# การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อออกแบบศูนย์แพทย์ชุมชนพรุใน เกาะยาวใหญ่ จังหวัดพังงา

**เมฆ สายะเสวี**
บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาสถาปัตยกรรม
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ฉวีวรรณ เด่นไพบูลย์**
คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ และการผังเมือง
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

## บทคัดย่อ

สถานีอนามัยของชุมชนซึ่งเป็นแบบมาตรฐานทั่วประเทศ มีข้อจำกัดทั้งบุคลากรและงบประมาณ ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยไม่ทั่วถึง การศึกษาเรื่อง “การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อออกแบบศูนย์แพทย์ชุมชน: กรณีศึกษา ศูนย์แพทย์ชุมชนพรุใน ชุมชนมุสลิม เกาะยาวใหญ่ จังหวัดพังงา” มีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ คือ 1) ศึกษากระบวนการออกแบบโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว 2) ศึกษาการบริหารการออกแบบอย่างมีส่วนร่วม โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน การศึกษาใช้วิธีสังเกตุอย่างมีส่วนร่วมผ่านการจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการในกิจกรรมทุกขั้นตอน พบว่า 1) กระบวนการของประชาชนในพื้นที่มีส่วนทำให้การออกแบบศูนย์แพทย์เป็นไปตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว 2) การออกแบบและวางผังนี้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการและการดูแลผู้ป่วย 3) ประชาชนในพื้นที่มีความเข้าใจต่อรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์แพทย์และให้การสนับสนุนการบริหารโครงการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

**คำสำคัญ:** การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม / เวชศาสตร์ครอบครัว / สถาปนิกชุมชน / การใช้ชุมชนเป็นฐาน

.indd 343 20/12/2555 23:06:02

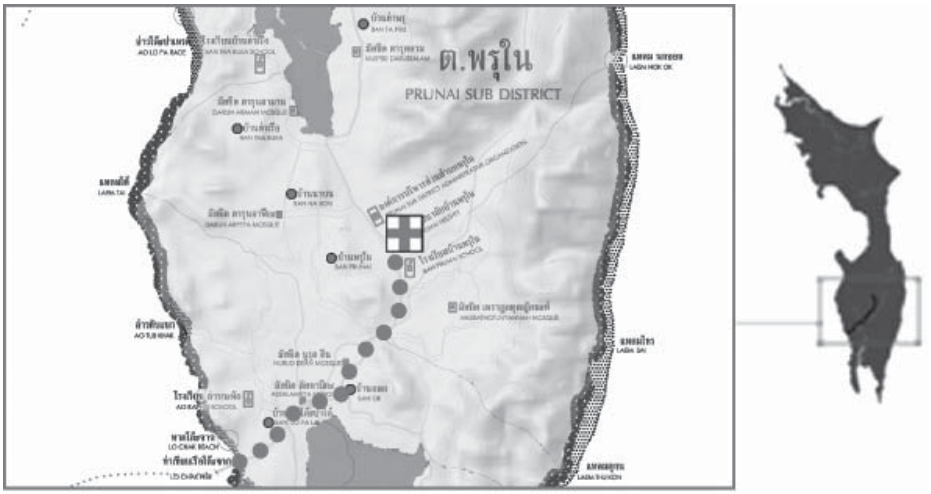
## 1. บทนำ

### 1.1 ที่มาและความสำคัญ

จากการสำรวจข้อมูลผังสถานีอนามัยมาตรฐานทั่วประเทศ (กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550) พบว่าการออกแบบและการวางผังแบบเดิมของสถานีอนามัยตามแบบมาตรฐานไม่เอื้ออำนวยการรองรับกิจกรรมการให้บริการแก่ผู้ป่วยได้เต็มที่ ในขณะที่จำนวนของผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะศูนย์แพทย์ชุมชนมุสลิม พรุใน เกาะยาวใหญ่ จังหวัดพังงา ได้ชื่อว่าเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กที่สุดของประเทศไทย (มารุต เหล็กเพชร, 2553) มีนายแพทย์ประจำ 1 คน เจ้าหน้าที่ 6 คน เตียงผู้ป่วยใน 4 เตียง โดยมีประชากรในเกาะทั้งสิ้น 10,000 คน (ณ ปี 2552) เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยมาตรฐานควรจะมีจำนวนเตียงผู้ป่วยถึง 10 เตียง (เตียงผู้ป่วย 1 เตียง ต่อประชากร 1,000 คน) จึงไม่เพียงพอในการให้บริการทั้งที่พักผู้ป่วยและห้องสำหรับญาติผู้ป่วยที่มาเฝ้าไข้

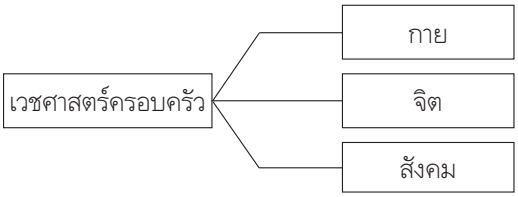



ภาพที่ 1: แผนที่การเดินทางไปเกาะยาวใหญ่




ภาพที่ 2: ผังบริเวณแสดงตำแหน่งที่ตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน

จากปัญหาที่เกิดขึ้นจึงเป็นที่มาของ *“การรวมตัวของคนในชุมชน”* ผ่านผู้นำชุมชนผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการจัดระดมทุนหารายได้เพื่อสร้างโรงพยาบาลขึ้นใหม่ โดยนายแพทย์มารุต เหล็กเพชร ซึ่งเป็นหนึ่งในแกนหลักของแผนการปรับปรุงศูนย์แพทย์ชุมชนมุสลิมพรุในได้ให้ความสำคัญกับการออกแบบโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับหลักเวชศาสตร์ครอบครัว *“จากเดิมที่เป็นแนวคิดแบบชีวภาพการแพทย์ (Biomedical Model-รักษาโรค) มาเป็นแนวคิดเชิง ชีวภาพ-จิต-สังคม (Bio-psycho-social Model) กระบวนทัศน์ใหม่ทางการแพทย์ กล่าวถึงทัศนะที่เกี่ยวข้องกับโรคว่า โรคไม่สามารถแยกจากคน หรือแยกคนจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขา ความเจ็บป่วยทุกชนิดมีองค์ประกอบทั้งร่างกายและจิตใจรวมทั้งมีสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน”* (มารุต เหล็กเพชร, 2553) ดังภาพที่ 3




ภาพที่ 3 แนวคิดการรักษาแบบเวชศาสตร์ครอบครัว

**ชาวบ้านชุมชน**พรุใน จึงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อน การเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ และเน้นการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โทมาสสัน(1988) กล่าวไว้ว่า “ความเป็นชุมชนนั้นเปรียบเสมือนกับสายเลือดที่เลี้ยงชีวิตของทุกระบบการมีปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ หากขาดสิ่งนี้ไป ก็ไม่มีความหมายใดๆ และไม่สามารถหากิจกรรมอื่นๆ มาทดแทนได้” โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนมุสลิม ที่มีคุณลักษณะเฉพาะกลุ่มทางสังคมที่ชัดเจน ดังนั้น *“ความสัมพันธ์กันระหว่างความเชื่อ และสุขภาวะ ที่ผสมผสานไปกับวัฒนธรรม ประสบการณ์และความเชื่อ จึงเป็นสิ่งที่ควรตระหนักถึงในสังคมมุสลิม”* (Aziz sheikh, 2001) จากแนวคิดข้างต้นนี้ สถานีอนามัยในชุมชนมุสลิมจึงควรที่จะต้องตอบสนองกับพิธีกรรมความเชื่อชาวมุสลิมตั้งแต่เกิดจนตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งในสถานการณ์ ณ ปัจจุบัน เรื่องของ “การให้ความสนใจในความเป็นพื้นถิ่นเป็น ถือเป็นตัวแปรสำคัญในการพัฒนาเมืองในเอเชีย”(David Satterthwaite, 2005) ผนวกกับข้อมูลการประชุมแผนงานวางผังชุมชนในประเทศไทยประจำปี 2550 ก็ได้มีการสัมมนาประเด็น*การวางผังชุมชนด้านสุขภาวะท้องถิ่น*เป็นประเด็นสำคัญ

อย่างไรก็ตามภายในประเทศไทย มีการดำเนินการให้ความสำคัญกับการพัฒนาโดยยกระดับการมีส่วนร่วมและบทบาทของชุมชนมากขึ้น ซึ่งเป็นเวลา กว่า 20 ปี ที่มูลนิธิศูนย์ศึกษาที่อยู่อาศัยแห่งเอเชีย (Asian Coalition for Housing Rights: ACHR) ได้สนับสนุนและทำงานร่วมกับ ผู้เชี่ยวชาญ นักวางผัง สถาปนิก และนักศึกษาคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ ในหลายประเทศของเอเชีย ในเรื่องการพัฒนาที่อยู่อาศัยและชุมชน โดยมีสาระสำคัญอยู่ที่กระบวนการมีส่วนร่วมโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง และมีสถาปนิกนักวางผัง เป็นผู้ช่วยในการจัดกระบวนการ และออกแบบเครื่องมือ

เพื่อให้การตอบสนองนโยบายของนายแพทย์ที่ได้วางแนวคิดการรักษาผู้ป่วย ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวในศูนย์แพทย์ชุมชนนี้ให้สำเร็จ จึงนำไปสู่การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อเป็นการออกแบบกายภาพและออกแบบสภาพแวดล้อม ที่จะนำไปสู่การวางแผนสังคมที่ยั่งยืน ผู้วิจัยได้ร่วมกับสถาปนิกชุมชน แพทย์ พยาบาลเจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน ญาติและผู้ป่วย มาร่วมกันออกแบบให้ตอบสนองกับความต้องการในพื้นที่ และสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อนำผังที่เกิดจากผลงานวิจัยนำไปใช้ประโยชน์ในการก่อสร้างศูนย์แพทย์ชุมชนต่อไป

### 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

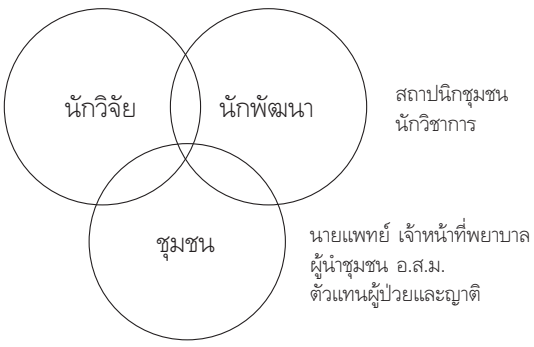
1. ศึกษากระบวนการออกแบบศูนย์แพทย์ชุมชนโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว
2. ศึกษาการบริหารการออกแบบอย่างมีส่วนร่วม ที่สามารถส่งผลต่อ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อการออกแบบศูนย์แพทย์ชุมชน

### 1.3 สมมติฐานการวิจัย

การสร้างกระบวนการออกแบบอย่างมีส่วนร่วมประกอบด้วยผู้วิจัย นักพัฒนา และประชาชนในชุมชนมีผลต่อประสิทธิภาพของการออกแบบศูนย์แพทย์ชุมชน

### 1.4 ขอบเขตการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยใช้ระยะเวลา 6 เดือน มีดังนี้ 1) ขั้นการศึกษาบริบท 2) ขั้นการเตรียมความพร้อม 3) ขั้นการวางแผนปฏิบัติงานวิจัย 4) ขั้นการติดตาม ตรวจสอบและปรับปรุง รวมทั้งการแก้ไขระหว่างการปฏิบัติงานวิจัย และ5) ขั้นการสรุปผลวิจัย โดยผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่กรณีศึกษาเฉพาะตำบลพรุใน อำเภอเกาะยาวใหญ่ จังหวัดพังงา บริเวณ ศูนย์แพทย์ชุมชนพรุใน เกาะยาวใหญ่ กลุ่มประชากรศึกษาได้แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ ประชากรในอำเภอเกาะยาวใหญ่ และประชากรนอกพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการออกแบบศูนย์แพทย์ชุมชน




ภาพที่ 4: ผู้ร่วมดำเนินโครงการวิจัย

### 1.5 ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยนี้มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงทดลอง ไม่มีตัวแปรควบคุมแทรกซ้อน เพราะต้องทดลองกับสภาวะปกติ มีบุคคลหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิจัยทุกขั้นตอนตั้งแต่เริ่มจนสิ้นสุดโครงการ โดยผลการวิจัยจะได้ความรู้ที่ใช้ปรับปรุง พัฒนา หรือแก้ไขเฉพาะหน้าในแต่ละกระบวนการที่จัดกิจกรรมออกแบบพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนร่วมกัน

### 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบกลยุทธ์กระบวนการการทำงานของสถาปนิกชุมชน ผ่านโครงการที่มีความต้องการจริง เพื่อนำไปปรับใช้ในวิชาชีพต่อไป

2. เกิดกระบวนการที่ส่งเสริมให้คนในชุมชนตระหนักถึงกระบวนการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวผ่านกระบวนการออกแบบ

3. เกิดแผนและกิจกรรมต่อเนื่องภายในชุมชนที่สามารถส่งผลต่อการกำหนด และขับเคลื่อนการพัฒนาที่นำไปสู่กระบวนการก่อสร้างต่อไป

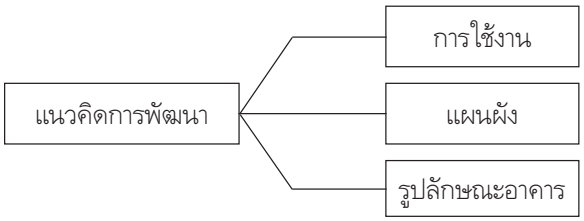
## 2. ทฤษฎีและกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎีและคำสำคัญที่นำมาใช้ในกระบวนการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนมุสลิมพรุใน มีดังนี้

### 2.1 แนวคิดการพัฒนาสถานีอนามัยโดยกระทรวงสาธารณสุข

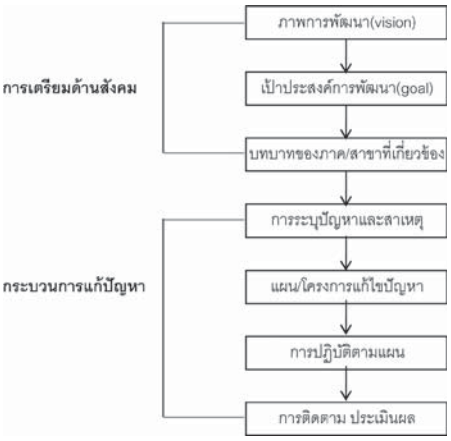
แนวทางการออกแบบแผนผังสถานีอนามัยทั่วไป ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2511 ถึงปัจจุบัน สามารถจำแนกลักษณะแนวคิดการพัฒนาเป็น 3 ลักษณะ คือ *ด้านการใช้งาน แผนผัง และรูปลักษณะอาคาร* .ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นเกณฑ์ วิเคราะห์เปรียบเทียบผังเดิม ผังที่ปรับปรุงเองโดยชุมชน และผังร่างใหม่ที่เกิดขึ้นหลังกระบวนการวิจัย

### 2.2 แนวคิดการบริการปฐมภูมิ เวชศาสตร์ครอบครัว



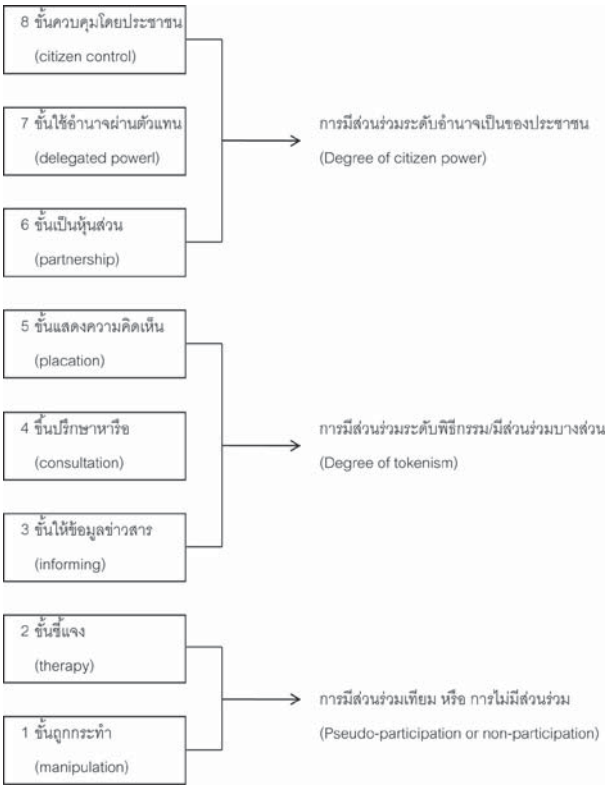

ภาพที่ 5: แนวคิดการพัฒนาสถานีอนามัย

นโยบายการรักษาโรคที่ครอบคลุมทั้ง *ร่างกาย จิตใจ และสังคม* เน้นการให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีป้องกันโรค มากกว่าเน้นไปที่การเข้ามารักษา คือแนวคิดหลักที่จะนำมาใช้ในการวิจัยสำหรับพัฒนาต่อยอดแนวทางพัฒนาเดิมทั้งในด้านการใช้งาน แผนผัง และรูปลักษณะอาคาร



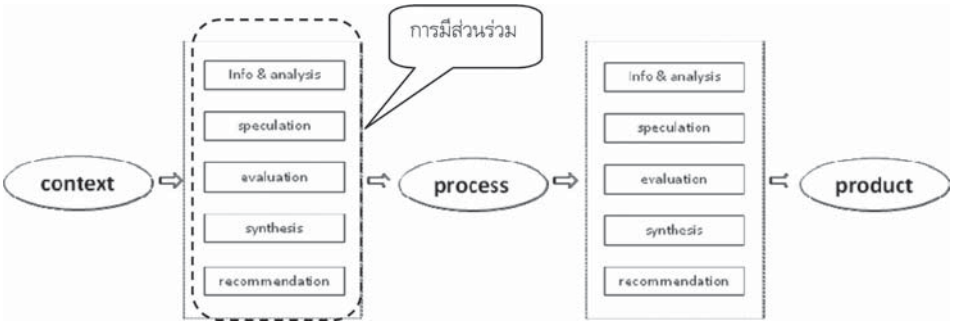

ภาพที่ 6: กรอบแนวคิดระบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม
อ้างอิง: อลิศรา ชูชาติ และคณะ (2538)

**ระดับของการมีส่วนร่วม**




ภาพที่ 7: บันไดของการมีส่วนร่วม 8 ขั้น ของอาร์นสไตน์ อ้างอิง: พันธ์ทิพย์ รามสูตร (2540)

### 2.3 แนวคิดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม




ภาพที่ 8: แสดงรูปแบบการมีส่วนร่วมที่แทรกในกระบวนตัดสินใจในการออกแบบ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความคาดหวังที่จะให้เกิดระดับการมีส่วนร่วมถึงขั้นการมีส่วนร่วมระดับอำนาจเป็นของประชาชน

### 2.4 แนวคิดขบวนการออกแบบ

บทบาทของสถาปนิกในขบวนการออกแบบ คือการแปลเปลี่ยนความต้องการของลูกค้า มาสู่ผังที่เป็นรูปธรรม สามารถส่งต่อให้กับวิศวกร ในกระบวนการก่อสร้างต่อไปได้

ในกระบวนการออกแบบครั้งนี้ตั้งแต่การเก็บข้อมูล (info & analysis) จนไปถึงการเสนอแนะในขั้นตอนสุดท้ายก่อนสรุปแบบนั้น จะต้องการกระบวนการออกแบบที่เพิ่มการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ดังภาพที่ 7

## 3. กระบวนการวิจัย

ในกระบวนการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็น *ผู้สังเกต ผู้ประสานงาน และสนับสนุนการจัดเวที* ซึ่งมีบทบาทหลักในการเป็นผู้ช่วยเหลือในกระบวนการวิจัยตั้งแต่แรกเริ่ม และทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นลำดับขั้นตอนตั้งแต่ต้นจนจบสิ้นกระบวนการ ดังนี้

ตารางที่ 1: กระบวนการลงพื้นที่ศึกษาบริบทครั้งที่ 1

| | |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์** | ศึกษาบริบทภาพรวม<br>สำรวจผังเดิม<br>จัดเวทีพูดคุย |
| **ลักษณะการมีส่วนร่วม** | การชี้แจง แสดงความคิดเห็น |
| **ผู้จัดกระบวนการ** | สถาปนิกชุมชน |
| **ผู้เข้าร่วมกระบวนการ** | ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ นายแพทย์ |
| **เครื่องมือ** | ผังจากแนวความคิด นายแพทย์ |

### 3.1 ขั้นการศึกษาบริบท

*3.1.1 การลงพื้นที่วิเคราะห์ความต้องการ (analysis)* ผังเดิมของศูนย์แพทย์ชุมชน และจัดเวทีระหว่างนายแพทย์ ผู้นำชุมชนและนักวิชาการโดยสถาปนิกชุมชน ที่เกาะยาวใหญ่

*ผลที่ได้: ผู้นำชุมชน นายแพทย์ และสถาปนิกชุมชนร่วมกันสร้างแนวคิดร่วมกัน* ที่จะเปลี่ยนวิธีการพัฒนาผังศูนย์แพทย์ชุมชนจากในแนวตั้งเป็นแนวราบ และใช้งบประมาณในการสร้างให้ประหยัดที่สุด โดยเน้นการออกแบบที่สนับสนุนต่อการก่อสร้างเป็นช่วง ๆ ตามจำนวนทุนที่ชุมชนรวบรวมได้

ตารางที่ 2: กระบวนการลงพื้นที่ศึกษาบริบทครั้งที่ 2

| | |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์** | ศึกษาสถาปัตยกรรมพื้นถิ่น<br>สำรวจระบบการดูแลสุขภาพ<br>ประชาสัมพันธ์โครงการ |
| **ลักษณะการมีส่วนร่วม** | การชี้แจง แสดงความคิดเห็น |
| **ผู้จัดกระบวนการ** | ผู้วิจัย น.ศ. สถาปัตย์ |
| **ผู้เข้าร่วมกระบวนการ** | ประชากรพรุใน อ.ส.ม. |
| **เครื่องมือ** | ผังสเก็ต บ้านพื้นถิ่น |



ภาพที่ 9: บรรยากาศเวทีพูดคุย



ภาพที่ 10: บรรยากาศการลงพื้นที่

**รังวัดผังเดิมของสถานีอนามัย**

*3.1.2 สัมมนาเชิงปฏิบัติการ* เพื่อศึกษาแนวทางการออกแบบ และการจัดพื้นที่สถาปัตยกรรมพื้นถิ่น

**ผลที่ได้:** ผู้วิจัยมีความเข้าใจแนวทางการออกแบบสถาปัตยกรรมที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในเขตเกาะยาวใหญ่เพิ่มขึ้น โดยสามารถจำแนกประเด็นที่ได้ดังนี้

**ลักษณะรูปแบบทางสถาปัตยกรรม** การใช้วัสดุและระบบการขนส่งก่อสร้างภายในเกาะ

**วิถีชีวิตที่มีผลต่อการใช้พื้นที่** แบ่งเป็นบ้านที่มีผู้พิการและผู้สูงอายุอาศัยอยู่ และบ้านทั่วไป

### 3.2 ขั้นการเตรียมความพร้อม

ในขั้นตอนนี้เป็นการสรุป และตั้งคำถามเพื่อที่จะนำไปสู่ประเด็นสำคัญในการเตรียมความพร้อมของการพัฒนาโครงการต่อไป โดยสรุปได้เป็น 2 ประเด็นคือ

*3.2.1 ผลลัพธ์ของการพัฒนาจะต้องครอบคลุมทั้งรูปแบบ การใช้งาน และภาพลักษณ์* ของศูนย์แพทย์ชุมชนใหม่ที่สนับสนุนกับระบบการรักษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

*3.2.2 วิธีการจัดการบริหาร*กระบวนการออกแบบอย่างมีส่วนร่วม

### 3.3 ขั้นการวางแผนปฏิบัติงานวิจัย

*3.3.1 การประชุมรวมกลุ่มอาสาสมัครเพื่อออกแบบศูนย์แพทย์ชุมชน* ที่มหาวิทยาลัยศิลปากร เพื่อเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนความเป็นไปได้ของโครงการ ระหว่างนายแพทย์ สถาปนิก นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป



ภาพที่ 11: บรรยากาศการออกแบบอย่างมีส่วนร่วม

*3.3.2 การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ออกแบบผังการใช้งานร่วมกับพยาบาลและตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหมู่บ้าน* จำนวนทั้งสิ้น 14 คน เพื่อสะท้อนปัญหา และวิเคราะห์พื้นที่ที่เหมาะสมอยู่แล้ว พร้อมทั้งเสนอแนวทางการปรับผังการใช้พื้นที่ใหม่ *สรุปข้อตกลงร่วมกัน*

ตารางที่ 3: กระบวนการออกแบบผังการใช้งาน

| | |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์** | ศึกษาพฤติกรรมการใช้งานเจ้าหน้าที่ วิเคราะห์การเข้ามาใช้บริการของผู้ป่วย ร่วมออกแบบผังใหม่กับเจ้าหน้าที่ |
| **ลักษณะการมีส่วนร่วม** | ร่วมตัดสินใจ ออกแบบ |
| **ผู้จัดกระบวนการ** | ผู้วิจัย น.ศ. สถาปัตย์ |
| **ผู้เข้าร่วมกระบวนการ** | พยาบาล เจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. |
| **เครื่องมือ** | ผังเดิม กระดาษ ปากกาสี |

**ผลที่ได้:** เจ้าหน้าที่ พยาบาลและผู้วิจัยในฐานะผู้ออกแบบ *เกิดความเข้าใจร่วมกันออกแบบพื้นที่การใช้งานสำหรับ การใช้งานของเจ้าหน้าที่ และเอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วย*

ได้ผังการใช้งาน และตำแหน่งการวางห้องพักเจ้าหน้าที่ ห้องผู้ป่วยใน

*3.3.3 สัมมนาเชิงปฏิบัติการออกแบบโรงพยาบาลอบอุ่น* ร่วมกับคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์และการผังเมืองมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าธนบุรี ในพื้นที่ เพื่อถอดบทเรียนและองค์ความรู้ร่วมกันระหว่างนักศึกษา นายแพทย์และคนในชุมชนโดยใช้กระบวนการจัดสัมมนากลุ่ม และจำแนกกลุ่มการทำงานตามความสนใจ ได้แก่ *ศาสนา วัฒนธรรม ภาพรวมผังเกาะยาวใหญ่ ภูมิปัญญา วัสดุงานช่าง สมุนไพร นวดอบ การท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ และการพัฒนาผังร่างศูนย์แพทย์ชุมชน*



ภาพที่ 12: บรรยากาศกระบวนการ

ตารางที่ 4: กระบวนการออกแบบศูนย์แพทย์ชุมชน

| | |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์** | ออกแบบผังร่างใหม่ศูนย์แพทย์ชุมชน นักศึกษาร่วมออกแบบกับคนในชุมชน ชาวบ้านเข้าใจและยอมรับผังร่างใหม่ |
| **ลักษณะการมีส่วนร่วม** | ร่วมตัดสินใจ ให้ข้อมูล ร่วมออกแบบ |
| **ผู้จัดกระบวนการ** | สถาปนิกชุมชน ผู้วิจัย น.ศ. สถาปัตย์ |
| **ผู้เข้าร่วมกระบวนการ** | ชาวบ้าน นักศึกษา เจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. |
| **เครื่องมือ** | หุ่นเจำลองศูนย์แพทย์ชุมชน เกาะ ผังร่าง |

**ผลที่ได้:** ผังร่างศูนย์แพทย์ชุมชนใหม่ และรายละเอียดสำคัญในการออกแบบ ห้องละหมาด ห้องพักญาติ โรงครัว และห้องนวด อบ สปาสมุนไพร ตัวอย่างที่พักคอยผู้ป่วยใหม่ จากวัสดุในพื้นที่ พัฒนาโดย นักศึกษาและกลุ่มช่างพื้นถิ่น พื้นที่กิจกรรมทางวัฒนธรรมระหว่างผู้สูงอายุและเด็กนักเรียนในพื้นที่ลานกิจกรรมในศูนย์แพทย์ กิจกรรมการประกวดทำอาหารสมุนไพร โดยตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน 6 หมู่บ้าน

**3.4 ขั้นการติดตาม ตรวจสอบและปรับปรุง รวมทั้งการแก้ไขระหว่างการปฏิบัติงานวิจัย**

*3.4.1 ทบทวนบทเรียน*จากกระบวนการลงพื้นที่ที่ผ่านมา เพื่อทบทวนประสิทธิภาพของการจัดกระบวนการ และอุปสรรคในการทำงาน (ณ วันที่ 31 มีนาคม 2553)

*3.4.2 ทบทวนผลการศึกษา* และนำแบบผังร่างที่พัฒนาส่งต่อให้ บริษัทสถาปนิกและสถาปนิกกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการต่อไป

การรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในงานวิจัยนี้มี 2 วิธี คือ

1.วิธีการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้เพื่อนำเสนอข้อมูลตัวเลข อธิบายเปรียบเทียบความต่างของข้อมูล ความสัมพันธ์ของสัดส่วนการใช้งานของพื้นที่ในผังเดิม กับผังร่างใหม่ที่ตอบสนองกับหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

2.วิธีการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อนำเสนอข้อมูลเป็นความเรียง บรรยายข้อค้นพบที่ได้จากมุมมองของผู้ให้ข้อมูล และใช้หลักการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการกลุ่มย่อยในแต่ละกิจกรรมการมีส่วนร่วมในขั้นตอนของการออกแบบ

## 4. ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษาที่ได้ โดยแบ่งเนื้อหาตามประเด็นต่อไปนี้

**4.1 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาบริบท ผ่านกระบวนการออกแบบอย่างมีส่วนร่วม**

*4.1.1 ข้อมูลพื้นฐานศูนย์แพทย์ชุมชนพรุใน*

ในส่วนนี้ประกอบด้วย แผนที่แสดงตำแหน่ง การเข้าถึง และสถิติการเข้าใช้บริการศูนย์แพทย์ชุมชน รวมไปถึงข้อมูลประชากรในชุมชนพรุใน โดยผู้วิจัยรวบรวมไว้ในภาคผนวกท้ายบท

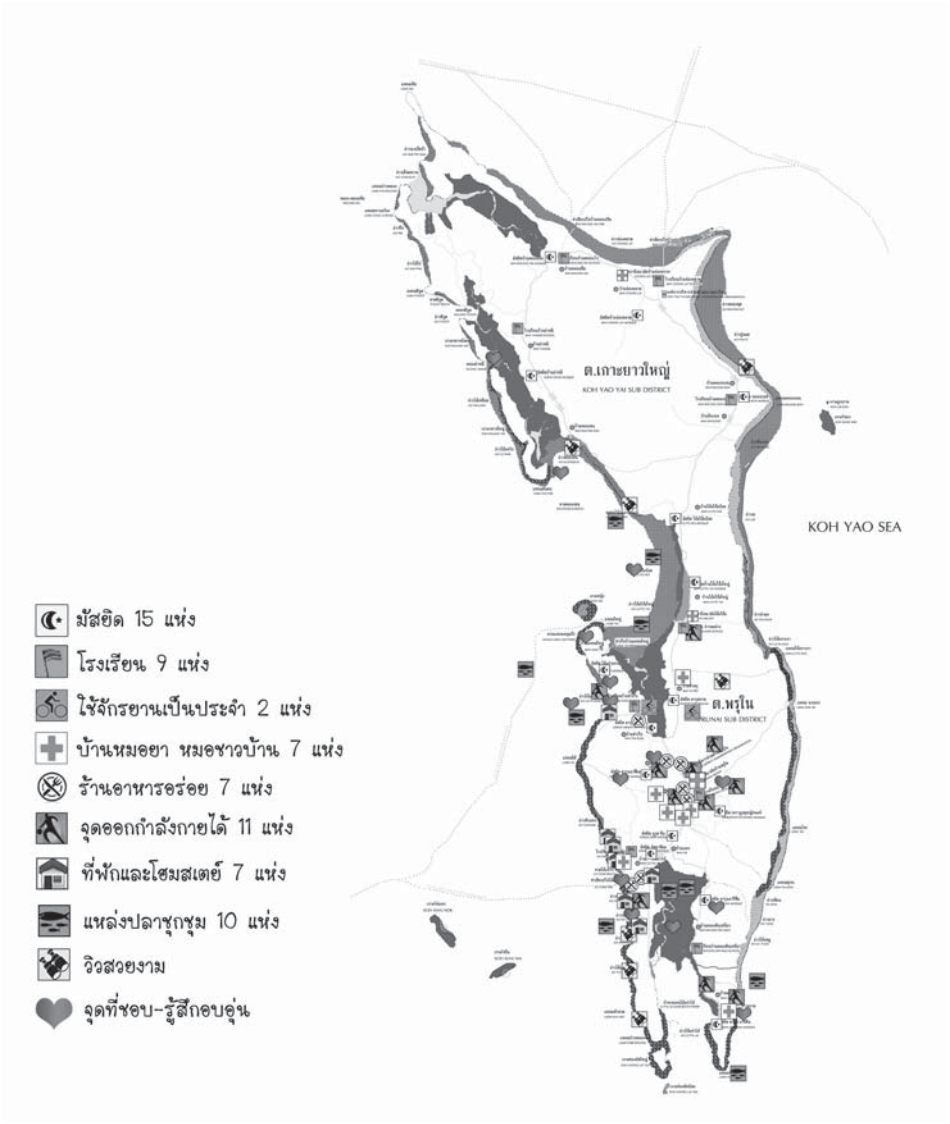
*4.1.2 ระบบสาธารณสุขบนเกาะ* วิเคราะห์จากข้อมูลสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมและบั่นทอนสุขภาวะบนเกาะ ที่ได้จากการจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ

ผู้วิจัยพบว่าจากการจัดกิจกรรมให้ตัวแทนชาวบ้าน และเจ้าหน้าที่อ.ส.ม. ปักหมุดบนแผนที่เกาะยาวใหญ่ที่เตรียมโดยกลุ่มนักศึกษา ได้ผลสรุปดังนี้

ปัจจัยที่เยียวยาและเอื้อต่อระบบสุขภาวะบนเกาะ พบว่า ในบริเวณเกาะโดยเฉพาะเขตชุมชนพรุใน จากภาพที่ 15 พบตำแหน่งที่ปลูกสมุนไพรไว้ใช้เอง โดยร้อยละ 85 ปลูกในบริเวณบ้านทั้งปลูกไว้ใช้เองและปลูกเพื่อเป็นยารักษาเพื่อนบ้านใกล้เคียง และพบตำแหน่งบ้านของหมอยาพื้นถิ่น 7 หลัง ขณะที่อีกร้อยละ 15 เป็นตำแหน่งของสมุนไพรที่มีตามธรรมชาติ พบตำแหน่งของจุดออกกำลังกายในชุมชน 11 แห่ง

ปัจจัยที่บั่นทอนสุขภาวะบนเกาะ พบตำแหน่งจุดเผาขยะของชุมชน และสถานที่มั่วสุมของกลุ่มวัยรุ่นบนเกาะ

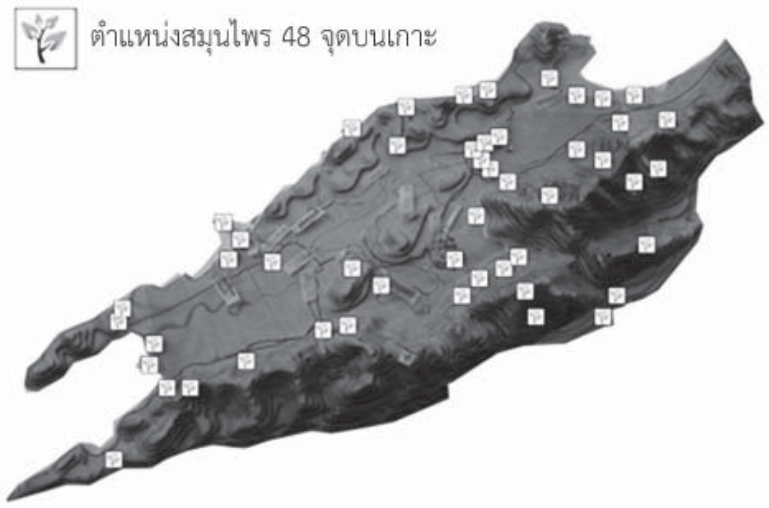
จากกระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยและชาวบ้านมีความเข้าใจระบบสุขภาวะในภาพรวมร่วมกันมากขึ้น สามารถนำมาวิเคราะห์พื้นที่การใช้งานในการออกแบบพื้นที่ศูนย์แพทย์ชุมชนต่อไป




ภาพที่ 13: แผนที่เกาะยาวใหญ่




ภาพที่ 14: กลุ่มอาคารและบริบทโดยรอบ



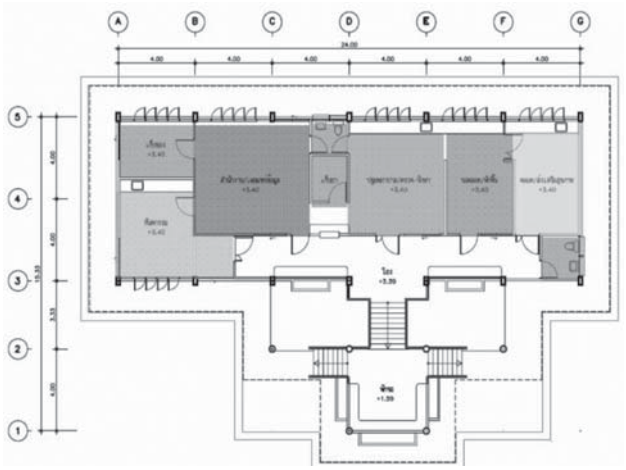

ภาพที่ 15: หมุดแสดงตำแหน่งสมุนไพรบนเกาะ

## 4.2 ผลการวิเคราะห์พัฒนาการผังสถานีอนามัยเดิมกับผังที่ปรับปรุงกันเองโดยชุมชนและผังร่างใหม่หลังกระบวนการวิจัย

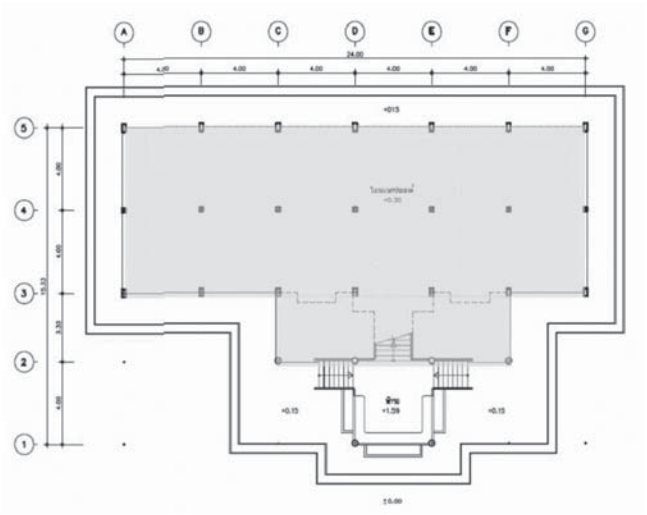
*4.2.1 ผลการวิเคราะห์ด้านการใช้งาน* ศูนย์แพทย์ชุมชนพรุใน เป็นผังสถานีอนามัยขนาดใหญ่แบบเลขที่ 8146

ตารางที่ 5: สัดส่วนและการใช้งานสถานีอนามัยเดิม

| สัดส่วน% | ตร.ม. | ใช้งานพื้นฐาน |
|---|---|---|
| 7.0 | 30.0 | ตรวจรักษา |
| 5.3 | 22.8 | ตรวจครรภ์ - คลอด |
| 7.0 | 30.0 | บัตร จ่ายยา |
| 8.4 | 36.0 | สำนักงาน |
| 4.2 | 18.0 | คลังยา - พัสดุ |
| **เพิ่มเติมโดยกรมแบบแผน ในปี 2534** | | |
| 5.3 | 22.8 | ตรวจภายใน |
| 4.7 | 20.0 | ทันตกรรม |
| 5.3 | 22.8 | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 45.0 | 192.0 | อเนกประสงค์ |



ภาพที่ 16: ผังชั้นบนสถานีอนามัยขนาดใหญ่เลขที่ 8146



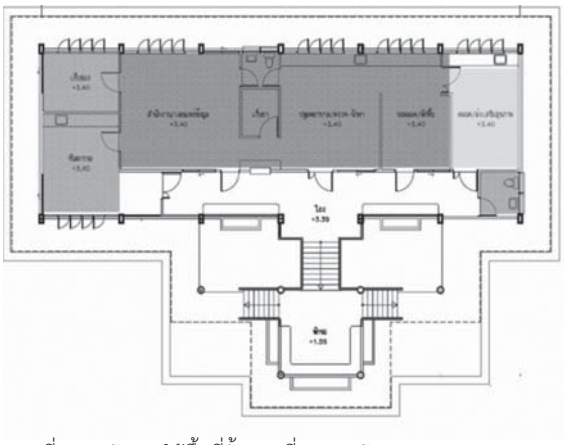
ภาพที่ 17: ผังชั้นล่างสถานีอนามัยขนาดใหญ่เลขที่ 8146

จากตารางที่ 5 พบว่าสัดส่วนการใช้พื้นที่อเนกประสงค์ในผังพื้นชั้นล่าง มีมากถึงร้อยละ 45 เป็นพื้นที่เปิดโล่ง ขณะที่การใช้งานในส่วนที่ทำงานเจ้าหน้าที่และตรวจรักษาทั้งหมดจะอยู่บนผังพื้นชั้นสอง

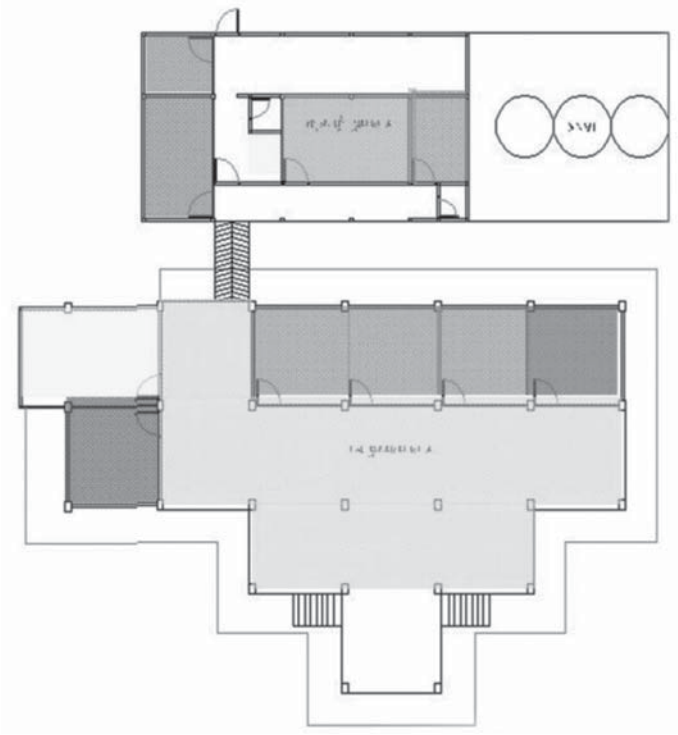
จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างผังเดิมกับผังที่ชุมชนพรุในปรับปรุงกันเอง พบว่าพื้นที่ส่วนเอนกประสงค์ลดลงจาก 45% เหลือ 22% โดยถูกปรับปรุงให้เป็นห้องฉุกเฉิน ห้องเก็บแฟ้มเวชปฏิบัติครอบครัว ห้องตรวจ ห้องทดลองทางการแพทย์ ห้องจ่ายยา และห้องพักพยาบาลเจ้าหน้าที่ เพื่อเอื้อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย และสะดวกต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ขณะที่อาคารหลังเก่าด้านหลังผังสถานีอนามัยถูกจัดให้เป็นที่พักผู้ป่วยใน ห้องคลอด และห้องละหมาด

ตารางที่ 6: สัดส่วนการใช้งานพื้นที่ ที่ชุมชนปรับปรุง

| สัดส่วน % | ตร.ม. | ใช้งานพื้นฐาน |
|---|---|---|
| 7.5 | 32.0 | ตรวจรักษา |
| 5.3 | 22.8 | ตรวจครรภ์ - คลอด |
| 3.8 | 16.0 | บัตร จ่ายยา |
| 28.1 | 20.0 | สำนักงาน |
| 2.7 | 18.0 | คลังยา - พัสดุ |
| 4.7 | 20.0 | ตรวจภายใน |
| 4.5 | 22.8 | ทันตกรรม |
| 4.7 | 20.0 | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 22.5 | 22.8 | อเนกประสงค์ |
| **ชาวบ้านเพิ่มเติม** | | |
| 5.2 | 22.0 | ห้องพักผู้ป่วยใน |
| 1.4 | 6.0 | ห้องละหมาด |
| 3.8 | 16.0 | ห้องฉุกเฉิน |
| 5.6 | 24.0 | ห้องพักพยาบาล |



ภาพที่ 18: ผังการใช้พื้นที่ชั้นบน ที่ชุมชนปรับปรุงเอง



ภาพที่ 19: ผังการใช้พื้นที่ชั้นล่าง ที่ชุมชนปรับปรุงเอง

จากลักษณะการปรับเปลี่ยนพื้นที่กันเองโดยคนในชุมชน พบว่าการเดินขึ้นไปใช้บริการของผู้ป่วยมีความไม่สะดวก จึงเป็นเหตุให้ต้องย้ายการใช้งานลงมาที่ผังชั้นล่าง

ส่งผลให้ในพื้นที่ชั้นสอง จึงถูกใช้เป็นสำนักงานของเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหาร และเป็นที่ประชุมสำหรับเจ้าหน้าที่อ.ส.ม. โดยจะใช้เป็นที่ตรวจอายุรกรรมทุกวันพุธ

และเมื่อเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์สัดส่วนการใช้พื้นที่ของผังที่ชุมชนปรับปรุงเองกับผังร่างใหม่ พบว่ามีพื้นที่การใช้งานในส่วนที่เป็นห้องพักผู้ป่วยพิเศษ โรงครัว ห้องพักญาติ ห้องอบ สปา เพิ่มขึ้น ส่งผลให้สัดส่วนพื้นที่การใช้งานสำนักงานลดลงจากร้อยละ 28.1 เป็นร้อยละ 9.3 ขณะที่สัดส่วนพื้นที่อเนกประสงค์จากร้อยละ22.8 ลงมาเหลือร้อยละ 7.5 มีการขยายพื้นที่การรักษา และห้องพักผู้ป่วยใน ห้องละหมาด ห้องฉุกเฉิน ดังตารางที่ 7

*4.2.2 ผลการวิเคราะห์พัฒนาการด้านแผนผัง* พบว่า ผังใหม่ที่ได้จากการวิจัยยังคงรักษาสภาพผังแบบปิด ด้านหน้าไว้ แต่มีการทุบบันไดด้านหน้าออก เพื่อให้ผังบริเวณด้านหน้าโปร่งโล่งขึ้น เชื่อมต่อกับส่วนที่เป็นห้องนวดอบ สปาสมุนไพร ขณะผังส่วนต่อเติมที่เป็นอาคารพักผู้ป่วยใน ห้องพักผู้ป่วยพิเศษ และห้องครัวจะวางผังเป็นรูปตัวแอล (L) โดยหันหน้าเข้าไปยังลานสวนผักสมุนไพรตรงกลาง

ตารางที่ 7: สัดส่วนการซ้งานพื้นที่ ผังร่างใหม่

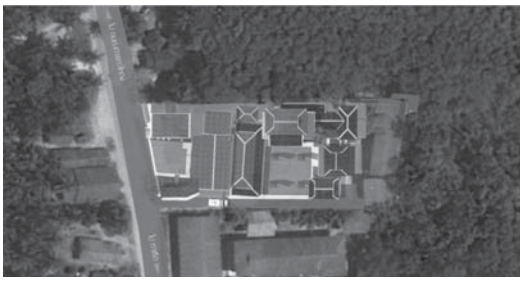
| สัดส่วน % | ตร.ม. | ใช้งานพื้นฐาน |
|---|---|---|
| 4.9 | 63.0 | ตรวจรักษา |
| 4.0 | 52.0 | ตรวจครรภ์ - คลอด |
| 2.1 | 27.0 | บัตร จ่ายยา |
| 9.3 | 120.0 | สำนักงาน |
| 1.4 | 18.0 | คลังยา - พัสดุ |
| 4.0 | 52.0 | ตรวจภายใน |
| 1.8 | 22.8 | ทันตกรรม |
| 1.6 | 20.0 | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 7.5 | 22.8 | อเนกประสงค์ |
| **หลังจากจัดกระบวนการ** | | |
| 5.4 | 69.5 | ห้องพักผู้ป่วยใน |
| 10.8 | 38.5 | ห้องละหมาด/พักญาติผู้ป่วย |
| 2.5 | 32.0 | ห้องฉุกเฉิน |
| 6.6 | 85.3 | ห้องพักผู้ป่วยพิเศษ |
| 1.5 | 19.7 | โรงครัว |
| 2.3 | 29.5 | ห้องผ่าตัด เอกซ์เรย์ |
| 10.7 | 137.0 | ห้องอบ สปา สมุนไพร |
| 1.6 | 21.0 | ห้องพักพยาบาล |
| 2.8 | 36.0 | ห้องservice |

*4.2.3 ผลการวิเคราะห์พัฒนาการด้านรูปลักษณะอาคาร* พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณะอาคารด้านหน้าจากที่เป็นทางการ ให้ควารรู้สึกอบอุ่นและเป็นมิตรกับผู้เข้าใช้บริการมากขึ้น ปรับบันไดทางขึ้นด้านหน้าออกเพื่อขยายพื้นที่ส่วนพักคอย และมีการนำเสนอเฟอร์นิเจอร์ที่ทำขึ้นจากวัสดุพื้นถิ่นสร้างโดยนักศึกษาและกลุ่มช่างในชุมชน สำหรับแทนเก้าอี้พักคอยเดิม ขณะที่อาคารส่วนพักผู้ป่วยในที่ต่อเติม มีลักษณะเป็นเรือน 2 ชั้น และกลุ่มอาคารที่เป็นห้องพักผู้ป่วยพิเศษ ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับเรือนพื้นถิ่นบนเกาะ

*4.2.4 ผลการวิเคราะห์งบประมาณที่ใช้ในการก่อสร้างอาคาร* หลังจากเริ่มมีการจัดกระบวนการออกแบบอย่างมีส่วนร่วมให้สอดรับกับหลักเวชศาสตร์ครอบครัวแล้วนั้น ผู้บริหารโครงการก่อสร้างประเมินงบประมาณค่าก่อสร้างของโครงการทั้งสิ้น 15.4 ล้านบาท เมื่อเปรียบเทียบกับโครงการพัฒนาโรงพยาบาลเกาะยาว ในตำบลเกาะยาวน้อย ที่ต้องใช้งบประมาณถึง 63.6 ล้านบาท ซึ่งรองรับประชากรในเกาะยาวน้อย 4,000 คน (สำรวจ ณ ปี พ.ศ. 2551)



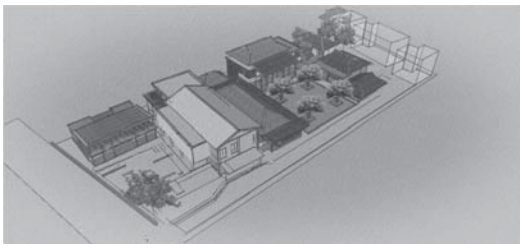

ภาพที่ 20: ผังร่างใหม่หลังจัดกระบวนการ



ภาพที่ 21: แผนผังศูนย์แพทย์ชุมชนพรุใน



ภาพที่ 22: รูปด้านหน้าศูนย์แพทย์ชุมชน



ภาพที่ 23: หุ่นจำลองศูนย์แพทย์ชุมชน

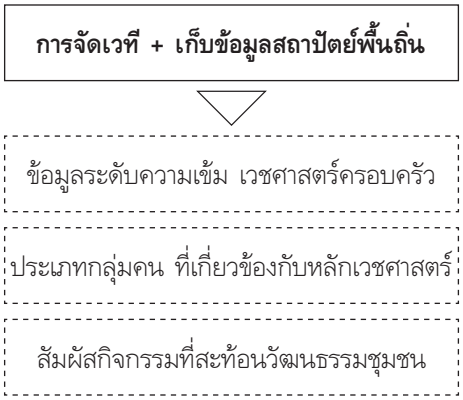
**4.3 ผลลัพธ์ที่ได้เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย**

*4.3.1 วิเคราะห์กระบวนการออกแบบศูนย์แพทย์ชุมชนโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว* โดยแบ่งการวิเคราะห์ถึงผลลัพธ์ 4 ขั้นตอนในกระบวนการวิจัยดังนี้

*ขั้นตอนที่ 1 ขั้นศึกษาบริบท*

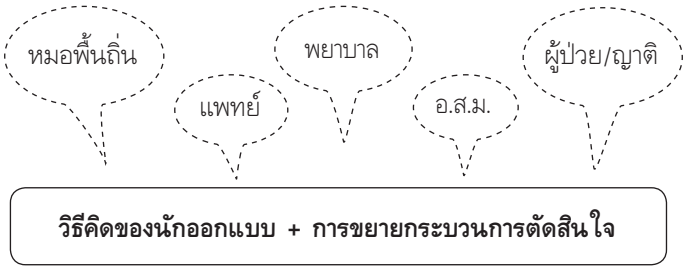
จากการวิเคราะห์พบว่า ในการศึกษาบริบทพื้นที่เบื้องต้นผ่าน 1) การจัดเวทีร่วมกับนายแพทย์กลุ่มผู้นำชุมชน 2) การจัดสัมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาแนวทางการออกแบบสถาปัตยกรรมพื้นถิ่นทำให้ทราบถึงระดับความเข้มของระบบการดูแลสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวของประชากรและเป็นขั้นตอนที่ทำให้ผู้วิจัยทราบ กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญในกระบวนการออกแบบต่อไป

*ขั้นตอนที่ 2 ขั้นกำหนดปัญหา*




ในขั้นนี้เป็นขั้นตอนสำคัญที่กำหนดทิศทาง และปรับเปลี่ยนแนวคิดหลัก**กระบวนการตัดสินใจในการออกแบบ** และขยายบทบาทให้**ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว**ในพื้นที่ เพื่อส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการออกแบบ ได้แก่ *หมอยาสมุนไพรพื้นถิ่น นายแพทย์ พยาบาล อ.ส.ม. ผู้ป่วยและญาติ*

*ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการวางแผนปฏิบัติงานวิจัย*



เป็นขั้นตอนสำคัญในการเตรียมทีม และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการลงพื้นที่ทั้ง 3 ครั้ง และได้ผลลัพธ์ดังนี้

ครั้งที่ 1 การจัดเวทีระหว่างนายแพทย์ ผู้นำชุมชนและนักวิชาการโดยสถาปนิกชุมชน

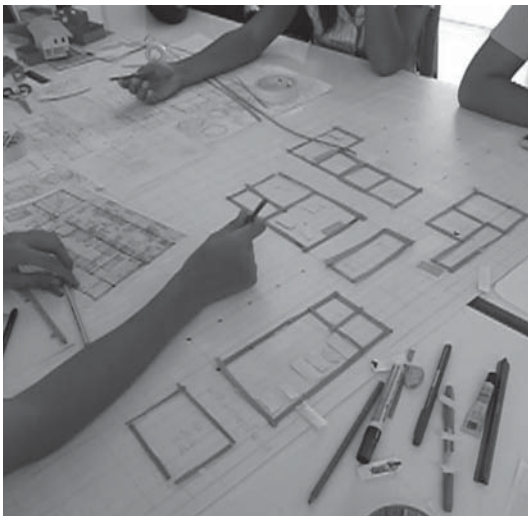
ผลที่ได้: **แนวคิดการพัฒนาในแนวราบ ไม่เกิน 2 ชั้น เพื่อให้รูปลักษณะอาคาร มีความเป็นมิตรกับผู้ป่วย**

ครั้งที่ 2 การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ออกแบบผังการใช้งานร่วมกับพยาบาลและตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหมู่บ้าน

ผลที่ได้: **ผังการใช้งานที่เอื้อต่อการทำงานของพยาบาลและเจ้าหน้าที่** ในการดูแลคนไข้อย่างใกล้ชิดและสร้างความเข้าใจให้กับเจ้าหน้าที่ที่จะใช้พื้นที่ในอนาคต และจากกระบวนการนี้เองที่ทำให้ทราบถึงความต้องการพื้นที่ห้องนวดแผนโบราณ และสปาสมุนไพร

ครั้งที่ 3 สัมมนาเชิงปฏิบัติการออกแบบโรงพยาบาลอบอุ่น ร่วมกับคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์และการผังเมืองมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าธนบุรี

ผลที่ได้: **ผังร่างศูนย์แพทย์ชุมชนที่ถูกพัฒนาร่วมกันโดย อาจารย์ นักศึกษาสถาปัตยกรรม นายแพทย์ พยาบาลเจ้าหน้าที่ หมอพื้นบ้านและกลุ่มตัวแทนชาวบ้าน ก่อนที่จะนำไปเขียนเป็นแบบก่อสร้าง**



ภาพที่ 24: ผังการใช้งานของพยาบาลและเจ้าหน้าที่



ภาพที่ 25: บรรยากาศการประชุมพัฒนาแบบ



ภาพที่ 26: บรรยากาศการนำเสนอโครงการ

*ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการติดตาม ตรวจสอบและปรับปรุง รวมทั้งการแก้ไขระหว่างการปฏิบัติงานวิจัย*

จากการทบทวนบทเรียนที่ได้ในการลงพื้นที่ที่ผ่านมา สามารถวิเคราะห์ได้ว่ากิจกรรม 6 ครั้งที่ผ่านมา เป็นการจัดในกรุงเทพ 3 ครั้ง และเป็นการลงพื้นที่เกาะยาวใหญ่ 3 ครั้ง สลับกันไป ตามประเด็นดังนี้

ตารางที่ 8: ผลการสังเกตการจัดกิจกรรมในกระบวนการ

| กิจกรรม | ผู้จัดกระบวนการ | เครื่องมือที่ใช้ | ผู้เข้าร่วม | ปัญหา/อุปสรรค |
|---|---|---|---|---|
| 1.ประชุมหาแนวร่วมอาสาสมัคร | นายแพทย์ และสถาปนิก | ภาพนิ่ง | สถาปนิก นศ.ผู้สนใจ | |
| 2.เวทีร่วม ระหว่างผู้นำชุมชน และ นายแพทย์ | สถาปนิกชุมชน | ผังร่าง | ผู้นำชุมชน นศ. นักวิชาการ | |
| 3.ประชุมทีมออกแบบ | ผู้วิจัย และสถาปนิกชุมชน | ภาพนิ่ง ผัง หุ่นจำลอง | นศ.ผู้สนใจ | การนัดหมายสถานที่และเวลา |
| 4.ออกแบบผัง ร่วมกับพยาบาลอ.ส.ม. | ผู้วิจัย อาสาสมัคร | ผัง หุ่นจำลอง | พยาบาล อ.ส.ม. | การมีส่วนร่วมที่ไม่ทั่วถึง |
| 5. นิทรรศการ A book street fair | ผู้วิจัย อาสาสมัคร | ผัง หุ่นจำลอง | ผู้เข้าชมนิทรรศการ | |
| 6.เก็บข้อมูลบ้านพื้นถิ่น | ผู้วิจัย อาสาสมัคร | อุปกรณ์เครื่องเขียน | เจ้าของบ้าน | ความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นของคนในชุมชน |

ในส่วนของการจัดกิจกรรมในพื้นที่ พบว่ารูปแบบการทำงานจะแบ่งได้เป็น 2 กระบวนการ คือ กระบวนการออกแบบอย่างมีส่วนร่วม และการเก็บข้อมูล ซึ่งในการลงพื้นที่ 2 ครั้งแรก มีทั้ง 2 รูปแบบ แต่การลงครั้งที่ 3 เป็นเพียงการเก็บข้อมูลเพียงอย่างเดียวและขาดกระบวนการออกแบบ ที่เป็นหลักสำคัญของการลงพื้นที่

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเปรียบเทียบปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจะพบว่า ในการลงพื้นที่ครั้งแรกที่สถาปนิกชุมชนเป็นผู้จัดกิจกรรม ไม่ได้พบปัญหาและอุปสรรคที่ชัดเจนเมื่อเทียบกับการลงพื้นที่สองครั้งหลัง ที่จัดโดยผู้วิจัย พบปัญหาในเรื่องการกระจายความมีส่วนร่วมในกระบวนการ และพบสภาวะกดดันจากความคาดหวังจากชุมชน

จากลักษณะการทำงานอาสาสมัคร และเงินทุนที่มีไม่มาก จึงนำไปสู่วิธีคิด ที่จะมีการจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการร่วมของสถาบันการศึกษา คณะสถาปัตยกรรม เพื่อนำทุนจากสถาบันและตัวนักศึกษาลงไปร่วมกระบวนการออกแบบในพื้นที่ ซึ่งได้รับการตอบรับจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ในวันที่ 30 มีนาคม 2553

4.3.2 วิเคราะห์*ระดับการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ*

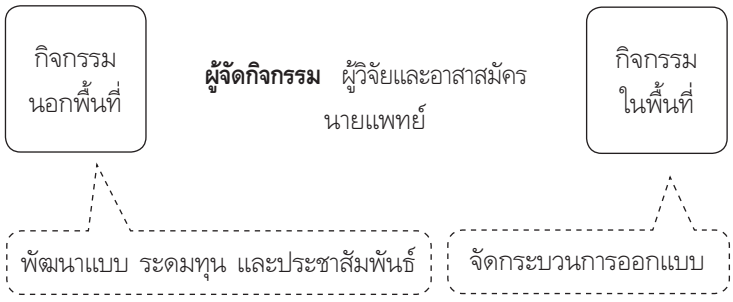
ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยด้านความมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่และนอกพื้นที่ ส่งผลให้เกิดระดับ การมีส่วนร่วมในขั้นการควบคุมโดยประชาชน (citizen contol) จากคำพูดของนายแพทย์มารุต ผู้อำนวยการศูนย์แพทย์ชุมชนพรุใน ได้กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมของโครงการวิจัยนี้ส่งผลให้เกิดอำนาจในประชาชน จากการที่สามารถเสนอผังโครงการศูนย์แพทย์ชุมชนพรุใน จนได้รับการอนุมัติงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข และยังนำไปสู่การรวมกลุ่มกองทุนน้ำมันสำหรับเรือขนย้ายผู้ป่วย และกองทุนสุขภาพพรุในเพื่อรวบรวมทุนพัฒนาอุปกรณ์แพทย์บนเกาะ

เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เกิดขึ้นภายหลังจากที่มีการรวมตัวของคนในชุมชน และความต้องการพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนของนายแพทย์ที่ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีโดยนายกอ.บ.ต.ในพื้นที่อยู่แล้วเป็นสำคัญ จึงส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปได้อย่างราบรื่น และได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชน ทั้งด้านการให้ความคิดเห็น การลงมือออกแบบ การจัดเวทีประชุม โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลมีความพอใจมาก กับผังร่างใหม่ที่เกิดขึ้น เนื่องจากได้มีส่วนในการตัดสินใจ ในการกำหนดพื้นที่การใช้งานที่เพิ่มขึ้นตามความต้องการ และสะดวกในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ขณะที่คนในพื้นที่ที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพภายในศูนย์แพทย์ชุมชนก็มีความพึงพอใจกับพัฒนาการของโครงการออกแบบผ่านการเขียนความคิดเห็นและข้อความให้กำลังใจบนกระดานรูปถ่ายตลอดการดำเนินการ

4.3.3 วิเคราะห์ประสิทธิภาพการบริหารโครงการ

ลักษณะการบริหารจะแบ่งตามรูปแบบการจัดกิจกรรมในโครงการ ซึ่งจะแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

*รูปแบบแรก* เป็นการบริหารทีมงานและการจัดกิจกรรมนอกพื้นที่ศูนย์แพทย์ชุมชน ได้แก่ 1.การประชุมพัฒนาแบบ 2.การจัดกิจกรรมหางบประมาณลงพื้นที่โดยนักศึกษา สถาปนิก และนักวิชาการ ซึ่งการบริหารกิจกรรมในรูปแบบแรกนี้ คือตัวแปรสำคัญในการหางบประมาณ ค่าเดินทางในการจัดกิจกรรมในพื้นที่ และเป็นการประชาสัมพันธ์โครงการให้ผู้สนับสนุนภายนอก โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการนอกพื้นที่คือ กลุ่มสถาปนิกชุมชนที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้วิจัยในการประสานงาน แต่เนื่องจากลักษณะการทำงานเป็นแบบอาสาสมัคร จึงมีปัญหาในการนัดเวลา สถานที่ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการพัฒนาแบบ



*รูปแบบที่สอง* เป็นการบริหารทีมงานในการจัดกิจกรรมในพื้นที่เกาะยาวใหญ่ **บทบาทของผู้วิจัยและนักพัฒนาภายนอกที่เข้าร่วมโครงการจึงทำหน้าที่เตรียมแผนและเป็นผู้จัดกระบวนการออกแบบอย่างมีส่วนร่วม** ในขณะที่ การจัดเตรียมเวที เวลา สถานที่ และการประสานงานกับคนในชุมชน จะเป็นหน้าที่ของนายแพทย์ กลุ่มผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่อ.ส.ม.ในพื้นที่

เมื่อวิเคราะห์การเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในบทบาทของผู้พัฒนาแล้ว พบว่าสถาปนิกชุมชนจะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาในภาพรวมได้ชัดเจน และเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารได้อย่างครบถ้วน ทั้งในด้านประสิทธิภาพของการออกแบบ และการมีส่วนร่วม

## 5. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

### 5.1 การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้น

5.1.1 การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อโครงการออกแบบศูนย์แพทย์ชุมชน

จากจุดเริ่มต้น เป้าหมายการรวมเงินทุนของชุมชนคือ การนำไปใช้เป็นค่าก่อสร้างศูนย์แพทย์ชุมชน แต่จากเหตุการณ์ วันที่ 24 มกราคม 2553 ชาวบ้าน นายแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล ร่วมกันจัดพิธีทำการต้อนรับ พณฯ จุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ และนำเสนอโครงการ “เรือนพักผู้ป่วยอบอุ่น”

โดยนำหุ่นจำลองและแนวทางการออกแบบเบื้องต้นมาจัดแสดง จนนำมาสู่การอนุมัติงบประมาณค่าก่อสร้างศูนย์แพทย์ชุมชน

ซึ่งจากการลงพื้นที่วันที่ 29 พฤศจิกายน 2553 พบว่าได้มีการจัดงานชุมชนรวบรวมทุนที่เปลี่ยนเป้าหมายจากค่าก่อสร้าง เป็นการนำไปซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์แทน

5.1.2 การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้วิจัย และชุมชน

โครงการนี้ เป็นโครงการแรกที่ผู้วิจัยได้ลงไปเรียนรู้ถึงกระบวนการทำงานของสถาปนิกที่ทำงานกับชุมชน สิ่งที่ผู้วิจัยได้รับและรู้สึกเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือทัศนคติ การเปิดใจยอมรับความคิดเห็นที่มีมากขึ้น ซึ่งส่งผลไปสู่มุมมองการออกแบบที่เกี่ยวข้องกับงานที่กระทบกับคนจำนวนมากนั้น จะต้องให้ความสำคัญกับผู้ที่เข้าร่วมตัดสินใจในการออกแบบให้มากขึ้น เพื่อประสิทธิผลที่ดีกว่าการออกแบบโดยยึดตามแนวคิดของกลุ่มสถาปนิก หรือนักออกแบบเพียงมิติเดียว

ในขณะที่คนในชุมชนผู้ที่มีบทบาทสำคัญในโครงการนี้ สามารถที่จะพัฒนารูปแบบการใช้งานและการบริหารจัดการพื้นที่ศูนย์แพทย์ชุมชนได้ด้วยกำลังของคนในชุมชน เช่น การเริ่มต้นที่รวมกลุ่มช่างในชุมชน การรวมกลุ่มหมอพื้นถิ่นเพื่อขับเคลื่อนเป็นแพทย์ทางเลือกและนำไปสู่การออกแบบพื้นที่สวนสมุนไพร และสนับสนุนระบบเจ้าหน้าที่อาสาสมัครหมู่บ้าน รวมไปถึงการเพิ่มขีดความสามารถในการออกแบบ ของนายแพทย์ที่สามารถนำเทคนิคการวิเคราะห์ และวางผังเพื่อวางแผนการออกแบบร่วมกับสถาปนิกหรือผู้ที่จะเข้ามาช่วยพัฒนาโครงการออกแบบในอนาคตต่อไปได้

### 5.2 สิ่งที่ผู้วิจัย และผู้มีส่วนร่วมในโครงการเรียนรู้ร่วมกัน

โครงการนี้ต้องอาศัยการจัดกระบวนการที่ขนานกันไป ระหว่างทีมนักพัฒนาและผู้วิจัยซึ่งเป็นกลุ่มคนภายนอกพื้นที่ ประสานกับการทำงานของคนในชุมชน ซึ่งสิ่งที่ผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมในโครงการเรียนรู้ร่วมกันคือ ความสำคัญของการประสานงานที่ชัดเจน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ซึ่งการประสานงาน ของทีมนักพัฒนา และคนในชุมชน ในการลงพื้นที่แต่ละครั้ง**จะต้องคำนึงถึงระยะเวลา จุดประสงค์และสถานการณ์ ที่เอื้อต่อการลงพื้นที่แต่ละครั้ง** เพื่อหาจุดเหมาะสมระหว่างความคาดหวังของคนในชุมชน และประสิทธิภาพการจัดทีมของผู้พัฒนา

### 5.3 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยสามารถแบ่งประเด็นปัญหาได้ดังนี้

*5.3.1 การจัดการทีมพัฒนา การแบ่งหน้าที่และการประสานงาน* ต้องอาศัยความยืดหยุ่นสูง เนื่องจากไม่สามารถจัดระบบการทำงานได้อย่างชัดเจน ทั้งจำนวนผู้เข้าร่วม และกลยุทธ์ที่ใช้

*5.3.2 ความไม่ชัดเจนในการเข้าใจกลยุทธ์กระบวนการออกแบบอย่างมีส่วนร่วมของผู้วิจัย* ส่งผลให้การลงพื้นที่ในบางครั้ง ไม่ประสบผลตามเป้า และสร้างความสับสนให้กับผู้เข้าร่วม

## เอกสารอ้างอิง


กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับสถาปัตยกรรมศูนย์สุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมป์. 2550.

จินตนา ส่องแสงจันทร์. **การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลท่าตะเกียบ**. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์. 2549.

พันธ์ทิพย์ รามสูตร. **การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม**. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. 2540.

พัฒนศักดิ์ คงสาคร. **การสร้างยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างสิ่งปลูกสร้างในชุมชน: กรณีศึกษาการสร้างสะพานข้ามคลอง ป.พิบูลสงคราม ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง**. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์. 2550.

บัญชร แก้วส่อง. **การวางแผนงานสาธารณสุข**. ขอนแก่น: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์. 2539.

ประพนธ์ ปิยรัตน์. **ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต**. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. 2534.

วิมลสิทธิ์ หรยางกูร. **การจัดทำรายละเอียดโครงการเพื่อการออกแบบสถาปัตยกรรม**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2528.

อคิน รพีพัฒน์. **การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา**. กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข. 2547.

อลิศรา ชูชาติ และคณะ. **เทคนิคการศึกษาเพื่อการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม**. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน. 2538.

อุทัย ดุลยเกษม. **การพัฒนาโดยชาวชนบทในเอกสารการสอนชุดวิชาปัญหาการพัฒนาชนบทไทย**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2528.

American Public Health Association. **Community Participation in Primary Health Care**. Prepared under Agency for International Development Contract DSPE. 1983.

Aziz Sheikh, Abdul Rashid Gatrad. **An enlightening guide to the health-care needs of Muslims**. London: Radcliffe Medical Press, 2000. pp 140

Buijs, Dieke and Galjart Benno. **Participation of the Pllr in Development**. 1982.

Community Organizations Development Institute. (CODI). (2007, November 10-14). **Savings and credit and community funds seminar**

Davis, K and Newstrom, J.W. **Human behavior at work: Organization behavior**. Singapore: Singapore National Printer. 1985.

David Satterthwaite. **Understanding Asian Cities: A synthesis of the findings from the city case studies**. ACHR E-NEWS. 2005.

Fagence, Michael. **Citizen Participation in planning**. Oxford Pugamon Pess. 1977.

Thomason, G.F. **A Textbook of Human Resource Management**. 4th ed. Institute of Personnel Management. London

# The participatory action research for public health center design: The case study of Prunai public health center, Phang Nga Province

**Mek Sayasevi**
Master Degree student
Faculty of Architecture and Planning, Thammasat University
**Assistant Professor Chaweewan Denpaiboon, Ph.D.**
Faculty of Architecture and Planning, Thammasat University

## Abstract

According to conventional design-standard for community healthcare center in whole country. It has a limitation of officer and budget cannot take care all over the patients. The study seeks to develop an innovative design of public health center and social community development by the people participation, the research study is The participatory action research for public health center design: The case study of Prunai public health center, Phang Nga Province. The objective of the study are two aspects as follows; 1) to study the design process based on the concept of family medical science and 2) to study the participatory of design management. The study, after mentioning a problem of public health center services in the case study, the review of Participation Action Research. The research method comprised the process of participation action research by observation, workshop and interview, and 6 months spent to carry out. To find out the results, observational surveys were used in each stage of research methodology. The result revealed that 1) Roles of people participation significantly contribute to the success of design process base on family medical science, 2) The participatory design process potentially increase effectiveness of healthcare services, and 3) local people have understood the basic concept of healthcare center's administration and they all support the project under the family medical science.

**Keywords:** Participatory Action Research / family medical science / community architect / community based approach

.indd 370 20/12/2555 23:06:07