากรในชุมชน
3. ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ในระดับขั้นเป็น เจ้าของ สามารถตัดสินใจและควบคุมด้วยตัวเอง

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยขอเสนอเครื่องมือการวิจัยแบบมีส่วนร่วมที่มี ชุมชนเป็นฐานให้เป็นหนึ่งในเครื่องมือของหน่วยบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ เข้าร่วมสร้างระบบสุขภาพชุมชน ในการพัฒนาปัจจัยที่กระทบต่อสุขภาพ อันจะเป็นส่วน สำคัญในการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นในบริการระดับปฐม ภูมิ ในระดับนโยบายควรสนับสนุนการประเมินคุณภาพ ระบบบริการปฐมภูมิ โดยประเมินตามองค์ประกอบที่ WHO ได้เสนอกรอบแนวทาง กล่าวคือ 1.การบูรณาการ เครือข่ายชุมชนที่ให้การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ การเสริม พลังประชาชนและชุมชน นโยบายสาธารณะและ การปฏิบัติการร่วมกันของภาคีหลายภาคส่วน³⁰

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศาสตราจารย์ Nina Wallerstein แห่ง ศูนย์การวิจัยแบบมีส่วนร่วมของมหาวิทยาลัยนิวยอร์ก ที่ได้อนุญาตให้ใช้ตัวแบบเชิงตรรกะ CBPR มาใช้ในการ ทำงานและการศึกษาในครั้งนี้ รวมถึงการอนุญาตให้แปล เป็นภาษาไทย ศาสตราจารย์ John Oetzel ผู้ซึ่งมอบ ไฟล์ต้นฉบับตัวแบบเชิงตรรกะรวมถึงประสานงานในการ

ขออนุญาต ผู้นำชุมชนและชาวชุมชนเกาะยาวที่ร่วมกันให้ข้อมูลในการวิจัยและร่วมกันสร้างระบบสุขภาพชุมชนที่เกาะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. สายรัตน์ นกน้อย. ทิศทางการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวและการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ตอนที่ 1: เข้าใจที่มาผ่านประวัติศาสตร์. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2565;5:146-62.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/page/history>
3. สุพัตรา ศรีวนิชชากร. การปฏิรูปบริการปฐมภูมิ ปรับกรอบขยับฐานความคิด สู่บริการสุขภาพปฐมภูมิในทศวรรษใหม่ (เอกสารเรียบเรียงสรุปจากรายงานขององค์กรอนามัยโลก Primary Care Now More Than Ever. World Health Report 2008). 2551.
4. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, ประสิทธิ์ ลิระพันธ์, ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยระบบสุขภาพชุมชน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3662>
5. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. Annu Rev Public Health. 1998;19:173-202.
6. Wallerstein N, Duran B. Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. Am J Public Health. 2010; 100 Suppl 1:S40-6.
7. Community Based Participatory Research for Health. M. Minkler and N. Wallerstein. San Francisco: Jossey Bass. 2008. p.27-52.
8. Naruemon A. The continuum from action research to community based participation research. J Public Health 2010;40:86-100.
9. Trickett EJ, Beehler S. The ecology of multilevel interventions to reduce social inequalities in health. Am Behav Sci. 2013;5:1227-46.
10. Dankwa-Mullan I, Rhee KB, Williams K, Sanchez I, Sy FS, Stinson N, et al. The science of eliminating health disparities: Summary and analysis of the NIH summit recommendations. Am J Public Health. 2010;100 Suppl 1(Suppl 1):S12-8.
11. Bryan V, Brye W, Hudson K, Dubose L, Hansberry S, Arrieta M. Investigating health disparities through community-based participatory research: lessons learned from a process evaluation. Soc Work Public Health. 2014;29:318-34.
12. Wallerstein N, Oetzel J, Duran B, Tafoya G, Belone L, Rae R. CBPR: What predicts outcomes? In: Minkler M, Wallerstein N, editors. Community-based participatory research for health. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey Bass; 2008. p. 371-92.
13. Eder MM, Carter-Edwards L, Hurd TC, Rumala BB, Wallerstein N. A logic model for community engagement within the Clinical and Translational Science Awards consortium: can we measure what we model? Acad Med. 2013;88:1430-6.
14. Duran B, Oetzel J, Magarati M, Parker M, Zhou C, Roubideaux Y, et al. Toward health equity: A national study of promising practices in community-based participatory research. Prog Community Health Partnersh. 2019;13:337-52.
15. Belone L, Lucero JE, Duran B, Tafoya G, Baker EA, Chan Wallerstein N. et al. Community-Based Participatory Research Conceptual Model: Community Partner Consultation and Face Validity. Qual Health Res. 2016;26:117-35.
16. Wallerstein N, Oetzel JG, Sanchez-Youngman S, Boursaw B, Dickson E, Kastelic S, et al. Engage for equity: a long-term study of community-based participatory research and community-engaged research practices and outcomes. Health Educ Behav. 2020;47:380-90.
17. ยาใจ พงษ์บริบูรณ์. การศึกษาแบบกรณีศึกษา : Case study. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553;33:42-50.
18. Pawson R, Tilley N. An introduction to scientific realist evaluation. In Chelimsky E, Shadish WR, editors. Evaluation for the 21st century: A handbook. California: Sage; 1997. p. 405-18.
19. ศิรินาถ ตงศิริ, ศุภวิตา แสนศักดิ์, ชนัดดา พลอยล้อมแสง, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, สุมัทนา กลางคาร. ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ: การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561;12:7-26
20. Marchal B, Van Belle S, Van Olmen J, Hoeree T, Kegels G. Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health system research. Evaluation. 2012;18:192-212.
21. Jagosh J, Bush PL, Salsberg J, Macaulay AC, Greenhalgh T, Wong G, et al. A realist evaluation of community-based participatory research: partnership synergy, trust building and related ripple effects. BMC Public Health. 2015;15:725. PubMed PMID: 26223523.
22. Arnstein SR. A Ladder Of Citizen Participation. J Am Plann Assoc. 1969;35:216-24.
23. DeVoe JE, Bazemore AW, Cottrell EK, et al. Perspectives in primary care: a conceptual framework and

- path for Integrating Social Determinants of Health into primary care practice. *Ann Fam Med*. 2016;14: 104-8
24. โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์. สู่จินตนาการใหม่คืนหัวใจให้สุขภาพชุมชน. ใน: สุรศักดิ์ อธิमानนท์, บรรณาธิการ. ตกผลึกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิ สู่ปฏิบัติการงานสุขภาพชุมชน สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2550. หน้า 26-36.
 25. Petiwala A, Lanford D, Landers G. Community voice in cross-sector alignment: concepts and strategies from a scoping review of the health collaboration literature. *BMC Public Health*. 2021;21:712. PubMed PMID: 33849498.
 26. Oetzel JG, Wallerstein N, Duran BM, Sanchez-youngman S, Nguyen TT, Woo K, et al. Impact of participatory health research: a test of the community-based participatory research conceptual model. *BioMed Res Int*. 2018;2018:7281405 PubMed PMID: 29854784.
 27. Lucero JE. Trust as an ethical construct in community based participatory research partnerships [doctoral dissertation]. Albuquerque: MN: University of New Mexico; 2013.
 28. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. คุณภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการบริหารจัดการระบบประเมินคุณภาพในประเทศไทย. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*. 2566;6:122-32.
 29. World Health Organization & United Nations Children's Fund. (UNICEF). Operational Framework for primary health care [Internet]. 2020 [cited 2023 August 16]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>
 30. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: WHO and UNICEF; 2022.