

แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย

บวรศม ลีระพันธ์*

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์*

นวนรรน ธีระอัมพรพันธุ์*

รัศมี ดันศิริสิทธิกุล*

ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล*

วิษย์ เกษมทรัพย์*

ฉัตรชัย อัมอรมย์*

วิชัย เอกพลากร*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อถอดบทเรียนจากโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนซึ่งตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง สำหรับนำไปสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย **ระเบียบวิธีศึกษา :** เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาการดำเนินโครงการดังกล่าวใน 8 พื้นที่ ได้แก่ อ. อุ้มผาง จ. ตาก, อ. อุบลรัตน์ จ. ขอนแก่น, อ. ค่าน้ำจืด จ. เลย, อ. ครบุรี จ. นครราชสีมา, อ. กุฉินารายณ์ จ. กาฬสินธุ์, อ. ลำสนธิ จ. ลพบุรี, อ. กงหรา จ. พัทลุง และ อ. คลองขลุง จ. กำแพงเพชร เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การสัมภาษณ์กลุ่ม และการสังเกตโดยไม่มีส่วนร่วม และสังเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ thematic content analysis **ผลการศึกษา :** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้ประเด็นรองทั้งหมด 13 ประเด็น และสรุปได้เป็นประเด็นหลักที่ค้นพบใหม่ทั้งหมด 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ความเข้าใจที่สับสนเกี่ยวกับแนวคิดประชากรกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพในบริบทของประเทศไทย 2) โครงการที่มีประสิทธิผลในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางเกิดจากการริเริ่มของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3) ประสิทธิภาพของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนของกลุ่มประชากรเปราะบางขึ้นอยู่กับกรอบการออกแบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับลักษณะความเปราะบาง และ 4) โครงการที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางอย่างยั่งยืนเกิดจากภาวะผู้นำของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ **อภิปราย :** ประเทศไทยมีการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง แต่ขณะทำงานในแต่ละพื้นที่มีความเข้าใจในการทำงานในเรื่องนี้แตกต่างกันไปจากรวมกรณีเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพ ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพควรกำหนดเกณฑ์การจำแนกประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในบริบทของไทยให้มีความชัดเจนมากขึ้น และใช้การพิจารณาเป็นเชิงมุ่งในการพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพในระบบสุขภาพของประเทศไทย ทั้งนี้ ควรมีระบบสนับสนุนให้แต่ละพื้นที่ที่มีความคล่องตัวในการปรับกระบวนการให้เหมาะสมกับบริบท รวมทั้งมีการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสารสนเทศด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศและในระดับพื้นที่เพื่อใช้ในการพัฒนา นโยบายแบบอิงหลักฐาน ตลอดจนมีการติดตามและประเมินผลตามนโยบายอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: ประชากรกลุ่มเปราะบาง, การพัฒนาสุขภาพในชุมชน, ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ, การตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ, การวิจัยเชิงคุณภาพ, มุมมองของวิชาชีพด้านสุขภาพ

*คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract Concepts and Practices of Community-Based Health Interventions for Vulnerable Populations in Thailand: a Qualitative Study

Borwornsom Leerapan*, Paibul Suriyawongpaisal*, Samrit Srithamrongsawat*, Vijj Kasemsup*, Nawanan Theera-ampornpunt*, Chatchai Im-Arom*, Rassamee Tansirisithikul*, Wichai Aekplakorn*

*Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Objective: To synthesize lessons learned from the existing community-based health interventions for vulnerable populations in Thai contexts in order to create policy recommendations for further health systems development and response to health needs of vulnerable populations. **Methods:** This study utilized qualitative study design to investigate and compare community-based health interventions for vulnerable populations in eight district health systems (DHS) of Thailand, including Umphang, Ubolratana, Dan Sai, Khon Buri, Kuchinarai, Lam Sonthi, Kong Rha, and Khlong Khlung. Qualitative data were collected from the local practitioners by semi-structured interviews, focus-group interviews, and non-participant observations, and were synthesized by thematic content analysis. **Results:** Content analysis reveals four emerging themes. First, sense-making of the vulnerable population concept was challenging for practitioners in Thai contexts. Second, effective community interventions for vulnerable populations were initiated by local practitioners, not from policy and planning at the national level. Third, effectiveness of community interventions for vulnerable populations depends on services design being customized to the nature of vulnerability. Lastly, traits of local leadership, not authority, are necessary for creating and implementing sustainable community-based health interventions for vulnerable populations. **Discussions:** Despite no mutual understanding of the vulnerable population concept in Thai contexts, we found strong evidence of innovative community-based health interventions in Thailand. To scale up such programs, policymakers should create criteria to help practitioners identify vulnerable populations in their contexts, allow for contextualizing health needs of different vulnerable populations, and put more emphasis on developing information systems at both the national and the local level, so there will be more systematic monitoring and evaluation of community-based health interventions for vulnerable populations in Thailand.

Keywords: vulnerable population, community-based health interventions, health equity, response to health needs, qualitative study, health professional's perspectives

ภูมิหลังและเหตุผล

“ประชากรกลุ่มเปราะบาง” (vulnerable populations) โดยทั่วไปหมายรวมถึง “กลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจ, ชชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อย, ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ, เด็กในครัวเรือนยากจน, ผู้สูงอายุ, คนเร่ร่อนไร้บ้าน, ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งรวมถึงการเจ็บป่วยทางจิต⁽¹⁾” ซึ่ง เมื่อพิจารณาจากมุมมองมหภาคจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีสุขภาพไม่ดีมักมีสาเหตุมาจากการขาดโอกาสและการเข้าถึงไม่ถึงทรัพยากรเป็นสำคัญ⁽²⁾ ซึ่งการเข้าถึงทรัพยากรของประชากรแต่ละกลุ่มขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ 1) “สถานภาพทางสังคมของบุคคล” (social status) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ 2) “ทุนสังคม” (social capital)

หรือการผูกพันกับเครือข่ายในสังคม ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว สถานภาพสมรส การมีเพื่อนหรือเครือข่ายต่างๆ และ 3) “ทุนมนุษย์” (human capital) ได้แก่ การศึกษา การมีงานทำ รายได้ สภาพที่อยู่อาศัยและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม เนื่องจากช่องว่างทางสังคมของประเทศไทยเริ่มกว้างออกอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับแรก จนปรากฏเด่นชัดในสถานการณ์วิกฤตทางการเมืองในช่วงทศวรรษ 2550 จนถึงปัจจุบัน “ประชากรกลุ่มเปราะบาง” จึงกลายเป็นแนวคิดที่มีความหมายไม่เพียงในทางเศรษฐกิจและการเมือง แต่ยังหมายรวมถึง การที่กลุ่มประชากรดังกล่าวเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมากกว่าประชากรทั่วไปและมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างจำกัด ความเสี่ยง

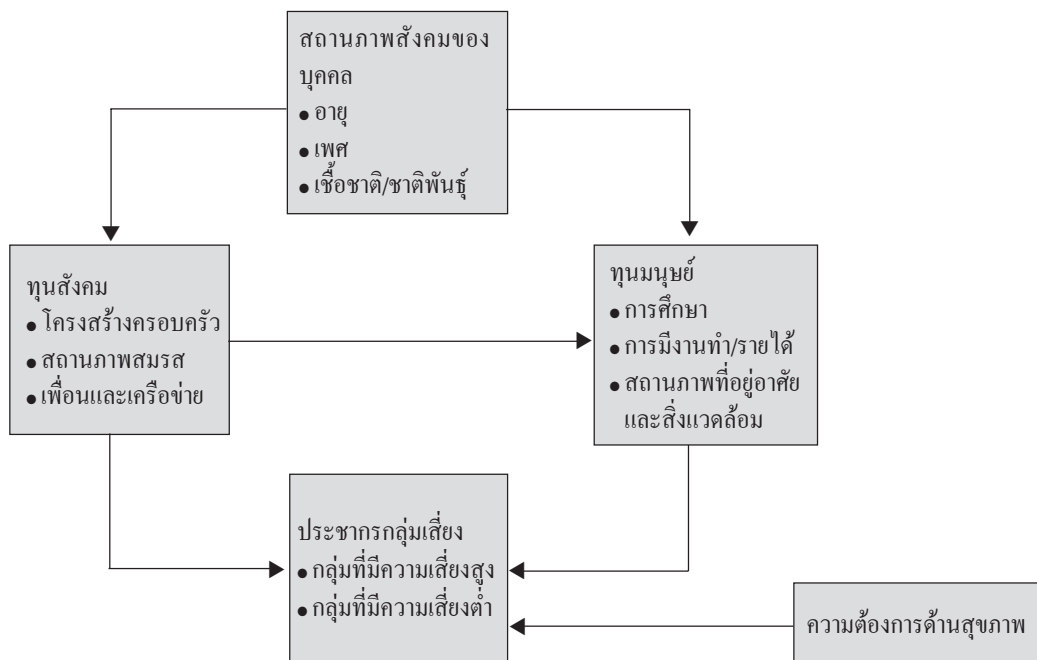


ต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดจากช่องว่างทางสังคมดังกล่าวยังคงมีอยู่ แม้ว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยได้ให้ความหวังในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าในอดีตก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของบุคคลทั้ง 3 ด้านและความเปราะบางด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรต่างๆ แสดงในภาพที่ 1

นโยบายสาธารณะในระดับต่างๆ ทั้งนโยบายการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคม นโยบายสุขภาพในชุมชน และนโยบายด้านสาธารณสุขและการจัดบริการสุขภาพ ล้วนมีผลกระทบทั้งในทางบวกและทางลบต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางทั้งในระดับปัจเจกและในระดับชุมชน เนื่องจากความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางขึ้นอยู่กับ 1) ทรัพยากรที่มีอยู่ในสังคมหรือชุมชน (resource availability) 2) ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk) และ 3) สถานะด้านสุขภาพ (health status)⁽²⁾ ดังนั้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนานวัตกรรมในเชิงระบบ

หรือการสร้างนโยบายสาธารณะที่มีความจำเพาะต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกและในระดับชุมชนดังกล่าว

ดังนั้น การพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางจึงมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานตามกรอบแนวคิดที่หลากหลาย ได้แก่ แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care: PHC)⁽³⁾ แนวคิดปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH)⁽⁴⁾ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในระดับกลุ่มประชากร (population-based health promotion)⁽⁵⁾ แนวคิดการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว (primary care and family medicine)^(6,7) ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง และแนวคิดเรื่ององค์ประกอบของระบบสุขภาพ (WHO's health systems building blocks)^(8,9) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดทั่วไปที่ใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และเกิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการระบุประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีความต้องการด้านสุขภาพ
 (ที่มา : ดัดแปลงจาก Figure 1.2 in Aday LA. At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United. 2nd ed. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc.; 2002.)

ความเป็นธรรมระหว่างกลุ่มประชากร รวมทั้งสามารถใช้ในการวางแผนนโยบายสุขภาพหรือโครงการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มประชากรในระบบสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง นอกจากนี้ การพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางยังเกี่ยวข้องกับการทำงานตามกรอบแนวคิดที่มีความจำเพาะต่อการจัดการปัญหาสุขภาพของประชากรในชุมชนที่มีความต้องการสุขภาพในลักษณะต่างๆ ซึ่งทำให้มีความจำเป็นในการออกแบบบริการสุขภาพหรือโครงการพัฒนาสุขภาพ (services design or interventions design) ที่แตกต่างกันออกไป ตัวอย่าง เช่น การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยตามแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic care model)^(10,11) หรือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (community-based rehabilitation: CBR)⁽¹²⁾ เป็นต้น

ประเทศไทยมีโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางตามแนวคิดข้างต้นในหลายพื้นที่ ทั้งที่เกิดจากนโยบายซึ่งกำหนดโดยภาครัฐในส่วนกลางเพื่อให้มีการปฏิบัติในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศไทย เช่น การทำงานตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาทีมเยี่ยมบ้านแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการพัฒนาระบบการทำงานในระดับพื้นที่ซึ่งเรียกว่า “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (district health systems: DHS) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีนโยบายหรือโครงการซึ่งริเริ่มโดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เอง เช่น โครงการขานเสียงพระราชนิพนธ์โครงการสุขภาพพระราชนิพนธ์ การฟื้นฟูสภาพในชุมชน การกระตุ้นพัฒนาการของกลุ่มเด็กที่มีความผิดปกติในการเรียนรู้ การพัฒนาร้านยาชุมชน การพัฒนาพยาบาลชุมชน การอบรมและพัฒนาศักยภาพของหมอต้าแย โครงการคลินิกกฎหมายสำหรับคนไร้รัฐ

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยยังไม่พบหลักฐานว่า ชุมชนวิชาการด้านการพัฒนานโยบายสุขภาพและระบบสุขภาพในประเทศไทยมีความเห็นร่วมว่า

ควรใช้ทฤษฎีหรือแนวคิดใดในการกำหนดนิยามของประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ พบเพียงการอ้างอิงถึงแนวคิดใกล้เคียง เช่น แนวคิด “ผู้ป่วยเปราะบาง” (vulnerable patients)⁽¹³⁾ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้ในการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในคน ครอบคลุมผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถดูแลตัวเองให้ปลอดภัยจากอันตรายหรือไม่สามารถหลีกเลี่ยงการถูกใช้ประโยชน์อย่างไม่ถูกต้องจากผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่าหรือแนวคิด “กลุ่มด้อยโอกาส” (disadvantaged group)⁽¹⁴⁾ ซึ่งเป็นแนวคิดในการดำเนินโครงการพัฒนาชุมชน ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ถูกปฏิเสธการเข้าถึงเครื่องมือที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตแบบพึ่งพาตนเองได้ ในขณะที่เครื่องมือเหล่านั้นเป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตแบบพึ่งพาตนเองได้ของคนส่วนใหญ่ในสังคม เช่น สุขภาพ การศึกษา ข้อมูลข่าวสาร ทู การจ้างงาน หรือแนวคิด “ชุมชนที่ได้รับบริการสุขภาพอย่างไม่เพียงพอ” (medically underserved community)⁽¹⁵⁾ ซึ่งเป็นแนวคิดด้านหลักประกันสุขภาพ ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพหรือมีหลักประกันสุขภาพที่ไม่ครอบคลุมความเจ็บป่วยที่มีอยู่ หรือแนวคิด “ประชากรกลุ่มเปราะบางในสถานการณ์ภัยพิบัติ” (vulnerable population in disaster)⁽¹⁶⁾ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้พิจารณากลุ่มประชากรเปราะบางในสถานการณ์เฉพาะ ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบรุนแรงและสามารถฟื้นตัวได้น้อยที่สุดหากไม่ได้รับความช่วยเหลือเมื่อมีภัยพิบัติเกิดขึ้น ดังนั้น แม้ว่าที่ผ่านมาระบบสุขภาพของประเทศไทยจะมีการดำเนินโครงการด้านสุขภาพในชุมชนที่มีความหลากหลาย แต่ยังคงขาดการสังเคราะห์ในภาพรวมว่า โครงการต่างๆ ที่มีอยู่เหล่านั้นพิจารณาเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายอย่างไร หรือมีการให้นิยามของกลุ่มประชากรเป้าหมายดังกล่าวที่สอดคล้องหรือแตกต่างจากแนวคิดเรื่องประชากรเปราะบางอย่างไร

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบสุขภาพในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา และมีการพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity) จนกระทั่งสามารถดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage: UHC) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543⁽¹⁷⁾ แต่การดำเนิน



นโยบายดังกล่าวได้ประยุกต์ใช้แนวคิดประชากรกลุ่มเปราะบางอย่างจำกัด และยังขาดการสังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้รู้ว่า การจัดบริการสุขภาพในชุมชนที่มีอยู่ในปัจจุบันในประเทศไทยเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชากรกลุ่มเปราะบางเหล่านั้นคืออะไร มีกลไกในการทำงานอย่างไร รวมทั้งมีประสิทธิผลของการดำเนินงานเป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคใดที่ทำให้วิถีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice) นั้นยังไม่สามารถแพร่กระจายไปสู่บริบทหรือพื้นที่อื่น ๆ หรือยังไม่สามารถขยายผลในระดับที่สูงขึ้นหรือกว้างขวางขึ้นได้ ทั้งนี้เนื่องจากหากไม่มีความเข้าใจในแนวคิดที่ชัดเจนและตรงกัน หรือขาดนโยบายสาธารณะที่ชัดเจนในประเด็นดังกล่าว ก็อาจส่งผลให้ไม่มีกลไกเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศในการดูแลประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในบริบทที่แตกต่างกันหรือมีความต้องการด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน รวมทั้งเสียโอกาสในการเรียนรู้จากวิถีปฏิบัติที่เป็นเลิศที่มีอยู่ เนื่องจากขาดการเรียนรู้ความสำเร็จและความล้มเหลวเพื่อถอดบทเรียนและขยายผลการดำเนินงานไปทั่วประเทศ

การศึกษาชิ้นนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนจากโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนสำหรับตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีอยู่ในประเทศไทย ทั้งนี้ เพื่อนำบทเรียนดังกล่าวมาสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การออกแบบการศึกษา (study design)

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research method)^(18,19) โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งไม่เพียงแต่มุ่งเน้นการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเท่านั้น แต่มุ่งสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาสร้างเป็นแนวคิดใหม่ เพื่อใช้ในการอธิบายการกระทำของผู้มีส่วนร่วม

ในการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย ซึ่งอาจพิจารณาได้ว่าเป็นปรากฏการณ์หรือกระบวนการซึ่งยังไม่มีแนวคิดใดที่มีอยู่ในปัจจุบันสามารถนำมาใช้อธิบายได้อย่างเหมาะสมเป็นที่น่าพอใจ โดยพัฒนาแนวคิดบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากมุมมองของผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าว⁽²⁰⁾ ซึ่งได้แก่ มุมมองของวิชาชีพสุขภาพซึ่งเป็นผู้ดำเนินโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบาง

นักวิจัยเลือกกระบวนการสุขภาพอำเภอ เป็นหน่วยของการศึกษาวิเคราะห์ (unit of analysis) เนื่องจากเป็นหน่วยที่มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพและมีทรัพยากรด้านสุขภาพที่สามารถจัดบริการหรือทำโครงการพัฒนาสุขภาพได้อย่างเบ็ดเสร็จ โดยคัดเลือกตัวอย่างแบบอิงจุดมุ่งหมาย (purposeful selection) โดยคัดเลือกกระบวนการสุขภาพอำเภอจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เข้าถึงได้ทางสื่อออนไลน์หรือเอกสารอื่นๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความรู้ฝังลึกที่ได้จากประสบการณ์ตรงของผู้วิจัย เพื่อทำการศึกษาระบบสุขภาพอำเภอจำนวนทั้งหมด 8 พื้นที่ ซึ่งดำเนินโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง และมีประสิทธิผลของการดำเนินงานจนมีวิถีปฏิบัติที่เป็นเลิศ ได้แก่ อ. อุ้มผาง จ. ตาก, อ. อุบลรัตน์ จ. ขอนแก่น, อ. ด่านซ้าย จ. เลย, อ. ครบุรี จ. นครราชสีมา, อ. กุฉินารายณ์ จ. กาฬสินธุ์, อ. ลำสนธิ จ. ลพบุรี, อ. กงหรา จ. พัทลุง และ อ. คลองขลุง จ. กำแพงเพชร

การเก็บข้อมูล (data collection)

คณะผู้วิจัยทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ของผลการทำโครงการฯ ในพื้นที่ 8 อำเภอที่ระบุโดยวิธีการสืบค้นผ่านสื่อออนไลน์ เพื่อรวบรวมข้อมูลและเอกสารเกี่ยวกับโครงการฯ ที่มีการเผยแพร่ต่อสาธารณะ รวมทั้งการติดต่อกับเจ้าของแหล่งเอกสารโดยตรงเพื่อค้นหาประเด็นที่จำเป็นต้องสืบค้นเพิ่มเติมโดยตรงจากผู้รับผิดชอบในพื้นที่ เพื่อให้ให้นักวิจัยเข้าใจกระบวนการทำงานของพื้นที่มากพอที่จะตั้งคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังจากนั้นคณะ

วิจัยแยกกันเก็บข้อมูลในพื้นที่ทั้ง 8 พื้นที่ดังกล่าว เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) จากผู้จัดการโครงการฯ หรือผู้ริเริ่มโครงการฯ และการสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) กับผู้ดำเนินโครงการฯ รวมทั้งเก็บข้อมูลจากการสังเกตกระบวนการทำงานของผู้ดำเนินโครงการฯ เหล่านั้นโดยไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) โดยมีประเด็นข้อมูลและแนวคำถามดังแสดงในภาคผนวก นักวิจัยแต่ละคนทำการจดบันทึกประเด็นที่ได้เรียนรู้จากแต่ละพื้นที่ด้วยโปรแกรม MS Word และเก็บข้อมูลดังกล่าวไว้เป็นความลับโดยไม่มีการเผยแพร่ต่อบุคคลภายนอกคณะวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis)

คณะผู้วิจัยทั้งหมดนำบันทึกดังกล่าวมาอภิปรายร่วมกันเพื่อสังเคราะห์ประเด็นที่เป็นจุดร่วมและจุดที่แตกต่างระหว่างพื้นที่ รวมทั้งเพื่ออธิบายสิ่งที่นักวิจัยแต่ละคนได้สะท้อนแนวคิด (self-reflections) และอธิบายสิ่งที่สังเกตเห็นในพื้นที่ได้อย่างชัดเจนมากขึ้น และมีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ระหว่างข้อมูลที่ผู้วิจัยแต่ละคนเก็บมาจากพื้นที่ รวมทั้งการตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้กับเอกสารหรือสื่อที่ค้นพบเพื่อให้ข้อมูลมีความครอบคลุมครบถ้วน (comprehensiveness) โดยคณะผู้วิจัยทั้งหมดร่วมทำการสังเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางที่ได้แนะนำไว้โดย Strauss & Corbin⁽²¹⁾ ซึ่งได้แก่ 1) open coding เพื่อสรุปข้อมูลของการพัฒนาสุขภาพในชุมชนที่มุ่งตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยและจัดกลุ่มข้อมูลเป็นประเด็นหลักที่ค้นพบใหม่ (emerging themes); 2) axial coding เพื่อสรุปข้อมูลที่อาจมีความเกี่ยวข้องและจัดกลุ่มข้อมูลเป็นประเด็นหลักที่ค้นพบใหม่; 3) สร้างแนวคิดหรือสมมติฐาน (propositions or hypotheses) และ 4) อภิปรายและเปรียบเทียบแนวคิดที่ได้กับแนวคิดหรือทฤษฎีที่มีอยู่แล้วแต่เดิมในวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้สืบค้นข้อมูลและเอกสารเกี่ยวกับโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนของทั้ง 8 พื้นที่ของประเทศไทย พบโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนในพื้นที่ทั้งหมด 16 โครงการที่มีความเกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกับผู้บริหารสูงสุดของระบบสุขภาพอำเภอทั้ง 8 พื้นที่รวม 8 คน และวิธีสนทนากลุ่มกับผู้ริเริ่มโครงการฯ และผู้ดำเนินโครงการฯ ของทั้ง 8 พื้นที่รวมทั้งหมด 30 คน สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการนี้ศึกษาทั้งหมดมาสังเคราะห์ข้อมูลเป็นประเด็นหลักที่ค้นพบใหม่ทั้งหมด 4 ประเด็น (emerging themes) และมีประเด็นรองทั้งหมด 13 ประเด็น (subthemes) ดังต่อไปนี้

1. ความเข้าใจที่สับสนเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในบริบทของประเทศไทย

จากการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการนี้ศึกษาทั้งหมด พบว่าบุคลากรที่ทำงานในโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ ในประเทศไทย ได้ใช้แนวคิดในการทำงานที่สอดคล้องกับเรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และตอบสนองปัญหาสุขภาพในพื้นที่โดยมีการทำงานกับประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ แต่ไม่เคยรับทราบแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางตามนิยามในวรรณกรรมมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับการที่ชุมชนวิชาการไทยและผู้กำหนดนโยบายสุขภาพในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีการทำงานเพื่อพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพมาอย่างยาวนาน และอาจจะยังไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของไทย

1.1 ศัพท์ใหม่ที่อาจจะสร้างความสับสน

“ทีมไม่เลื้อยไม่รู้จักคำว่าประชากรกลุ่มเปราะบาง (เพิ่งได้ยินครั้งแรกจากนักวิจัย) แต่ทีมไม่เลื้อยเลือกทำงานกับคนไข้เฉพาะกลุ่มมาตั้งแต่แรกเริ่ม เรียกคนกลุ่มนี้ว่า ‘คนทุกข์คนยาก’ เริ่มจากคนไข้ที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ คนที่ต้องการ

ตารางที่ 1 โครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางจากกรณีศึกษาในประเทศไทย
ไทยจำนวน 8 กรณีศึกษาและผลลัพธ์ของแต่ละโครงการ

พื้นที่	โครงการ	ผลลัพธ์ของโครงการ
คนไร้รัฐ (อ. อุ้มผาง จ. ตาก)	<ul style="list-style-type: none"> - คลินิกกฎหมายสำหรับคนไร้รัฐ - สุขศาลาพระราชทาน - การอบรมหมอดำแย 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนคนที่ได้รับการคืนสถานะคนไทยเพิ่มขึ้น - จำนวนการใช้บริการสุขศาลาและจำนวนค่าใช้จ่ายยาที่ใช้ในสุขศาลาเพิ่มขึ้น - จำนวนผู้ป่วยจากพื้นที่ห่างไกลที่เข้าถึงบริการคลอดอย่างปลอดภัยมากขึ้น
คนจนและคนด้อยโอกาส ในชนบท (อ. อุบลรัตน์ จ. ขอนแก่น)	<ul style="list-style-type: none"> - โครงการเกษตรกรรมตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง - การพัฒนาร้านยาชุมชน - การพัฒนาพยาบาลชุมชน - การพัฒนากลุ่มผู้ป่วย HIV/AIDS 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนครอบครัวที่ทำโครงการเกษตรพอเพียงเพิ่มขึ้น - จำนวนร้านยาที่เข้าร่วมโครงการฯ คงที่แต่จำนวนประชาชนที่เข้าถึงการใช้ยาอย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้น - จำนวนพยาบาลชุมชนและความครอบคลุมของการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น - จำนวนศูนย์คำคุณและสมาชิกของศูนย์ฯ ที่มีงานทำหรือมีรายได้หรือมีสังคมเพิ่มขึ้น
เด็กที่มีพัฒนาการช้า/มีปัญหา การเรียนรู้ (อ. ด่านซ้าย จ. เลย)	<ul style="list-style-type: none"> - การกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก (“Book Start”) - การพัฒนาพัฒนาการของกลุ่มเด็กที่มีความผิดปกติด้านการเรียนรู้ (learning disabilities: LDs) - โครงการขาเทียมพระราชทาน 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนเด็กในโครงการ LDs เพิ่มขึ้น และจำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ LDs เพิ่มขึ้น - ความครอบคลุมเด็กแรกเกิดที่เข้าร่วมโครงการ Book Start เพิ่มขึ้น - จำนวนเด็กที่มีความเสี่ยงที่ได้รับการป้องกันไม่ให้มีพัฒนาการช้าเพิ่มขึ้น (prevented delayed development) - จำนวนคนได้รับขาเทียมเพิ่มขึ้น
ผู้ป่วยยากจน/ผู้ป่วยติดเตียง (อ. นครบุรี จ. นครราชสีมา)	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาบทบาทของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง 	<ul style="list-style-type: none"> - หน้าที่การทำงานของผู้ป่วยดีขึ้น (improved functionality by Modified Rankin Scale) - ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียงลดลง (bedsore, pneumonia, UTIs)
ผู้พิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง (อ. กุฉินารายณ์ จ. กาฬสินธุ์ และ อ. ลำสนธิ จ. ลพบุรี)	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาการดูแลระยะยาว - การฟื้นฟูสภาพในชุมชน - การพัฒนาทีมเยี่ยมบ้านแบบสหสาขาวิชาชีพ - การพัฒนานักอภิบาลชุมชน (community caregiver) 	<ul style="list-style-type: none"> - คนแก่และคนพิการในชุมชนถูกทอดทิ้งลดลง - ความครอบคลุมของการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น - จำนวนการฟื้นฟูสภาพที่บ้านเพิ่มขึ้น - จำนวนการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น - จำนวนคนพิการที่ได้รับการจ้างงานใหม่เพิ่มขึ้น - จำนวนนักอภิบาลชุมชนและผู้ที่ได้รับการดูแลจากนักอภิบาลชุมชนเพิ่มขึ้น
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (อ. กงหรา จ. พัทลุง)	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 	<ul style="list-style-type: none"> - หน้าที่ไตเสื่อมลดลง (extended renal functions) - การเข้าถึงการรักษาทดแทนไตดีขึ้น (better access to renal replacement therapy)

บริการสุขภาพมากที่สุดแต่ได้รับประโยชน์จากโรงพยาบาลน้อยที่สุด”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอภูผินารายณ์

บุคลากรที่ทำงานในโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพในพื้นที่ นอกจากจะไม่เคยรับทราบแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางตามนิยามในวรรณกรรมมาก่อนแล้ว นักวิจัยยังพบว่า คณะทำงานในแต่ละพื้นที่ยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานในเรื่องดังกล่าวโดยใช้ศัพท์ที่มีความหมายแตกต่างกันไปตามที่พบในวรรณกรรมทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวอย่างเช่น “กลุ่มประชากรด้อยโอกาส” หรือ “disadvantaged population” ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จึงมีความสงสัยและอาจสับสนว่าแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพมีความเหมือนหรือความแตกต่างอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับแนวคิดเดิมหรือคำศัพท์เดิมที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน

1.2 ความเปราะบางขึ้นอยู่กับการให้คุณค่าของผู้กำหนดนโยบาย

“คณะทำงานของอำเภอด่านซ้ายพิจารณาว่า เด็กด่านซ้ายอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ในอำเภอด่านซ้ายแทบจะไม่มีร้านหนังสือเลยสักร้าน เป็นการจุดประกายแรกในการริเริ่มโครงการ ‘Book Start’ โดยมองเห็นว่าลูกเจ้าหน้าที่ รพ.มีหนังสือใช้ มีโอกาสมากกว่าคนอื่น ๆ จึงต้องการให้เด็กๆ ในชุมชนมีโอกาสบ้าง ทำให้เกิดเป็นห้องสมุดเด็กใน รพ.เป็นก้าวแรก จากนั้นก็เริ่มมีเครือข่ายมากขึ้น มีการทำนิทานใน รพ.มากขึ้น และมีการให้บุคคลภายนอกมาเป็นเครือข่ายด้วยการประชาสัมพันธ์ มีเด็กๆ และผู้ปกครองสนใจเข้าร่วม จากนั้นก็มีโครงการระดับประเทศที่มีนโยบายอยากให้เด็กไทยอ่านหนังสือ และมีโครงการ Book Start ตามมา”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอด่านซ้าย

การระบุหรือคัดเลือกประชากรซึ่งเข้าข่ายเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางเพื่อเป็นเป้าหมายของการพัฒนาโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนมีความหลากหลายในแต่ละกรณีศึกษา ผู้วิจัยพบว่าแนวคิดเรื่องความเปราะบางของผู้ปฏิบัติงานใน

พื้นที่สะท้อนขอบเขตที่กว้างขวางมาก (broad spectrum of vulnerability) ดังจะเห็นได้ชัดเจนจากกรณีศึกษาของอำเภอด่านซ้าย ซึ่งดำเนินการโครงการ Book Start โดยมีเป้าหมายในการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กตั้งแต่แรกเกิด โดยคณะทำงานพิจารณาเห็นว่า เด็กทุกคนในพื้นที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี จึงเป็นการให้คุณค่าต่อการสร้างโอกาสเพิ่มเติมให้แก่ประชากรกลุ่มดังกล่าว นั่นคือเป็นการให้โอกาสในชีวิตแก่เด็กที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลได้มีโอกาสที่เท่าเทียมกับเด็กในเมืองใหญ่มากขึ้น หรือเป็นการให้คุณค่าแก่เด็กซึ่งมีความเปราะบางมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่ แต่ถ้าหากพิจารณากับโครงการอื่นๆ โดยเฉพาะโครงการกระตุ้นพัฒนาการแก่เด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ ในอำเภอด่านซ้ายเอง จะพบว่าโครงการ Book Start มุ่งเน้นเด็กทั่วไปที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพน้อยเมื่อเทียบกับโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนที่มุ่งเน้นกลุ่มประชากรเป้าหมายที่เป็นเด็กซึ่งมีความบกพร่องในการเรียนรู้ เป็นต้น หรือสามารถสรุปอีกนัยหนึ่งได้ว่าความเปราะบางเป็นภาวะสัมพัทธ์ (relativism)

1.3 กลุ่มประชากรชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยไม่จำเป็นต้องเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในบริบทของประเทศไทย

“นอกจากอำเภออุ้มผางและอำเภอท่าสองยางจะมีลักษณะภูมิประเทศทุรกันดารแล้ว ประชากรส่วนใหญ่ยังเป็นชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ทั้งที่มีสัญชาติไทยและไม่มีสัญชาติไทย โดยที่อุ้มผางพบว่าประชากรกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีสัญชาติไทย ทำให้ไม่มีรายหัวค่ารักษาพยาบาลให้กับโรงพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลอุ้มผางได้จัดทำบัตรขาวขึ้นเพื่อเป็นหลักประกันให้กับผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการดำเนินการจัดตั้งคลินิกกฎหมายขึ้นในโรงพยาบาลเพื่อที่จะพิสูจน์สัญชาติของประชาชนที่ไร้สัญชาติ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นคนไทยที่เกิดในเมืองไทย มีบรรพบุรุษอยู่ในประเทศไทยมานาน หรือเป็นผู้มีสิทธิที่จะมีสัญชาติไทยด้วยเหตุอื่นแต่ติดที่ขั้นตอนของเอกสารต่างๆ ทำให้ประชาชนเหล่านี้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่



จำเป็นเมื่อเจ็บป่วยและโรงพยาบาลก็จะได้รับค่าใช้จ่ายรายหัว สำหรับไว้ใช้ในการรักษาพยาบาลด้วย ปัจจุบันมีการจัดตั้งคลินิกกฎหมายขึ้นในโรงพยาบาลชายแดนไทยพม่า เขตจังหวัดตากแล้วอีกหลายแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลท่าสองยาง โรงพยาบาลพบพระ และโรงพยาบาลแม่ระมาด”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภออุ้มผาง

“คณะทำงานมีประสบการณ์และถอดบทเรียนรูปแบบการทำงานที่แตกต่างกันระหว่างทำงานกับผู้ไทและผู้ลาว เนื่องจาก วัฒนธรรมผู้ไทแตกต่างกับผู้ลาว ทำงานกับชุมชนผู้ลาว พูดคุยง่าย แต่ต้องเน้นเสียงส่วนใหญ่ คือ ต้องพูดคุยกับทุกคนทุกกลุ่ม ทำงานกับผู้ไทไม่ง่ายเท่าผู้ลาว แต่หากพูดคุยกับผู้ไท ชุมชนรู้เรื่อง คนผู้ไทส่วนใหญ่จะทำตามผู้นำชุมชน”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอภูหินรายณ์

จากกรณีศึกษาทั้งหมด มีเพียงการทำงานในบางบริบทที่ครอบคลุมการดูแลประชากรชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยของไทย ได้แก่ อำเภออุ้มผาง (ชนเผ่ากะเหรี่ยง) และอำเภอภูหินรายณ์ (ชนเผ่าผู้ไท) รวมทั้งการดูแลประชากรต่างชาติที่เข้ามาทางชายแดนอำเภออุ้มผาง (ชาวพม่า) อย่างไรก็ตามมีเพียงโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนในกรณีศึกษาในอำเภออุ้มผางเท่านั้นที่มีเป้าหมายมุ่งเน้นการดูแลประชากรชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยโดยเฉพาะ ส่วนโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนในกรณีศึกษาส่วนใหญ่รวมถึงกรณีศึกษาอำเภอภูหินรายณ์ ไม่ได้เป็นการมุ่งเจาะจงดูแลชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยเท่านั้น แต่โครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนในกรณีศึกษาเหล่านั้นครอบคลุมการดูแลประชากรชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยเพราะประชากรชนกลุ่มน้อยเหล่านั้นเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพกลุ่มหนึ่งที่สำคัญในพื้นที่ร่วมกัน

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนในกรณีศึกษาส่วนใหญ่จะไม่ได้มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพของประชากรกลุ่มชาติพันธุ์โดยเฉพาะ แต่ผู้วิจัยค้นพบว่าคณะทำงานในบางพื้นที่สามารถพัฒนาทักษะการทำงานที่มีความจำเพาะในแต่ละชุมชนที่มีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์แตกต่างกันได้

ดังตัวอย่างจากกรณีศึกษาอำเภอภูหินรายณ์ ซึ่งแม้คณะทำงานจะไม่ได้มีโครงการพัฒนาสุขภาพเพื่อดูแลประชากรชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยโดยเฉพาะ แต่คณะทำงานเรียนรู้และค้นหารูปแบบการทำงานที่เหมาะสม สามารถถอดออกมาเป็นบทเรียนวิธีการทำงานที่แตกต่างกันระหว่างการทำงานในพื้นที่ชุมชนผู้ลาวและชุมชนผู้ไท เป็นต้น

1.4 ผู้ให้บริการสุขภาพพิจารณาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเป็นเกณฑ์ในการระบุประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ

“ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ พิจารณาว่าประชากรกลุ่มเปราะบางต้องมีสิ่งกีดขวางการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดำรงอยู่ แม้ว่าจะมีการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วก็ตาม เช่น ความพิการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในขณะที่การเจ็บป่วยทั่วไปหรือความยากจนเพียงลำพังนั้นอาจไม่ใช่ความเปราะบาง ดังนั้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยลำพังไม่น่าจะใช้ประชากรกลุ่มเปราะบาง ยิ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปที่ไม่ติดต่อ (non-communicable diseases: NCDs) ที่ยังไม่มียาโรคไตเรื้อรัง ยิ่งไม่น่าจะใช้ประชากรกลุ่มเปราะบาง”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอลำสนธิ

ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปที่ไม่ติดต่อ หากเป็นผู้ป่วยที่ยังเข้าถึงบริการสุขภาพได้ อาจพิจารณาการทำให้โครงการดังกล่าวเป็นโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนในกลุ่มประชากรทั่วไป แต่ไม่ใช่สำหรับประชากรกลุ่มเปราะบาง แต่การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนและกลายเป็นโรคไตเรื้อรัง และต้องการระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management supports) ที่บ้านหรือชุมชน อาจพิจารณาเข้าได้กับแนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพมากกว่า และจำเป็นต้องมีการพัฒนาสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้โดยเฉพาะ ทั้งนี้ มุมมองของผู้ปฏิบัติงานมุ่งเน้นกลุ่มประชากรที่มีข้อจำกัดด้านทุนมนุษย์และทุนสังคม รวมทั้งการมีอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากกว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านอื่นๆ

2. โครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางเกิดจากการริเริ่มผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่าการวางแผนนโยบายในระดับชาติ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลพบว่าจุดเริ่มต้นของโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนจากกรณีศึกษาทั้งหมด รวมทั้งความสำเร็จของโครงการเหล่านั้นในการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง และการพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพในบริบทต่างๆ ของประเทศไทย ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการพัฒนานโยบายสุขภาพระดับชาติในรูปแบบเดียว แต่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสุขภาพและการปฏิบัติตามนโยบายสุขภาพระดับชาติในหลายรูปแบบ ได้แก่

2.1 ความสำเร็จของโครงการฯ เกิดจากการริเริ่มของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

“ในการเลือกกลุ่มเสี่ยงของเด็กที่มีความผิดปกติด้านการเรียนรู้ (learning disabilities: LDs) เริ่มจากกุมารแพทย์ช่วยดูสมุดสีชมพูว่าเด็กแรกเกิดมีปัจจัยเสี่ยงจากการคลอดเรื่องอะไรบ้าง ประกอบกับมีนักศึกษาแพทย์มาช่วยทบทวนหาสาเหตุที่เด็กที่จะมีปัญหาเรื่องการเรียนในอนาคต เพื่อนำมาพิจารณากำหนดเป็นนิยามของเด็กกลุ่มเสี่ยง แต่พอทบทวนไปบางครั้งเด็กที่มี LDs อาจจะมาพบตอนอายุ 0-5 ปี ทีมงานเลยคิดว่าถ้าบริหารจัดการตั้งแต่ 0-5 ปี มันก็จะลดลง และเริ่มค้นหากลุ่มเสี่ยงตั้งแต่แรกเกิด”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอด่านซ้าย

“กลุ่มประชากรเป้าหมายของอุบลรัตน์คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มประชาชนยากจน มีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีปัญหาในการเดินทางมารับบริการที่ รพช. หรือ รพ.สต. ในชุมชน โดยพิจารณาทำทั้งอำเภอจากปัญหาในพื้นที่ส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรมพืชเชิงเดี่ยวมีรายได้น้อย ประชาชนเข้าไม่ถึงระบบบริการ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเปราะบาง โดยอาศัยพยาบาลชุมชน เครือข่าย อสม. รวมถึงภาคส่วนเอกชน เช่น ร้านค้าของชำในชุมชน”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์

จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากกรณีศึกษาทั้งหมด พบว่าโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนบางโครงการเกิดขึ้นและดำเนินการประสบความสำเร็จโดยไม่มีนโยบายจากส่วนกลาง ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ส่วนใหญ่ในกรณีศึกษาไม่ได้ทำงานเพียงแค่นำนโยบายจากส่วนกลางเท่านั้น แต่ริเริ่มทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบในพื้นที่ตามที่ตนเข้าใจและเห็นความสำคัญ ตัวอย่างเช่น โครงการพัฒนาเศรษฐกิจพอเพียงในชุมชน (อ. อุบลรัตน์) โครงการพัฒนากายอุปกรณ์ (อ. กุฉินารายณ์) โครงการพยาบาลชุมชน (อ. น้ำพอง และ อ. อุบลรัตน์) โครงการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กที่ผิดปกติในการเรียนรู้ และโครงการ Book Start (อ. ด่านซ้าย) การริเริ่มทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบในพื้นที่เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลให้กรณีศึกษาเหล่านี้มีลักษณะของโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนที่แตกต่างกันอย่างมากระหว่างการมุ่งเน้นกลุ่มคนที่เข้าไม่ถึงทุนทางสังคมและเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพไปจนถึงการมุ่งเน้นการดำเนินโครงการฯ แนวกว้างซึ่งเน้นการพัฒนาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ นอกจากนี้ยังอาจพิจารณาได้ว่า หากปราศจากการริเริ่มการทำโครงการเชิงบูรณาการของผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ นโยบายส่วนกลางของกระทรวงต่างๆ ซึ่งมักไม่ได้รับการวางแผนแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ อาจจะไม่มีประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในระดับพื้นที่

2.2 ความสำเร็จของโครงการฯ เกิดจากการลงมือปฏิบัติตามนโยบายให้เหมาะสมกับบริบท

“กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศขยายผล ‘คลองขลุงโมเดล’ ในฐานะต้นแบบการจัดบริการทดแทนไต และคณะทำงานของอำเภอเกษตรอำเภอกลุ่มประชากรเป้าหมายโดยอาศัยเกณฑ์คัดกรองไตวายสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันเลือดสูงเช่นเดียวกันกับอำเภอคลองขลุง แต่ดูเหมือนคณะทำงานของอำเภอเกษตรอำเภอหนึ่งถึงประชากรกลุ่มเปราะบางเป็นการเฉพาะชัดเจนกว่าคลองขลุง ดังจะเห็นได้จากการเน้นการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอุปสรรคในการเข้าถึงบริการแล้วหาทางแก้ไขจนปรากฏผลเป็นรูปธรรมในเรื่องการปรับปรุงหรือ

สร้างห้องล้างไตที่บ้านให้ผู้ป่วยบางราย ซึ่งบ้านไม่มีห้องเฉพาะที่สะอาดเพียงพอแก่การล้างช่องท้อง รวมทั้งการจัดหาโซฟาให้ผู้ป่วยยากจนเหล่านั้น”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอองครักษ์และคลองขลุง

จากการสังเคราะห์ข้อมูลพบว่าโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนบางโครงการฯ ที่ดำเนินการจนประสบความสำเร็จเกิดขึ้นจากการที่ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ปฏิบัติตามนโยบายจากส่วนกลางหรือพัฒนาโครงการที่สอดคล้องกับนโยบายส่วนกลาง แต่ความสำเร็จของการทำงานดังกล่าวเกิดจากความสามารถในการปรับการปฏิบัติตามนโยบายให้สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่ ตัวอย่างเช่น นโยบายการคลังสุขภาพที่จ่ายเงินเพื่อดูแลผู้ป่วยไตวายทั้งประเทศมีข้อจำกัดในการทำงานให้เข้าถึงประชาชนในหลายพื้นที่ แต่การทำงานที่อำเภอคลองขลุงและอำเภอองครักษ์แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่แตกต่างออกไป ซึ่งเป็นผลมาจากการออกแบบวิธีการปฏิบัติให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เป็นต้น

2.3 อุปสรรคในการขยายผลความสำเร็จของโครงการฯ คือขาดการสนับสนุนด้วยนโยบายที่เหมาะสมในระดับชาติ

“คณะทำงานของอำเภอด่านซ้ายเริ่มจากการรับรู้คนไข้ในพื้นที่ซึ่งต้องการหาเตียงก่อน ใหม่ๆ ที่งานกายภาพบำบัดมีมาก่อนเปิดแผนกมาเกือบสี่ปีแล้ว มีการออกไปเยี่ยมบ้านคนไข้หลายๆ ราย โดยเฉพาะกลุ่มที่ใส่ขาเทียม เวลาจดทะเบียนคนพิการหรือส่งต่อคนไข้ไปทำขาเทียม แต่คนไข้ไม่ไปเพราะจะต้องเข้าไปที่จังหวัดซึ่งการเดินทางลำบากมาก ระบบของ รพ.เลย หรือ รพ.ที่จะรับเค้าเข้าไปค่อนข้างซับซ้อน กว่าจะได้ขาเทียมสักหนึ่งขาต้องมีการไปและกลับ หลายครั้ง คณะทำงานจึงพิจารณาว่าควรจะได้ทำอะไรที่มาเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประจวบเหมาะกับตอนนั้นมูลนิธิขาเทียมกำลังจะเปิด node และมาเห็นเห็นเลยติดต่อผ่าน ผอ.รพ.ว่ามูลนิธิกำลังจะเปิดอบรมช่างของ รพ.ชุมชน รุ่นที่ 1 จึงเป็นที่มาของการทำโครงการขาเทียมพระราชทาน”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอด่านซ้าย

“คณะทำงานของอำเภอลำสนธิและกุงจินารายณ์ทำงานเรื่องการดูแลระยะยาวโดยการสร้างความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น แต่มีปัญหาอุปสรรคเนื่องจากต้อง ‘ต่อสู้กับนโยบายส่วนกลาง’ เช่น อุปสรรคจากระเบียบสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ที่ไม่เอื้อต่อการทำงานหรือนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการทำงานตาม KPI แบบบูรณาการและอาจจะไม่เหมาะกับบริบท เป็นต้น”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอลำสนธิและกุงจินารายณ์

โครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนบางโครงการฯ ทั้งที่เกิดขึ้นเองหรือเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามนโยบายจากส่วนกลางมีข้อจำกัดในการดำเนินการให้ประสบความสำเร็จในระดับที่กว้างขวางขึ้น เช่น ไม่สามารถขยายผลไปยังประชากรกลุ่มอื่นๆ ได้หรือไม่สามารถขยายผลวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practices) ไปทั่วประเทศได้ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความเห็นว่าการขาดการขาดการสนับสนุนเชิงนโยบายจากส่วนกลาง ตัวอย่างเช่น การขาดนโยบายการคลังสาธารณะที่เหมาะสมเพื่อจ่ายเงินสนับสนุนโครงการพัฒนาขาเทียมเพื่อผู้ป่วยพิการตามแนวทางของอำเภอด่านซ้าย นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ยังเห็นว่า ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากผู้กำหนดนโยบายขาดการเตรียมความพร้อมของพื้นที่อื่นๆ จึงมีอุปสรรคต่อการขยายผลความสำเร็จของโครงการเหล่านั้น ตัวอย่างเช่น การขยายผลการดำเนินโครงการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่มีตัวอย่างจากอำเภอลำสนธิไปทั่วประเทศภายใต้ นโยบายที่มหมอครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข (family care team: FCT) ลำพังการมอบนโยบายนั้นไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคลากรมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ได้ และที่สำคัญ ยังขาดนโยบายการคลังสาธารณะที่เหมาะสมเพื่อจ่ายเงินสนับสนุนการจัดบริการทางสังคมในโครงการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (long-term care) ตามแนวทางของอำเภอลำสนธิหรืออำเภอกุงจินารายณ์ ทำให้ขาดแคลนงบประมาณที่จะนำมาใช้ในการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสม หรือนำมาใช้ในการจัดจ้างนักบริบาลชุมชน (community caregivers) ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ เป็นต้น

3. ประสิทธิภาพของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนแก่กลุ่มประชากรเปราะบางขึ้นอยู่กับกรอบแนวคิดที่เหมาะสมกับลักษณะความเปราะบาง

จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากทุกกรณีศึกษาพบว่า เนื่องจากลักษณะของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนของกลุ่มประชากรเปราะบางมีความหลากหลาย ดังนั้น ประสิทธิภาพของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนของกลุ่มประชากรเปราะบางเหล่านี้จึงขึ้นอยู่กับกรอบแนวคิดของโครงการเป้าหมายและการออกแบบการจัดบริการสุขภาพ (services design) เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้น การใช้ข้อมูลในระดับพื้นที่ช่วยให้มีการออกแบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับลักษณะความเปราะบางของกลุ่มประชากร อย่างไรก็ตาม ยังพบโอกาสในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและการประเมินผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนอย่างเป็นระบบได้

3.1 การออกแบบบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับกรอบแนวคิดที่ใช้วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ

“เนื่องจากคณะทำงานของอำเภอภูผินารายณ์ส่วนใหญ่เป็นนักกายภาพบำบัด และทำงานกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้พิการ ดังนั้น คณะทำงานจึงเลือกใช้กรอบแนวคิด *community-based rehabilitation (CBR)* ขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบแนวคิดของการทำงานในชุมชน มีการวัดผลการดำเนินงานในหลายด้าน เช่น วัด *activities of daily living (ADL)* ของกลุ่มประชากรเป้าหมาย แต่ก็ได้ขยายกรอบการทำงานให้เหมาะสมกับบริบทด้วย เช่น ในปัจจุบัน คณะทำงานเริ่มมุ่งเน้นการทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทำให้เกิดการจ้างงานตามกฎหมายในกลุ่มผู้พิการที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพแล้ว”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอภูผินารายณ์

“เครื่องมือสำคัญที่สามารถลดอัตราการป่วยตายของผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลของอำเภออุ้มผางคือ ‘สุขศาลา’ ซึ่งมียามาลาเรีย และเครื่องตรวจหาเชื้อมาลาเรีย (กล้องจุลทรรศน์ และ *rapid diagnostic test: RDT*) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตในกรณีที่เป็นมาลาเรียรุนแรงได้ ที่อำเภอท่าสองยาง แม้จะไม่มีการสร้างสุขศาลาทั่วไปแต่ก็มีการตั้งสถานีมาลาเรีย (*malaria post*) ซึ่งดำเนินการในลักษณะเดียวกันคือให้การ

ฝึกอบรมชาวบ้านให้เป็นผู้ช่วยตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และให้การสนับสนุนยาและเครื่องมือตรวจหาเชื้อมาลาเรียไปที่สุขศาลาเพื่อที่จะตรวจหาเชื้อและรักษาให้เร็วที่สุด ซึ่งนอกจากจะตรงกับแนวคิด *secondary prevention* ที่เน้นเรื่อง *early detection* และ *prompt treatment* แล้ว มาตรการการกระจายยาและเครื่องมือไปที่สุขศาลานี้เป็นการทำงานตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (*primary health care: PHC*) ซึ่งเป็นแนวคิดด้านสาธารณสุขที่สำคัญ”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภออุ้มผาง

“ตอนเริ่มคิดจะทำโครงการฯ ทีมงานเพียงต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่ได้มีแนวคิดอย่างเป็นระบบในการเลือกกลุ่มเป้าหมายในการดูแล แต่พอผ่านไประยะหนึ่งแล้วเมื่อเริ่มมีนักกายภาพบำบัด เริ่มทำการสำรวจโดยพยาบาล แรกๆ เจอเด็กพิการและคนไข้ติดบ้านติดเตียงเยอะมาก นักกายภาพบำบัดลงไปทำกายภาพบำบัด พยาบาลลงไปทำการพยาบาล สิ่งที่เป็นความท้าทายมากกว่าคือมีความต้องการบริการที่มากกว่าบริการทางการแพทย์ซึ่งไม่ใช่ความรับผิดชอบของระบบสาธารณสุข บทเรียนจากเคสต่างๆ ทำให้เข้าใจเรื่องนี้ ทำให้เข้าใจว่าผู้ป่วยไม่ได้ต้องการเพียงการพยาบาลหรือฟื้นฟู ยังต้องการบริการอะไรอื่นอีกบ้างที่จะทำให้เขาดีขึ้น เช่น ต้องการเตียงที่สามารถขยับย้ายได้บนเตียง ทีมงานจึงเริ่มมองไปที่อุปกรณ์ต่างๆ ที่สามารถประดิษฐ์ได้แต่ยังไม่เป็นระบบ ก็เอางานไม้มาช่วยออกแบบ เริ่มแนวคิดเรื่องต้องการปรับบ้านเป็นเรื่องแรกๆ บางบ้านยากจนมากก็ต้องไปหากองทุน หากคนมาบริจาคเพื่อจัดการปรับสภาพบ้านให้ ส่วนความคิดเรื่องนักบริบาลชุมชนนั้นมาทีหลัง ตอนแรกก็ไม่ได้มีแนวคิดเรื่องต้องมีคนมาแบ่งเบาภาระของครอบครัว ทำไปได้สักระยะก็มองเป็นระบบมากขึ้น กลายมาเป็นการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (*long-term care*)”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอลำสนธิ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากทุกกรณีศึกษาพบว่า คณะทำงานในพื้นที่ของแต่ละกรณีศึกษามีการเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายจากการใช้กรอบแนวคิดที่ค่อนข้างหลากหลาย ขึ้น



ตารางที่ 2 กรอบแนวคิดที่ใช้ออกแบบโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนตามลักษณะของประชากรกลุ่มเปราะบาง

ประชากรกลุ่มเปราะบาง	กรอบแนวคิดที่ใช้ออกแบบโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชน
คนไร้รัฐ	<ul style="list-style-type: none"> - การสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care: PHC) - การป้องกันโรคระดับที่หนึ่ง (primary prevention) และการป้องกันโรคระดับที่สอง (secondary prevention) - การสร้างเสริมสุขภาพในระดับกลุ่มประชากร (population-based health promotion) - ปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH) และการสร้างเสริมสุขภาพในระดับกลุ่มประชากร (population-based health promotion)
คนจนและคนด้อยโอกาสในชนบท	<ul style="list-style-type: none"> - ปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH) - การผลิตบุคลากรร่วมกับชุมชน (co-production of health workforce with community)
เด็กที่มีพัฒนาการช้า/มีปัญหาการเรียน	<ul style="list-style-type: none"> - เวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine) - การป้องกันโรคระดับที่หนึ่ง (primary prevention) และการป้องกันโรคระดับที่สอง (secondary prevention) - แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic care model: CCM) - ปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH) และการสร้างเสริมสุขภาพในระดับกลุ่มประชากร (population-based health promotion)
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ผู้ป่วยติดเตียง	<ul style="list-style-type: none"> - เวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine) - การป้องกันโรคระดับที่หนึ่ง (primary prevention) และการป้องกันโรคระดับที่สอง (secondary prevention) - แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic care model: CCM)
ผู้พิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง	<ul style="list-style-type: none"> - เวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine) และการดูแลปฐมภูมิแบบมุ่งเน้นชุมชน (community-oriented primary care: COPC) - แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic care model: CCM) - การฟื้นฟูสภาพในชุมชน (community-based rehabilitation: CBR) - การดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน (community-based long-term care)
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	<ul style="list-style-type: none"> - เวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine) และการดูแลปฐมภูมิแบบมุ่งเน้นชุมชน (community-oriented primary care: COPC) - แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic care model: CCM)

อยู่กับการกำหนดลักษณะของประชากรกลุ่มเปราะบางในแต่ละพื้นที่ ดังแสดงในตารางที่ 2

ดังนั้น การออกแบบบริการสุขภาพ (services design or interventions design) ให้เหมาะสมกับลักษณะความเปราะบางของกลุ่มประชากรเป้าหมายจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลของโครงการเหล่านั้น ลักษณะของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนอาจมีความหลากหลาย ตั้งแต่

“โครงการที่มีฐานการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน” (health programs based on community hospitals) ไปจนถึง “โครงการซึ่งมีการทำงานในชุมชน” (community-based health programs) อย่างไรก็ตาม โครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนในทุกกรณีศึกษามีจุดร่วมคือ คณะทำงานของทุกกรณีศึกษาเน้นการทำงานเชิงรุกในชุมชน ไม่เน้นเฉพาะงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

นอกจากนั้น บางกรณีศึกษาชี้ให้เห็นประเด็นการทำงานโดยภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้เกิดโครงการดูแลและพัฒนาสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในชุมชน ทำให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ (partnership) มีการผลิตร่วม (co-production) ระหว่างบุคลากรสุขภาพกับชุมชน โดยการเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมผลิตบุคลากรสุขภาพจากคนในชุมชนนั้นๆ ดังตัวอย่างที่แสดงให้เห็นในโครงการพยาบาลชุมชน (อ. อุบลรัตน์) การพัฒนาศูนย์โฮมสุข (อ. กุฉินารายณ์) หรือการพัฒนาหอพยาบาลชุมชน (อ. ลำสนธิ) เป็นต้น

3.2 การขาดการออกแบบระบบสารสนเทศเพื่อติดตามและประเมินผลโครงการฯ อย่างเป็นระบบ

“รพ.อุ้มผางไม่ได้รวบรวมสถิติเรื่องภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่หลังจากสอนหมอดำแยส่วนปั๊สภาวะผอ. รพ.อุ้มผางให้ข้อมูลว่าจากเดิมที่ต้องเดินทางเข้าพื้นที่ทุรกันดารเพื่อทำคลอดในกรณีที่ผู้ป่วยคลอดลำบากเป็นประจำ สถานการณ์เปลี่ยนเป็นว่าถูกตามไปดูคนไข้กลุ่มดังกล่าวไม่ได้เหมือนแต่ก่อนอีก”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภออุ้มผาง

“ทีมไม่เลื่อยพยายามสร้างระบบข้อมูลเพื่อติดตามผลลัพธ์ของโครงการรวมถึงเพื่อใช้ประเมินผล แต่พบความยากลำบากจากการที่ตัวชี้วัดที่กระทรวงกำหนดให้ไม่สะท้อนการทำงานของทีม อย่างไรก็ตาม ได้เริ่มการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบมาไม่นาน โดยเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลตัวเองได้ (independency) โดยพิจารณาตามหลัก community-based rehabilitation (CBR) และวัด activities of daily living (ADL) แต่หากดูจากตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ หลังจากดำเนินงานมาประมาณ 6-7 ปี พบว่าจำนวนคนที่เข้าถึงบริการสุขภาพเชิงรุกมากขึ้นทุกปี จำนวนบริการสุขภาพที่ให้มากขึ้นทุกปี เช่น จำนวนผู้ได้รับการฟื้นฟูสภาพ จำนวนการปรับสภาพบ้าน จำนวนผู้ได้รับการสร้างอาชีพ จำนวนผู้ได้รับการดูแลจาก community caregivers ของ ‘ศูนย์โฮมสุข’ และผู้พิการได้รับการฟื้นฟูจากนักกายภาพบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง/คนปี”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์

จากการสังเคราะห์ข้อมูลในกรณีศึกษาส่วนใหญ่พบว่า แม้ว่าคณะทำงานจะมีเป้าหมายในการทำงานและมีกรอบแนวคิดในการทำงานชัดเจน แต่มักจะขาดการวางแผนหรือการออกแบบระบบสารสนเทศเพื่อติดตามและประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบ ซึ่งการขาดการวางแผนหรือการที่คณะทำงานไม่สามารถออกแบบระบบสารสนเทศเพื่อติดตามและประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบนี้ เป็นจุดอ่อนของกระบวนการจัดการโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนเพื่อประชากรกลุ่มเปราะบางที่พบในเกือบทุกกรณีศึกษา ทั้งในโครงการฯ ที่มีลักษณะเป็นนวัตกรรมในพื้นที่โดยไม่ได้เกิดขึ้นจากนโยบายส่วนกลางและในโครงการฯ ที่เกิดจากนโยบายส่วนกลาง

4. การพัฒนาโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืนเกิดจากภาวะผู้นำของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่าการอาศัยอำนาจหน้าที่ของภาครัฐ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลในกรณีศึกษาทั้งหมด พบว่าการเริ่มต้นของโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนจากกรณีศึกษาทั้งหมด รวมทั้งความสำเร็จของโครงการเหล่านั้นในการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางและการพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพในบริบทต่างๆ ของประเทศไทย เป็นผลมาจากภาวะผู้นำของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่าการอาศัยอำนาจหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทำให้มีแนวโน้มเกิดเป็นนวัตกรรมที่มีลักษณะ “การพัฒนาจากล่างขึ้นบน” (bottom-up) มากกว่า “การสั่งการจากบนลงล่าง” (top-down) และสามารถปรับการทำงานให้เข้ากับบริบทได้

4.1 มุ่งเน้นการใช้ภาวะผู้นำมากกว่าการใช้อำนาจหน้าที่

“ภาวะการนำที่มออั้ย ผอ.รพ.คลองขลุง ผสานภาวะการนำทางวิชาการของสถาบันฯ และสมาคมโรคไต เชื่อมโยงกับภาวะการนำของกลุ่มสหวิชาชีพผ่านรูปแบบการประชุมและการฝึกอบรม ส่วนกรณีกิ่งทรา ภาวะการนำมาจากพยาบาลอาวุโสด้านเวชปฏิบัติครอบครัว และงานโรคไม่ติดต่อ



ในฐานะ 'systems manager' มีความเชื่อมโยงกับการเมืองท้องถิ่นและภาคีต่างๆ ทั้งในอำเภอและนอกอำเภอ ผู้นำในทั้งสองพื้นที่อาศัยการสื่อสารที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่เป็นทางการได้แก่ การฝึกอบรม การประชุม การปรึกษาหารือระดับบุคคล การให้รางวัล การนิเทศงาน ส่วนที่ไม่เป็นทางการได้แก่ การให้รางวัล การกล่าวชื่นชมในที่สาธารณะ การจัดกิจกรรมสันทนาการ การเป็นแบบอย่างที่ดี (role model) ในการดูแลผู้ป่วย ให้ความสะดวก เป็นกันเองในการให้คำปรึกษาแก่ทีมสหวิชาชีพและทีม รพ.สต."

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอองครักษ์และคลองขลุง

"ทีมไม่เลื้อยมีการจัดวางบทบาทของสมาชิกในทีมที่ชัดเจน ทีมสหวิชาชีพเป็นคนทำงาน นพ.สิริชัยเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ เปรียบเหมือน 'ไฟฉาย' และเชื่อมโยงระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ หรือทำหน้าที่ 'ตัวแปลงสัญญาณ' และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน หรือทำหน้าที่ "กุญแจ" นพ.สิริชัยแสดงบทบาทผู้นำทีมโดยเป็นผู้สนับสนุนเชื่อมโยง ผลักดันการขยายงานในนามลูกทีมหรือองค์กรอื่นๆ เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการ และเชื่อมโยงกับนักวิชาการในวงกลาง เช่น คณะแพทยศาสตร์ ม.มหาสารคาม, คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี ม.มหิดล, สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) เน้นพัฒนาการทำงานเป็นทีมและพัฒนาให้สมาชิกของทีมฯ ได้ทำงานอย่างเต็มศักยภาพของแต่ละคน ให้โอกาสตัดสินใจ และเน้นการสร้างทีมที่มี open-minded mindset"

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์

"การฝึกอบรมหมอต้าแยในอำเภอทั้งสองให้ทำคลอดโดยปลอดภัยจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ไขอุปสรรคในพื้นที่ห่างไกล ทำให้ลดอุบัติเหตุการติดเชื้อบาดทะยักในทารกได้ เช่นเดียวกัน ภาวะตกเลือดหลังคลอดก็เป็นความเสี่ยงของแม่ในพื้นที่ขาดแคลนเช่นนี้ การฝึกอบรมหมอต้าแยให้สวนปัสสาวะอย่างปลอดภัยเพื่อลดอุปสรรคระหว่างการคลอดเป็นอีกทางเลือกที่เหมาะสมและได้ผลในการลดความจำเป็นในการส่งต่อมารดาที่มีอาการตกเลือด

หลังคลอดเข้ามายังโรงพยาบาลชุมชน"

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภออุ้มผาง

การสังเคราะห์ข้อมูลพบว่าคุณลักษณะของภาวะผู้นำ (leadership) ในโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางมีความสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการมากกว่าการใช้อำนาจหน้าที่ (authority) ซึ่งการสังเคราะห์ข้อมูลจากกรณีศึกษาทั้งหมดแสดงให้เห็นถึงภาวะผู้นำซึ่งมุ่งเน้นให้เกิดการสร้างนวัตกรรมเชิงระบบและเชิงนโยบายในพื้นที่ ซึ่งแม้ว่าผู้นำของโครงการส่วนใหญ่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน แต่เนื่องจากการทำงานจำเป็นต้องอาศัยภาวะผู้นำในการทำงานกับบุคคลหรือองค์กรที่อยู่นอกโรงพยาบาล จึงสะท้อนถึงภาวะผู้นำที่ดีในองค์กรและชุมชนมากกว่าเพียงการใช้อำนาจหน้าที่เท่านั้น

โครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในบางกรณีศึกษาสะท้อนภาวะผู้นำที่เกิดจากความเข้มแข็งทางวิชาการ (academic leadership) โดยเฉพาะวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการทำโครงการ โดยตรง ดังตัวอย่างของอำเภอคลองขลุงซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีภาวะผู้นำทางวิชาการในลักษณะที่สามารถโน้มน้าวผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมโรคไตให้ยอมรับการดำเนินงานได้ หรือตัวอย่างของอำเภอครบุรี และอำเภอกุฉินารายณ์ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนไม่ใช่ผู้รับผิดชอบโครงการฯ แต่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบโครงการฯ นอกจากนี้ ข้อมูลจากทุกกรณีศึกษาสะท้อนให้เห็นได้อย่างชัดเจนถึงคุณลักษณะของภาวะผู้นำซึ่งมีความเข้าใจในบริบทของประชากรกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ มีความเข้าใจบริบทในการทำงานเป็นอย่างดี ทั้งบริบทที่มีความจำเพาะของปัญหาสุขภาพของกลุ่มประชากรเปราะบางในพื้นที่ เข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงจุดแข็งและจุดอ่อนในการทำงานพัฒนาสุขภาพดังกล่าว รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงความรู้และความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มประชากรเปราะบางใน

พื้นที่ ตัวอย่างเช่น การออกแบบของบริการสุขภาพโดยพิจารณาตามองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ หรือผู้นำโครงการในบางพื้นที่ที่มีศักยภาพในการเข้าถึงแหล่งทุนและองค์ความรู้ภายนอกพื้นที่ หรือภายนอกระบบของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

4.2 การสร้างการเรียนรู้ของคณะทำงาน

“ความสำเร็จของการทำงานของทีมไม่เลี้ยวส่วนหนึ่งสามารถพิจารณาจากการเรียนรู้ ทีมไม่เลี้ยวมีการเรียนรู้จากการทำงานจากงานที่เคยติดขัด ทีมงานสามารถ ‘แก้ไขสิ่งที่เคยแก้ไขไม่ได้ได้’ เช่น สามารถสร้างงานให้ผู้พิการในพื้นที่โดยอาศัยกลไกตามมาตรา 33, 34, 35 ของ พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556) มีการขยายบทบาทของสมาชิกทีมงานในแต่ละวิชาชีพ ส่งผลให้ร่างกายภาพบำบัดในทีมซึ่งเคยรู้สึกว่าการทำงานตามวิชาชีพของตนมักจะ ‘ตัน’ ที่การฟื้นฟูสภาพ แต่ตอนนี้สามารถทำได้ในเรื่องการจัดการ ‘ความทุกข์’ ของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความสุขในทั้งผู้ป่วยและตัวนักกายภาพบำบัดเอง สามารถขยายโครงการจากระดับอำเภอไปยังในระดับจังหวัด เช่น การมี ‘ศูนย์โฮมสุข’ ครอบคลุมทั้งจังหวัดกาฬสินธุ์ การสร้างระบบเพื่อจ้างงานผู้พิการตามกฎหมายทั้งจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีทีมไม่เลี้ยวทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานโครงการดังกล่าว”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอภูผามาศ

“ช่วงแรกๆ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีความคิดเชิงระบบว่าอยากทำอะไรๆ แต่ออกแบบระบบไม่เป็น ข้อดีของทีมคือชอบมาคุยกันบ่อยมากเพื่อหาทางออก เวลากินข้าวก็มานั่งคุยกัน คุยบ่อยมากแบบไม่เป็นทางการ หลายครั้งลงรายละเอียดมาก ปัจจุบันก็ยังเป็นแบบนี้อยู่ ทำเรื่อง primary care ก็ชอบไปคุยกับพยาบาล การคุยกันและทบทวนการทำงานบ่อยๆ ทำให้เกิดแนวคิดเชิงระบบมากขึ้น”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอลำสนธิ

การสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากบางกรณีศึกษาสะท้อนให้เห็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาของคณะทำงาน สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ในคณะทำงานและในองค์กร (team/orga-

nizational learning) และยังสะท้อนภาวะผู้นำซึ่งแสดงคุณลักษณะที่สามารถเปลี่ยนแปลงผู้ตาม (transformative leadership) ดังจะเห็นจากตัวอย่างของผู้นำในการทำโครงการในพื้นที่ต่างๆ โดยเฉพาะ อ.ภูผามาศ อ.ด่านซ้าย อ.งหวาด อ.คลองขลุง ซึ่งผู้นำทำหน้าที่พัฒนาทีมงานให้กลายเป็นผู้นำโดยไม่ต้องให้การทำงานทุกอย่างขึ้นอยู่กับผู้นำหรือตัวบุคคล และเป็นภาวะผู้นำที่สร้างทีมงานให้มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ ไม่จำกัดศักยภาพในการทำงานเพียงแต่การทำงานให้บรรลุเป้าหมายของโครงการพัฒนาสุขภาพเหล่านั้นเท่านั้น

4.3 ความเป็นอิสระในการทำงานช่วยสร้างนวัตกรรม

“แม้ว่า รพ.คลองขลุงเป็นส่วนหนึ่งของภาพใหญ่ในระบบบริหารราชการแบบรวมศูนย์ของประเทศ แต่ผู้วิจัยได้ค้นพบปรากฏการณ์ที่บ่งชี้อิสระภาพในการตัดสินใจและดำเนินการจนเห็นรูปธรรมในเชิงโครงสร้าง อันแตกต่างไปจากรพ.อำเภอขนาดเดียวกันในอำเภออื่นอีกหลายแห่ง ตัวอย่างที่เด่นชัดและสอดคล้องกับการยึดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางคือ การมีพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยไตเสื่อม การรวมโครงสร้างบริการดูแลระหว่างการคลอดและหลังคลอดไว้ด้วยกันเพื่อความสะดวกและปลอดภัยของผู้ป่วย การมีห้องประชุมสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการทำงานเป็นทีม เป็นต้น ข้อค้นพบเหล่านี้บ่งชี้ว่าอิสระภาพในการบริหารองค์กรที่กล่าวมาเป็นไปเพื่อตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยโดยอาศัยการทำงานเป็นทีม”

-บันทึกของนักวิจัยในพื้นที่อำเภอคลองขลุง

การสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากทุกกรณีศึกษาแสดงให้เห็นว่าบริบทที่ทำให้เกิดการพัฒนาคณะพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย มีแนวโน้มที่จะเกิดในพื้นที่ชนบทหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะอำเภอรอบนอกที่อยู่ห่างไกลอำเภอเมืองของจังหวัดนั้นๆ ซึ่งส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากความห่างไกลศูนย์อำนาจตามกรอบของระบบราชการ ทำให้คณะทำงานในพื้นที่ที่มีความเป็นอิสระในการเลือกทำงานซึ่งตน

เห็นว่าสำคัญและมีอิสระในการเลือกทำงานในแบบที่ตนเห็นว่าเหมาะสม หรือการเป็นนายของตนเอง (autonomy) ช่วยสร้างนวัตกรรมเชิงระบบและเชิงนโยบายดังแสดงให้เห็นในกรณีศึกษาเหล่านี้

วิจารณ์และข้อยุติ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ชิ้นแรกที่เป็นกรณีวิเคราะห์เพื่อถอดบทเรียนจากโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนซึ่งตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในบริบทของประเทศไทย โดยวิเคราะห์กรณีศึกษาเปรียบเทียบที่มาที่ไปของรูปแบบบริการหรือมาตรการเพื่อพัฒนาสุขภาพในชุมชนที่มีในระบบสุขภาพของประเทศไทย และเปรียบเทียบคุณลักษณะของโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ซึ่งมีทั้งลักษณะร่วมกันและลักษณะที่แตกต่างกัน โดยพิจารณาตามกรอบแนวคิดองค์ประกอบพื้นฐานของระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งกรอบแนวคิดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และพิจารณาความสัมพันธ์ของการทำงานโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเหล่านี้กับมาตรการต่างๆ ในระบบสุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิผลในการเข้าถึงและเสริมพลังประชากรกลุ่มเปราะบางที่พบในวรรณกรรมเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยต่อไป

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากทุกกรณีศึกษาพบว่า การทำงานเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยมีอยู่บ้างแล้วในหลายชุมชน แต่อาจจะขาดการสนับสนุนเชิงวิชาการให้การทำงานเหล่านั้นกลายเป็นประเด็นเชิงนโยบายที่เชื่อมโยงกับประเด็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity)^(22,23) ของระบบสุขภาพของประเทศไทย รวมทั้งยังอาจขาดความเชื่อมโยงกับความเคลื่อนไหวเรื่องดังกล่าวในระดับสุขภาพโลก (global health)^(24,25) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคณะทำงานในแต่ละ

พื้นที่มีความเข้าใจในการทำงานในเรื่องนี้โดยใช้ศัพท์ที่มีความแตกต่างกันไปจากที่พบในวรรณกรรมเรื่อง “ประชากรกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพ” หรืออาจจะคุ้นเคยกับศัพท์อื่นๆ เช่น “กลุ่มประชากรด้อยโอกาส” มากกว่า หรืออาจมีความสับสนหรือมีความเข้าใจในเรื่องนี้ไม่ตรงกันเพราะแนวคิดเรื่องความเปราะบาง เชื่อมโยงอยู่กับปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม ซึ่งอาจทำให้การพิจารณาประชากรกลุ่มความเปราะบางขึ้นอยู่กับ การให้คุณค่า (value judgement) ของผู้กำหนดนโยบาย หรือผู้ให้บริการสุขภาพ ดังจะเห็นได้ชัดเจนจากกลุ่มประชากรชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามักจะถูกพิจารณาเป็นความเปราะบางด้านสุขภาพ แต่ในบริบทของประเทศไทย กลุ่มประชากรชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยอาจถูกพิจารณาเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพหรือไม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมของชนกลุ่มนั้น ตัวอย่างเช่น ชาวผู้ไทที่จังหวัดกาฬสินธุ์อาจไม่ได้ถูกพิจารณาว่ามีความเปราะบางด้านสุขภาพ แต่ชาวกะเหรี่ยงที่จังหวัดตากอาจถูกพิจารณาเป็นประชากรกลุ่มที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพ

เนื่องจากการทำงานกับประชากรกลุ่มเปราะบางแต่ละกลุ่มจำเป็นต้องมุ่งเน้นกระบวนการทำงานที่แตกต่างกัน การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรม (accessibility of care) จึงสะท้อนคุณภาพของบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับปัญหาเฉพาะกลุ่มประชากรด้วย (quality of care) ดังนั้นการประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางจึงเป็นโอกาสพัฒนาให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสำเร็จตามเป้าหมายและมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น เพราะจะเชื่อมโยงแนวคิด “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” (universal health coverage) เข้ากับแนวคิด “การมีสิทธิเข้าถึงบริการตามความจำเป็น” (targeted universalism)⁽²⁶⁾ ซึ่งพิจารณาว่าการทำงานอย่างเท่าเทียมกับประชากรทุกกลุ่มเป็นการปฏิบัติความแตกต่างของความต้องการด้านสุขภาพของประชากรแต่ละกลุ่ม ดังนั้น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีมุ่งเน้นการสร้างความเป็นธรรม จึงควรมุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความต้องการด้านสุขภาพเหมือนกัน และมุ่งเน้นการจัดบริการ

สุขภาพที่แตกต่างกันสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความต้องการด้านสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย

ดังนั้น หากผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพเชื่อว่าการประยุกต์ใช้แนวคิด “ประชากรกลุ่มเปราะบาง” เป็นโอกาสในการพัฒนานโยบายสุขภาพและระบบสุขภาพให้แตกต่างจากที่ผ่านมา ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพก็จำเป็นต้องกำหนดนิยามหรือเกณฑ์การจำแนก “ประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ” ให้มีความชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากจะทำให้มีผลต่อการพัฒนานโยบายหรือการสนับสนุนเชิงนโยบายเพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพของประชากรกลุ่มนั้นๆ ให้มากกว่าที่เป็นอยู่ เพื่อให้เกิดการพัฒนา นโยบายสุขภาพและโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้โดยเฉพาะ และอาจพิจารณาเป็นเข็มมุ่งในการพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพในบริบทของประเทศไทยที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยพบว่าผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ จำแนกกลุ่มประชากรเป้าหมายที่สอดคล้องกับแนวคิด “ประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ” โดยใช้เหตุผลหรือเกณฑ์การคัดเลือกหรือการจัดลำดับความสำคัญ (selection or prioritization criteria) ของกลุ่มประชากรเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพที่แตกต่างกันไป ดังนั้น เพื่อให้แนวทางการพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพในบริบทของประเทศไทยมี

ความชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยจึงรวบรวมข้อมูลและแนวคิดที่ได้จากมุมมองของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจากกรณีศึกษาทั้งหมด มาสังเคราะห์ร่วมกับความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และเสนอเป็นเกณฑ์การพิจารณาประชากรกลุ่มเปราะบางในบริบทของประเทศไทย เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพพิจารณาจำแนกกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคมได้เหมาะสมภายใต้บริบทระบบสุขภาพของประเทศไทย ตามรายละเอียดในตารางที่ 3

เนื่องจากความขาดแคลนระบบสารสนเทศและการติดตามและประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบเป็นประเด็นที่ค้นพบได้จากทุกกรณีศึกษา และเป็นโอกาสพัฒนาที่สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศไทย ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพควรพัฒนานโยบายเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ทั้งในระดับประเทศและในระดับพื้นที่ รวมทั้งการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (health information technology)⁽²⁷⁾ ทั้งในด้านการเก็บข้อมูล และการใช้ข้อมูล เพื่อช่วยให้การพัฒนาสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยในระยะถัดไปมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นระบบสนับสนุนให้คณะทำงานมีโอกาสได้เรียนรู้จุดอ่อนและจุดแข็งในแต่ละบริบทได้ดีขึ้น และพัฒนาโครงการที่มีความจำเพาะกับจุดอ่อนและจุดแข็งในแต่ละบริบทได้ดีมากยิ่งขึ้น รวมทั้งทำให้เกิดความสะดวกในการศึกษาเปรียบเทียบ

ตารางที่ 3 ข้อเสนอเกณฑ์การพิจารณาประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในบริบทของประเทศไทย

ประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในบริบทของประเทศไทย พิจารณาได้จากการที่กลุ่มประชากรดังกล่าวมีปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม (social determinants of health) อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังต่อไปนี้

- 1) ประชากรชายขอบซึ่งอาจถูกตีตราหรือถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม (stigmatized or marginalized population): ตัวอย่างเช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า เกย์ ผู้ได้รับการผ่าตัดแปลงเพศ ผู้ขายบริการทางเพศ ผู้ใช้ยาเสพติด ผู้เคยได้รับโทษจำคุก
- 2) ประชากรซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (populations with limited accessibility to healthcare services): ตัวอย่างเช่น ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ประชากรซึ่งมีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล
- 3) ประชากรซึ่งมีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกระงับการดูแลสุขภาพหากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว (populations with long-term health needs with risks of negligence or abuse): ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง

ระหว่างพื้นที่ และทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ได้อย่างลึกซึ้งและเป็นระบบมากขึ้น

ผลการศึกษาโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนสำหรับกลุ่มประชากรเปราะบางในหลายกรณีศึกษาเป็นมากกว่าโครงการระยะสั้น คณะทำงานในหลายพื้นที่ได้มุ่งทำงานระยะยาวโดยมุ่งเน้นการพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ (systems innovations)^(28,29) และผู้กำหนดนโยบายสุขภาพในระดับประเทศซึ่งมีโอกาสพบเห็นโครงการตัวอย่างที่ดีในระดับพื้นที่ที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาต่อยอดเป็นนโยบายในระดับประเทศได้ แต่ถ้าหากการพัฒนาในระดับประเทศมีเป้าหมายไม่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่อื่นๆ หรือมีการพัฒนาโยบายที่ทำให้แต่ละพื้นที่ขาดความคล่องตัวในการปรับกระบวนการทำงานตามนโยบาย รวมทั้งการติดตามและประเมินผลตามนโยบายที่ไม่ยืดหยุ่นตามบริบทตลอดจนมองข้ามความสำคัญของการเรียนรู้ร่วมกัน ก็อาจทำให้นโยบายจากส่วนกลางกลายเป็นอุปสรรคแทนที่จะเป็นการสนับสนุนโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยในพื้นที่ต่างๆ ได้

ความสำเร็จอย่างยั่งยืนของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนสำหรับกลุ่มประชากรเปราะบางจำเป็นต้องอาศัยภาวะผู้นำในพื้นที่ กรณีศึกษาทั้งหมดแสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะของภาวะผู้นำ ทั้งความเป็นผู้นำทางวิชาการที่เกิดจากความเข้าใจในจุดอ่อนและจุดแข็งตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากทุนสังคมของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งทำงานในพื้นที่มานาน ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน หรือเป็นที่ยอมรับในสังคมจากผลงานอันเป็นเชิงประจักษ์ในการทำงานด้านอื่นๆ มาก่อน ทำให้การที่โครงการส่วนใหญ่ในกรณีศึกษาซึ่งใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานและขยายไปทำงานร่วมกับชุมชนโดยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้นำจึงเป็นบริบทที่ใช้ทุนสังคมดังกล่าวได้เป็นอย่างดี สามารถเชื่อมโยงทุนสังคมอื่นๆ ที่มีอยู่ในพื้นที่และดึงมาใช้เป็นทรัพยากรของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชน เพื่อพัฒนาทุนมนุษย์และทุนสังคมให้ประชากรกลุ่มเปราะบางได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่เกิดจากระเบียบวิธีวิจัยประการแรก เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่มีการคัดเลือกกรณีศึกษาและผู้ให้ข้อมูลหลักที่ไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรเปราะบางด้านสุขภาพที่มีอยู่ทั้งหมดในประเทศไทย ดังนั้น ประชากรบางกลุ่มที่อาจมีความสำคัญในเชิงนโยบายเรื่องกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยซึ่งเป็นคนชายขอบในสังคม (marginal people)⁽³⁰⁾ เช่น ชาวเล จ.ภูเก็ต หรือชาวเงาะป่าซาไก จ.ยะลา ยังไม่ได้ถูกรวมอยู่ในกรณีศึกษาของการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพนี้ หรือกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงในการดูแลตนเองเมื่อต้องเข้ารับบริการสุขภาพ เช่น นักโทษ หรือกลุ่มประชากรที่อาจมีตราบาปทางสังคม (stigmatized groups)⁽³¹⁾ เช่น กลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ (Lesbian Gay Bisexual and Transgender: LGBT) หรือกลุ่มวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อยาเสพติด การค้าประเวณี หรือการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น ดังนั้นจึงอาจมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาเพื่อพิจารณาประเด็นทางสังคมที่อาจมีความจำเพาะกับความเปราะบางด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรเปราะบางเหล่านี้ต่อไปในอนาคต ประการที่สอง การศึกษานี้มีข้อจำกัดจากการที่โครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนในกรณีศึกษามีความหลากหลาย ทำให้มีข้อจำกัดคือไม่สามารถเปรียบเทียบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการออกแบบบริการสุขภาพเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เหมือนกันได้โดยตรง นอกจากนั้นยังไม่สามารถหาหลักฐานเชิงปริมาณเพื่อประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนเหล่านี้ได้ จำเป็นจะต้องมีการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาประสิทธิผลและประสิทธิภาพของโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนต่อไป และประการสุดท้าย เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งใช้มุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพเป็นหลัก จึงยังขาดการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากประชากรกลุ่มเปราะบางโดยตรง จำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้มุมมองของประชากรจากกลุ่มเปราะบางร่วมด้วยต่อไป

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้เป็นหลักฐานเชิง

ประจักษ์สำคัญที่ช่วยสร้างความเข้าใจในกระบวนการทำงานในโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและการเสริมพลังประชากรกลุ่มเปราะบางในบริบทต่างๆ ของสังคมไทย คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายนำไปพิจารณาในการพัฒนาสุขภาพและการจัดการโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนบางประการ ได้แก่ การพิจารณาทำให้เรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางเป็นประเด็นนโยบายสาธารณะที่ชัดเจนในสังคมไทย โดยเฉพาะการกำหนดให้มีนิยามและกลไกสนับสนุนจากผู้กำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพของ “ประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ” ให้มีความชัดเจนมากขึ้นจากที่เป็นอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยในปัจจุบัน และพัฒนาให้การทำงานเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางกลายเป็นส่วนหนึ่งของการติดตามและประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประเทศไทยอย่างเป็นระบบ และควรระมัดระวังที่จะไม่สร้างนโยบายเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพที่อาจทำให้แต่ละพื้นที่ขาดความคล่องตัวในการปรับกระบวนการทำงานตามนโยบาย แต่ควรส่งเสริมให้เกิดภาวะผู้นำในระดับพื้นที่เพื่อทำงานให้เหมาะสมในแต่ละบริบท รวมทั้งมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติที่สำคัญคือ ควรมีการสร้างเวทีวิชาการ รวมทั้งการพัฒนากระบวนการสนทนาศักยภาพในพื้นที่และระหว่างพื้นที่ เพื่อให้มีการศึกษาเปรียบเทียบและแลกเปลี่ยนแนวคิดด้านการจัดการโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชนซึ่งตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยในบริบทต่างๆ เพื่อต่อยอดความรู้และเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถขยายผลโครงการที่ประสบความสำเร็จให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ในพื้นที่อื่นๆ ในประเทศไทยได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Vulnerable Populations: Who Are They? American Journal of Managed Care. 2006;12(13 SUP):S349.
2. Aday LA. At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United. 2nd ed. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc.; 2002.
3. International Conference on Primary Health Care. The Declaration of Alma-Ata: World Health Organization; 1978. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
4. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health Geneva: World Health Organization; 2008.
5. The First International Conference on Health Promotion. The Ottawa Charter for Health Promotion 1986. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
6. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.
7. Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York: Oxford University Press; 1992.
8. World Health Organization. Everybody business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. The WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
9. World Health Organization. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. The WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
10. Wagner EH, Grothaus LC, Sandhu N, Galvin MS, McGregor M, Artz K, et al. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. Diabetes Care. 2001;24(4):695-700.
11. Wagner EH, Austin BT, Michael Von K. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. The Milbank Quarterly. 1996;74(4):511-44.
12. World Health Organization. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010.
13. Office for Human Research Protections. Vulnerable Populations: U.S. Department of Health & Human Services; 2016. Available from: <http://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/guidance/vulnerable-populations/>.
14. Mayer SE. What is a “Disadvantaged Group?” Minneapolis: Effective Communities Project Minneapolis; 2003.
15. Colorado Coalition for the Medically Underserved. Who are the medically underserved? 2012. Available from: <http://www.ccmu.org/our-work/who-are-the-medically-underserved/>.
16. National Center for Disaster Preparedness. Vulnerable Populations: Earth Institute, Columbia University; 2016 (cited 2016). Available from: <http://ncdp.columbia.edu/research/vulnerable-populations/>.
17. Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). Nonthaburi, Thailand: Health Insurance System Research



- Office; 2012.
18. Creswell JW. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.; 2007.
 19. Charmaz K. *Constructing grounded theory*. London, UK: Sage; 2006.
 20. Strauss A, Corbin J. *Basic of qualitative research: Grounded theory procedure and techniques*. Newbury Park, CA: Sage; 1990.
 21. Strauss K, Maclean C, Troy A, Littenberg B. Driving Distance as a Barrier to Glycemic Control in Diabetes. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*. 2006;21(4):378-80.
 22. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. New York, USA: Oxford University Press; 2004.
 23. World Health Organization. *Equity World Health Organization*; 2014. Available from: <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>.
 24. Prince Mahidol Award Conference Secretariat. Report on the conference on global health post 2015 accelerating equity. Nakorn Pathom, Thailand: Mahidol University; 2016.
 25. World Health Organization. *Gender, equity and human rights in the Sustainable Development Goals 2015*. Available from: <http://www.who.int/gender-equity-rights/news/ger-in-sdg/en/>.
 26. Powell JA. Post-racialism or Targeted Universalism. *86 Denv U L Rev*. 2008;785:785-806.
 27. Jha AK, Doolan D, Grandt D, Scott T, Bates DW. The use of health information technology in seven nations. *Int J Med Inform*. 2008;77(12):848-54.
 28. Zuckerman B, Margolis P, Mate K. Health services innovation: The time is now. *JAMA*. 2013;309:1113-4.
 29. Berwick DM. Disseminating innovations in health care. *JAMA*. 2003;289:1969-75.
 30. Conquergood D. Rethinking ethnography: Towards a critical cultural politics. *Communication Monographs*. 1991;58(2):179-94.
 31. Major B, O'Brien LT. The social psychology of stigma. *Annu Rev Psychol*. 2005;56:393-421.

ภาคผนวก

ประเด็นข้อมูลและแนวคำถามเพื่อเก็บข้อมูลของนักวิจัย

ประเด็น	แนวคำถาม
บริบทเฉพาะของพื้นที่ (contexts)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ลักษณะเฉพาะของพื้นที่ ประชากร เมือง-ชนบท เศรษฐกิจ เป็นอย่างไร? 2. ทรัพยากรในชุมชน/ระบบบริการสุขภาพในพื้นที่เป็นอย่างไร? 3. ลักษณะชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี เครือข่ายชุมชนเป็นอย่างไร?
กลุ่มประชากรเป้าหมาย (targeted populations)	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มประชากรเป้าหมายคือใคร? 2. ประชากรกลุ่มเป้าหมายคือใคร? 3. คณะทำงานเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายอย่างไร? 4. คณะทำงานเลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายโดยใช้แนวคิดที่สอดคล้องกับประชากรกลุ่มเป้าหมายหรือไม่/อย่างไร?
ประเด็นปัญหาสุขภาพ (health issues)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเด็นปัญหาสุขภาพที่คณะทำงานดำเนินงานแก้ไขคืออะไร? 2. แนวทางการดำเนินการของคณะทำงานมีความสอดคล้องกับแนวคิด/นิยาม/ขอบเขตของการพัฒนาสุขภาพในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเป้าหมายอย่างไรบ้าง?
ปัจจัยนำเข้าหรือโครงสร้างพื้นฐาน (input/infrastructure)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทรัพยากรบุคคล <ol style="list-style-type: none"> a. Process owners: components of integrated care team components, roles and functions of each team member b. Policymakers: who are the project initiators and the project sponsors, and the projects were approved by whom? c. Other stakeholders in communities: partners, alliance, competitors 2. การเงินการคลัง <ol style="list-style-type: none"> a. What is the main financing source for budgeting? b. How to mobilize financing from other resources? c. How is the project's balance sheet? 3. ระบบข้อมูล <ol style="list-style-type: none"> a. What kinds of the data systems available for monitoring and evaluation? b. How to standardize the data? c. How to utilize the data? d. What mechanisms are used to organize patient and population data to facilitate efficient and effective care?



4. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support System: DSS)
 - a. What are the training, guideline, supporting tools?
 - b. What mechanisms are used to promote clinical care that is consistent with scientific evidence and patient preferences?
 5. ระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management Support)
 - a. What are the roles of self-management support in clinical and non-clinical care in this setting?
 - b. What mechanisms are used to empower and prepare patients to manage their health and health care?
 6. อุปกรณ์ เครื่องมือ วัสดุ เทคโนโลยีอื่นๆ (ถ้ามี)
-