

**จิกซอร์**  
 การก้าวอย่าง  
 สู่แก่นแท้  
 คุณภาพ  
**ในระบบ**

**PCA**



**CUP  
 PCA**



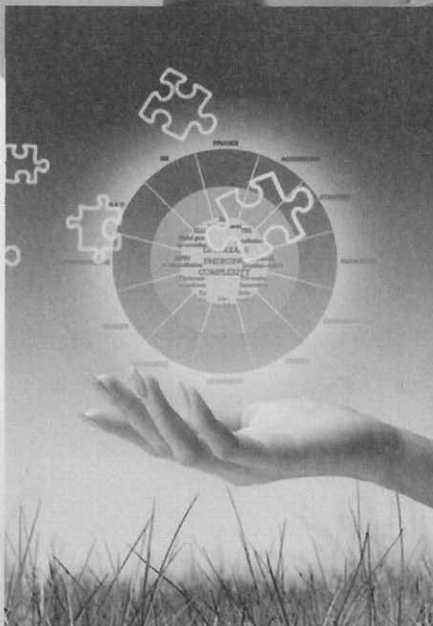
Accounting View - เป็นภาพจัดการเงินที่เป็นที่ Source เป็นไม่ทำใจที่จะมองแค่แค่ function  
 ของเงินที่มองแค่เงิน function และจะจัดการในด้านที่วางระบบกัน กันไว้  
 Accounting

Accounting - Traditional Accounting เป็นที่คิดเงิน (เงินตัว) ที่วางระบบกัน กันไว้



**จิ๊กซอว์**  
**การก้าวอย่าง**  
**สู่แก่นแท้**  
**คุณภาพ**  
**ในระบบ**

**PCA**



...การก้าวอย่างสู่แก่นแท้คุณภาพในระบบ  
 ...การก้าวอย่างสู่แก่นแท้คุณภาพในระบบ  
 ...การก้าวอย่างสู่แก่นแท้คุณภาพในระบบ





**รวบรวมเรียบเรียงโดย** สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน  
**บรรณาธิการ** แพทย์หญิงสุพัตรา ศิริวณิชชากร  
 กฤษณา คำมูล  
 ทันตแพทย์หญิงวราภรณ์ จิระพงษา  
 ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญญ

**พิมพ์ครั้งที่ 1**  
**จำนวนพิมพ์**  
**พิมพ์และรูปเล่ม**  
**จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย**

พฤศจิกายน 2555  
 2,000 เล่ม  
 นโม พีรินดี้งแอนด์พับลิชชิง  
 สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)  
 สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล  
 ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 13170  
 โทรศัพท์ 02-4419040-3 ต่อ 15-18 โทรสาร 02-4410163  
[www.thaiichr.org](http://www.thaiichr.org)

สนับสนุนโดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# สารบัญ

|   |    |
|---|----|
| กว่าจะมาเป็น PCA ในปัจจุบัน   | 1  |
| ความเชื่อมโยง PCA (Primary Care Award) และ DHS (District Health System)                     | 7  |
| สังเคราะห์เบื้องต้น บทเรียนการพัฒนาเพื่อพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ<br>ภายใต้ระบบ PCA | 10 |
| PCA Concept หลักการสำคัญในกระบวนการ PCA (Primary Care Award)                                | 15 |
| บทบาทของส่วนงานแต่ละระดับในกระบวนการพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ                    | 37 |
| ความสมดุลของสองขา: ระบบบริการและการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง .....                              | 39 |
| ทำหน้าที่ของพี่หล่อเลี้ยงให้ดีเท่าที่จะทำได้ .....  | 44 |
| เชื่อมโยงการดูแลรายบุคคลสู่กระบวนการจัดการในระบบชุมชน .....                                 | 50 |
| พัฒนาปฐมภูมิจากประเด็นปัญหาของชุมชน .....   | 53 |
| ไม่มองสุขภาพแบบแยกส่วน...เชื่อมโยงสุขภาพเข้ากับวิถีชีวิตคนและชุมชน .....                    | 56 |
| ทำงานมาหลายปี...เพิ่งรู้ว่า พระเอกตัวจริงอยู่ที่ชุมชน .....                                 | 61 |
| ประชาชนเป็นเจ้าของโครงการ..เจ้าหน้าที่ร่วมเป็นวิทยากรและประสานงาน .....                     | 64 |
| เรียนรู้กับตนเองและเพื่อน .....   | 66 |
| พลังอสม. : “เราจะเอาเรื่องอะไรมาแลกเปลี่ยนกันดี” .....                                      | 68 |
| พัฒนาปฐมภูมิ สู่การพัฒนาระบบสุขภาพ .....  | 72 |
| ผู้นำ CUP ร่วมประสานพัฒนางานปฐมภูมิ .....   | 77 |
| เก็บตกประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนา PCA : ประสบการณ์และประเด็นข้อสังเกต .....                    | 79 |
| เรียนรู้ตนเอง...เรียนรู้ทีมงาน...เรียนรู้ชุมชน .....  | 81 |
| การประชุมเชิงปฏิบัติการ “ถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ ปี 2554” .....               | 98 |





# คำนำ

## ความยากต่อการทำความเข้าใจ และสร้างระบบให้เข้าถึงแก่นคุณภาพ

คำว่า “คุณภาพ” ดูเหมือนว่าจะเป็นเรื่อง ที่หลายคนอยากได้ อยากมี แต่บางคนก็เป็นผู้ให้บริการ รู้สึก ก้าว และเป็นเสมือนยาขมที่ไม่อยากได้ เพราะดูเหมือนว่า คุณภาพ จะต้องแลกมากับกองเอกสาร กองใหญ่ หรือภาระงานที่หนักอึ้ง คนทำงานไม่มีความสุข ทั้งที่ คุณภาพ น่าจะเป็นสิ่งดีงาม ที่คนอยากให้ และอยากได้รับ ในรูปที่ว่า “งานได้ผล คนเป็นสุข”

ทำไมจึงเกิดเหตุการณ์แบบนี้มากมาย ที่คนวุ่นวาย กับเรื่องราวๆ คุณภาพในแบบต่างๆ ยุ่งกับเอกสาร ต่างๆ แต่สุดท้าย คนทำงานทุกข์ ผลงานที่เกิดกับผู้รับบริการก็ไม่ดี เสียเวลา เงินทอง แล้วก็เสียใจ

โจทย์ นี้ จึงเป็นโจทย์ ที่ทีมงาน ที่พัฒนาคุณภาพของเครือข่ายปฐมภูมิ หรือ ทีมพัฒนา PCA ครุ่นคิด พัฒนากันมาหลายปี เพื่อหวังไม่ให้เราเข้าไปติดกับดักไปในร่องเก่า ที่เป็นวงเวียนความทุกข์ แล้วไม่ได้ คุณภาพจริง ท่ามกลางกระแสของระบบการพัฒนาที่มุ่งเน้นให้ได้ตามตัวชี้วัด ให้ผลงานเชิงปริมาณมากมาย เราจะทำอย่างไร จึงจะฝ่าประเด็นวงเวียนนี้ออกไปได้ ซึ่งที่ผ่านมา เราได้ทดลองพัฒนาในหลายลักษณะ แต่มีจุดมุ่งหมายหลักที่ “พัฒนาคนทำงาน” ให้เข้าใจแก่นแท้ ของคำว่า “คุณภาพ” และ “ระบบ” ที่จะทำให้เกิดคุณภาพอย่างยั่งยืน มิได้ทำเพียงการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพ

ปัจจัยหนึ่ง ที่พบคือ เรามีเครื่ององค์กรเครื่อง ประดับ ประกอบกับการทำงานของเรามากมาย ไม่ว่าจะเป็นชั้นกิจกรรมต่างๆ จนไม่รู้ว่ ตกลงแก่นแท้ หรือวัตถุประสงค์ของงานที่เราทำอยู่นั้น คืออะไร บ้าง รู้แต่ว่าต้องทำกิจกรรมอะไร แต่ไม่รู้ว่ทำเพื่ออะไร แล้วคุณภาพของเรื่องที่ทำอยู่ตรงไหน ยกตัวอย่างเช่น การดูแลหญิงมาฝากครรภ์ ที่มีมาตรฐานว่าต้องตรวจอะไรบ้าง เมื่อไร ซึ่งส่วนใหญ่ก็ทำได้ครบตามกำหนด แต่ ไม่มีการแปลความ พูดคุยผลลัพธ์ของการตรวจ แต่ละชั้นตอนว่าสุขภาพแม่ของคนนี้เป็นอย่างไร มีความเสี่ยงอะไรหรือไม่ และต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ส่วนที่หายไปคือการพูดคุย ทำความเข้าใจกับแม่ ตั้งครรภ์ เพราะไม่ได้กำหนดไว้ในมาตรฐานกิจกรรมการฝากครรภ์ เลยสรุปไม่ได้ว่างานที่ทำไปนี้มีคุณภาพ หรือไม่มีคุณภาพกันแน่ หรืออีกตัวอย่างที่พบบ่อย คือ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการ สุขภาพ ที่สนใจในมาตรฐานข้อมูลที่บ้านก็มากมาย และชั้นตอนการตรวจ แต่ไม่มีมาตรฐานที่กำหนดว่า ต้อง “ใส่ใจ รับผิดชอบต่อ” คนไข้ที่อยู่ข้างหน้า พยายามเข้าใจหาปัญหา และหาจุดเด่นเพื่อหนุนเสริมให้คนไข้ ดูแลตนเองอย่างไร ผู้ให้บริการ ก็วุ่นวาย และวนกับกิจกรรมการตรวจต่างๆ ตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ จนบางครั้งก็สับสนใจคนไข้ที่อยู่ข้างหน้าเรา ลืมที่จะพูดคุยแบบให้ความเข้าใจแก่เขา นอกจากข้อมูลที่ส่งว่าคนไข้ต้องทำอะไรบ้าง โจทย์ของการพัฒนาคุณภาพ จึงอยู่ที่ว่าจะทำอย่างไร ให้คนบริการ มีสติ และ เข้าใจงานที่ กำลังทำอยู่ ว่าทำเพื่ออะไร แบบไหน คือ แก่นคุณภาพ ของงานนั้นๆ แล้วจะสร้างระบบให้ เอื้ออำนวยได้อย่างไร

คุณภาพ เป็นเรื่องของนามธรรม ที่เทียบกับความคาดหวัง เกณฑ์วัดของแต่ละฝ่าย แต่ละด้านที่คิดหรือบอกว่า “แบบนี้ได้คุณภาพ” แต่จะเป็นคุณภาพในมุมมองของใคร มุมประชาชน มุมผู้ให้บริการ หรือมุมผู้บริหาร ผู้จ่ายเงิน แต่ละฝ่ายก็มีมุมมอง ประเด็นของตนเองที่ต่างกันอย่าง ชัดเจนกันบ้าง และผู้ปฏิบัติงาน ให้บริการ จะใช้มุมมองคุณภาพของใครดี จึงจะเหมาะสม หากเป็นเอกชน ก็ไม่ยาก คือ เราต้องได้เงินจากประชาชนผู้ให้บริการ คุณภาพที่ต้องคิดถึงมากที่สุดก็คือ คุณภาพในมุมมองของประชาชนที่ใช้บริการ แต่ในชีวิตจริงก็จะมีมุมมองคุณภาพมาตรฐานของวิชาชีพ และผู้จ่ายเงินมาคิดประกอบว่า จะต้องทำอะไรบ้าง จึงเรียกว่าได้คุณภาพมาตรฐาน จึงทำให้ผู้ให้บริการ ต้องตั้งหลักให้ได้ว่า เราจะทำงานตามแบบคุณภาพของใคร คุณภาพของชาวบ้าน หรือคุณภาพของใครบ้าง แล้วความสมดุลพอดี เป็นไปได้จริงควรอยู่ตรงไหน สุดท้ายก็อาจต้องใช้ common sense ใช้ความรู้สึกที่สัมผัสได้จริงๆ ใช้ใจสัมผัส มากกว่าใช้ข้อมูลเอกสาร แต่อย่างเดียว

ในแต่ละบริบท ที่มีทรัพยากร กำลังคนต่างกัน พื้นที่ต่างกัน ทุนชุมชนต่างกัน จุดสมดุล หรือความพอดีของคุณภาพในหลายมุมมอง ย่อมทำไม่เหมือนกันได้ หากเราติดกับคำว่า คุณภาพ มาตรฐานที่ต้องทำกิจกรรมเดียวกัน เหมือนกันหมดทั่วประเทศ ก็ถือว่าเป็นอีกกับดักหนึ่งที่ต้องเอาให้หลุด เราควรเน้นผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกัน หรือผลลัพธ์ที่เกิดจากหลักที่เหมือนกัน ไม่จำเป็นต้องมีกิจกรรมเหมือนกันทั้งหมด

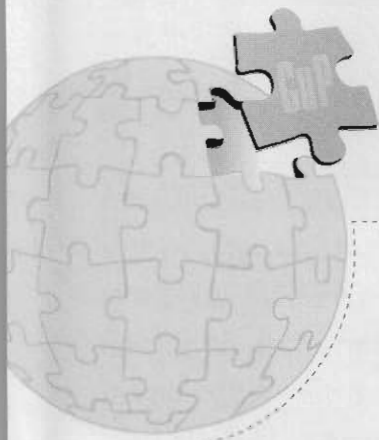
การจัดระบบพัฒนาคุณภาพ และประเมินคุณภาพ เพื่อมุ่งหวังให้เป็นเครื่องมือหนึ่ง ที่หนุนเสริมวิธีการทำงานจริงของผู้เกี่ยวข้องอย่างมีคุณภาพ เป็นระบบ สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาอย่างแท้จริง โดยมีได้เป็นเพียงระบบการตอบคำถามแล้วแปลงเป็นเอกสารรายงาน เป็นเรื่องที่ไม่ง่ายในวัฒนธรรมการทำงานแบบราชการไทย เป็นเรื่องที่ทำหายในการจัดการทั้งเชิงความคิด และการค้นหาบูรณธรรมจริงในการทำงาน แต่ในประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ภายใต้ “PCA” ในระยะที่ผ่านมา หลังจากที่มีการทดลองพัฒนาในหลายลักษณะ ภายใต้หลักการที่มุ่งหวังให้เกิดคุณภาพที่แท้จริง ได้พบว่าเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ และมีหน่อความสำเร็จของการพัฒนาเกิดขึ้นในพื้นที่จำนวนพอสมควร ไม่ได้ยากเกินไป เพียงแต่ต้องยืนหยัดในหลักการ และทวิวิธีการที่ทำให้ผู้เกี่ยวข้องต้องมีความเข้าใจในหลักการ และแก่นสำคัญของคุณภาพของระบบงานแต่ละส่วน เรียนรู้บูรณธรรมการแปลหลักการไปสู่การปฏิบัติได้ ซึ่งอาจเริ่มจากเรื่องเล็กๆ ใกล้ตัว เรื่องที่พบบ่อย ๆ ง่ายๆ แล้วค่อยแปลไปเป็นระบบงานที่ชัดเจนมากขึ้น ไม่ได้มุ่งเน้นแต่เกณฑ์รายละเอียดย่อยๆ โดยไม่เข้าใจแก่น

การพัฒนาคุณภาพ ภายใต้ PCA นี้ได้ให้ความสำคัญกับหลักการดังกล่าวข้างต้น เริ่มต้นให้ความสำคัญกับการพัฒนา “คน” การปรับความคิด และเข้าใจมุมมอง แนวคิดของคนที่แตกต่างกัน การไม่

ด่วนตัดสินใจคนว่าถูกหรือผิดอย่างรวดเร็ว ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ ทบทวน การประเมินภายในตนเองว่า พันธกิจสำคัญขององค์กรคืออะไร ที่ผ่านมามีการดำเนินการอย่างไร สอดคล้องกับหลักการคุณภาพของบริการปฐมภูมิหรือไม่ ทบทวนว่างานที่ทำอยู่ตรงหน้ามีเป้าหมายที่แท้จริงอย่างไร การจัดบริการขององค์กร หรือบริการของเจ้าหน้าที่แต่ละคน ได้คำนึงถึงความต้องการที่แท้จริงของประชาชน และคำนึงถึงบริบทที่แตกต่างของชุมชนหรือไม่ มีการค้นหาและตั้งโจทย์ประเด็นปัญหาร่วมกับชุมชน ตลอดจนมีการนำทุน/ศักยภาพของชุมชนมาร่วมการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร กระบวนการบริการที่จัดขึ้นนั้นมีความสอดคล้องกับ core value และ concept ของบริการปฐมภูมิหรือยัง โดยที่อาจมีคณาภายนอกไปร่วมเป็นกระจุกสะท้อนเป็นบางครั้ง

เอกสารฉบับนี้ เป็นการรวบรวมบทความ จากประสบการณ์จริงของพนักงานในเครือข่ายปฐมภูมิ และผู้เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ ที่ผ่านกระบวนการพัฒนาในลักษณะต่างๆ และได้ไปทดลองหาวิธีปรับ เพื่อให้มีการพัฒนาในพื้นที่ที่ตนเองทำงานอยู่ในหลากหลายลักษณะ ตามความถนัด และทุน ศักยภาพ หรือบรรยากาศที่ต่างกัน ผลงานอาจจะยังไม่สำเร็จ สมบูรณ์ ประสบการณ์ ก็อาจจะยังไม่ได้กลิ่นกรองสรูปได้เรียบร้อยทั้งหมด แต่ก็นำเสนอให้เห็นภาพความพยายาม การปรับตัวหาช่องทางต่างๆ ภายใต้หลักการร่วมกัน และก็ได้เห็นผลความสำเร็จระหว่างทาง อาจจะมากบ้าง น้อยบ้าง ตามแต่พื้นที่ แต่ก็ชี้ให้เห็นวิธีการที่ทีมงาน PCA คิดนั้น ทำได้จริง ขยายผลได้ และสร้างความสุข สนุก ให้แก่คนทำงานมากกว่าความทุกข์ลำบาก ซึ่งทีมงานก็กำลังพัฒนาหารูปธรรม และวิธีการต่างๆ ที่ง่าย ขยายผลได้จริงให้มากขึ้นต่อไป

แพทย์หญิง สุภัตรา ศรีวิณิชชากร  
สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน



# กว่าจะมาเป็น PCA ในปัจจุบัน

สุพิศรา ศรีวิเศษชารุณ : สำนักวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

## ความเป็นมา และพัฒนาการของกลไกพัฒนา และรับรองคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่เป็นหน่วยให้บริการด่านแรกและให้บริการผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมการพึ่งตนเอง ด้านสุขภาพของประชาชน ทำงานในมิติที่เกี่ยวกับ “สุขภาพ” มากกว่า “โรค” ซึ่งสุขภาพของประชากรในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างและหลากหลาย ฉะนั้นหากหน่วยบริการปฐมภูมิทุกหน่วยในประเทศ มีคุณภาพในมาตรฐานเดียวกัน ก็ย่อมจะเป็นหลักประกันให้ประชาชน เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียม ทัวถึง และช่วยทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญที่จะทำให้มีหน่วยบริการสุขภาพพื้นฐานที่มีคุณภาพมาตรฐาน กระจายอย่างกว้างขวาง ทัวถึง เป็นหลักประกันให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียม และช่วยทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพด้วย ฉะนั้นคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

หน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ90) ในประเทศไทยที่อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยบริการสุขภาพในภาคเอกชนและภาครัฐ สังกัดอื่นๆ ภายใต้ระบบนี้จำนวนไม่มากนัก ฉะนั้นการพัฒนา ระบบกำกับคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงต้องให้น้ำหนักกับหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดสาธารณสุขค่อนข้างมาก แต่ก็ต้องพัฒนาระบบให้ครอบคลุมหน่วยบริการในสังกัดเอกชนและภาครัฐอื่นๆ ด้วย

# PCA



ก่อนที่จะดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิในแผนงานนี้ ได้มีการศึกษาอื่นที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นต้นตุนการพัฒนาในด้านนี้มาก่อน คือ

ในปี 2546 - 2547 สถาบันวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน (สพช) ได้จัดทำ โครงการพัฒนากลไกกำกับและประเมินคุณภาพและมาตรฐานระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ซึ่งเป็นการศึกษาสถานการณ์ของระบบกำกับ พัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดสาธารณสุข พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ ถูกกำกับ ติดตามตามตัวชี้วัดที่เป็นผลงานเชิงกิจกรรม มากกว่าผลลัพธ์งานที่มีคุณภาพ ถูกกำกับ ตามโครงการที่สั่งจากส่วนกลางที่มีลักษณะแยกส่วนมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้การดำเนินงานของบุคลากร เป็นการทำเพื่อตอบสนองต่อโครงการ การดูแลตามกลุ่มประชากรมีคุณภาพลดลง รวมทั้งระบบการติดตาม กำกับนั้น ขึ้น กับผู้ทำหน้าที่ติดตามในระดับจังหวัด และอำเภอ ซึ่งมีความเข้าใจต่อระบบคุณภาพที่แตกต่างกันมาก อีกทั้งกลุ่มคนที่ทำหน้าที่นี้มักจะหมุนเวียนเปลี่ยนบ่อย ไม่สามารถเพิ่มพูนทักษะด้านนี้ได้โดยตรง โครงสร้างรองรับไม่มีความชัดเจน หน่วยงานส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เพียงกำหนดตัวชี้วัด และติดตามผลงานตามตัวชี้วัด เพื่อรายงาน บทบาทชี้แนะเชิงวิชาการและ สนับสนุนการพัฒนาของ หน่วยบริการ

น้อยลง และกระบวนการติดตาม ส่วนใหญ่เป็นการติดตามเอกสาร ระเบียบรายงาน มากกว่ากระบวนการทำงานจริงๆ ในการศึกษานี้ได้เสนอกลไกการกำกับและพัฒนาคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ ที่ต้องมีการปฏิรูประบบการติดตาม นิเทศในระบบปกติ และต้องพัฒนาระบบคุณภาพใหม่ที่มุ่งเน้นการพัฒนาแนวคิด การพัฒนากระบวนการ และเชื่อมต่อกับผลลัพธ์งานขึ้นมาเสริมจากระบบเดิม แต่ต้องเชื่อมโยงกับระบบบริหารปกติด้วย รวมทั้งเสนอให้มีการพัฒนาผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศ เป็น พี่เลี้ยงทั้งในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ อีกทั้งยังเสนอ (ร่าง) ตัวชี้วัดผลงานตามภารกิจพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อกำกับและประเมินคุณภาพบริการปฐมภูมิ แต่ยังไม่มีการทดสอบเก็บข้อมูลจริง

ต่อมาในปี พ.ศ.2547 - 2549 ได้มีการศึกษาและพัฒนาต่อเนื่องโดยทีมงานของ สพช. เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนวทาง กระบวนการพัฒนา คุณภาพ และลักษณะขององค์กรระดับชาติที่จะทำหน้าที่ประกันคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ในโครงการมีการศึกษาลักษณะคุณภาพของหน่วยบริการที่พึงประสงค์ที่ถอดจากหลักวิชาการ และถอดจากมุมมองของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และนักวิชาการ แล้วพัฒนามาเป็นกรอบแนวคิดระบบคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ และร่างมาตรฐาน มีการทบทวน เครื่องมือ กระบวนการ เพื่อการพัฒนาคุณภาพในลักษณะต่างๆ รวมทั้งทดลองกระบวนการในบางพื้นที่ เพื่อหาแนวทางที่สอดคล้องกับธรรมชาติของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ซึ่งได้ข้อสรุปทั้งที่เป็นหลักการและข้อเสนอต่อกระบวนการพัฒนาระบบคุณภาพของ

## เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ดังนี้

- หน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทยปัจจุบัน ยังมีบุคลากรจำกัดเมื่อเทียบกับภารกิจ ได้รับการสนับสนุนทั้งด้านทรัพยากร และวิชาการไม่เพียงพอ และไม่ต่อเนื่อง ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบันมีความไม่พร้อมสูงมาก ยังไม่ควรเน้นที่การรับรองคุณภาพ แต่ควรเน้นที่การประเมินเพื่อพัฒนาคุณภาพเป็นสำคัญในระยะแรก เน้นให้เข้าใจแก่นแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพ มากกว่าการประเมินผลลัพธ์
- เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละหน่วยย่อยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจดำเนินการทางการบริหารได้เอง แต่ขึ้นกับหน่วยบริหารในระดับอำเภอที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการประจำ (CUP) ฉะนั้นระดับองค์กรของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพ จะครอบคลุมไปถึงหน่วยบริหารที่เป็น CUP ด้วย มิได้ประเมินเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) การประเมินและพัฒนาจะดำเนินการเป็นลักษณะเครือข่าย
- ธรรมชาติและเอกลักษณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิมีความแตกต่างจากโรงพยาบาล จึงต้องการพัฒนารอบมาตรฐาน แนวทางการพัฒนา และกลุ่มที่เสี่ยงสนับสนุนการพัฒนาที่มีลักษณะจำเพาะ สอดคล้องกับหน่วยบริการปฐมภูมิ
- ร่างมาตรฐานคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายบริการปฐมภูมิใหม่ โดยเชื่อมโยงกับมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนที่จัดทำโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข แต่ขยายขอบเขตไปถึงการบริหารจัดการเพื่อการประกันคุณภาพทั้งองค์กรทั้ง CUP ตามกรอบของ Malcolm Baldrige เพื่อให้เป็นกรอบในทิศเดียวกันกับระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และระบบบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)
- แนวทาง ขั้นตอน และเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพ ต้องคำนึงถึงบริบทที่แตกต่างของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้เสนอเครื่องมือการพัฒนา ที่เป็นคำถามการประเมินตนเอง แบบประเมินการให้บริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUQ) เครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการเปรียบเทียบ เทียบผลงานระหว่างหน่วยงาน ส่วนการประเมินจากบุคคลภายนอกในระยะแรกนี้ จะเน้นที่การสะท้อนมุมมอง ทำความเข้าใจกับแก่นการพัฒนาคุณภาพ ไม่เน้นการรับรอง
- ได้ร่างข้อเสนอกลไก การประเมินและพัฒนาคุณภาพ จะประกอบด้วย กลไกภายในของหน่วยงาน (internal surveyor) ทั้งในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ซึ่งเป็นจุดเน้นสำคัญที่ทำให้คนในหน่วยงานเข้าใจและพัฒนาด้วยตนเอง ร่วมกับ การประเมิน สนับสนุนการพัฒนาจากองค์กรภายนอก ที่ต้องมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นให้มืออย่างเพียงพอ
- ข้อเสนอระยะการพัฒนากลไกและกระบวนการประกันคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มี 3 ระยะ คือ

**ระยะที่ 1** เป็นการพัฒนารอบแนวคิด แนวทาง เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ (ซึ่งดำเนินการมาแล้วในช่วง 2549)

**ระยะที่ 2** เป็นการพัฒนาระบบการพัฒนาคุณภาพ และพัฒนาศักยภาพของทีมพัฒนาคุณภาพในระดับเครือข่ายหน่วยบริการ และระดับจังหวัด

**ระยะที่ 3** เป็นการพัฒนาระบบการประกันคุณภาพ และพัฒนาทีมประเมินภายนอก

- **ข้อเสนอลักษณะองค์กรที่เป็นหน่วยประกันคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ** เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิมีจำนวนมาก กระจายทั่วประเทศ และมีความหลากหลายในด้านการจัดระบบบริการ ฉะนั้นกลไกที่จะพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิเหล่านี้ในระยะเริ่มต้น จึงต้องใช้องค์กรบริหาร และกลไกดำเนินงานที่มีอยู่แล้ว เป็นโครง

เริ่มต้น และพัฒนาจากโครงสร้างที่มีอยู่เดิม พร้อมกับการพัฒนาให้มีองค์กรเฉพาะที่ทำหน้าที่ในการติดตามสถานการณ์คุณภาพ และออกแบบระบบประกันคุณภาพ

ในภาพรวม และพัฒนาทีมงานคุณภาพเฉพาะของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเพิ่มเติมที่กระจายในแต่ละภูมิภาค และดำเนินการพัฒนาร่วมกับทีมสรรพ.(HA เดิม) และทีม Total Quality Award (TQA)

- ผลการดำเนินโครงการดังกล่าวในพื้นที่นำร่อง พบว่า เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีความตั้งใจ และต้องการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ ในบางพื้นที่เกิดเครือข่ายเรียนรู้แลกเปลี่ยนการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิทั้งระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยกันเอง และหน่วยบริการปฐมภูมิกับชุมชน นอกจากนี้พบว่าศักยภาพของเจ้าหน้าที่ทุกระดับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ อีกทั้งระบบสนับสนุนจาก CUP และจังหวัด ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ในปี 2550 - 2553 สพช.ร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำโครงการพัฒนาระบบประกันคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิในจังหวัดนำร่อง เพื่อทดลองพัฒนาระบบการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิเพิ่มเติม และทดสอบใช้เครื่องมือในพื้นที่ไปพร้อมกัน โดยในเดือนพฤศจิกายน 2553 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้มีการนำเกณฑ์คุณภาพเครือข่าย

บริการปฐมภูมิ (Primary Care Award) ไปใช้ โดยปีแรกเห็นเรื่องการสร้างความเข้าใจและประโยชน์ของเกณฑ์ดังกล่าวให้กับผู้ปฏิบัติ ให้มีการประเมินตนเอง ให้รู้จักตนเอง รู้จักความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) และนำไปปรับปรุงงานที่ตนเองรับผิดชอบ พร้อมกันนี้ ก็มีการพัฒนาหน่วยบริการประจำที่มีประสิทธิภาพการพัฒนามาก่อน ให้ช่วยทำหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดและขยายผลการเรียนรู้ (Node) ให้แก่เครือข่ายบริการปฐมภูมิอื่นอีกในอัตรา 1:5 แห่ง พัฒนาทีมแกนนำเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทีมพี่เลี้ยง (Cultivator) และพัฒนาทีมผู้ตรวจประเมิน (External Assessor) ที่เข้าร่วมโครงการ รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือ แนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิเพื่อเตรียมเข้าสู่ระบบ Primary Care Award

ในปี 2553 - 2555 ได้มีการดำเนินการต่อเนื่องจาก โครงการพัฒนาระบบประกันคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิในจังหวัดน่าน โดยเน้นให้มีการสร้างความเข้าใจต่อระบบ PCA และเน้นการพัฒนาคนทำงาน ควบคู่ไปกับการทบทวนตนเองในระบบงานด้านต่างๆ มีพื้นที่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา จำนวนทั้งหมด 88 แห่ง (เข้าโครงการพ.ศ. 2553 จำนวน 85 แห่ง เข้าโครงการ พ.ศ. 2554 จำนวน 3 แห่ง) กลวิธีในการพัฒนาประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ คือ

- การปรับทัศนคติมุมมองแกนนำของ CUP ๆ ละ 4 คน โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 ระยะ ระยะที่หนึ่ง “ปฐมบท-ปฐมภูมิ” ระยะที่สอง “การประยุกต์ใช้ PCA เพื่อพัฒนาคุณภาพเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” (ดำเนินการ พ.ศ. 2553)
- การฝึกปฏิบัติการเยี่ยมพื้นที่ (คัดเลือกจากแกนนำของแต่ละ CUP CUP ละ 2 คน)
- การพัฒนาทีมผู้หล่อเลี้ยงและพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (คัดเลือกจาก แกนนำของแต่ละ CUP CUP ละ 2 คน) ดำเนินการฝึกปฏิบัติจริงในพื้นที่ 7 พื้นที่ (แต่ละคนลงฝึกปฏิบัติประมาณ 1-2 ครั้ง) (ดำเนินการ พ.ศ. 2553-2554)
- การสรุปและถอดบทเรียนผู้หล่อเลี้ยงเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (ดำเนินการ พ.ศ. 2555)

ในระยะต่อไป ตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นไป นอกจากกระบวนการพัฒนา ที่เน้นการพัฒนาคนสร้างความเข้าใจต่อเนื้อหา หลักการ ของ PCA แล้ว สฟช. ได้เริ่มพัฒนาระบบการและขั้นตอนในการให้รางวัล (Award) แก่เครือข่ายบริการที่มีการพัฒนาระบบบริการได้ก้าวหน้า มีระบบการทบทวนคุณภาพที่ดี และมีผลสำเร็จงานบางส่วน รวมทั้งผ่านการประเมินภายในของกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านระยะ 3 แล้ว นอกจากนี้ทีม สฟช. ได้มีการทดลองกระบวนการเยี่ยมประเมิน เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้รางวัล แต่มุ่งหวังวิธีการที่จะทำหน้าที่เป็นกระจกสะท้อนในอีกมุมมองหนึ่งจากคนภายนอก ที่เน้นการดูแลคิด core value ขององค์กร ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคชุมชน มากกว่าการตรวจรายละเอียดเอกสาร



ในการออกเยี่ยม เพื่อให้รางวัล PCA จะมีทั้งที่เป็นระบบ ที่พิจารณาระบบการจัดบริการสุขภาพ ในภาพรวมทั้งหมดของ CUP และการพิจารณาระบบย่อยบางระบบอย่างครบวงจร เช่น ระบบการดูแล ผู้สูงอายุ ดูแลผู้พิการ หรือระบบดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แต่ต้องมีความเชื่อมโยงกับระบบหลักด้วย ซึ่งเป็นแผนการดำเนินงานในช่วง ปี 2556 เป็นต้นไป ควบคู่การสนับสนุนการพัฒนาคน และการพัฒนาระบบ ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีความสนใจ โดยที่การดำเนินงานพัฒนา PCA ในระดับเริ่มต้นทั่วประเทศ ยังเป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานต้นสังกัด แต่ส่วน สฟช. จะทำหน้าที่สนับสนุนด้าน วิชาการ และทำหน้าที่เยี่ยมประเมินในระยะที่เครือข่ายบริการมีการพัฒนาไปได้ระดับก้าวหน้า

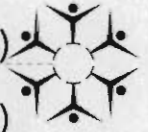
ในด้านบริหารจัดการองค์กร จะจัดการให้มี “สำนักงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ” ซึ่งทำหน้าที่เป็นองค์กรแบบกึ่งอิสระ (Autonomous) ที่มีความคล่องตัวในการพัฒนาวิชาการ เป็นหน่วย กลางในการประสานเชิงบริหารจัดการร่วมกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการปฐมภูมิดำเนินการอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง โดยระยะเริ่มต้นนี้ สำนักงานยังดำเนินการ ภายใต้ สฟช. และจะมีการพัฒนาให้เป็นหน่วยงานร่วมมือกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างชัดเจนต่อไป

“สำนักงานพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ” จะทำหน้าที่หลักในการประสานงานในภาพรวม ทางด้านวิชาการในระบบ PCA เป็นที่ปรึกษาในกระบวนการพัฒนา PCA และทำหน้าที่ในส่วนที่เป็น การลงเยี่ยมประเมินเพื่อการให้รางวัล (Primary Care Award) ซึ่งประเมินรวมทั้ง CUP โดยทำงานร่วมกับ สรพ.

แต่ทั้งนี้ สำนักงานฯ จะทำแบบเครือข่ายร่วมกับเครือข่ายบริการในพื้นที่ รวมทั้งองค์กรต่างๆ ที่ เกี่ยวข้อง



## ความเชื่อมโยง PCA (Primary Care Award) และ DHS (District Health System)



ในส่วนความเชื่อมโยงระหว่าง PCA กับ District Health System (DHS) หรือ ระบบบริหารสุขภาพระดับอำเภอนั้น เมื่อพิจารณาจากเนื้อหา และกลไกการทำงานแล้ว พบว่า

- เป้าหมายความสำเร็จที่มุ่งหวัง เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ มุ่งหวังการเชื่อมประสานเครือข่ายบริการทั้งหมดในพื้นที่อำเภอ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพดีให้แก่ประชาชน
- กลุ่มเป้าหมายที่มีบทบาทในการ ดำเนินงานของทั้งสองส่วน เหมือนกัน คือ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล
- กระบวนการพัฒนา ทั้ง DHS และ PCA เหมือนกันในการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายทั้ง โรงพยาบาล สาธารณสุข อำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ DHS ให้นำหน้าการพัฒนาในระยะเริ่มต้นนี้ที่การบริหารจัดการร่วมกันในระดับอำเภอ แต่ PCA จะให้นำหน้าทั้งการบริหาร ระดับอำเภอ และการจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพควบคู่กันไป มีการกำหนดองค์ประกอบการพัฒนา ในสองส่วนที่เป็นหมวดใหญ่ คล้ายกัน แต่ DHS กำหนดเพียงองค์ประกอบใหญ่ ส่วน PCA มีการกำหนดทั้ง องค์ประกอบใหญ่ และรายละเอียดประกอบ รวมทั้งเน้น ให้มีการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง
- ทั้งสองเรื่อง ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน เพื่อเสริมพลังแก่ประชาชน ชุมชน ในการจัดการสุขภาพตนเอง

PCA

โดยสรุปจากกล่าวได้ว่า ทั้ง PCA และ DHS สามารถพัฒนาไปได้ร่วมกัน และต่อยอดกันและกันได้ โดย DHS ให้ความสำคัญที่การขับเคลื่อนการพัฒนาในพื้นที่โดยรวมของทั้งอำเภอ แต่ PCA เป็นการจัดการระบบคุณภาพที่เน้นบทบาทตนเองเพื่อการพัฒนาคน และพัฒนาระบบงาน เสริมในเชิงระบบบริหารจัดการรวมทั้งในระดับ CUP และ หน่วยบริการปฐมภูมิ / รพ.สต. PCU เพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพต่อยอดอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน เมื่อมีการพัฒนาระบบ DHS แล้ว

โครงการ PCA ได้มีแผนการพัฒนาทีมพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาในระดับเขต และทีมกลาง เพื่อให้คำปรึกษาสนับสนุนกระบวนการพัฒนาของแต่ละ CUP ซึ่งทีมนี้จะช่วยสนับสนุนการพัฒนาให้แก่ DHS ได้

ทีมเยี่ยมกลาง ของ PCA จะลงไปช่วยดู และให้มุมมองกระจกสะท้อนความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ของแต่ละเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หรือ เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และพิจารณาการให้รางวัล Primary Care Award เพิ่มเติมต่อยอด จากการประเมินตนเอง และการประเมินภายในของจังหวัดใน ส่วน PCA และ DHS

## PCA ระบบคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award)

PCA เป็นการจัดการระบบคุณภาพระบบหนึ่ง ที่มีขอบเขต เป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่ครอบคลุมทั้งการจัดการในระดับ CUP หรือระดับอำเภอ และการจัดการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ

เป้าหมายของ PCA คือ การที่หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ มีระบบการบริหารจัดการภายใน ที่สนับสนุนและประกันให้มีการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ทั้งที่เป็นการรักษาพยาบาล ส่งเสริมคุณภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่เป็นบริการผสมผสาน ต่อเนื่อง เข้าถึงง่าย สนับสนุนและเสริมการพึ่งตนเองของประชาชน และชุมชน รวมทั้งประสานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

### สรุปหลักการของระบบคุณภาพ PCA คือ

- องค์กรมีการพัฒนาบุคลากร และการพัฒนาระบบงานได้สอดคล้องกับพันธกิจขององค์กร สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และสอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ และความ ต้องการประชาชน และชุมชน ที่องค์กรนั้นดูแล (context)
- การบริการ หรือการดำเนินงานขององค์กร เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people centre of the health care) เป็นการดูแลคน ไม่ใช่แค่ดูแลโรค

- เน้นให้มีการพัฒนาต่อเนื่องจนมีการจัดการเชิงระบบ เพื่อประกันคุณภาพที่ยั่งยืนต่อเนื่อง มิใช่เป็นคุณภาพของบุคคลเพียงบางคน เพียงบางครั้ง (system)
- เน้นให้มีการใช้ข้อมูล ทั้งที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ เชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อนำมาใช้ในการจัดบริการ หรือระบบการดูแลสุขภาพได้อย่างสอดคล้องกับผู้รับบริการ มีการจัดลำดับความสำคัญ และใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า (evidence base)
- เน้นการมีส่วนร่วม การรับฟัง ความคิดเห็น มุมมองของภาคประชาชน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (community base)

ฉะนั้นองค์ประกอบหลักที่ใช้ในการพิจารณาคุณภาพในระบบ PCA จะมีทั้งส่วนที่เป็น คุณภาพตามหลักการสำคัญ และ core value ที่กล่าวข้างต้น ร่วมกับการจัดการระบบ ตามข้อกำหนดคุณภาพใน 7 หมวด ที่สอดคล้อง เชื่อมโยงกันได้ มิใช่เพียงการจัดการตามเกณฑ์โดยไม่เชื่อมโยงกัน





# สังเคราะห์เบื้องต้น บทเรียนการพัฒนา เพื่อพัฒนาคุณภาพเครือข่าย บริการปฐมภูมิ ภายใต้ระบบ PCA



สุพัตรา ศรีวณิชชากร : สำนักวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

## กระบวนการหลัก ที่ใช้การพัฒนาคุณภาพ ในระบบ PCA ในระยะที่ผ่านมา

แนวทางหลักในการพัฒนา คือ การพัฒนาความคิด ร่วมกับ  
รูปธรรมการพัฒนาจริงในระบบบริการจริง โดยที่มีกิจกรรมหลัก  
ในการดำเนินการดังนี้

- การจัดการกระบวนการที่สร้างให้เกิดความเข้าใจต่อแก่นการพัฒนาคุณภาพ และการสร้างให้เข้าใจคุณภาพสำคัญของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งใช้กระบวนการที่เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกันทั้งทีมที่เป็นแกนนำ เพื่อเสริมการปรับมุมมอง วิธีคิด การฟัง การยอมรับความคิดของคนอื่นโดยไม่ด่วนตัดสิน และเสริมต่อด้วยการเรียนรู้ต่อเนื่องจากสถานการณ์จริงในระบบงาน และในชุมชน
- กลุ่มเป้าหมายที่มุ่งเน้นพัฒนา ในระยะเริ่มต้น คือ แกนนำการจัดการระดับอำเภอ อันได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ทีมวิชาการหรือผู้ประสานงานหลักในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน ในบางอำเภอมีทีมทำงานจากระดับตำบลเข้าร่วมด้วย แต่เน้นกลุ่มคนที่รับผิดชอบตรง ต่อเนื่อง เริ่มจากสมัครใจมากกว่าการบังคับ
- สนับสนุนให้มีการจัดการกระบวนการพัฒนาคน ในแต่ละอำเภอตามขอบเขตความเป็นไปได้ของแต่ละพื้นที่ โดยที่มีทีมวิทยากรกลาง เข้าไปช่วยในบางครั้ง บางส่วนก็เป็นกระบวนการที่พื้นที่ทำเอง
- จัดให้มีเวทีติดตามผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ที่เป็นเวทีกลาง และที่เป็นการจัดเรียนรู้ในพื้นที่ของเพื่อนเครือข่าย



เนื้อหาในเอกสารฉบับนี้ ที่บทย่อยๆ ต่อจากนี้ จะเป็นบทสรุปประสบการณ์เบื้องต้นของกลุ่มคนที่เข้ามาร่วมในกิจกรรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละพื้นที่ แต่อาจรวมในกิจกรรมที่ต่างกัน และหลายส่วนก็มีทุนการพัฒนาเดิมจากโครงการพัฒนาอื่นๆ ร่วมด้วย แต่ส่วนที่เสนอเบื้องต้นในบทความนี้เป็นบทสังเคราะห์ ที่เป็นบทเรียนร่วม ที่สรุปเป็นแนวทางเบื้องต้น หลังจากการแลกเปลี่ยนพูดคุยร่วมกัน กับทีมงานที่มีประสบการณ์ในแต่ละส่วน ส่วนรายละเอียดเนื้อหาของบทเรียน จะนำเสนอในบทเรียนของแต่ละแห่ง

## **บทเรียน 1 : บทบาทของส่วนงานแต่ละระดับในกระบวนการพัฒนาคุณภาพของ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ**

จากการสรุปถอดบทเรียน และการประชุมระดมความเห็นจากผู้มีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพ ในพื้นที่ต่างๆ ที่เข้าร่วมในกระบวนการ พบว่า ในแต่ละพื้นที่ได้นำความเข้าใจที่ได้จากการฝึกอบรม และการเข้าร่วมกระบวนการผู้ห่อเลี้ยง ไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองแตกต่างกันขึ้นกับ key man ที่เป็นผู้จัดการหลักและความกระตือรือร้นของแต่ละพื้นที่นั้น เป็นบุคลากรในตำแหน่งใด หากเป็นเจ้าหน้าที่ในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ก็จะมีบทบาทในการประสานงาน และจัดการกระบวนการเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ เช่น กรณีจังหวัดสระบุรี หนองบัวลำภู เชียงราย แต่หากบุคลากรที่สนใจนั้นเป็นหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ก็จะมีบทบาทในการจัดกำลังคนในฝ่ายการพยาบาลให้เข้ามาช่วยดำเนินการ พร้อมกับประสานกับฝ่ายที่ทำงานด้านสุขภาพชุมชน เช่น อำเภอเดิมบางนางบวช หากบุคลากรนั้นเป็นแพทย์ผู้อำนวยการ ก็จะมีบทบาทในการจัดการได้กว้างขวาง และประสานกับสาธารณสุขอำเภอในการจัดทีมงานให้ทำหน้าที่พัฒนาคุณภาพให้แก่หน่วยบริการทั้งหมดของโรงพยาบาล ได้แก่ พื้นที่ตอนพุทธสระบุรี พื้นที่หนองหญ้าไซ สุพรรณบุรี พื้นที่ยางตลาด กาฬสินธุ์ หากมีทีมงานที่เข้าใจที่ปฏิบัติงานในระดับ รพ.สต. ก็จะมีบทบาทในการปรับวิธีทำงานที่ตนเองดูแลไปได้เลย เมื่อทีมเข้าใจก็ปรับประยุกต์ตามสถานการณ์ แต่มีหลักการในการไปปรับใช้ใกล้เคียงกัน คือ **สร้างกิจกรรมให้เกิดการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างใกล้ชิด และสะท้อนให้เกิดการเรียนรู้แก่กันในการทำงานที่ต้องเข้าใจความต้องการที่แท้จริงของประชาชน และทำงานร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง มิใช่แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนเดียว**

ในแต่ละตำแหน่งของผู้ที่เป็นผู้จัดการหลักที่เข้าใจแก่การพัฒนาคุณภาพนี้ ได้มีการปรับบทบาทที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการดำเนินงานในลักษณะที่แตกต่างตามลักษณะพื้นที่ แต่สรุปเป็นหลักการหรือบทบาทสำคัญของแต่ละส่วนได้ดังนี้

### **บทบาท และการจัดการที่ระดับจังหวัด**

- การจัดการโครงสร้าง บริหาร และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ที่ชัดเจน ต่อเนื่อง (และบูรณาการกับระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง) เช่นการตั้งกรรมการ คณะทำงาน เชื่อมแผนปฏิบัติการของโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น CBL, FPL, DHS, โครงการพัฒนาผู้นำปฐมภูมิ ให้ต่อกันได้กับ PCA

- การเป็นตัวกลาง เชื่อม buffer ระหว่าง ส่วนกลาง กสธ. สปสช กับหน่วย บริการในพื้นที่ ทั้งที่เป็นการเชื่อมโยง กิจกรรม เชื่อมคนทำงาน และเชื่อมโยง ประเมินสนับสนุน
- การสร้างระบบ กระบวนการเพื่อ ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบ PCA เช่นกระบวนการออกไปนี้เขตร่วมกัน กำหนดเป้าหมายงานที่เชื่อมต่อกัน หรือการพัฒนากำลังคน
- การจัดการกระบวนการ เพื่อเสริมการ พัฒนาคอน ทั้งในระดับอำเภอ และตำบล เช่นการให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันในกลุ่มคนที่มีประสบการณ์

### บทบาทการจัดการที่ระดับอำเภอและ

#### ตำบล : ประเด็นที่ต้องพัฒนาควบคู่กัน

- การจัดการสร้างทีมร่วมที่มีบทบาท การพัฒนาส่วนที่ชัดเจน ต่อเนื่อง ระหว่าง รพ. สสอ. และ สอ.
- การจัดการกระบวนการให้มีการพัฒนาคอน เพื่อการปรับแนวคิด การทำงาน ตามแนว core value : ซึ่งอาจจัดเป็น กิจกรรมแทรกในกิจกรรมพัฒนาอื่นๆ ตามโอกาส และจัดจำเพาะ เพื่อการพัฒนาแนวคิดต่อการพัฒนาคุณภาพ ให้ตอบสนอง ต่อชุมชน

- การจัดให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ เพื่อการพัฒนาของแต่ละคน และแต่ละหน่วยย่อย อย่างต่อเนื่อง เป็นการเชื่อมคนทำงานใน รพ.สอ. แต่ละแห่ง และร่วมกันกับโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ
- การจัดการเพื่อทบทวนกระบวนการ ทำงาน ในระดับปฐมภูมิ และอำเภอ

### บทเรียน 2 : กลไก และ วิธีการพัฒนา ที่นำสู่ความสำเร็จ

- จุดเริ่มของการพัฒนาคุณภาพ ไม่ควร เริ่มจากการโยนกรอบคุณภาพทั้งหมด แก่ผู้ปฏิบัติ แต่ควรเริ่มจากจุดเล็ก ใกล้ตัวที่ปฏิบัติได้ แล้วแต่บริบท เช่น การดูแลผู้ป่วยทุกซี่ยาก การจัดการ โรคเรื้อรัง แล้วแสดงให้เห็นรูปธรรม การทำงานแบบมีคุณภาพ และการ ปรับระบบให้มีคุณภาพมากขึ้น
- การจัดการกระบวนการให้มีการเรียนรู้ ชุมชน ครอบคลุม ที่เรียนรู้ร่วมระหว่าง รพ. กับ สอ. สสอ. และสหสาขาที่ เกี่ยวข้อง รวมทั้งร่วมกับ อสม. ห้องถิ่น เป็นจุดคลิกที่สำคัญ ในการปรับแนวคิด ซึ่งอาจใช้การเยี่ยมบ้านร่วมกัน หรือ การมี case conference หรือ การ มีประชุมติดตามงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง
- การสร้างทีมทำงาน ร่วมระหว่าง รพ. กับ สสอ. สอ. ที่เข้าใจกันและกัน และมีกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง





การผสมผสานระหว่าง soft side กับ hard side ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ปรับตามความเหมาะสมแล้วแต่จังหวะ และลักษณะบุคลากรในพื้นที่ การที่ต้องใช้คำสั่งและมีการติดตาม ประเมินผลอย่างชัดเจน เพื่อให้เห็นทิศการทำงาน แต่ขณะเดียวกันก็มีการเสริมด้วย soft side การพัฒนาความคิด ความรู้ ความสามารถไปพร้อมกัน เสริมด้วยกระบวนการรับฟังอย่างเข้าใจ หากกระบวนการสนับสนุนการทำงานให้ทำได้ตามเป้าหมายไปด้วย แต่จะผสมแบบไหน ท่วงทำนองเป็นอย่างไร ก็ขึ้นกับสไตล์ของทีมในในแต่ละพื้นที่ ซึ่งเป็นโจทย์ที่แต่ละแห่งจะต้องเรียนรู้จากการทบทวนจากประสบการณ์จริง

ทั้งหมดนี้ เป็นการสังเคราะห์ประสบการณ์เบื้องต้นในการพัฒนาในระยะที่ผ่านมา ในอนาคต คาดว่า จะมีประสบการณ์เพิ่มเติม ที่สรุปเป็นเรียนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ต่อไป





# PCA Concept หลักการสำคัญใน กระบวนการ PCA (Primary Care Award)



www.врฤคคิ โนวัษรฤค  
โรงพยาบาลสัันรย จัังทวคัเชยัังทไ้ม กั้มพัคคณา PCA

## อดีต : One standard for all

การประเมินคุณภาพของ รพ.สต. ก่อนหน้านี้เราใช้ One standard for all เราใช้ HCA หรือ ใช้ Check list ที่เป็นแบบฟอร์มเดียวกันหมดทั่วประเทศ เปรียบเหมือน One size fit all คือ ใส่เสื้อเบอร์เดียวกันหมดทั่วประเทศ เวลา check ก็ check เหมือนกันหมดทั่วประเทศ ทำให้เกิดความยุ่งยาก เพราะในธรรมชาติ รพ.สต.ที่อยู่บนดอยกับ รพ.สต.ที่อยู่บนพื้นราบ และ รพ.สต.ที่อยู่ทางใต้ ไม่เหมือนกันเลย ถึงแม้เราชื่อเหมือนกันแต่เราทำงานไม่เหมือนกันเลย ซึ่งจะเกิดปัญหาเรื่องของความทุกข์ที่ต้องทำในสิ่งที่เราไม่ใช่ เวลาเราทำในสิ่งที่เราไม่ใช่ เราก็จะทุกข์ เพราะว่ามันไม่ใช่ธรรมชาติของเรา ดังนั้นจึงเกิดการพัฒนาการประเมินคุณภาพมาเป็น PCA

ย้อนไปเมื่อครั้งที่เราเริ่มต้นจะพัฒนา PCA เราได้คุยกันว่าทำอะไรดีที่เราจะสามารถทำให้มีการประเมินคุณภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนตามบริบทของพื้นที่ได้ ลองเทียบเคียงดูว่า ถ้าเป็นมาตรฐานเก่า ก็จะเป็นมาตรฐานที่ตายตัว คนหนึ่งคิดคนหนึ่งทำ เพราะการเขียนมาตรฐานก็เขียนโดยอิงอาศัยบริบทแวดล้อมของคนเขียน เมื่อนำไปใช้ก็ไม่สามารถปรับได้เพราะคิดว่ามาตรฐานห้ามเปลี่ยน เปลี่ยนก็ไม่ใช่มาตรฐาน เพราะเมื่อบริบทเปลี่ยน สิ่งที่ไม่เปลี่ยนก็คือมาตรฐาน ทำให้มาตรฐานกับความเป็นจริงมันขัดแย้งกัน ความเป็นไปได้หรือไม่ที่มาตรฐานจะเติบโตองกวม ในลักษณะที่สัมพันธ์กับบริบทที่เปลี่ยนไป ถ้าเป็นอย่างนั้นได้ มาตรฐาน ก็จะเป็นมาตรฐานที่มีชีวิตไม่ใช่มาตรฐานแบบตายซาก แต่เป็นมาตรฐานที่เติบโตและเปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับบริบทและองค์กร หากเป็นเช่นนั้นแล้ว มาตรฐานนี้ ก็เรียกว่า Living standard หมายถึงว่า standard ที่สามารถปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของพื้นที่ มีเกณฑ์คุณภาพหลักอย่างหนึ่งซึ่งน่าจะสามารปรับเปลี่ยนแปลงตามบริบทของพื้นที่ได้ ซึ่งปัจจุบันเกณฑ์ที่เป็นลักษณะนี้ คือเกณฑ์



คุณภาพของ Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) ซึ่งในเมืองไทยนำมาปรับเป็น Thailand Quality Award (TQA) เกณฑ์นี้ MBNQA จะพูดถึงองค์ประกอบหลัก 3 อย่างเท่านั้น คือ

1. จุดประสงค์ขององค์กร
2. ค่านิยมขององค์กร
3. กระบวนการที่องค์กรทำนั้นตอบ สนองต่อวัตถุประสงค์ขององค์กร หรือไม่ และการวัดผลลัพธ์ เป็นการวัดความก้าวหน้าขององค์กรว่าได้เข้าใกล้จุดประสงค์ขององค์กร โดยไม่เสียค่านิยมขององค์กรไป

ทั้งหมดนี้สามารถนำมาปรับแต่งกับการพัฒนาคุณภาพของ รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีความหลากหลาย ถ้า รพ.สต.สามารถค้นหาตัวเองได้ว่าตัวเองกำลังทำอะไร บนบริบทแบบไหน แล้วมีกระบวนการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทหรือไม่ แล้วผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงเป้าหมายหลักที่ตัวเองทำอยู่ มีความก้าวหน้าหรือไม่ อันนี้ก็จะทำให้ตอบโจทย์เรื่องการพัฒนาคุณภาพได้

การพัฒนาคุณภาพในมิติของ PCA ไม่ใช่เรื่องของ การหา standard gap แต่เป็นการค้นหาวิธี การใช้วัสดุที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพราะโลกนี้ไม่มีอะไรสมบูรณ์แบบ มีแต่เพียงว่าเราสามารถทำอะไร ณ จุดนั้นให้เหมาะสมที่สุด แต่ถ้าเข้าใจหลักการเรื่องนี้ อย่างแรกที่เราจะทำเรื่องนี้ คือ เราต้องไม่อ่าน ข้อบ่งชี้ (Criteria) ทั้ง 7 บทก่อน เราต้องยุติการอ่าน criteria แต่ไปเริ่มต้นที่ค้นหาว่าเราเป็นใคร ทำหน้าที่อะไร เพราะการอ่าน criteria จะทำให้เราติดกับดักของเครื่องมือ ประเด็นสำคัญของ PCA เริ่มด้วยการตั้งคำถามที่สำคัญว่า **“ทำไมต้องมีองค์กรของเรา”** เหตุผลความจำเป็นของการมีองค์กรนี้ เพื่อทำหน้าที่อะไร

## Primary Care ไม่ใช่การดูแลขั้นเบื้องต้น แต่เป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแล

เมื่อเราดูงานที่เรากำลังทำอยู่ในขณะนี้ พอจะแบ่งได้เป็นชั้นๆ ดังนี้ (อันนี้นำมาจากหนังสือเรื่อง The journey to Wellness ที่ Dr.Vaughan Glover ทันตแพทย์ชาวแคนาดา เป็นคนเขียนเพื่อการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศแคนาดา) ชั้นแรกสุด



เราพูดถึงเรื่อง Emergency เวลามีปัญหาและคนเจ็บป่วย เราก็กู้ไขปัญหาเป็นเรื่อยๆ และการจัดการเรื่องที่สอง คือ เรื่องของ Illness เรื่องความรู้สึกของการเจ็บป่วย ถัดมาคือการป้องกันไม่ว่าจะเป็นเบาหวาน ความดัน นอกจากรักษาแล้วเราจะต้องพูดถึงการป้องกัน (Prevention) ด้วย ที่เราอยากให้เกิดมากก็คือ เราไม่อยากให้คนเกิดอุบัติเหตุ เราไม่อยากให้คนเจ็บป่วย เราก็กต้องป้องกันเหตุ

ต่างๆ ที่เกิดขึ้นและถดถอยจากนั้นคือ Wholistic (อันนี้ Dr.Vaughan Glover แกบอกว่าแกตั้งใจเขียนผิด แม้ว่ารากศัพท์ จากคำว่า Holistic แต่แกเล่นเอาคำว่า Whole มาใส่เพื่อให้ได้ความหมายกินกว้างไปกว่าเดิม) แปลว่าทั้งหมดทั้งมวล ฉะนั้นทั้งหมดทั้งมวลของการดูแลแบบ wholistic ที่มีกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ ซึ่งพวกเราถนัดอยู่ 3 อย่าง คือ กาย จิต สังคม เราอธิบายได้ สำหรับจิตวิญญาณคืออะไร เราอาจจะตอบได้ในคำพูดแต่อาจไม่ถึงหรือสัมผัสไม่ได้ ถ้าอยากรู้เราต้องตั้งคำถามกับตัวเองว่า จิตวิญญาณของเราคืออะไร ในการอธิบายในแง่คำพูด จิตวิญญาณหมายความว่า อะไรบางอย่างที่ยึดเหนี่ยวกับตัวของเรา เป็นสรวงของเราสักๆ ที่เป็นคุณค่าอยู่ข้างใจตัวเรา แม้ไม่มีสิ่งนี้ชีวิตก็หาไม่มีความหมายไม่

อันสุดท้าย คือ Wellness ซึ่ง Primary Care มุ่งเน้นให้ก่อเกิด wellness ซึ่งไม่ได้แปลว่าสุขภาพดี อาจจะแปลว่าสุขภาพ ภาวะอันเป็นสุข คนที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายก็เกิด wellness ได้ คนที่สุขภาพดี ร่ำรวย ก็อาจจะไม่มี wellness เกิดทุกขภาวะข้างใจ ซึ่งตรงนี้จะต้องไปตอบโจทย์หลายอย่าง ถ้าเกิดเราเข้าใจว่าเราทำ Primary Care เพื่อดูแลเรื่องของ wellness เราอาจจะเข้าใจว่าขณะนี้เราทำมากน้อยแค่ไหน เกี่ยวกับเรื่องการแก่ทุกข์ แต่เมื่อเกี่ยวกับเรื่องของการเกิดสุขภาพดี ซึ่งมีความหลากหลายมากมาย หากให้แต่ละคนเขียนว่า “อย่างไรจึงเรียกว่าฉันมีความสุข” ย่อมแตกต่างกัน ไม่มีใครที่จะเขียนเหมือนกัน

มีเส้นแบ่งที่เราอาจจะข้าม Illness ไปสู่ wellness เราต้องมองเห็นมากกว่าเรื่อง emergency และ Illness ต้องมองกว้างออกไปเพื่อจะมองเห็นเรื่องของ Prevention มองเห็นเรื่องของ Wholistic การมองเห็น Wholistic จึงเป็นอะไรที่มากกว่าการเรียนการสอนในเรื่องทางการแพทย์

## หัวใจสำคัญของการดูแล

หัวใจของ Primary Care คือ การดูแลคนให้มีความสุข ดูแลคนที่อยู่ข้างหน้ารวมทั้งเสริมศักยภาพให้เขาดูแลตนเองได้

## เครื่องมือสำคัญของการดูแลใน Primary Care คือ การฟัง การใส่ใจ การสร้างความไว้วางใจ

**Listening** คือ การฟัง ซึ่งไม่ใช่เพียงแต่ฟังผ่านหู หลายคนฟังแต่ไม่ได้ยิน ฟังแล้วก็ผ่านไป แต่การฟังนี่คือ การฟังเรื่องราวของคนที่อยู่ข้างหน้าด้วยความใส่ใจ เมื่อไหร่ก็ตามที่เราฟังเรื่องราวของคนที่อยู่ข้างหน้า เขาจะอยู่ในใจของคุณ เมื่อเราได้ยินเขาจริงๆ เช่น

“ยายเป็นอะไรมา”

“เมื่อสิบกว่าปีก่อนยายปวดหัวเข่า ยายไปตกบันไดมา”

“ไม่ต้องยาย เอาเนื้อๆ วันนี้เป็นอะไร”



อันนี้คือไม่ได้สนใจ content ประวัติศาสตร์ของคนที่กำลังจะบอก สุดท้ายเขาบอกว่าเจ็บหัวเขามา ก็ต้องย้อนถามว่าทำไมเจ็บหัวเข่า ยายก็เลยบอกว่า "นั่นไง จะบอกตั้งแต่แรกแล้วว่ามันเกี่ยวข้องกับเรื่องเมื่อ 10 ปีก่อน" นี่คือบางเรื่องที่เราฟังแล้วเริ่มตัดสินใจ เราก็จะไม่อยู่ ณ ตรงนั้น เราไม่ได้ฟังเสียงจริงๆ ของคนที่อยู่ตรงหน้า

### Caring

การใส่ใจ พวกเราแสดงความใส่ใจซึ่งกันและกันอย่างไร อันนี้ก็เป็นเรื่องของเราใส่ใจกันอย่างไร เราทำงานด้วยกัน เราใส่ใจกันหรือไม่ เราชรวมกันเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เราใส่ใจกันอย่างไร เราดูแลกันอย่างไร คำว่า "ใส่ใจ" ใครคนหนึ่งเดินขึ้นตึกมาแล้วหน้าบึ้ง เราใส่ใจในการสังเกตเห็นว่าเขาหน้าบึ้ง เราก็หลบ เพราะไม่อยากเป็นที่ระบายอารมณ์ของเขา การใส่ใจเป็นอะไรที่คนโดนใส่ใจจะรู้ว่าถูกใส่ใจ หากเราดู food center ที่ห้างสรรพสินค้า คาดว่าจะเกิดปรากฏการณ์นี้ทั่วประเทศ คือ คนเมากัน 4 คน พอนั่งลงบีบ ทุกคนก็ชักมือถือออกมา Line กับคนที่ไม่อยู่ข้างหน้า หรือ Chat กับคนที่ไม่อยู่ข้าง

หน้า แล้วจะนั่งด้วยกันทำไม? อันนี้คือความใส่ใจ คุณใส่ใจหรือไม่กับคนที่อยู่ข้างหน้า เวลาคนใช้ปรากฏอยู่ข้างหน้าคุณ คุณใส่ใจอะไรบ้าง ใส่ใจเฉพาะเลข 13 หลีกหรือไม่ ใส่ใจว่าจะ key ข้อมูลครบหรือไม่ ใส่ใจอะไร ทั้งหมดนี่ก็คือเรื่องของความใส่ใจ แล้วตัวเราล่ะ ฟังคนที่อยู่ข้างหน้า ใส่ใจคนที่อยู่ข้างหน้า หรือไม่ หากเราได้ใส่ใจกับคนอื่นแล้ว ความไว้วางใจก็จะตามมา

### Trust

เมื่อไหร่ก็ตามที่คุณไม่ฟังคนที่อยู่ข้างหน้า คุณไม่ใส่ใจคนที่อยู่ข้างหน้า เป็นการยากที่เขาจะไว้วางใจว่าเราจะดูแลเขาได้ดี เพราะแค่บอกเรื่องราวความเจ็บป่วย ยังไม่ฟังเลย และอีกปฏิกิริยาที่เขาแสดงออก ก็ยังไม่ได้ใส่ใจ แล้วจะไว้วางใจกันได้อย่างไร เพราะฉะนั้นหัวใจของการดูแลคนก็ขึ้นอยู่กับว่าความไว้วางใจระหว่างกันนั้น ถ้าเกิดเราไม่มีความไว้วางใจระหว่างกัน หมอให้ยากิน คนไข้ก็จะกังวล "ตะกี้ไม่ได้ดูหน้าฉันเลย อะไรก็ไม่ดู จะจ่ายยาให้ฉันกินแล้วมันจะถูกมั้ย" เพราะฉะนั้นความไว้วางใจจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อ เราทำกับเขาอย่างไร อาจกล่าวได้ว่า เมื่อเราเริ่มต้นฟังและใส่ใจผู้คน ความไว้วางใจระหว่างกันก็บังเกิด การดูแลกันจะเกิดขึ้นได้ต้องไว้วางใจซึ่งกันและกัน

## People at The Centre of Health Care

ปี 2004 WHO ออกหนังสือเล่มหนึ่งชื่อว่า People at The Centre of Health Care เรื่องของ Harmonizing mind and body, people and systems คือเรื่องของการเชื่อมโยงเรื่องของ ความเชื่อ ความคิด จิตวิญญาณ เชื่อมโยงเข้ากับผู้คน หนังสือเล่มนี้เปิดบทแรกด้วยการเล่าเรื่องที่พูดถึงการดูแลที่ครบถ้วนในแง่ของวิชาการทางการแพทย์ แต่ผู้ถูกดูแลสูญเสียความเป็นมนุษย์ คือ เราจะรู้สึกว่ามีคุณค่าก็ต่อเมื่อมีคน identify เราได้ รู้จักอัตลักษณ์เราได้ เวลาที่เราไปนอนบนเตียงในตึก เราสูญเสียอัตลักษณ์ของความเป็นคนความเป็นเราไป เพราะเรากลายเป็นป้ายห้อยอยู่ข้างเตียง "คนไข้ตับแข็ง เตียง 2 มีอาการต่อไปนี้..." "ลุงที่ตื้อๆ ไม่ยอมกินยาวันนี้เป็นยังไง" ซึ่งลุงที่ตื้อๆ นั้นเป็นกำนัน คนไข้เตียง 2 ที่เป็น liver เป็นอดีต สสจ. แต่บังเอิญเกษียณมานานแล้วเราไม่รู้จัก เพราะฉะนั้นเรื่องเหล่านี้มันสะท้อนให้เห็นความสำคัญในเรื่อง listening กับ Care เพราะฉะนั้นเมื่อคุณไม่ใส่ใจ เราจะเกิดปัญหาขึ้นมา ฉะนั้น People at The Centre of Health Care พูดขึ้นมาว่าจริงๆ แล้ว ถ้าจะทำให้เกิดขึ้นต้องเน้นไปที่ Primary Care

หลังจากนั้นอีก 2 ปี WHO ออกหนังสือมา ตั้งแคมเปญของ WHO ขึ้นมาว่า Primary Care now more than ever ก็คือว่า Primary Care นั้น มีความจำเป็นมากกว่าที่เคยซะแล้ว เพราะว่าทิศทางการดูแลผู้คนในทางด้านสาธารณสุขกำลังเปลี่ยนไปในทิศทางที่แยกลง หากไม่ได้ Primary Care ช่วยเราก็อาจจะถดถอยและทรัพยากรทุกอย่างไปกับการรักษาที่ปลายเหตุ ซึ่งนับวันมีแต่จะบานปลาย

People at The Centre of Health Care เน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงในองค์กรประกอบ (Domain) ส่วนที่สำคัญคือ

### 1. Informed and empowered individuals, families and communities

Domain ที่ 1 คนที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่จะเปลี่ยนแปลง ก็ต้องเป็นคนที่ถูกให้ข้อมูลที่เหมาะสม จนกระทั่งสามารถ empower ได้ สามารถตัดสินใจได้ว่า ชีวิตจะใช้ทางเลือกไหน ตัดสินใจอย่างไร คือมี information ที่เหมาะสม ไม่ใช่ information ด้านเดียวที่เราจะให้เราเลือก เช่น จะรักษามั้ย ถ้าไม่รักษามีทางเลือกนั้นๆ คือ หนึ่งตาย สองอยู่กับหมอ อย่างนี้ไม่เรียกว่าทางเลือก อย่างนี้เรียกว่าข้อเสนอที่ปฏิเสธไม่ได้

### 2. Competent and responsive health practitioners

เป็นเรื่องของ Health practitioners ที่ต้องมีสมรรถนะที่ดี และที่สำคัญคือ มี responsive คือ การตอบสนอง การรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตัวเองกระทำ สิ่งที่เราทำก่อนทำให้เกิด consequence มีผลกระทบต่อเรื่องราวเยอะแยะมากมาย เราต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของเรา เช่น การรณรงค์เรื่องเอดส์ ในยุคแรกที่เน้นความกลัว ทำให้เกิด Discrimination อย่างฝังรากลึก ให้เราต้องมานั่งแก้เรื่องราวที่เกิดขึ้นเพียงหนึ่งปีของการประชาสัมพันธ์ แต่ใช้เวลากว่ายี่สิบปีก็ยังไม่หมด

### 3. Efficient and benevolent health care organizations

ส่วน Health care คือ ต้องเป็นองค์กรที่มีประสิทธิภาพ มีการคำนึงถึงความเป็นมนุษย์เป็นหลัก ไม่นึกถึงตัวชี้วัดทางการเงิน ตัวชี้วัดด้านผลงานของตัวองค์กรก่อนชีวิตและความทุกข์ยากของผู้คนที่เราดูแล

### 4. Supportive and humanitarian health care systems

และสุดท้ายระบบการดูแลสุขภาพ ต้องนึกถึงมนุษยชาติ และเป็นระบบที่ supportive คือ สนับสนุนให้ผู้คนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เยี่ยงมนุษย์ทั่วไปและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

## LIVING STANDARD

บริบทที่แตกต่าง นำมาซึ่งความแตกต่างของการให้บริการ สำหรับในการทำ PCA นั้น เรื่องบางเรื่องก็จำเป็นต้องมี standard แต่สิ่งที่อยากได้คือ Living standard คือ เป็น standard ที่ไม่ตายตัว เป็น standard ที่สามารถเติบโตไปได้อย่างคู่ควรกับผู้ที่จะใช้ เนื่องจากบริบทที่แตกต่าง นำมาซึ่งความแตกต่างของการให้บริการ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ถ้าเราเป็นผู้ชาย เราแทบจะทำคลอดผู้หญิงไม่ได้ เพราะว่ามีกำแพงที่สูงใหญ่ของความเชื่อขวางกั้น และในอีกหลายเรื่อง

ซึ่งสำคัญมาก ฉะนั้น ความคุ้นชินของเรา อาจทำร้ายผู้คน รวมทั้งตัวเราได้ ยกตัวอย่างเช่น ที่ภาคเหนือ แม่

กระทั่งชนเผ่าที่อยู่บนเขา บางทีเราก็โอ้โหลมปฏิโหลม ผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ ให้ยอมขึ้นเขาห้อยเพื่อตรวจ pap smear ทันทีที่สามีทราบข่าวก็รีบกลับมาจากนาที่ทำ ถือป็นอยู่ข้างหน้า รพ.สต. แล้วถามว่า “ใครแตะต้องเมียกูตาย” หากเป็นอย่างนี้ เจ้าหน้าที่เรา จะทำอยู่หรือไม่ เราจะเสียสละชีวิตเพื่อรักษา KPI อยู่หรือไม่

ชีวิตไม่ใช่ค่าเฉลี่ยทางสถิติ ความหลากหลายของชีวพันธุ์คือความมั่งคั่งของโลก ไม่ใช่อะไรที่ตายตัว เป็นตัวเลขที่แน่นอน ง่ายที่สุด เมื่อเราพูดว่าในทางสถิติ HIV มีจำนวนเท่านี้ของประชากร ซึ่งมันเป็นค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ ไม่ว่าจะอำเภอไหนก็ต้องมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ตอนที่ผมปฏิบัติงานอยู่ที่อำเภอแม่แจ่ม สถานการณ์อีกแห่งคือที่อำเภอดอยสะเก็ด มีคนไข้ HIV ตายเป็นจำนวนมาก ปี 2535 - 2536 แม่แจ่มมีประชากรอยู่ประมาณ 60,000 คน มี HIV positive 1 คน เพราะเป็นพื้นที่ปิด ผู้คนสัญจรเข้าออกยาก ขณะที่อำเภอดอยสะเก็ดตั้งอยู่บนทางหลวงเชียงใหม่-เชียงราย ถ้าเชื่อมั่นในค่าเฉลี่ยนี้เกินไปแล้วตำหนิว่าอำเภอมแม่แจ่มไม่ตั้งใจค้นหาคนไข้เอ็ดส์ ให้รีบระดมค้นหาให้ได้ตัวเลขเดียวกับที่อำเภอดอยสะเก็ด สิ่งก็ตามมาก็คือความสูญเปล่าทั้งทรัพยากรและแรงงาน ที่น่าเสียดายกว่านั้นคือการสูญเปล่าทางปัญญา บริบทในพื้นที่ไม่เหมือนกัน เพราะฉะนั้นหากจะใช้ตัวเลขทางสถิติต้องมีสถิติ และปัญญาในการใช้ จะต้องขยับตามบริบทของพื้นที่

## อะไรสำคัญที่สุดในการทำงาน

ในการทำอะไรอะไรก็ตามในโลกใบนี้ จะเริ่มด้วยแรงบันดาลใจ อันเป็นจุดกำเนิดเสมอ เปรียบเสมือนเมื่อศิลปินจะวาดภาพ เหมือนลีโอนาร์โด ดา วินชี จะวาดภาพโมนาลิซ่าซึ่งไม่เคยปรากฏมาก่อนในโลกใบนี้ สิ่งี่ ดา วินชี มีตอนเริ่มต้นคือผืนผ้าใบที่ว่างเปล่า ผืนผ้าใบที่ว่างเปล่านี้เองที่เป็นจุดเริ่มต้นของทุกสรรพสิ่ง เมื่อยืนอยู่หน้าผืนผ้าใบที่ว่างเปล่า สิ่งที่มีอยู่ในใจของลีโอนาร์โด ดา วินชี ก่อนที่จะป้ายพู่กันลงไป คือ ภาพโมนาลิซ่าในความคิดของเขา การสลับพู่กันลงไป คือกระบวนการวาดรูป คือ Process of Painting และสุดท้ายได้ภาพที่สำเร็จคือ ภาพโมนาลิซ่า คือ Completed Painting หรือ Product ตรงนี้จะเห็นได้ว่า จุดตั้งต้นทั้งหมดเกิดจากผืนผ้าใบที่ว่างเปล่า และแรงบันดาลใจอันแรกก่อนจะเริ่มกระบวนการใดๆ



Source คือจุดตั้งต้นของความตั้งใจที่เราจะทำงานในตำแหน่งหนึ่ง ซึ่งฮิปโปเครตุส ซึ่งเป็นบิดาทางการแพทย์ของโลก พูดถึงว่า อัตราการตายของโรงพยาบาลแห่งแรกของโลกที่ตั้งขึ้นเท่ากับ 99% แทบจะไม่แตกต่างกับไม่เข้าโรงพยาบาล แต่ทำไมฮิปโปเครตุส ถึงเปิดโรงพยาบาล เราต้องกลับไปดูความตั้งใจอันแรกของเขา และนำมาสู่วิวัฒนาการ เมื่อมีคนเข้ามาในความดูแล เขาใส่ใจทุกเรื่องที่เกิดขึ้น เมื่อไหร่ก็ตามที่คนไข้เสียชีวิต เขากินน้ำได้ ปรากฏว่ามีโอกาสรอด แสดงว่าน้ำอาจจะ

เป็นส่วนสำคัญ ความตั้งใจแรกของฮิปโปเครตุสคือ ไม่ต้องการให้มนุษย์ตายด้วยความโดดเดี่ยว แต่สามารถตายภายใต้การดูแลของเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน อันนั้นคือเป้าหมายหลัก จึงนำมาสู่กระบวนการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจนกระทั่งเกิดโรงพยาบาล อันนี้คือ Source คือแหล่งกำเนิดทั้งหมดของการดูแลคนของเรา จึงเกิดกระบวนการทำงานต่างๆ ที่พวกเราพยายามทำทุกวันนี้ เพื่อไม่ให้มนุษย์ถูกทอดทิ้งด้วยความเจ็บปวด เพื่อที่จะอยู่ในยามที่มนุษย์ยากไร้ จนกระทั่งเกิด Product ถ้าเราคุยถึงเรื่องนี้ Source คือความตั้งใจที่จะทำให้มนุษย์ไม่โดดเดี่ยวยามที่คนล้มลง กระบวนการที่เราทำก็คือ กระบวนการที่พยายามทำให้เขาสามารถกลับมาขึ้นได้ เขาสามารถถูกดูแล โดยหลักก็คือ หลังจากกระบวนการพวกนี้ หลักใหญ่ที่สุดไม่ใช่เรื่องของ การรอด ไม่ใช่เรื่องของการหายจากการเป็นโรค principle หลักที่สุดก็คือ **เขาได้รู้สึกว่าคุณดูแลเยี่ยงมนุษย์ด้วยกันแล้วหรือยัง** สิ่งก็ตามมาก็คือ เรื่องของการอยู่รอด เรื่องของการหายจากการเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เพราะฉะนั้นถ้าจะถามว่า อะไรคือ key performance index ของการดูแล ซึ่งก็คือ **ความรู้สึของคนที่ถูกดูแล**



คำถามที่เราจะต้องถามตัวเองอยู่เสมอ ซึ่งปรากฏอยู่ใน organize profile ซึ่งพูดถึงว่า **เราเป็นใคร หน้าที่ของเราคืออะไร** แล้วเราทำอย่างไร สอดคล้องกับหน้าที่ของเราหรือไม่ ผลที่เราทำนั้นเป็นอย่างไร เพื่อที่จะตรวจสอบว่า สิ่งที่เราทำนั้นใช่หรือไม่ จุดประสงค์หลักคือตรวจสอบว่าสิ่งที่เราทำไปแล้ว เทียบกับสิ่งที่เราตั้งใจทำงานในครั้งแรกหรือไม่ มีเช่นนั้นเราจะค่อยๆ หลุดออกไปจากเป้าหมายหลักที่เราทำ

ตัวอย่างอันหนึ่งซึ่งพวกเราเห็นกับตา แต่พวกเราอาจจะไม่คิดว่าเป็นปัญหา แต่มันเป็นปัญหา ตอนที่พวกเราเป็นโรงพยาบาล 10 เตียง พบว่าคนไข้ผู้หญิง ผู้ชาย นอนปะปนกัน เมื่อเปลี่ยนเป็น 30 เตียง บังเอิญเขาออกแบบเตียงมาแบ่งฟากเพื่อรักษามาตรฐาน เรามีคนไข้หญิง คนไข้ชาย พอคนไข้หญิงเต็มกลับไปนอนเตียงชายไม่ได้ ซึ่งพวกเราเห็นเรื่องพวกนี้เป็นเรื่องคุ้นชินจนไม่เคยตั้งคำถามกับมัน พอเราขึ้นไปเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มี ward สูติ ศัลย์ med เด็ก แล้วคนไข้ med จะไปนอน ward ศัลย์ ได้หรือไม่ ?

เคยมีคำคืนหนึ่งที่ผม refer คนไข้ โดยขอส่งคนไข้ผ่าน call center สิ่งที call center ถามกลับมา เขาไม่ถามว่าเป็นโรคอะไร เขาถามว่า **"ผู้ชายหรือผู้หญิง ถ้าเป็นผู้หญิงให้ส่งมาได้เลย"** บางคำคืนชีวิตของเราขึ้นอยู่กับ chromosome เพศ แต่จริงๆ เราพัฒนาคุณภาพบริการมาเพื่ออะไร เรากลับไปดูต้นกำเนิดของเรา

เราดูแลคน ไม่ทอดทิ้งเขายามที่เขาเจ็บป่วย แต่เรามีวิธีในการที่จะผลักไส ทั้งคนไข้ได้โดยเหตุผลที่ดีของเรา คำว่าพัฒนาคุณภาพบริการ หลักการคือเราต้องรักษาคนไข้ได้มากขึ้น เราต้องช่วยเหลือคนให้รอดตายมากขึ้น สิ่งที่กำลังทำขณะนี้ ลองกลับไปตรวจสอบกับ the source ของเราว่า ที่กำลังแยก ward ชายหญิงนี้ ทำให้เราดูแลคนได้มากขึ้นหรือไม่ ทำให้ชีวิตของคนรอดมากขึ้นจริงหรือไม่ อันนี้ไม่มีคำตอบ เพราะว่าเวลาเราถือเกณฑ์คุณภาพเป็นใหญ่ก็เป็นเช่นนั้น แต่เมื่อไหร่ก็ตามที่เราเปลี่ยนข้างเป็นผู้รับบริการ วันที่ชีวิตเราถูกตัดสินด้วยโครโมโซมเพศ เราจะรู้สึกอย่างไร อันนั้นก็ลองออกไปค้นหาดูเอาเอง และหวังว่าท่านจะได้ประสบการณ์ที่มีคำตอบอะไรบางอย่าง ถ้าท่านรอดชีวิตกลับมา ท่านอาจจะแก้ไขระบบได้

ฉะนั้นสิ่งที่ PCA จะพูดถึง คือ PCA จะต้องคุยเรื่องของเราเป็นใครก่อน สำคัญเป็นอันดับแรก ตัวคนที่เข้าประเมิน PCA จะต้องแม่นยำ เรื่องนี้ก่อน ไม่เช่นนั้น กระบวนการที่ตามมาทั้งหมดจะไม่ชัดเจน และเราก็จะหลุด หลงประเด็นไปตามกระแสที่เข้ามาเรื่อยๆ ผมจะลองเปรียบเทียบให้ดูในแง่ของการจัดการ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพเราก็ไปเอาตัวแบบมาจากการจัดการด้านธุรกิจมา แม้ในการจัดการทางด้านธุรกิจ ก็มีการแบ่งออกเป็นสามระดับ เหมือนที่ได้นำเสนอไปเรื่อง Source > Process > Product ในการจัดการองค์กร มีการแบ่ง function การทำงานออกเป็น 12 ส่วน ดังภาพ

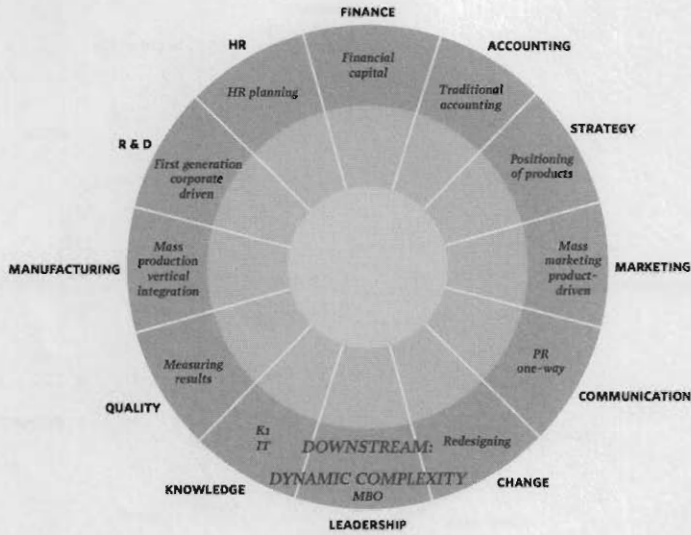


FIGURE 4.2 TWELVE MANAGEMENT FUNCTIONS: DOWNSTREAM VIEW

ที่มา Theory U by C. Otto Scharmer

Downstream View : เป็นการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาปลายเหตุ ในแง่ที่เราใช้กันได้แก่ Quality ที่เราวัดผลซึ่งเป็นปลายทาง เช่น วัดว่ามีคนตายกี่คน เราได้แค่จำนวนคนตาย อันนี้คือการจัดการที่เน้น Product

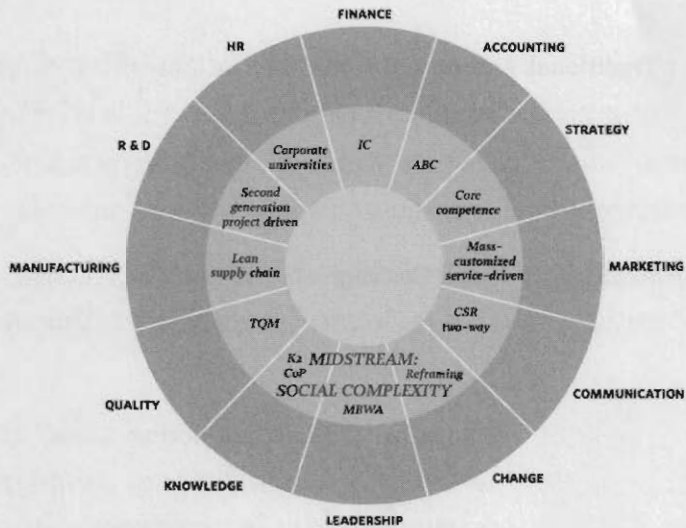


FIGURE 4.3 TWELVE MANAGEMENT FUNCTIONS: MIDSTREAM VIEW

ที่มา Theory U by C. Otto Scharmer

Midstream View : เป็นการวัดที่กลางๆ เช่น TOM เพราะเป็นเครื่องมือในการจัดการที่เน้นไปที่ Process

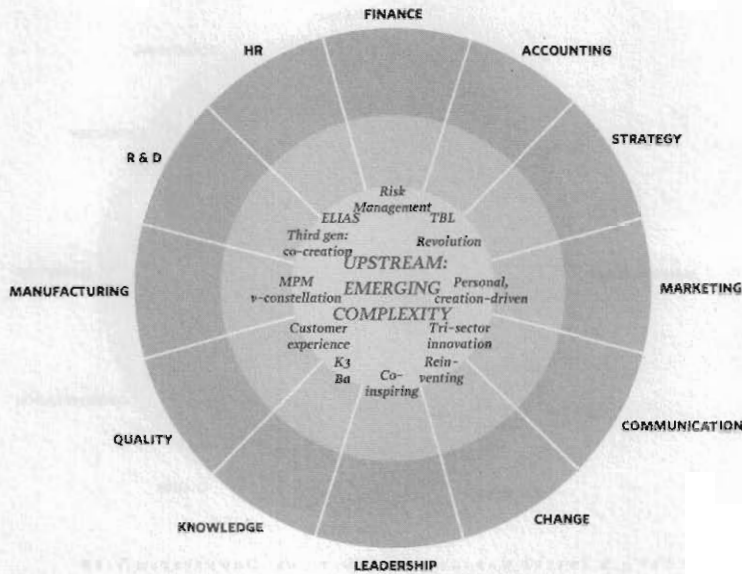


FIGURE 4.4 TWELVE MANAGEMENT FUNCTIONS: UPSTREAM VIEW

from Theory U by C. Otto Scharmer

Upstream View : เป็นการจัดการที่เน้นไปที่ Source เน้นไปที่หัวใจหลักของแต่ละ function นั้นเป็นไปเพื่ออะไร จะขอยกตัวอย่างใน function และการจัดการในด้านที่พวกเราคุ้นเคยกัน ลักส์ทำ function

## Accounting

**Downstream : Traditional Accounting** เป็นบัญชีดั้งเดิม เน้นตัวชี้วัดทางบัญชี เช่น Quick ratio, Current ratio ซึ่งทางกระทรวงเน้นมาก แต่ในทางธุรกิจ ratio เหล่านี้ ไม่ใช่ตัวชี้วัดสำคัญแต่ประการใด เป็นการใช้ที่ล้าหลังมาก เนื่องจากบอกแค่อัตราส่วน แต่ไม่ได้บอกว่างค์กรสามารถทำอะไรได้ตามเป้าหมายหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อย่าลืมว่าเราเป็นองค์กรภาครัฐ ไม่ได้หากำไรเป็นสำคัญ

**Midstream : ABC (Activity based Costing)** เป็นการประยุกต์บัญชีกับกระบวนการทำงานเข้าด้วยกัน เพื่อค้นดูว่ากระบวนการไหนที่มีการสูญเสียมาก หรือกระบวนการไหนมีต้นทุนสูงจะปรับลดต้นทุนได้อย่างไร

**Upstream : TBL (Triple Bottom Lines)** เป็นการให้บัญชีมาตอบโจทย์ที่ว่า ทำไม่ต้องมีองค์กรของเรา และองค์กรของเรามีความหมายกับโลกใบนี้อย่างไร ผมคิดว่าเราน่าจะประยุกต์การบัญชีอย่างนี้มาใช้กับกระทรวงสาธารณสุขได้แล้ว การบัญชีนี้จะไม่ให้ความสำคัญต่อบุคคลอย่างเดียว หากมันไปที่สามบรรทัดสุดท้ายในการสรุปบัญชี เน้นไปที่ 3 P

- บรรทัดที่ 1 : Planet บริษัททำประโยชน์หรือให้กำไรอะไรกับโลกใบนี้บ้าง เพราะโลกใบนี้อยู่ไม่ได้ บริษัทที่ทำลายธรรมชาติ ทรัพยากร สุดท้ายก็ไม่รอด
- บรรทัดที่ 2 : People บริษัทคืนประโยชน์อะไรให้กับผู้คนบนโลกใบนี้บ้าง หากบริษัทละเลยไม่ใส่ใจ ไม่คืนประโยชน์ให้ผู้คน เอาแต่ได้ สุดท้ายผู้คนก็ไม่ต้องการบริษัท เพราะบริษัทไม่ได้ทำอะไรแก่ผู้คน บริษัทต้องถามตัวเองเสมอว่า ฉันเป็นประโยชน์ให้กับผู้คนได้อย่างไร
- บรรทัดที่ 3 : Profit บริษัทมีผลกำไรเท่าไร แหม่นอนบริษัทต้องมีกำไรเพื่อเติบโตต่อไป แต่ทำไม กำไรมาเป็นบรรทัดสุดท้าย เพราะถ้าไม่มีสองบรรทัดแรก กำไรย่อมไม่เกิด นี่คือแก่นแท้ของการบัญชี

คำถามชวนคิด : เราจะนำ TBL มาประยุกต์ใช้กับกระทรวงเรา และการจัดการด้าน Primary Care อย่างไร

## Strategy

**Downstream : Positioning** เมื่อเราพูดถึง Strategy เรามีตัวเลือกของ Position ของสินค้าหรือบริการของเรา เราตั้งใจว่าเราจะวางตัวแบบไหน เราจะเป็นปฐมภูมิ เราจะเป็นทุติยภูมิ หรือเราจะเป็นเลิศในตลาดเวลาเราพูดถึง positioning อย่างเช่น เมื่อเราพูดถึงสับนุกแก้ว positioning ในยุคแรกคือ ตลาดระดับล่าง ขายถูก ทึบห่อเซย เมื่อสับนุกแก้วจะยกระดับขึ้นไปอยู่ระดับกลาง เขาเปลี่ยนยี่ห้อเป็น parrot gold และเมื่อยกระดับบนอีก ได้เปลี่ยนชื่อเป็น parrot premium ฉะนั้น package ก็จะแตกต่างกันออกไป นี่คือ positioning แต่เป็นการกำหนดผ่านตัวของตัวเอง ไม่ถูกกำหนดผ่านคนใช้ ฉะนั้นถามว่าคนมีเงินเขาจะซื้อ parrot premium หรือไม่ คงไม่ เพราะเขาจะไปซื้อยี่ห้ออื่น ซึ่งตรงนี้เป็นประเด็นว่า หากเรากำหนดตัวเองว่าเราอยากเป็นอะไร แต่ไม่ใช่โจทย์ของคนอื่น แต่คนตัดสินใจคือเราไม่ใช่คนซื้อ มันจะล้มเหลวโดยสิ้นเชิง

**Midstream : Core Competence** ในประเด็นนี้ เรามียุทธศาสตร์ในการส่งเสริม พัฒนาในสิ่งที่เราถนัด ปรากฏว่า สิ่งที่เราถนัดนั้น หากไม่ปรับเปลี่ยนตามกาลเวลา มันจะกลายเป็นของที่ใช้ไม่ได้ ซึ่งมีประสบการณ์เกิดขึ้นกับบริษัทแห่งหนึ่ง บริษัทแห่งนี้ผลิต เสื้อผ้าในยุคสมัยที่รถม้ากำลังรุ่งเรือง บริษัทนี้ลงทุน ผลิตวิจัยไปหลายล้านกับการผลิตเสื้อผ้าที่ใช้งานได้ทนและนาน อันนี้ก็คือ competency “ฉันผลิตเสื้อผ้า ฉันต้องทุ่มทุนผลิตวิจัยเรื่องเสื้อผ้า” พอผลิตภัณฑ์ออกวางตลาดปั๊บ บริษัทเจ๊งทันที เพราะว่า Ford ผลิตรถยนต์ออกมาเป็นครั้งแรกของโลก โลกเคลื่อนจากรถม้ามาเป็น รถยนต์ ทำให้ไม่มีใครใช้รถม้าอีกแล้ว เสื้อผ้าก็ขายไม่ได้ การมุ่งมันเฉพาะ competency โดยไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทก็คือ หายนะขององค์กรในอนาคต เพราะฉะนั้นสิ่งที่เรากำลังมองอยู่ เราต้องมองไปถึง Revolution

**Upstream :** Ba โดย Ba เป็นภาษาญี่ปุ่น คือ การสร้างพื้นที่ ที่อนุญาตให้ความรู้นั้นไหลเวียนเข้ามา โดยไม่เลือกว่าจะมาจากไหน จากใคร จบอะไรมา ให้ความรู้ที่ไหลเข้ามากระทบกัน จนเมื่อถึงความรู้ที่ไม่เคยมีมาก่อนยังเกิดเพราะมีหลายมุมมองมาประกอบกัน ผมคิดว่าการสร้าง Ba สำคัญมากในการทำงาน



Primary Care เราไม่จำกัดว่าจะต้องเป็นความรู้เฉพาะทางการแพทย์เท่านั้น เมื่อเราอยู่ primary care ความรู้ที่มีเกิดขึ้นในชุมชน ความรู้คือภูมิปัญญาของชาวบ้าน ความรู้เรื่องการเกษตร ความรู้ต่างๆ เราเรียกว่าเป็นความรู้ และเมื่อมันเกิดขึ้นที่ไหลเวียนขึ้นมา เราเห็นโอกาสที่มากขึ้น เมื่อเรามีเครื่องมือมากขึ้น เรามี option ในการทำงานมากขึ้น ฉะนั้น สิ่งสำคัญคือ เราต้องสร้างพื้นที่เปิด เมื่อเราทำ PCA เราพูดถึง knowledge ซึ่งอาจจะปรากฏในหมวด 4 เราทำให้เกิด Ba ได้อย่างไร

### Quality

**Downstream : Measuring Results** เมื่อพูดถึงเรื่องของการวัด เราจะวัดว่าผลที่เกิดขึ้นนั้นมีมากน้อยเพียงใด แต่งานของพวกเรเกี่ยวกับชีวิตและความอยู่รอด เมื่อไหร่ก็ตามที่เราวัดที่ปลายเหตุ แสดงว่ามีคนได้รับผลนั้นไปแล้ว ทั้งที่เราควรจะแก้ไขได้ก่อนหน้านั้น ฉะนั้นการวัดที่ปลายเหตุก็เป็นเรื่องที่เหมาะสมที่เราสนับสนุนให้มีระดับเพลิงมากเพื่อป้องกันไฟไหม้ แต่เมื่อเกิดไฟไหม้ขึ้นมา เราวัดว่าอัตราการเกิดไฟไหม้ควรจะน้อยลง แต่ทุกครั้งที่เกิดขึ้น คือ หายนะของคน แต่เราจะหาตัววัดอย่างไรที่จะป้องกันได้ นั่นคือประเด็นสำคัญ

**Midstream : TOM** มุ่งเน้นไปที่ process เชื่อว่า process ดี จะให้ผลดี

**Upstream : Customer experience** เป็นสิ่งที่ดีก่อให้เกิดคุณภาพมากที่สุด การที่คุณทำให้คนพึงพอใจได้ คือ มีคุณภาพ เรียกว่าการบริการที่โดนใจ แต่เราจะมึวิธีการจัดการ อย่งไรที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจ จนไม่สูญเสียหลักการของเรา ซึ่งเป็นสิ่งที่ จำเป็นเพราะหลักการของเราก็มีความสำคัญเช่นกัน

### Leadership

**Downstream : MBO (Management by Objective)** เป็นการตั้งเป้าหมายและทำเพื่อให้ได้เป้าหมาย แต่หากทำไม่ได้ตามเป้าหมายก็จะถูกลงโทษ

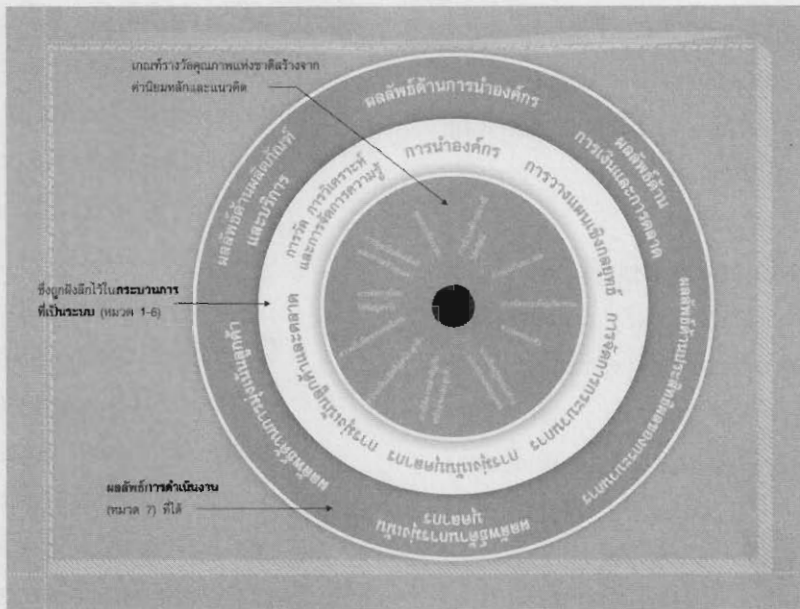
**Midstream : MBWA (Management by walk around)** เปรียบเสมือนกับการเดินรอบๆ องค์กร เพื่อดูว่ามีอะไรผิดปกติหรือไม่ แต่เมื่อองค์กรใหญ่โตและซับซ้อนเราไม่สามารถที่จะดูแลทุกเรื่องในองค์กรได้

**Upstream : Co-inspiring** คือการสร้างแรงบันดาลใจที่จะทำงาน ซึ่งมีเจ้าหน้าที่คนหนึ่งบอกว่าการดูแลคนก็ดูแลให้เหมือนกับดูแลพ่อแม่ของตัวเอง ถ้าเราดูแลพ่อแม่ตัวเอง เราจะมอบสิ่งที่ดีที่สุดให้กับพ่อแม่ตัวเอง ฉะนั้น Quality ที่เป็นเรื่องของ customer experience นั้นก็เพียงแต่ว่า ถ้าเราดูแลคนที่อยู่ตรงหน้าเหมือนกับญาติพี่น้องของตัวเอง คุณจะมอบสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่คุณจะทำได้ ณ ขณะนั้น ซึ่ง Leadership ต้องสร้างให้คนมีแรงบันดาลใจในการทำงาน ซึ่ง inspiration ต่างจาก motivation ซึ่งทั้งสองนี้ส่งผลกระทบไม่เหมือนกัน เอาเงินล่อให้ทำงาน เรียกว่า motivation ไม่มีเงินก็ไม่ทำงาน Inspiration เพื่อคนที่คุณรัก เพื่องานที่ทำให้ชีวิตมีความหมาย คุณจะส่งมอบสิ่งที่ดีที่สุดให้เขา

## การประเมินในระบบ PCA

ย้อนกลับมาที่ แบบประเมิน PCA ดังที่ได้กล่าวไปว่า PCA ประกอบไปด้วยสามส่วน คือ

- Organization profile
- Core value & concept
- Criteria



### เริ่มต้นที่ Core Value และ Core concept

**Organization profile , Core Value และ Core concept** คือ the source ซึ่งเป็นตัวกำหนด criteria ฉะนั้น เวลาเราไปอ่าน criteria ก่อนโดยไม่พยายามทำความเข้าใจกับ Core value & concept เรามักจะบ่นเสมอ ได้ยินเสมอว่า “ถามอะไรนะ ซ้ำไปซ้ำมา” ที่เป็นเช่นนี้เพราะเขาถามหา Core value & concept ว่ายังคงปรากฏอยู่ในเนื้อหาของเราหรือไม่ ถ้าเราเข้าใจ ทำอย่างไรก็ถูก แต่ถ้าเราไม่เข้าใจแล้ว ซ้ำไปทำเรื่อง 7 หมวด (ส่วนใหญ่จะเป็นเช่นนั้นเพราะคุ้นชิน น้อยคนจะรู้ว่า มี Core value & concept) ซึ่งถ้าเป็นอย่างนั้น ทำอย่างไรก็ผิด เพราะเราใช้มันเป็นเกณฑ์ ไม่ใช่เป็น mean เพราะ criteria เหล่านี้คือ เครื่องมือ แต่ไม่ใช่เป้าหมาย สิ่งสำคัญที่สุดเวลาเราทำเรื่องนี้คือ Organization profile กับเรื่อง Core Value & concept ซึ่ง Organization profile สำคัญตรงที่ว่าเราเป็นใคร ทำอะไร แต่สิ่งสำคัญกว่านั้น คือ เราอยู่ในบริบทสิ่งแวดล้อมแบบไหน เพราะมันจะมีตัวกำหนดที่ทำงานของเรา เรามีบริบทอย่างนี้ เรามีวิธีการทำงานเช่นนี้

ตอนท้ายนี้ขอฝากให้แก่พวกเราทุกคน  
อย่าหลงลืมอะไรบางอย่างที่สำคัญไป

- **เราเป็นข้าราชการ** เป้าหมายของเราก็คือการมุ่งเน้นพันธกิจมากกว่าวิสัยทัศน์ เพราะพันธกิจคือสิ่งที่ทำให้เราก่อกำเนิดองค์กรที่เป็น non-profit ที่เป็น องค์กรภาครัฐ ถูกสร้างมาเพื่อตอบพันธกิจ หากมันไม่ทำภารกิจของตัวเอง ก็ไม่มีความจำเป็นที่ต้องมีองค์กรนี้อยู่ และภารกิจที่รัฐมอบหมายให้ทำ เราไม่ทำแล้วใครจะทำ
- **เราเป็นอุตสาหกรรมบริการ** เราไม่ใช่อุตสาหกรรมการผลิต เราไม่ใช่โรงงานอุตสาหกรรม สิ่งที่อุตสาหกรรมบริการแตกต่างจากอุตสาหกรรมการผลิตก็คือ หัวใจของการอุตสาหกรรมการผลิต คือ เครื่องจักร หัวใจสำคัญของเครื่องจักรในการผลิตคือ การทำซ้ำ แต่หัวใจของการบริการคือ เรื่องของคน ตัวจักรสำคัญคือหัวใจของผู้ให้บริการ สิ่งสำคัญคือ ผู้ให้บริการสามารถปรับเปลี่ยน ตอบสนองตามความต้องการของผู้รับบริการได้มากน้อยเพียงใด
- **เมื่อเราล้มใครบางคน คนเหล่านั้นจะถูกทอดทิ้ง** พวกเขาอยู่ รพ.สต. ความจริงแล้วเราอยู่ต้นทาง เราเป็นต้นเรื่องของ การดูแลแทบทุกเรื่อง หากเราเข้าใจเรื่องนี้ เราจะมีความภูมิใจใน

สิ่งที่เราทำ ถ้าเราไม่ใช่จุดกำเนิดของทุกสรรพสิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาพยาบาลที่ต่อท่อไป เราก็จะรู้สึกว่ามันทำงานที่ไม่มีคุณค่า แต่จริงๆ แล้วไม่ใช่เช่นนั้น เราเป็นจุดเริ่มต้นของทุกอย่าง เราเป็น upstream เมื่อไหร่ก็ตามที่พี่น้องทุกคนที่อยู่ รพ.สต. ทำล้มใครบางคนที่ทำดูแล คนนั้นจะถูกทอดทิ้ง เพราะว่าไม่มีใครอีกแล้วที่จะเห็นเขา นอกจากท่าน ยกเว้นรายการวงเวียนชีวิต อันนี้คือความสำคัญ เพราะถ้าเราไปแบ่งคนออกเป็นกลุ่มโรค กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ ต้องยอมรับอย่างนี้ว่า ชีวิตคนแบ่งเป็นกลุ่มนั้นกลุ่มนี้ได้ไม่ชัดเจน ชีวิตคนเป็นพลวัต หากการแบ่งทำให้เราละเลย คนบางคนที่ไม่เข้าพวก เข้าไปในกลุ่มที่เราตั้งขึ้นได้ จะทำให้เราละเลยเขาไป ฉะนั้นสายตาของเราต้องมองให้เห็นผู้คนจริงๆ ไม่ใช่เป็นกลุ่มคน ฉะนั้น PCA จึงเน้นเรื่อง Human center เรื่อง People center คือเน้นคน สิ่งที่เราเห็นเพิ่มคือ สุขภาวะกำเนิด (Salutogenesis) ตลอดเวลาที่ผ่านมา เราเน้นเรื่องของพยาธิสภาพกำเนิด (Pathogenesis) การแบ่งกลุ่มคนที่ดูแล เราก็แบ่งตามพยาธิสภาพกำเนิด ถึงเวลาที่เราจะเปิดสายตาของเรามองหาเหตุที่ทำให้คนที่เราดูแลมี สุขภาพ สุข และทุกๆ คน ควรจะได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี

## เช่นนี้แล้ว เราจะประเมิน PCA อย่างไร

การประเมิน PCA ในเบื้องต้นจะดูว่าการดูแลผู้คนของเราเข้าใกล้ Upstream หรือ source ของงานเราแค่ไหน โดยประเมินจาก

1. ระดับความสัมพันธ์ของเรากับคนที่เราดูแล
2. ลักษณะองค์กร
3. ดุลยภาพเมื่อเทียบกับ หลักการสำคัญ 6 ประการของสุขภาพ

### 1. ระดับความสัมพันธ์ของเรากับคนที่เราดูแล

#### 4 Level of the Patient - Physician Relationship

มีนักคิดคนหนึ่งไปทำการวิจัยเรื่องการดูแลคนในระบบสาธารณสุข นักคิดคนนั้นคือ Otto Scharmer เป็นคนเยอรมัน ไปทำวิจัยในโรงพยาบาล สัมภาษณ์ หมอ คนไข้ และผู้มีส่วนร่วม ได้ทำการวิจัยถึงระดับของการดูแลที่ หมอ คนไข้ ญาติ ต้องการ เขาได้แยกมาเป็น 4 ระดับ

| 4 LEVEL OF THE PATIENT-<br>PHYSICIAN RELATIONSHIP |                |               |
|---|----------------|---------------|
| ผู้ป่วย   | เหตุ           | หมอ           |
| ซ่อมฉันทน่อย                                      | ชำรุด, บกพร่อง | ช่างซ่อม      |
| บ้ำบัด  | พฤติกรรม       | ครู, นักเทศน์ |
| การสะท้อน   | กรอบคิด        | โค้ช          |
| การเปลี่ยนตัวตน                                   | อัตตา          | ผดุงครรภ์     |

- ในระดับแรก เหตุที่ทำให้คนไข้มาหาเราคือ เรื่องของการชำรุด บกพร่อง จากการเจ็บป่วย สิ่งที่คนไข้ต้องการคือ “ซ่อมฉันทน่อย” หรือรักษานั่นเอง สิ่งที่เราที่กำลังแสดงบทบาทคือการเป็นหมอ
- โรคที่เกิดขึ้นบนโลกนี้ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม 80 - 90 % เมื่อเราพบพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสม เราทำพฤติกรรมบ้ำบัด พวกเราแสดงบทบาทเป็นครู หรือ นักเทศน์ เป็นครูที่อยากจะสอนในเรื่องที่ตัวเองอยากสอน เหมือนกับการที่พวกเราเตรียมการสอนมา “คนไข้คะ วันนี้ดิฉันขอแนะนำการดูแลเท้า” คนไข้บอกว่า “หมอๆ แงงหน่อไม้เนาะ กินได้รึเปล่า” “วันนี้เราสอนเรื่องเท้าคะ ถ้าอยากฟังเรื่องกิน ให้มาครวหน้า” แต่ครวหน้าก็สอนเรื่องอื่นอีก “ตกลงเรื่องกินของเราไม่สำคัญก็แล้วไป ไม่ถามแล้ว”



- ตอนที่เป็นนักเทศน์แล้วไม่สามารถแก้ไขพฤติกรรมได้เพราะ **พฤติกรรมนั้นก่อเกิดมาจากกรอบความคิดและความเชื่อของคุณ** พวกเราทั้งหมดมีกรอบความคิดและความเชื่อที่ยึดมั่นถือมั่น พฤติกรรมเป็นสิ่งที่สะท้อนเกิดจากส่วนลึก คือ ความคิดและความเชื่อ ต้องอาศัยการสะท้อนให้เห็นตัวเอง คนเราทุกวันนี้ตื่นเข้ามาดูกระจก บางคนก็ดูเพื่อปลงตัวเอง บางคนก็ดูเพื่อชื่นชมตัวเอง แต่ทุกคนเมื่อเห็นสิ่งผิดปกติบนหน้าตัวเอง ทุกคนจะหาทางแก้ไขเอง

ในการเปลี่ยนกรอบความคิด ต้องอาศัยการสะท้อนของโค้ช เพราะบางทีบอกอะไรก็ไม่ฟัง ยกตัวอย่างเช่น บางคนเชื่อเรื่องของการทำงานแบบมี productivity ผมเคยเจออยู่คนหนึ่ง เขาบอกว่า “หนูหงุดหงิดอาจารย์มากเลย อาจารย์ช่างทำเรื่องอะไรที่ไม่มี productivity เช่น อาจารย์จับกาแฟจิบน้ำชา หนูไม่ทำอย่างนั้น เพราะว่าทำไปแล้วไม่ productivity” ซึ่งชีวิตของคนๆ นี้ 7 โมงครึ่งต้องออกจากบ้านแล้ว

เมื่อเห็นสามีทำงานเอกชน นอนเอกเซนกอยู่ แต่ด้วยความตรงต่อเวลาก็จะเรียกทุกคนออกจากบ้าน หึ่งๆ ที่ไม่จำเป็น แต่เขารู้สึกว่า

คนอื่นทำอะไรที่ไม่มี productivity แล้วอย่างนี้เราจะบอกเขาได้หรือไม่ว่า “เปลี่ยนชีวิตหน่อยนะ อย่างนั้นมันเร็วไปหน่อย” เขาคงไม่เชื่อเรา แต่เราต้องค่อยๆ ให้เขาเห็นตัวเองว่าสิ่งที่เขากระทำ เขากำลังทุกข์อยู่ทุกวันนี้ ทุกข์เพราะอะไร ต้องฟังเขาเล่าชีวิตของตัวเอง แล้วเขาก็จะเห็นว่าเขาใช้ชีวิตอย่างไร แล้วเขาจะมีทางเลือกเอง

- กรอบความคิดมีต้นกำเนิดอยู่ที่ตัวตนที่อึดตา อึดตาตัวตนของเรามันใหญ่ใหญ่จนกระทั่งเรามองไม่เห็น เพราะมันใหญ่มาก แต่ถามว่าต้องเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เพียงแค่เราเห็นว่าเราทุกข์ทำไมตอนที่เราไม่ได้เป็นเลิศ เราทุกข์เพราะอะไรเราต้องไปดู ในชีวิตจริงของคนเรา ไม่มีใครเป็นเบอร์หนึ่งทุกเรื่อง เราทุกข์ทำไม เราเห็นไหมว่า ทุกข์ทำไม แล้วค่อยจัดการกับตัวเอง เมื่อเราเห็นเราจะเปลี่ยนแปลงตัวเอง และการเปลี่ยนแปลงตัวเอง พวกเราที่อยู่ในฐานะเป็นคนดูแล เราจะแสดงบทบาทเป็นผดุงครรภ์ ไม่มีกระบวนการไหนในกระบวนการทางการแพทย์ที่คนไข้พึ่งพาตัวเองได้เท่ากับการคลอดอีกแล้ว เราได้แต่เฝ้าดูและคอยช่วยเหลืออยู่ด้านข้าง ให้กระบวนการคลอดดำเนินไปตามครรลองของมัน ในชีวิตคนเรา การเปลี่ยนแปลงตัวตนครั้งสำคัญที่สุดครั้งแรกก็คือตอนคลอด เปลี่ยนแปลงจากหน้ามือเป็นหลังมือคือตอนคลอด เปลี่ยนจากการหายใจทางสะดือมาหายใจ

ใจทางจุมก มนุษย์เกิดมาพร้อมความเปลี่ยนแปลง แต่เราไปจำกัดตัวเรา บังคับไม่ให้โลกใบนี้เปลี่ยนแปลงได้อย่างไร เพราะโลกมันเปลี่ยน ตัวเราก็ต้องเปลี่ยน เพราะฉะนั้นการที่เรายอมไม่เปลี่ยนแปลงอัตโนมัติ เราก็จะทุกข์ เพราะว่าเมื่อเราเคยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เราเคยเป็น สิ่งที่เราเคยมี แล้วเราไม่มี เราไม่เป็นเช่นนั้น เราใช้ไม่ได้ เราจะรู้สึกทุกข์ เพราะจะทำให้ตัวเองลดความสำคัญลง ใหม่ๆ ที่ตัวเองมีความสำคัญอยู่แล้วสำหรับใครบางคน

## 2. ลักษณะองค์กร

### ซึ่งพิจารณาจากลักษณะการพัฒนาระบบสาธารณสุข

Four Evolutionary Stages of Modern Health Care Systems

องค์กรมี 4 ระดับ ตาม 4 ระดับของการรักษาคือ

#### องค์กรสุขภาพ 4 ระดับ

Institutional Care  
Managed Care  
Integrative Care  
Integral Health

|                                       | <i>Institutional Care</i>                     | <i>Managed Care</i>                                   | <i>Integrative Care</i>                     | <i>Integral Health</i>                                 |
|---------------------------------------|---|---|---|--|
| <b>Organizing paradigm</b>            | System centered                               | Outcome centered                                      | Patient centered                            | Human centered   |
| <b>Patient-physician relationship</b> | Level 1                                       | Levels 1-2  | Levels 1-3                                  | Levels 1-4   |
| <b>Key axis</b>                       | Functional (institutional structure)          | Medical pathways (core process)                       | Patient pathway (patient-system interface)  | Biographical journey                                   |
| <b>Innovation mechanism</b>           | Intra-institutional, functional effectiveness | Outcome driven, cross-institutional, cross-functional | Patient centered, cross-institutional       | Human centered, metainstitutional                      |
|                                       | Pathogenesis                                  | Pathogenesis  | Pathogenesis                                | Salutogenesis  |
|                                       |   | DRG, DMP, TQC   | New emergency care control center           |  |
| <b>Coordination mechanism</b>         | Hierarchy command                             | Market price  | Dialogue: mutual adaptation                 | Presence: seeing from the whole                        |
| <b>Infrastructure</b>                 | Social legislation (Bismark)                  | Rules, norms to make the market mechanism work        | Infrastructures for learning and innovation | Infrastructures for seeing in the context of the whole |

From Theory U by C. Otto Scharmer

องค์กรระดับแรก เป็น **Institutional Care** คือ องค์กรแบบราชการ สนใจในเรื่องของตนเองเป็นหลัก **System Center** ระบบของฉัน จะจัดการคนอย่างไรไม่ให้ความสำคัญขัดแย้ง แต่ไม่สนใจว่าโลกภายนอกจะเป็นอย่างไร ฉันต้องการจัดการตัวเองก่อน

**Managed Care** เราก็พบว่า การที่เราไม่สนใจโลกข้างนอก กระทับกับตัวเอง เพราะว่าเมื่อคุณไม่สนใจโลก โลกไม่สนใจคุณ แต่คุณต้องการให้โลกสนใจ คุณก็ต้องปรับตัว คุณก็ใช้เครื่องมือของการจัดการเป็น Outcome center เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์บางอย่าง พวกเราก็ decentralize ออก เพื่อทำให้จัดการได้

**Integrative Care** คือเรื่องของ **patient center** เรื่องของการเป็น **Networking patient center** ไม่ใช่ที่เราดูเฉพาะปฐมภูมิ แต่เราสามารถสร้างเครือข่ายตั้งแต่ชุมชนที่เราไปถึงปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ถึงตติยภูมิ และระดับสูง เป็น Networking เพื่อดูแลคนไข้ 1 คน ไม่ใช่ดูแลเฉพาะโรคที่เราถนัด ฉะนั้นองค์กรเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อเราสามารถก้าวข้ามรั้วของตัวเอง เมื่อไหร่ก็ตามที่ทำอยู่และเป็นเรื่องเฉพาะรั้วของตัวเอง ยังพัฒนาแต่เรื่องของตัวเอง ก็ไม่ใช่เรื่อง PCA เมื่อไหร่ก็ตามที่เราหลายรั้วของเรา และทำให้เป็นเนื้อเดียวกันระบบ กับสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เราจะ

เรียกว่านั่นคือก้าวแรกที่เริ่มเข้าสู่เรื่อง Primary Care นั่นคือการที่เราวิวัฒน์ไปสู่องค์กรระดับที่สี่

**Integral Health** ในองค์กรระดับนี้ เราเน้นไปที่ Human Center เราจะต้องรักษาผู้ป่วยโดยไม่มีศักดิ์ ไม่มี ความแตกต่าง เราไม่มีระดับสูงกว่า เราเป็นคนแบบเดียวกัน ในขณะที่เราเชี่ยวชาญเรื่องการยับยั้ง แต่เราไม่เชี่ยวชาญด้านการตัดผม เราจึงต้องพึ่งพาคนอื่น ซึ่งไม่ได้แปลว่าเราเหนือกว่า หรือการยับยั้งเหนือกว่าการตัดผม มันเป็นอันเดียวกัน คือเป็นระบบนิเวศน์ เราที่ไปอยู่ในชุมชนนั้นเป็นระบบนิเวศน์ การที่เราคิดถึงแต่ตัวเอง ในระดับที่ 1 ทำให้เราไม่สนใจสภาพแวดล้อมนอกจากตัวเอง เราจะเปรียบเหมือนกับมะเร็ง (เซลล์ในร่างกายที่สนใจแต่เรื่องของมันแล้วขยายตัวมันไปเรื่อยๆ) เพราะฉะนั้นเมื่อคุณอยู่ในพื้นที่ คุณคิดถึงแต่เรื่องของตัวเอง คุณกำลังเป็นมะเร็งของชุมชน แต่เมื่อคุณกลมกลืนและไหลลื่นไปกับพลวัตของชุมชน คุณก็จะเป็นหนึ่งเดียวกับชุมชน

เพื่อทำความเข้าใจอย่างง่ายๆ ในเรื่องใหม่อย่างเรื่องลักษณะองค์กรนี้ ขอยกตัวอย่างในแกนหลักขององค์กรแต่ละระดับ เปรียบเทียบกันให้เห็นพอประมาณ โฉมงาม **ความสัมพันธ์ระหว่างคนดูแลกับผู้ถูกดูแล**

#### *Institutional care*

ดูแลเรื่องรักษาเพียงอย่างเดียว มีแค่ Level I

#### *Managed Care*

เริ่มดูแลใน Level I และ II

#### *Integrative Car*

คือ เรื่องของการดูแล I - III ดูแลในระดับที่เราเป็น coach ในการที่จะสะท้อนด้วย

#### *Integral Health*

ดูแลในระดับ I - IV

ความสัมพันธ์ระดับ 1 - 4 ไม่ได้แปลว่าแบบที่ 4 สำคัญกว่าแบบที่ 1 ทุกอย่างมีความสำคัญแต่ถ้าประกอบกันคือ ความสมบูรณ์ของการดูแลมนุษย์

เหล่านี้คือองค์กรที่เมื่อเราดูจะดูว่าทำ PCA แล้วตัวองค์กรต้องเปลี่ยนด้วย ถ้าตัวองค์กรเปลี่ยนมาถึง Integral Health แสดงว่าพวกเรากำลังทำงานนี้อย่างชัดเจน แต่ถ้าไม่ใช่ เราก็คงจะทำเรื่องที่ถนัดก่อน ขณะนี้เรากำลังแก้ไขปัญหาเรื่องนี้ เมื่อเราแก้ได้ เราขอขยับขึ้นได้หรือไม่ ฉะนั้นพวกเรา 1 คน การพัฒนาทั้งหมดคือการเดินทางทั้งหมด ฉะนั้นเป็นไปได้ที่จะประกาศว่าขอรับรอง PCA ภายใน 1 ปี เพราะมันไม่ใช่เรื่องของ paper แต่เป็นเรื่องของชีวิตต่อชีวิต และการพัฒนาที่หมุนเวียนเป็นเกลียวต่อเนื่องกันไป

### แกนหลักสำคัญ key axis

*Institutional Care* คือ Functional ของตัวเอง “ฉันทำอะไรได้บ้าง” “ฉันสนใจเรื่องอะไรบ้าง” “ฉันจะขยายอะไรบ้าง” คือ สนใจแต่เรื่องตัวเอง

*Managed Care* เราจะใช้ Medical pathway เราใช้ CPG

*Integrative Care* เรานึกถึง patient pathway เป็น patient - system interface เมื่อคนไข้เข้ามาจะไม่ถูกแยกว่าเป็นอะไร แต่จะถูกกระทำเป็นคนไข้ 1 คน ต้องผ่านอะไร เขาต้องการอะไร เราจะหาให้เขาได้อย่างไร ดูแลเขาได้อย่างไร จุดเริ่มต้นของกระบวนการทำงาน เราเริ่มจากสิ่งที่คนไข้ต้องการและจำเป็นต้องได้รับ แต่ถ้าเป็น medical pathway คือ เริ่มต้นอยู่ว่า เราจำแนกว่าเขาเป็นใคร แล้วจึงเริ่มต้นกระบวนการ

*Integral Health* การดูแลผู้คนระหว่างเรากับเขา จะกลายเป็นการเดินทางในชีวิตของเราด้วยกันของเขา ในที่นี้ เราจะใช้ Biographical journal ซึ่งก็คือ การเขียนอัตชีวประวัติร่วมกันระหว่างคนดูแลและผู้ถูกดูแล ในวาระเขียนที่ถูกเปลี่ยนเป็น Biographical journal ไม่ได้มีแค่เรื่องของคนไข้ แต่มีเรื่องของหมอของพยาบาล ความรู้สึกความเห็นอยู่ด้วยกัน เคยนี้สงสัยหรือไม่ว่า หากเราเจอกันในบทบาทที่ไม่ใช่หมอและคนไข้ เรารู้จักกับใครบางคนประมาณหนึ่ง แม้เราอาจจะไม่ค่อยเห็นคนๆ นั้นบ่อย แต่เราอาจจะเป็นเพื่อนกัน แต่เมื่อคนไข้อยู่ใน ward ตั้งครึ่งปีแล้ว พยาบาล คนไข้ และหมอ ไม่เป็นเพื่อนกับคนไข้กันเลย เพราะเราคิดแต่ว่าเราจะรักษา แต่เราไม่เคยคิดเลยว่าชีวิตของคน เราใช้ชีวิตร่วมกับคนที่อยู่ข้างหน้าเรา ฉะนั้นพอเราอยู่ใน รพ.สต. ชีวิตของคนๆ ที่เดินมาหาเรากับชีวิตของเรา มันคือเรื่องเดียวกัน มันคืออันหนึ่งอันเดียวกัน ถ้าเราเข้าใจเรื่องนี้ได้ ตัวของเราจะเปลี่ยนพร้อมๆ กับคนไข้ที่เปลี่ยน อันนี้คือเรื่องของ Primary Care เพราะไม่ใช่แต่คนไข้เท่านั้นที่เปลี่ยน ตัวเราก็เปลี่ยน ฉะนั้นหากมองว่าเป็นการใช้ชีวิตร่วมกันก็จะทำให้เปลี่ยนวิถีคิด วิธียอมรับได้

### กลไกการพัฒนา

*Institutional Care* จะสนใจในเรื่องของ Effectiveness สนใจเรื่องประสิทธิภาพ

*Managed Care* หากใช้เรื่องเหล่านี้ คือ DRG, TQC, Outcome driven เป็นกลไกในการพัฒนาเราก็ตอบได้ว่า เราเป็น Managed Care



*Integrative care : Cross - Institutional*  
คือ ดูแลร่วมกันหมดตั้งแต่ปฐมภูมิ เมื่อมีคนไข้  
เข้ามาหาเรา เขามีความจำเป็นต้องการอะไร เขาต้อง  
อยู่ในกลุ่มที่เราต้องดูแล

*Integral Health* เน้นไปที่ Human  
center ชีวิตผู้คน คักดีศรีความเป็นมนุษย์ ต้อง  
ไม่ถูกทำลายหรือลดความสำคัญในการดูแลของเขา  
จุดที่เป็นกลไกในการพัฒนา คือ Salutogenesis  
ซึ่งมาจากคำว่า salute เป็นภาษากรีก แปลว่า  
Health และ genesis แปลว่าก่อเกิด เมื่อรวมกัน  
แล้ว สิ่งที่น่าสนใจมากที่สุดคือ สนใจสุขภาพจะกำเนิด  
ปัจจัยใดที่ทำให้คนมีความสุข ขณะเดียวกัน ขณะนี้  
เรากำลังพูดถึงว่า ปัจจัยใดที่ทำให้คนเป็นโรค แต่  
เมื่อเป็น Primary Care คุณต้องสนใจปัจจัยที่ทำให้  
ให้เกิดความสุข ถ้าไม่เช่นนั้น คนไข้ที่เป็น  
palliative care เราจะไม่สามารถค้นหา ทำให้เขา  
มีสุขภาพที่ดีท่ามกลางความเป็นโรคได้ บางทีเมื่อ  
เราเริ่มมองหาปัจจัยที่ทำให้คนเกิดความสุข เราจะ  
เปลี่ยนวิธีมองและ กลไกที่เราใช้ไปเอง

### 3. คู่มือลัพท์ เมื่อเกี่ยวกับหลัก การสำคัญ 6 ประการ

#### Six Principle of Health หลักการ สำคัญทั้งหกของสุขภาพ

**Individuality** ในการจะวัดผลลัพธ์

พวกเราเคารพ  
ความเป็น  
ปัจเจกของผู้รับ  
บริการหรือไม่  
เราสามารถออก  
แบบสิ่งที่ตอบ  
สนองความเป็น

ปัจเจกของแต่ละคนที่มารับบริการได้หรือไม่ เพราะ  
แต่ละคนที่มารับบริการมีความชอบพอ และมีความ  
ต้องการที่แตกต่างกัน

**Personal responsibility** เราสามารถ  
เพิ่มความสามารถในการรับผิดชอบตัวเองได้มาก  
น้อยแค่ไหน การกินยาของคนไข้ขึ้นกับ personal  
responsibility ไม่ได้ขึ้นกับว่าหมอแ่งแค่ไหน แต่  
ขึ้นอยู่กับคนไข้กินยาตรงตามที่หมอสั่งหรือไม่  
คนไข้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในรูปแบบที่เหมาะสม  
อย่างมีวินัยของตัวเองได้หรือไม่

**Full knowledge and information**  
เราสามารถมอบความรู้ สารสนเทศ เต็มที่พอที่เขา  
จะสามารถตัดสินใจเองได้หรือไม่

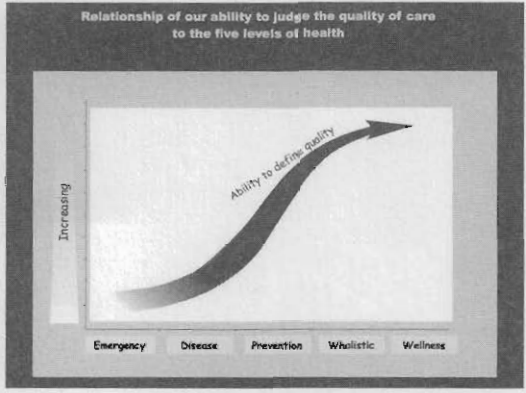
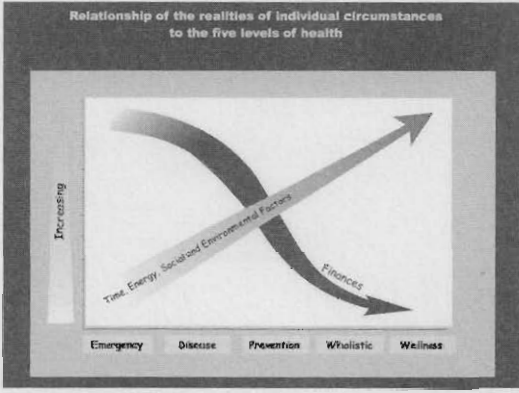
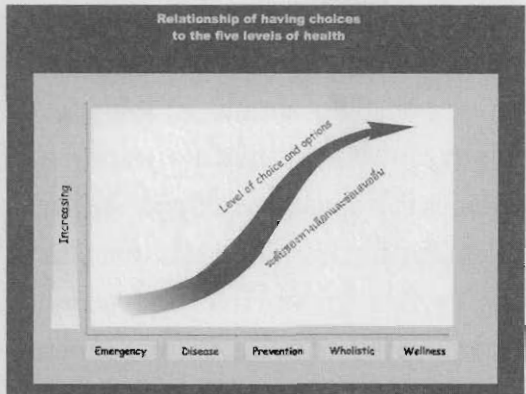
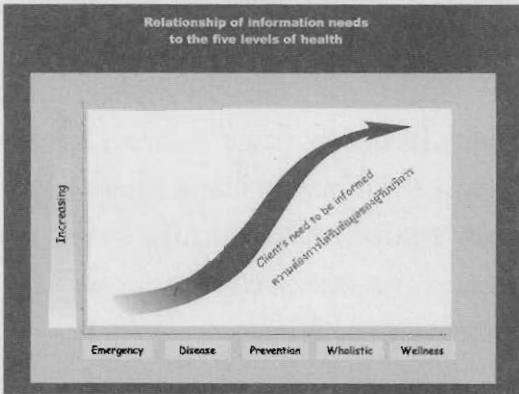
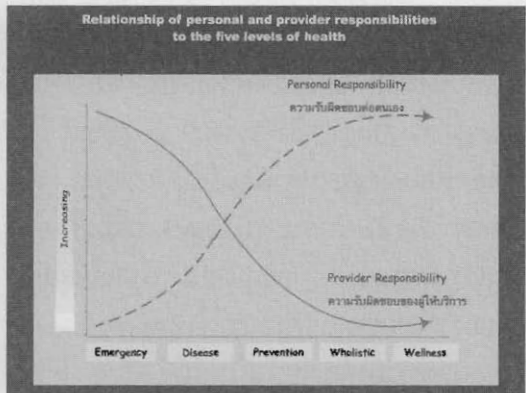
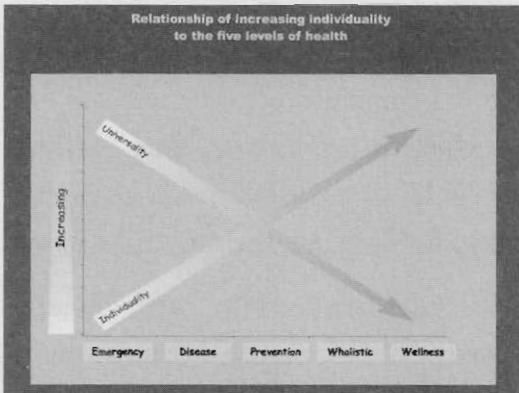
**Creative choice** เราสามารถมี choice  
มากกว่า 2 ได้หรือไม่ โดยเฉพาะคนไข้เบาหวาน  
หากเรามีข้อจำกัดของการรักษามากเท่าไร  
การรักษาของเราจะมีปัญหามากเท่านั้น เช่น  
การรักษาคนไข้ที่อยู่ในตลาด เป็นแม่ค้าขายของใน  
ตลาด ซึ่งเขามีวงจรชีวิตไม่ปกติเหมือนเรา รวมถึง  
พระ หากท่านเป็นเบาหวาน ซึ่งปกติคนไข้ต้องกิน  
ยา 3 เวลาหลังอาหาร แต่จริงๆ พระท่านฉันอาหาร  
แค่ 2 มื้อ ดังนั้นเราต้องมี option และ option  
ที่เราเลือก จะต้องขึ้นอยู่กับสิ่งที่เราเห็นจริงในชีวิต  
ของคนที่เราดูแล กับความรู้ที่เรามี และความต้องการ  
การของคนที่เราดูแล

**Self - definition of quality** การกำหนด  
นิยามคุณภาพด้วยตัวเอง สุดยอดของ PCA คือ  
ชาวบ้านเขามาดูตรงวัลให้คุณว่าคุณคือสุดยอด  
ของการให้บริการ อันนี้ไม่ต้องรอรางวัลจากไหน  
ชาวบ้านเขาจะติดตามให้คุณเอง ถ้าคุณทำได้ คุณจะ  
ได้รับการชื่นชมทุกวัน ฉะนั้น การกำหนดคุณภาพ

บริการ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่า เรามีป้ายหรือไม่มีป้าย แต่ขึ้นอยู่กับ ขณะที่เขามารับบริการที่เรา คนไข้เขาพึงพอใจหรือไม่

**Acceptance of reality** การเข้าใจยอมรับความเป็นจริงว่า จริงๆ แล้ว ในฐานะที่เราเป็นอย่างนี้ เราได้ทำงานอย่างเหมาะสมที่สุด ณ ขณะที่เรามีความขาดแคลน เมื่อคนไข้ยอมรับเราก็ต้องยอมรับด้วย เพื่อให้เห็นภาพว่าหลักการสำคัญหกประการ สัมพันธ์กับระดับการรักษาอย่างไร ขอให้ดูรูปต่อไป

นี้



หากเรามีการวางแผนการให้บริการที่เหมาะสมกับปัจเจกมากเท่าไร แสดงว่าเราเข้าใจ wellness เพราะเราได้มีการออกแบบตามความต้องการของบุคคล ความเป็น individual จะสูงมากขึ้นเมื่อคุณดูแลในระดับของ wellness แต่ความเป็น individual ลดลง เมื่อคุณทำแบบเหมาโหล มี standard เดียวสำหรับทุกคน ทำกระบวนการเดียวกันในทุกพื้นที่ ความเป็นปัจเจกบุคคลหายไป ไม่สนใจความเป็นอัตลักษณ์ของชุมชน สนใจแต่สิ่งที่เราจะทำกับชุมชน ซึ่งอัตลักษณ์ของชุมชนสำคัญมากในการดูแลคน เวลาเรา check เราสามารถ check ได้ง่ายๆ ว่าคนไข้ดูแลตนเองได้มากขึ้นหรือไม่ ถ้าคนไข้ดูแลตนเองได้มากขึ้น แสดงว่าเราเข้าใจ wellness ตราบใดที่เรายังต้องไปนั่งเฝ้าคนไข้ “กินยาให้ดูหน่อยซี” เราไม่เข้าใจอะไรเลย responsibility คนไข้จะหายไปเพราะเขาจะกลายเป็นต้องมาพึ่งพาเรา ความเข้มแข็งเขาจะหายไป ความต้องการได้ข้อมูลของคนไข้ก็จะมากขึ้นไปตามระดับของ wellness ยิ่งได้ข้อมูลมาก เขาก็ยิ่งจะเอาไปใช้มาก แต่ตอนที่เรามีภาวะฉุกเฉินเราจะไม่ให้ข้อมูลเขา มาก แต่เราต้องรักษาคนไข้ให้เร็วที่สุด ฉะนั้นในเรื่องของการรักษาจะบอกเองว่าอันไหนสูง อันไหนต่ำ ถ้าเป็น emergency บทบาทของเราต้องเหนือกว่าคนไข้ แต่เมื่อเป็นเรื่องของ wellness จะมี

choice มาก  
มาย

การ define quality เมื่อเป็นการรักษาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์การแพทย์มากๆ คนไข้ อาจจะไม่สามารถบอกได้ว่าการรักษานั้นมีคุณภาพมากน้อยเพียงใด แต่เมื่อไหร่ก็ตามที่เราแนะนำเกี่ยวกับชีวิตของเขา เขาจะตอบได้ว่าใช่หรือไม่ใช่

เมื่อไหร่ก็ตามที่เรากังวลกับเรื่อง emergency เรื่องของ illness เราจะใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากแน่นอน แต่เมื่อไหร่ก็ตามที่เราเข้าใจ prevention wholistic wellness สิ่งที่เราใช้ก็คือเวลา เวลาที่เราจะมอบให้คนที่อยู่ตรงหน้าเรา ปัจจัย สภาพแวดล้อมที่เราต้องดูแล เรื่องของสังคมที่เราต้องดูแลจะช่วยให้เราในการเยียวยาผู้คน

ในการประเมิน PCA ก็จะประเมินโดยดูสามส่วนนี้เป็นหลัก เพื่อจะได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ซึ่งสามส่วนที่วันนี้คือ การแปลง Core value & concept ออกมา เพื่อให้เห็นเป็นรูปธรรมว่าการพัฒนา Primary Care นั้น ควรพัฒนาไปในทิศทางใด ยิ่งพัฒนายิ่งใกล้ Wellness หรือยิ่งพัฒนา ยิ่งทำให้ทุกซ์มากขึ้นทั้งคนดูแลและผู้ถูกดูแล อย่าเพิ่งกังวลกับการประเมิน ถ้าเราค้นหา Source งานของเราเจอ เราจะพบหนทางที่นำไปสู่การสร้างสุขภาวะให้ผู้คนเอง

## บทบาทของส่วนงานแต่ละระดับในกระบวนการ พัฒนาคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

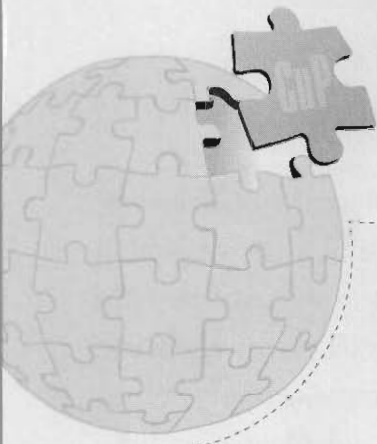
- บทบาท และการจัดการที่ระดับจังหวัด
- บทบาทการจัดการที่ระดับอำเภอและตำบล





အကျဉ်းချုပ်ဖော်ပြချက်နှင့် အကျဉ်းချုပ်ဖော်ပြချက်  
ပြုစုပေးရန် အကြံပေးချက်များ

- အကျဉ်းချုပ်ဖော်ပြချက် ပြုစုပေးရန်
- အကျဉ်းချုပ်ဖော်ပြချက် ပြုစုပေးရန်



## ความสมดุลของสองขา : ระบบ บริการและการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง

ประนอม พาณิช : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย มีทุนเดิมคือ “การพัฒนาวิธิตัดและการปรับมุมมองที่เกี่ยวกับเรื่องภาคประชาชน” ตั้งแต่ปี 2541 - 2542 เนื่องจากในขณะนั้นผู้รับผิดชอบงานภาคประชาชนเห็นว่า เมื่อพัฒนางานไปแล้วระยะหนึ่ง กลับทำให้คนติดกับเครื่องมือ คือ เมื่อมีการอบรมและพัฒนาเทคนิคต่างๆ กลายเป็นว่าเจ้าหน้าที่ติดเทคนิคและนำไปขยายต่อไม่ได้ และมีเจ้าหน้าที่กลุ่มหนึ่งเห็นว่า “ยิ่งทำ ยิ่งเยอะ ยิ่งไม่ได้ผล” ทำให้ไปก็เหมือนกับว่า งานเยอะเพิ่มขึ้น แต่ประชาชนก็ไม่ได้อะไร ซึ่งตรงนี้ เราก็ผ่านการเรียนรู้ด้วยการลงมือทำ เราจะให้ความสำคัญกับการลงมือทำ และมีภักษามิตรมาช่วยให้มุมมองกับพวกเรา คือ อาจารย์ณเรศ สงเคราะห์สุข ซึ่งทุกคนจะได้เรียนรู้ด้วยการลงมือทำ มีการแลกเปลี่ยนและยกระดับความคิด ซึ่งทำให้เชียงรายมีกลุ่มที่สามารถประยุกต์และปรับงานที่เข้ามาได้

สำหรับตัวเองมาอยู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและรับผิดชอบงานนี้ประมาณ 3 ปี โดยทำงาน PCA อยู่ในกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพซึ่งมีงานภาคประชาชน เราก็ได้ทำงานและต่อยอดร่วมกัน เรามองว่าเป็นจุดๆ หนึ่งที่ทำอะไรที่เราจะสามารถบูรณาการงานได้ เพราะเราอยู่ในส่วนจังหวัด เมื่อลงไปเยี่ยมในพื้นที่ พื้นที่ทำงานค่อนข้างเยอะ และแม้แต่การประเมินก็มีการประเมินแบบ check list

ในปี 2553 มีเรื่อง PCA (Primary Care Award) เข้ามา จึงได้ศึกษาทำความเข้าใจและมีโอกาสได้เข้ามาเรียนรู้กับทีม สฟช. โดยจังหวัดเชียงรายมี CUP (Contracting Unit for Primary Care) แม่ลาวเป็นเครือข่ายของ node สันทราย และ CUP เชียงของเป็นเครือข่ายของ node ปัว ซึ่งได้มีโอกาสเข้าไปเรียนรู้ร่วม เมื่อได้มาศึกษาทำความเข้าใจ โดยที่เราไม่ได้ยึดติดเครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่ง แต่มองว่า PCA น่าจะเป็นโอกาส เป็นเครื่องมือในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง



โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเป็นโอกาส  
การพัฒนาในเชิงระบบ

จากเดิมที่เชี่ยวชาญมีการพัฒนาคนแล้วยังมี  
พื้นที่เรียนรู้ประมาณ 14 แห่ง และบทเรียนที่ผ่าน  
มาก็มีทั้งบทเรียนที่เป็น best practice, บทเรียน  
ที่ล้มเหลวหรือมีอุปสรรค เราได้นำมาพัฒนางาน  
ของเรา

ในส่วนภารกิจปฐมภูมิ หลังจากที่มีการยก  
ระดับสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบล มีการพูดถึงบทบาทเกี่ยวกับเรื่องของ  
สองขา คือ **“ระบบบริการ”** และ **“การพัฒนาชุมชน  
ให้เข้มแข็ง”** ทำอย่างไรที่จะทำให้สองขานี้เกิดความ  
สมดุล ซึ่งช่วงก่อนในเรื่องของ CUP อาจจะไม่ได้อ  
มีการเชื่อมโยงกันมาก เป็นเพียงการสนับสนุนเป็น  
เรื่องๆ ในช่วงหลังเราพยายามนำเรื่องนี้มาเป็น  
เครื่องมือในการเชื่อมความสัมพันธ์ภายใน CUP

มีการนำรูปแบบการจัดเป็น node มา  
ประยุกต์ต่อจากทุนเดิมที่เรามี ซึ่งเรามีทั้งหมด 18  
อำเภอ 7 CUP ที่มีศักยภาพแตกต่างกัน โดยจัด  
เป็นทีมกลไกของจังหวัดและอำเภอ กำหนดให้มีทีม  
อำเภอละ 5 คน สำหรับจังหวัดจะมีทีมสหสาขา  
ร่วมกับทีมผู้บริหารที่ผ่านการอบรมหลักสูตร CUP  
management และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว  
เป็นพี่เลี้ยง รวม  
ประมาณ 24  
คน โดยมีการ  
จัดเวที node  
เพื่อให้แต่ละ  
CUP ภายในแต่ละ  
node ช่วย

เหลือกัน มีการสนับสนุนงบประมาณให้กับ node  
100,000 บาท และให้ CUP ตามจำนวน  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละ 1,000  
บาท เป็นงบประมาณที่สำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติให้ในการพัฒนากลไก จากการ  
ประชุมระดับ node แล้วมาแลกเปลี่ยนในที่ม  
จังหวัด มีผู้อำนวยการ ทีมแพทย์เวชศาสตร์  
ครอบครัวแต่ละพื้นที่มาช่วย นำเรื่องที่ทำมาเล่า  
ซึ่งหลายๆ แห่งเกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน  
บาง CUP มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เช่น  
palliative care โดยการนำเรื่องเล่าจากหลายๆ  
case แล้วมาพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้าน

ในปี 2555 เป็นการสนับสนุนการทำงาน  
ต่อเนื่อง เนื่องจากทีมขับเคลื่อน node ยังมีส่วน  
สำคัญที่จะสามารถทำได้ และในขณะเดียวกันก็มี  
การจัดเวทีแลกเปลี่ยนคู่ขนาน คือ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรื่องการจัดการตนเองด้านสุขภาพชุมชน  
โดยแต่ละ CUP มีพื้นที่ที่เขาคัดเลือกมาเป็นพื้นที่  
เรียนรู้ CUP ละ 2 ที่ แต่ละ CUP จะต้องพาแกน  
นำชุมชนมาร่วมนำเสนอ แลกเปลี่ยน ทั้งในส่วนของ  
เจ้าหน้าที่และภาคประชาชนอีกเวทีหนึ่ง คือ เวที  
แลกเปลี่ยนในส่วนของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว  
และเครือข่ายของผู้บริหาร มีการกำหนดกรอบ  
การพัฒนาบริการปฐมภูมิของจังหวัด มีการ  
บูรณาการโดยใช้ประเด็นของ NCD เป็นตัว  
ขับเคลื่อน และใช้ PCA เป็นเครื่องมือในการบริหาร  
จัดการ

ลักษณะของการเรียนรู้ คือ เมื่อกระทรวง  
ให้เราทำ เราก็มองว่าเป็นโอกาส เช่น Context  
Based Learning (CBL) เรามีแกนนำและพื้นที่  
เรียนรู้นำร่องที่สามารถนำมาปรับใช้ได้ ซึ่งสำนั

งานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณปี 2555 โดยจะต้องมีพื้นที่นำร่องเกี่ยวกับเรื่องของ เบาหวาน ความดัน โดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว และใช้ PCA ในการบริหารจัดการ

เมื่อเราได้รับประเด็นงานจากกระทรวงสาธารณสุข เราก็นำมาต่อยอดกับพื้นที่เรา ซึ่งเราเห็นว่ากรอบ การพัฒนาปฐมภูมิของเราเป็นแนวนี้อยู่แล้ว เมื่อมีประเด็นของงานเข้ามา เราก็นำมาต่อยอด ไม่ได้มอง ว่าเป็นเรื่องใหม่ แต่เขตจะมีการพัฒนาที่มสหสาขาของโรงพยาบาลในเรื่องของแนวคิดเกี่ยวกับเรื่อง เวชศาสตร์ครอบครัว โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 4 ครั้ง ส่วนเชิงรายก็มีการขับเคลื่อนในส่วนของเครือข่าย แพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว มีการคุยกันว่า จะพัฒนาหลักสูตรกลางเกี่ยวกับเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว ในจังหวัดเชียงราย เป็นหลักสูตรกลางที่ให้เจ้าหน้าที่ปฐมภูมิทุกระดับได้เรียนรู้ โดยมีการเรียนรู้ในลักษณะ ของ CBL ในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอยู่ในระหว่างการพัฒนาและพูดคุยกัน

บทบาทของจังหวัด เราให้พื้นที่ค่อยๆ เรียนรู้และพัฒนาไป โดยจังหวัดเป็นตัว buffer ให้พื้นที่ทำ งาน โดยไม่ต้องกังวลว่าจะต้องประเมินหรือกังวลในเรื่องงานเขียน แต่เน้นให้เขาเขียนเป็นเรื่องเล่าหรือเขียน เป็นแบบประเมินตนเอง เช่น ของ on top ของปีที่ผ่านมา ซึ่ง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีเกณฑ์ว่าจะต้องมีแบบประเมินตนเองของจังหวัดเชียงรายในแต่ละแห่ง แต่เดิมเราเคยได้ 42 แห่ง แต่ปี นี้ ได้มา 100 แห่ง คือ เขามีการเขียนแบบประเมินตนเอง เป็นการเขียนที่มีรูปแบบการเขียนหลากหลาย มาก ซึ่งเราไม่ได้กำหนดว่าจะต้องมีรูปแบบเดียว คือ ค่อยๆ พัฒนาไป และในส่วนของ P4P (Pay for Performance) ที่มีการสนับสนุนในเรื่องของแรงจูงใจ สถานบริการ การพัฒนาคุณภาพ เราก็มองว่าทำ อย่งไรที่จะทำให้เรื่องนี้เป็นระบบของการติดตามประเมินผลและสร้างแรงจูงใจในลักษณะสร้างนำซ่อม โดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเขต 1 ให้จังหวัดเป็นผู้บริหารจัดการทั้งหมด เราจึงนำมากำหนด ในทิศทางสร้างนำซ่อม เช่น นำตัวชี้วัดเรื่องของการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพวิถีวิถีไทยที่เป็นนโยบายตรวจ ราชการ เราก็นำมาตรึงนี้ให้น้ำหนักเป็น 40% คู่กับตัวชี้วัด 6 ตัว คือ เราพยายามเน้นว่า ทำอย่างไรที่จะทำ ให้พื้นที่ที่เขาทำเรื่องสร้างสุขภาพ เรื่องส่งเสริมได้แรงจูงใจตรงนี้ แทนที่จะเป็นเรื่องของคีย์ข้อมูลมาก รักษา มาก ได้มาก ซึ่งเรากำลังพยายามพัฒนารูปแบบอยู่

การที่เราเปิดโอกาสให้แต่ละพื้นที่ได้นำสิ่งที่เขาทำและนำมาเล่าในวงแลกเปลี่ยนทั้งในระดับ CUP และระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากแต่เดิมที่บาง CUP ไม่ค่อยจัดวงแลกเปลี่ยน หรือว่ามี การจัดแต่มีลักษณะเป็นเวทีนำเสนอผลงานคัดเลือกประกวด แต่เมื่อเป็นลักษณะนี้ ซึ่งให้ออกาสทั้งพื้นที่ ที่เป็น best practice การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยวงแลกเปลี่ยนนี้เป็นวงที่ขยายมา จากบ้านจุ่มเมืองเย็น โดยมีสหสาขามาเพิ่ม มีแพทย์ ผู้อำนวยการ มาพูดคุยด้วย เช่น ในวงที่เราจัด มี ชุมชน เราก็จะมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้าร่วมด้วย โดยมีคนเข้าร่วมหลายระดับ และเราเห็นภาพ การทำงานร่วมกัน เช่น การจัดการตัวเองที่ไปจัดที่บ้านยายเทียม ที่ อำเภอแม่จัน ซึ่งฝนตก เกิดพายุ ทุกคน ทุกระดับมาช่วยกันเก็บกวาด ซึ่งเป็นภาพที่น่าประทับใจ โดยเห็นทุกคนแก่ คนใหม่ คนแก่กลับมาก็มี่ คนใหม่เพิ่มขึ้นก็มี ที่สำคัญคือ ผู้อำนวยการหลายท่านให้ความสำคัญ จากเดิมที่ผู้อำนวยการบอกว่าไม่



ค่อยเข้าใจหรือไม่สนใจปฐมภูมิ ในช่วงหลัง นายแพทย์อิทธิพลก็ลงเยี่ยมสถานีนอมา้ย สนับสนุนให้เขาทำ และบอกว่าเขาเห็นเรื่องนี้เป็น เรื่องสำคัญ เช่น ของแม่ลาวผู้อำนวยการก็สนับสนุน เชียงของและเวียงป่าเป้าไปเป็นคู่ buddy ในเรื่อง DHSA ซึ่งเราฟังและมองว่าเป็นเรื่องเดียวกันและเมื่อพูดถึงเรื่อง essential care / essential service ก็คือเรื่องงานบริการและ CUP ต้องสนับสนุน ซึ่งก็เป็น concept เดียวกัน ว่า “ถ้า CUP สนับสนุน..ปฐมภูมิก็ดี” เท่าที่ดูน้องๆ ในพื้นที่ เขาตั้งใจทำงานอยู่แล้ว แต่จะทำอะไรให้ผู้ใหญ่ ให้กำลังใจ เข้าใจ และบางเรื่องที่จังหวัดสามารถ ช่วยจัดการได้ เราก็ก่อให้เกิดการทำงานได้ เต็มที่

ประเด็นของการนำเสนอส่วนมากจะเป็น เรื่องของ NCD ผู้พิการ เยี่ยมบ้าน งานแม่และเด็ก โดยจัดเป็น node (มี 4 node) ประมาณ 70-90 คน โดยแต่ละ node เป็นคนจัดการ แต่ในช่วงแรก ที่เราเริ่มเรียนรู้แบบนี้ เราขอให้ทั้ง 4 node ทำในเรื่องของ “การสร้างความเข้าใจ” โดยจังหวัดเป็นคนกำหนดทิศทางก่อน เพื่อให้แต่ละ node มีเป้าหมายในทิศทางเดียวกัน และในปี 2555 ได้รับ บงส่งเสริมสนับสนุนจากปฐมภูมิ นำไปสนับสนุน node 100,000 บาท และโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลแห่งละ 2,000 บาท โดย node ได้ คิดและพัฒนาต่อ เช่น node เวียงป่าเป้ามีแพทย์

เวช ศาส ตร์  
ครอบครัว เวที  
node รอบแรก  
ประเด็นที่ CUP  
นำมาเสนอมี  
ความหลากหลาย  
ต่อไป

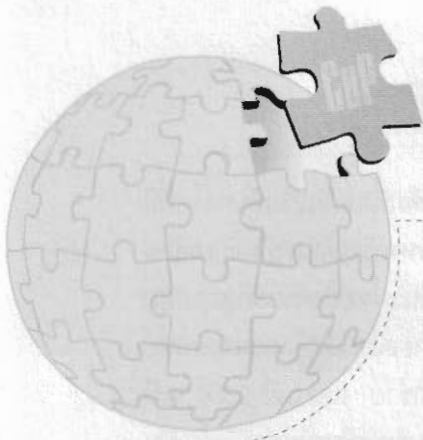
อาจจะต้องมีการคุยเพื่อยกระดับมากขึ้น เช่น CUP ไหนที่มีประเด็นผู้สูงอายุก็อาจจะนำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำเรื่องของผู้สูงอายุมาคุยแลกเปลี่ยน..ทำ KM ให้ยกระดับขึ้น

หากเป็น CUP จัด และมีชุมชนมาร่วมพูดคุยด้วย CUP จะให้แต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาเล่าเรื่องที่เขาทำงาน และชุมชนเป็นคนช่วยสะท้อน และชุมชนก็เล่าเรื่องของตัวเองด้วย มีผู้สูงอายุ แก่นนำผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน มีหมู่บ้าน เศรษฐกิจพอเพียง พื้นที่ต้นแบบของมหาวิทยาลัยชีวิต มาเล่าประสบการณ์ โดยจัด 1 วัน

ในการจัด CBL มีวงแลกเปลี่ยนซึ่งจัดไป 4 ครั้ง ล่าสุดเป็นการสรุปบทเรียนในพื้นที่และขยาย ผลทุกอำเภอ โดยทุกอำเภอจะมีตัวแทนของพัฒนา บุคลากรของ CUP เข้ามาร่วม CUP ละ 3 คน โดยจังหวัดกำหนดเอง เนื่องจากต้องการขยายผล และในระยะหลัง การเรียนรู้เน้นการเรียนรู้ในพื้นที่จริง จากประสบการณ์ตรง ไม่ได้มุ่งเน้นว่าจะต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญหรือไปดูงานจากที่อื่น..แต่เน้นที่การเรียนรู้จากพื้นที่จริง จากประสบการณ์ในพื้นที่

การติดตามผล ติดตามผ่านกลไกอำเภอ ที่มาจากตัวแทนแต่ละอำเภอๆ ละ 5 คน โดยมาจาก โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธาน อสม.(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) แต่ละ อำเภอเป็นคณะทำงาน โดยใช้ชื่อว่า “คณะทำงาน และประสานเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ” ทำหน้าที่กลั่นกรอง บูรณาการทุกเรื่องของปฐมภูมิ เชื่อมกับ ทฤษฎีภูมิและตติภูมิ โดยพยาบาลให้ทีม นี้เป็นทีมขับเคลื่อน ซึ่งทีมนี้ส่วนหนึ่งก็เป็น QRT (Quality Review Team) ของจังหวัด ส่วนหนึ่ง

ก็เป็น QRT ของอำเภอ ทุกแห่งจะมีหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลมาร่วมด้วย ซึ่งทีมนี้อาจจะเป็นทีมกลไกที่มีลักษณะเป็นเชิงโครงสร้าง แต่เมื่อเราทำเวทีแลกเปลี่ยน เราพยายามที่จะสรรหาหรือค้นหาทีมขับเคลื่อนที่เป็นทีมแนวราบ เป็นคนที่ทำงานจริงๆ ทีมจังหวัดจะเป็นประธานโดยตำแหน่ง โดยผู้บริหารที่ดูแลกลุ่มงานนี้คือ ทันตแพทย์โฆสิต (ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ) มีทันตแพทย์ไพฑูริย์ สายสงวนสัตย์และนายแพทย์สมปราชญ์ที่เชียงของ เป็นรอง เราพยายามต่อกับผู้อำนวยการ โดยขอให้มาช่วย และในปี 2556 จะมีการแลกเปลี่ยนของ node ต่อเนื่อง และจะพัฒนาทีม site visit โดยดึงผู้บริหารที่เราไปต่อไว้แล้วเป็นหัวหน้าทีม ซึ่งอาจจะมี 4 - 5 ทีม และมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทีมสหสาขา และหากเป็นไปได้จะนำภาคประชาชนไปร่วมด้วย ซึ่งในปี 2556 ตั้งไว้ว่าจะมีการเยี่ยมอย่างน้อย CUP ละ 1 ครั้ง แต่จะลองเยี่ยม 1 แห่งก่อน เพื่อพัฒนารูปแบบก่อนที่จะวางแผนไปเยี่ยมทุกแห่ง โดยจะปรับเพื่อหาลักษณะที่เหมาะสม วัตถุประสงค์สำคัญในการไปเยี่ยม คือ นอกจากจะให้กำลังใจ อยากจะให้ความสำคัญในเรื่องของการพัฒนาปฐมภูมิโดย CUP เป็นคนช่วย เพราะฉะนั้นจึงต้องไปคุยกับ CUP ด้วย ซึ่งตรงนี้ผู้บริหารของเราหลายท่านยินดีที่จะช่วย ซึ่งคิดว่าจะเป็นการค่อยๆ เรียนรู้จากการลงมือทำ



# ทำหน้าที่ของพี่หล่อเลี้ยงให้ดี เท่าที่จะทำได้

บุษยกางค์ กวสับดี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

เริ่มจากการที่จังหวัดสระบุรีมีพื้นที่นำร่องในการพัฒนา PCA คือ CUP ดอนพุด ในปี 2550 ซึ่งนับเป็นโอกาสดีที่ทำให้ทีมพวกเรา (CUP ดอนพุด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ได้มีโอกาสเรียนรู้กระบวนการในการพัฒนา โดยเฉพาะ กระบวนการสุนทรียสนทนา (dialogue) ซึ่งดิฉันคิดว่าเป็นเครื่องมือที่ยอดเยี่ยมเครื่องมือหนึ่ง จากนั้นเราก็นำเครื่องมือนี้มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (ทีมพี่เลี้ยง/ทีมนิเทศงาน) พัฒนางานปฐมภูมิ และการนิเทศแบบสุนทรียสนทนา ได้ระดับหนึ่ง

ในปี 2553 กระทรวงกำหนดให้ทุกจังหวัดดำเนินการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ PCA ในทุกพื้นที่ ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องที่น่าสนใจสำหรับผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดพอสมควร เนื่องจากตอนที่ทำในพื้นที่นำร่อง เรามีทีมกลางจากกระทรวงที่จัดการกระบวนการเรียนรู้ให้พวกเรา แต่ในเมื่อเราต้องดำเนินการในทุกพื้นที่มันเลยเป็นเรื่องยากที่จะทำให้แต่ละ CUP เข้าใจกระบวนการพัฒนา และสิ่งสำคัญที่คิดว่ามันทำให้เรื่องนี้ดูยากก็คือ การพัฒนาต้องพัฒนาเป็นภาพเครือข่าย(ภาพ CUP นั้นเอง) แ่จัดการให้หน่วยบริการปฐมภูมิทำก็ยากแล้ว แต่ที่ต้องดึง โรงพยาบาลแม่ข่ายเข้ามาช่วยเป็นแกนนำในการพัฒนาเลยเป็นเรื่องที่ค่อนข้างหนักใจ เพราะบริบทของความสัมพันธ์หรือความเชื่อมโยงในการทำงาน ระหว่าง โรงพยาบาลแม่ข่าย และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในแต่ละ CUP มีความแตกต่างกัน สำหรับสระบุรี มีทั้งหมด 12 CUP แต่การทำงานระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย และหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มองเห็นความเชื่อมโยง การประสานงานร่วมกันเป็นรูปธรรมมีเพียง 4 แห่ง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเป็นงานนโยบายก็ต้องทำ ซึ่งก็เป็นความโชคดีอีกครั้งที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เข้ามาสนับสนุนการพัฒนา ดังนั้นจังหวัดสระบุรีจึงมีการพัฒนาเป็น 2 ส่วน คือ

1. พัฒนาโดยมี node พี่เลี้ยงช่วย โดยกำหนดให้ CUP ดอนฟุตเป็น node และเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาให้อีก 4 CUP แต่ดอนฟุตขอรับแค่ 2 CUP ที่มีบริบทและพื้นที่ไม่ไกลจากดอนฟุต จึงกำหนดเป็น CUP หนองโดนและบ้านหมอ พื้นที่ทั้ง 3 แห่งมีงบประมาณสนับสนุนเพิ่มมาใช้ในการดำเนินงาน จาก สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเขต 4 ทั้งในปี 2553 และ 2554 ซึ่งบทบาทของ node ดอนฟุต จะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงเยี่ยมเยียนให้กำลังใจใน 2 พื้นที่ ส่วนกระบวนการก็ให้ 2 พื้นที่คิดและดำเนินการเอง ถ้ามีปัญหาปรึกษา node และจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนกันระหว่าง CUP ภายในจังหวัด และจะมีอีกเวทีที่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเขต 4 จะเชิญไปแลกเปลี่ยน และมีทีมกลางจากกระทรวงมาเยี่ยมมณฑล
2. พัฒนาด้วยตัวเอง อีก 9 CUP ต้องดำเนินการพัฒนาด้วยตัวเอง จึงเป็นหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่จะต้องให้การสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง ดังนั้นจังหวัดจึงดำเนินการจัดกิจกรรมและกระบวนการในการพัฒนาให้ แต่ทำทั้งหมด 12 CUP เพื่อไม่ให้มีความแตกต่างในการจัดการภาพจังหวัด (ส่วน 3 CUP ที่ได้รับการสนับสนุนตามข้อ 1 ก็ถือเป็นกำไรที่ได้เรียนรู้มากกว่า) โดยจังหวัดเริ่มจาก
  - 2.1 ประชุมชี้แจงให้ทุก CUP (เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/สถานีอนามัยทุกแห่ง) เข้าใจเกณฑ์การพัฒนา PCA แบ่งเป็น 2 รุ่นๆละ 1 วัน เชิญวิทยากรจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ซึ่งเนื้อหาที่ชี้แจงจะเน้นในเรื่องของเกณฑ์ PCA เป็นอย่างไร เน้น 7 หมวด แบบประเมินตนเอง 136 หน้า ทำให้ทุกคนมองและคิดว่าเรื่องนั้นมันค่อนข้างยากจังเลย หลังประชุมยังมีเสียงสะท้อนกลับว่า **“พี่/หนู ยังไม่เข้าใจและไม่รู้เลยว่า จะต้องกลับไปทำอะไร ยังงอยอยู่”** ทั้งที่ดิฉันก็พยายามสรุปว่า ให้กลับไปทบทวนบริบทของตัวเองว่าเป็นอย่างไร จากนั้นก็มาปรึกษาคุณหมอสมชาติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนฟุต ที่เป็นที่ปรึกษาในเรื่องนี้ ว่าเราน่าจะมีการประชุมอีกสักครั้ง เพื่อสร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้น จึงร่วมกันคิดรูปแบบการประชุม
  - 2.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้กับ 12 CUP อีก จัดเป็น 4 รุ่นๆละ ครั้งวัน โดยทีมวิทยากรจาก CUP ดอนฟุต นำทีมโดย นายแพทย์สมชาติ และคุณวรัญญาภรณ์ (ศรีลยา) โดยรูปแบบการประชุมนำเครื่องมือ dialogue มาใช้ เน้นให้ทุกคนได้เรียนรู้การฟังอย่างลึกซึ้ง โดยให้แต่ละคนจับคู่เล่าเรื่องพื้นที่ในหน่วยบริการของตัวเองให้เพื่อนฟัง ทำนองอยากให้เป็นเพื่อนรู้จักสภาพพื้นที่ของเรา /จับกลุ่ม 4 คน เล่าความภูมิใจในงานที่เราทำ หลังจากนั้นนายแพทย์สมชาติก็บรรยายสรุปแนวทางการพัฒนา หลังจากจบการประชุมวันแรก ทีมวิทยากรและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็มาทำ AAR กันสรุปว่า กิจกรรมที่ทำยังไม่สามารถสร้างการเรียนรู้ให้กับกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมได้มากนัก เนื่องจากกลุ่มที่เข้าร่วมประชุมยังไม่เคยผ่านการอบรม dialogue ตอนให้จับคู่/จับกลุ่มคุย การพูดคุยไม่เป็นไปตามแนวการฟัง



อย่างลึกซึ้ง บางคนไม่เปิดใจไม่พูดคุยตาม  
โจทย์ที่ให้ บางคนก็ไม่อยู่ร่วมกิจกรรมจนจบ  
การประชุม (พอเบรกเข้าก็กลับเลย) วันที่ 2  
เป็นรุ่น 3,4 จึงปรับกิจกรรมการเรียนรู้ แต่ยังคง  
ใช้รูปแบบของ dialogue โดยก่อนให้จับกลุ่ม  
พูดคุย ทีมตอนพูดได้แสดงละครให้ผู้เข้าร่วม  
ประชุมดู เนื้อหาเป็นการนิเทศงานจาก โรง  
พยาบาลแม่ข่าย ไปนิเทศงานสถานีนอนามัยใน  
พื้นที่ การซักถามพูดคุย เน้นให้เห็นในหมวด  
P, 3 และ 6 หลังจากดูละครจบ ให้แบ่งกลุ่ม  
ตาม CUP โดยให้สรุปเนื้อหาจากที่ดูละครว่า  
ตัวละครพูดคุยอะไร สรุปได้อะไรบ้าง แล้ว  
ให้แต่ละกลุ่มมานำเสนอ สรุปการนำเสนอ  
ของทุกกลุ่มออกมาในรูปแบบของการเล่าถึง  
เนื้อหาที่ได้ว่า ใน หมวด P, 3 และ 6 ควรจะ  
เล่า/เขียนถึงอะไรบ้าง จากนั้นนายแพทย์สม  
ชาติก็สรุปกิจกรรมที่เรียนรู้ทั้งหมด และก่อน  
จบการประชุมให้ผู้เข้าร่วมประชุมสะท้อนสิ่งที่  
ได้เรียนรู้ในครั้งนี้ มีพี่ท่านหนึ่งสะท้อนมาว่า  
“พารู้แล้วว่าพี่ต้องกลับไปทำอะไร” เราในฐานะ  
ผู้จัดและทีมวิทยากรก็อมยิ้ม แอบปลื้มนิดๆ  
ว่า การจัดกิจกรรมเรียนรู้ในวันที่ 2 นี้ผลการ  
เรียนรู้ดีกว่าในวันแรก จากนั้นทีมวิทยากร  
และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็มา AAR  
กัน

2.3 ในการเขียนการประเมินตนเองตาม P, 3 และ  
6 (เป็นเป้าที่กระทรวงต้องการในปีแรก  
ทุกพื้นที่เข้าร่วมการพัฒนา / 20% ประเมิน  
ผ่านขั้น 1 ) เพื่อให้ทุกสถานีนอนามัยได้ทบทวน  
และเขียน ดิฉันจึงออกแบบฟอร์มให้สรุปให้  
ครอบคลุมทั้ง 3 ส่วน แต่เป็นแบบย่อให้ส่ง  
มาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แบบยาว/  
สมบูรณ์เก็บไว้ที่สถานีนอนามัย เพื่อไม่เพิ่ม  
ภาระในการเขียนให้พื้นที่ ดิฉันกำหนดให้  
เขียน 1-2 หน้ากระดาษ A 4 มี 5 หัวข้อ 1.บริ  
บทพื้นที่, 2.ปัญหา/ความเสี่ยงที่สำคัญ (โดย  
ขอให้เลือกมา 1-2 ปัญหา), 3.วิธีการ/กระบวนการ  
ในการจัดการ/แก้ไขปัญหาต่างๆ, 4.ภาคี  
เครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา 5.  
การสนับสนุนของ โรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งก็  
ได้รับความร่วมมือในการเขียนจากสถานีน  
อนามัยทุกแห่ง (126 แห่ง ส่งให้สำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัด) แต่จากการอ่านรายงาน  
พื้นที่ยังไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาหรือความ  
เสี่ยงที่มีความสำคัญในการแก้ไขก่อน ส่วน  
ใหญ่จะเขียนปัญหาทั้งหมดที่เป็นงานตาม  
นโยบาย การแก้ปัญหาที่เป็นวิธีการแนวทาง  
เดิมๆ โดยไม่ได้วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง  
จึงไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จุดนี้เป็นสิ่งที่ต้อง  
นำมาพัฒนาต่อ

และนี่เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2553 จากนั้นได้มีโอกาสไปเรียนรู้กระบวนการค้นหาต้นทุน จากชุมชนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด โดยทีมอาจารย์แอ๊ด, อาจารย์อ้อย และคุณหนึ่ง ได้ชวนพี่ตุ๊ก ผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิ ของCUP สระบุรี ไปเรียนรู้ร่วมกัน มีกำหนด 2 วัน ในวันแรกได้เรียนรู้กระบวนการและรูปแบบการพูดคุยกับคนของชุมชน ที่มีทั้ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบล, ประชาชนชาวบ้าน ผู้นำชุมชน ชาวบ้าน โดยมีคนของ CUP บ้านหอมและหนองโดนร่วมเรียนรู้ด้วย ในวันที่สอง อาจารย์นัดทีมงานเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ CUP ดอนพุด ที่ห้องประชุมโรงพยาบาล ดอนพุด อาจารย์ให้แต่ละคนสะท้อนความคิดเห็นจากวันแรกได้เรียนรู้อะไร อย่างไร แต่ในครั้งนี้อาจการสะท้อนของพี่บางคนที่ทำให้ตัวเราฟังรู้ว่า คนทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งคิดและมองเพื่อนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นอย่างไร และในบางครั้งการทำงานของจังหวัดถ้าเรานั่งอยู่แต่ในสำนักงานที่จังหวัด โดยไม่ได้ออกมาดูเยี่ยมเยียนคนทำงานในพื้นที่เลย เราก็จะไม่สามารถมองเห็นภาพในการทำงานของพวกเขาได้เลย และการเลือกพื้นที่ในการทำงานในภาพจังหวัดหากเรามุ่งเน้นไปที่พื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งในหลายๆเรื่อง โดยการตัดสินใจจากตัวเราที่เราสัมผัสเฉพาะพื้นที่นั้นๆ แต่อีกพื้นที่หนึ่งเราไม่ได้ค้นเคยหรือเข้าไปสัมผัสแต่ตัดสินใจไปว่าพื้นที่ที่เราสัมผัสโอเคมากกว่า มันเป็นการตัดสินใจที่ไม่ยุติธรรมกับพื้นที่ที่เราไม่ได้สัมผัส ซึ่งเขาก็อาจจะมีดีในงานที่เราไม่เคยรับรู้ นี่เป็นสิ่งที่เราได้เรียนรู้จากเวทีของการพูดคุยในวันที่สอง

จากนั้นดิฉันก็เริ่มวางแผนทางการพัฒนาในปี 2554 ว่าเราจะเดินต่ออย่างไรดี โดยเริ่มมองหาพื้นที่ที่อยากพัฒนาเหมือนดอนพุด โขกดีที่มีคนคิดเหมือนดิฉันอยากพัฒนา นั่นก็คือพี่ตุ๊กจาก CUP สระบุรี อยากลองทำในพื้นที่ที่สระบุรีรับผิดชอบ เลยเลือกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองนาถ อำเภอหนองแค สาเหตุที่เลือกที่นี้ก็เพราะน้องดาซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นน้องที่ตั้งใจทำงาน พี่ชวนทำอะไรก็มักจะไม่ปฏิเสธ รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ พี่เค สามารถพูดคุยขอความร่วมมือได้ และที่สำคัญชุมชนมีความเข้มแข็ง ความร่วมมือจากภาคท้องถิ่นโอเค เราเลยตรงกัน ให้พี่ตุ๊กเริ่มทำในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองนาถ โดยCUP สระบุรีเขียนโครงการสนับสนุนงบประมาณ ขอให้อาจารย์แอ๊ดและอาจารย์อ้อยมาช่วยเป็นวิทยากรสร้างการเรียนรู้ จัด 3 วัน การประชุมในครั้งนี้กิจกรรมแตกต่างจากดอนพุด เข้มข้นกว่ามีการลงชุมชนเข้าไปพูดคุยกับชาวบ้าน การเขียนเรื่องราวจากที่ไปพูดคุยกับชาวบ้าน การสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้ การทำcase learning ซึ่งเป็นเครื่องมืออีกชิ้นที่ถือว่าเยี่ยม ต้องชื่นชมอาจารย์แอ๊ดค่ะที่คิดมาให้พวกเราได้เรียนรู้

สรุปการเรียนรู้ใน 3 วันนี้ทำให้ดิฉันเห็นภาพของงานปฐมภูมิชัดเจนมากยิ่งขึ้น และคิดว่าหากเป็นไปได้การทำงานในชุมชน น่าจะทำตามที่ได้เรียนรู้จาก Work shop ในครั้งนี้ มองเห็นการค้นหาปัญหาจากชุมชน วิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากพลังชุมชน ปัญญาชุมชน ความร่วมมือจากภาคท้องถิ่น ต้องขอบคุณอาจารย์แอ๊ด / อาจารย์อ้อยที่ทำให้พวกเราได้เรียนรู้ในสิ่งดีๆที่มีคุณค่าต่อชุมชน ในฐานะคนรับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่สามารถที่จะลงมือทำได้ในชุมชน แต่เราต้องเป็นผู้สนับสนุนให้เกิด

การเรียนรู้ในกิจกรรมที่ดีและมีคุณค่าในพื้นที่ที่ยังไม่มีโอกาสได้เรียนรู้ ซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่ดิฉันรู้สึกเสียดายมากที่ไม่ได้เชิญชวนเจ้าหน้าที่จาก CUP อื่นๆมาร่วมเรียนรู้ในครั้งนี้ จึงทำให้ดิฉันคิดที่จะจัดประชุมแบบนี้อีกครั้งแต่เป็นภาพรวมของทั้งจังหวัด โดยเชิญเจ้าหน้าที่จาก 12 CUP มาร่วมเรียนรู้ ในครั้งนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำโครงการและสนับสนุนงบประมาณ ในระหว่างนี้ดิฉันมีโอกาสดำเนินการอบรมทีมผู้หล่อเลี้ยง ที่อาจารย์อ้อยเป็นผู้จัด ซึ่งสระบุรีมีตัวแทนเพียง 3 คนที่ได้ไป คือ พี่ตึก CUP สระบุรี ตะจาก CUP ดอนพุด และดิฉัน ครั้งแรกที่ได้ไปที่ CUP คำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ กิจกรรมการเรียนรู้คล้ายๆที่จัดอบรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองนาถ แต่เข้มข้นกว่าในภาคกลางคืนสำหรับทีมผู้หล่อเลี้ยง การเรียนรู้ในครั้งนี้ทำให้เห็นพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างจากพื้นที่ของสระบุรี สร้างความเข้าใจในบทบาทของผู้หล่อเลี้ยง และเน้นย้ำให้มั่นใจในรูปแบบของการทำงานปฐมภูมิ และคิดว่าเราน่าจะเดินมาถูกทาง แต่อยู่ที่ว่าเราจะเดินต่อหรือซบเซาลงไปเพื่อให้เกิดภาพที่เราอยากให้เป็นได้มากขึ้นอีกแค่ไหน แต่ดิฉันก็คิดว่าจะทำให้เต็มความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่เท่าที่จะทำได้ เพราะคิดเสมอจากคำพูดของอาจารย์รวรรณีว่า ถ้าเราได้เริ่มทำในสิ่งที่คิดว่าดี แม้จะเดินนอกกรอบจากคนอื่น แต่เราศรัทธาและตั้งใจทำ เราก็จะ

เห็นการเปลี่ยนแปลง  
แน่นอนว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นจะเกิด  
ในอีก 10 ปี  
หรือ เรา จะ  
เกษียณอายุ

ราชการไปแล้วจึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลง มันก็ยังเป็นสิ่งที่เราจะสร้างความภูมิใจให้กับเราอย่างน้อยเราก็มีส่วนที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ แม้ว่าขณะนี้ผู้ที่เห็นด้วยกับวิธีการนี้จะมีน้อย แต่อย่างน้อยเราก็ไม่ได้เดินคนเดียว ยังมีเพื่อนร่วมทางทั้ง ดอนพุด สระบุรี และคิดว่าน่าจะมีอีกหลาย CUP ที่จะตามมา หากพวกเขาได้ร่วมเรียนรู้อย่างที่เราร่วม 3 คน และ ทีมดอนพุด ทีมหนองนาถ ได้ผ่านการเรียนรู้มาแล้ว จึงทำให้ดิฉันมีความตั้งใจที่จะจัดประชุมเป็นภาพรวมจังหวัด ทั้งๆที่มีอุปสรรคค่อนข้างมาก ทั้งช่วงเวลา งบประมาณ ผู้เข้าร่วมประชุม เพราะเป็นช่วงเดือนสิ้นปีงบประมาณ ทุก CUP จะมึนงานยุ่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในแต่ละกลุ่มงานก็จัดประชุมตรงกัน แต่ก็ได้รับความร่วมมือจากทั้งวิทยากร อาจารย์แอ๊ด/อาจารย์อ้อย/อาจารย์วิชาน/คุณหนึ่ง ที่สละเวลาและกำหนดวันในการประชุมให้ และทีมงานของสระบุรีเองที่จะมาร่วมประชุม แม้ว่าจะบางคนจะติดประชุมเรื่องอื่นแต่ก็เลือกที่จะมาประชุมงาน PCA ซึ่งการประชุมจะจัดในวันที่ 21-23 ก.ย.54 นี้ ก็เป็นการประชุมอีกหนึ่งครั้งที่ดิฉันคิดว่ามีความสำคัญ แต่ก็ไม่ได้คาดหวังกับผลที่จะเกิดมากนัก ขอเพียงแค่ให้ทีมจาก 12 CUP ได้เรียนรู้ในสิ่งที่ดีและมีคุณค่าที่พวกเขาจะได้นำกลับไปสร้างประโยชน์ให้เกิดขึ้นต่อชุมชนในทุกๆพื้นที่ของสระบุรีต่อไป และสิ่งที่จะดำเนินการต่อหลังจากประชุมครั้งนี้คงเป็นการลงเยี่ยมพื้นที่ในแต่ละ CUP ทุกแห่ง เพื่อเสริมพลังและกำลังใจให้กับคนทำงาน จากนั้นก็จะโฟกัสลงไปในพื้นที่ที่จะดำเนินการพัฒนาอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม เพื่อจะไปร่วมเป็นทีมช่วยเหลือพื้นที่ในการพัฒนาและทำหน้าที่ของผู้หล่อเลี้ยง ให้ดีเท่าที่จะทำได้ต่อไป

สุดท้ายนี้ต้องขอขอบคุณ คณะอาจารย์ ทีมงาน(น้องแอปเปิ้ล) ที่มาสร้างให้เกิดการเรียนรู้ในวิถีของการทำงานปฐมภูมิที่มีคุณค่า ขอขอบคุณทีมงานกัลยาณมิตร หมอดี(นายแพทย์สมชาติ) ,พี่ตุ๊ก,ศรีลยา ที่เป็นผู้ช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจ และเดินเคียงข้าง มาโดยตลอด

## ผลของการพัฒนา

ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุก CUP เข้าร่วมกระบวนการพัฒนา ดำเนินการผ่านขั้น 1 และอยู่ระหว่างพัฒนาให้ผ่านขั้น 2 และในปี 55 จะพัฒนาขั้น 3 (ผลในเชิงปริมาณ) ส่วนในเชิงคุณภาพจะขับเคลื่อนตามเรื่องเล่าที่กล่าวในข้างต้นซึ่งอาจจะเกิดในเฉพาะบางพื้นที่ที่มีใจอยากพัฒนา

## สรุปสิ่งที่น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนางานให้เกิดความก้าวหน้าและสำเร็จ

1. ทีมวิทยากรที่สร้างกระบวนการเรียนรู้
2. การสนับสนุนและบริหารจัดการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอย่างต่อเนื่อง (ไม่ปล่อยให้พื้นที่ดำเนินการเองตามยถากรรม)
3. การติดตามเยี่ยมสร้างพลังและกำลังใจในพื้นที่จากผู้หล่อเลี้ยงในภาพจังหวัด/ภาพ CUP
4. การสร้างทีมงาน(ทีมพี่เลี้ยง/หล่อเลี้ยง)ที่เข้มแข็ง
5. การประชุมติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด(ทีมจากทุกCUP)อย่างต่อเนื่อง(ที่ดำเนินการอยู่ประชุมทุก 2เดือน)
6. การให้ความสำคัญในการดำเนินงานเป็นภาพ CUP และเน้นบทบาทของ CUP ที่ชัดเจน
7. การโฟกัสหรือเลือกพื้นที่/บุคลากร ที่มาร่วมเรียนรู้เพื่อสร้างเป็นทีมนำในการขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
8. การได้รับอิสระ/โอกาสให้ได้คิดและจัดกระบวนการพัฒนาได้ด้วยตัวเองจากผู้บริหารระดับจังหวัด





# เชื่อมโยงการดูแลรายบุคคล



## สู่กระบวนการจัดการในระบบชุมชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี  
ชวนพิศ ศรีไพบูลย์ : เครือข่ายบริการปฐมภูมิเดิมบางนางบวช  
ศุภากร ปิติภูมิวิเศษ นกัสนรณ์ พิริยศิริสมทร์ : เครือข่ายบริการปฐมภูมิต้องทงน้ำไข

ในบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะแยกโครงสร้าง ออก โดยงานพัฒนาคุณภาพบริการทำเรื่อง service plan, งานคุณภาพ, lab, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาล, HA, PCA, คุณภาพบริการพยาบาลอยู่กับงานส่งเสริมรักษา Context Based Learning (CBL) อยู่กับงาน NCD เนื่องจากเป็น CBL ของการดูแล โรคเรื้อรัง งานสุขภาพภาคประชาชนรับเรื่องแผนงานโครงการ แผนที่เดิน ดิน แผนที่ชุมชน แผนที่ยุทธศาสตร์

ทีมอำเภอจะได้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของจังหวัดตามแผนงาน โครงการ และแต่ละฝ่ายงานที่อำเภอต้องสอดรับ แต่มักจะเป็น volunteer อย่างเช่น CBL ก็แล้วแต่อำเภอไหนสมัคร ส่วนทีมพัฒนา คุณภาพของสุพรรณบุรีจะเป็นทีม QRT เป็นตัวแทนจากโรงพยาบาล และจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

PCA ของสุพรรณบุรีจะเริ่มจากกระบวนการพัฒนา QRT คือเป็น เวทีวิชาการ โดยเชิญแพทย์หญิงสมพิศ จำปาเงิน เป็นผู้ถ่ายทอด core value และมาตรฐาน 7 หมวด ในปี 2553 - 2554 ทีม QRT มาทำ เครื่องมือประเมิน โดยลงไปเรียนรู้มาตรฐานกับพื้นที่จริง ทดลองใช้ PCA เล่มสีฟ้า ลงไปประเมินที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดย volunteer อำเภอละ 1 แห่ง โดยทีม QRT เข้าไปเรียนรู้มาตรฐานว่า อะไรประเมินได้ อะไรประเมินไม่ได้ และกลับมาทำคู่มือประเมิน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนำเกณฑ์ของกระทรวงไปใช้ ในปี 2554 ทดลองประเมินโดยเรียนรู้ไปพร้อมๆ กัน ระหว่าง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และทีม QRT จังหวัด

ในปี 2555 ทีมอำเภอทำการประเมินขั้น 1 และ 2 ด้วยตนเอง ซึ่งขณะนั้นผ่านขั้น 2 100% โดยพิจารณาจากการส่งแบบประเมินตนเอง และในปีนั้นต้องมีการพัฒนาเป็นขั้น 3 (มีการเรียนรู้ มีการถอดบทเรียน



เชื่อมโยงกับระบบ) 50% ของจำนวนที่ผ่านขั้น 2 แต่ภายหลังเกณฑ์การผ่านขั้น 3 ได้ถูกผนวกเข้าไปกับ เกณฑ์คุณภาพปฐมภูมิของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงทำให้มี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลขอประเมินขั้น 3 เพิ่มเติมเป็นจำนวนมาก โดยทีม QRT ของจังหวัดเป็นผู้ประเมิน ซึ่งพื้นที่ส่วนใหญ่มีการเรียนรู้และไปจนถึงการมีผลลัพธ์ เพียงแต่ว่าเขานำเสนอไปไม่เป็น ทีม QRT ที่ลงจะเห็นพื้นที่ ทำการจับประเด็นและสะท้อนกลับว่าสิ่งที่เขาทำเกิดผลลัพธ์แล้ว และสามารถนำไปต่อยอดได้ แต่ประเด็น ในการผ่านนั้นจะมีมากบ้างน้อยบ้างเนื่องจากทีมไม่ได้ใช้ scale เข้าไปจับ

## เกิดผลกับคนทำงานอย่างไร

ผลที่เกิดกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ การเชื่อมโยงข้อมูลที่เขาทำ หรือการดูแลรายบุคคล ไปสู่กระบวนการที่เป็นการจัดการในระบบชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เมื่อก่อนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขาจะมองเป็น case แต่เมื่อเขาเข้ากระบวนการนี้ ซึ่งมีคนเข้าไป feedback ให้เขา เขาก็จะเห็นภาพรวม ของการจัดการ แต่เนื่องจากสุพรรณบุรีได้นำเกณฑ์ 2 อย่างไปประเมินร่วมกัน คือ เกณฑ์ความสมบูรณ์ ของ Family Folder เพราะฉะนั้นเขาจะถูกสุ่มเพิ่มด้วย เนื่องจากสุพรรณบุรีไม่ได้ใช้แฟ้มกระดาษเพียง อย่างเดียว แต่จะมีโปรแกรม Hos XP ด้วย เพราะฉะนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะถูกสุ่มฐาน ข้อมูลบัญชี 1 2 3 และจะมีเรื่องแผนงานโครงการตามยุทธศาสตร์ ที่ต้องใช้การบริหารจัดการความเสี่ยง มีแผนความเสี่ยง มีตัวชี้วัดหลายๆ ตัว งานบางงานจึงต้องถูกประเมินด้วยหลักฐาน แต่ในส่วนภาพของ PCA ก็เป็น part หนึ่งจากการประเมินทั้งหมด ซึ่งมีเสียงสะท้อนว่าดีกว่าการประเมิน HCA

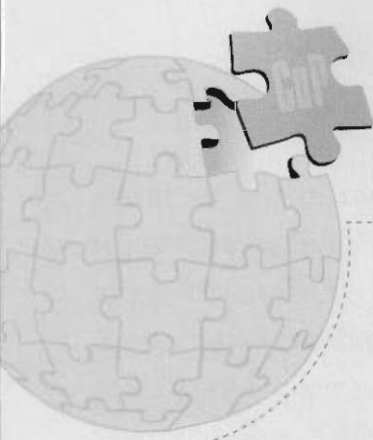
## การพัฒนาเกณฑ์ การประเมิน และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ครั้งแรก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้เกณฑ์ 170 ข้อ ภายหลังทีมจังหวัดปรับเป็น PCA profile ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับ mini hospital profile โดยมีทั้งหมด 7 หมวด ผนวกกับงาน HCA งาน IC งานคุณภาพ แผนงานโครงการ การมีส่วนร่วมของชุมชน ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน การเยี่ยมบ้าน Family Folder โดยในการลงไปประเมินจะต้องดูประเด็นทั้งหมดรวมถึงพื้นที่ต้องมีเรื่องเล่าอย่างน้อย 3 เรื่อง ซึ่งไม่ได้ดูเพียงแต่เอกสาร แต่จะมีทีมที่ลงไปชุมชน ไปที่บ้านคนไข้ด้วย

ปัญหาการประเมินในช่วงแรก เนื่องจากการประเมินใช้ลักษณะให้พื้นที่เล่าการทำงานของตนเอง จึงทำให้ QRT ยังจับประเด็นไม่ได้ตามเกณฑ์ PCA แต่เสียงสะท้อนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปีแรกบอกว่า หากให้เขาเล่าผ่านเรื่องเล่าหรือสิ่งที่เขาคิดภูมิใจ เขารู้สึกดีและมีกำลังใจ รู้สึกผ่อนคลาย ในการประเมิน หลังจากประเมินครบ 10 อำเภอแล้ว จังหวัดถอดบทเรียนของ QRT เกี่ยวกับการ ประเมินว่าเป็นอย่างไร และมีการถอดบทเรียนอีกครั้ง โดยเชิญ stakeholder มาทั้ง 10 อำเภอ มี สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาสะท้อนวิธีการประเมิน

เรื่องเล่าที่พื้นที่เล่าส่วนใหญ่จะเล่าในลักษณะเป็นกรณีศึกษา ซึ่งจะเห็นภาพของการทำงาน เช่น ที่บ่อสุพรรณ จะเล่าว่าปัญหาในพื้นที่คืออะไร การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร ทำด้วยวิธีการไหน

จากการลงไปประเมินพบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงบางอย่าง เช่น ทีม CUP เมือง บอกว่า เดิมไม่เคยเห็นภาพว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องการความช่วยเหลือ เมื่อทีมได้รู้ประเด็นนี้แล้วก็ทำให้เกิดความช่วยเหลือโดยไม่ต้องรอ เช่น การสนับสนุนเวชภัณฑ์ การพัฒนาการให้บริการ การพัฒนาการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น



# พัฒนาปฐมภูมิ

## จากประเด็นปัญหาของชุมชน



ปริดา โกวฤทธิ์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

หนึ่งปีนี่ (ช่วงปี พ.ศ.2555) มี รพ.สต. 36 แห่ง กำลังลงพื้นที่อย่างจริงจังด้วยกระบวนการที่ อาจารย์พัฒนา แสงเรียง ไปสอนเมื่อเดือน พ.ค. 2554 หลังจากนั้นเราก็ตดลองทำเองอีก 1 - 2 ครั้ง ได้วิธีการที่เหมาะสมกับคนในพื้นที่เรา ปีนี้จึงได้ประกาศหาพื้นที่สนใจ อำเภอละ 2 - 3 แห่ง กะว่าพอดีกับที่เราจะดูแลได้ไหว แต่ปรากฏว่ามีปัจจัยแทรกจาก ผชช.ว.ที่สนใจการพัฒนาแบบกระตุ้นให้แข่งขันกัน โดยมีโล่/รางวัลเป็นตัวล่อ กับอีกปัจจัยคือ นพ.สสจ. อยากทำให้ core value เรื่อง management by fact เป็นจริง จับเรื่อง Data Counter มาลงด้วยเลยสนับสนุนจริงจัง เลยทำให้มีคนสมัครใจเพิ่มขึ้นเป็น 36 พื้นที่ กระบวนการของเราคือให้ เจ้าหน้าที่ ทีมชุมชน เดินลงไปเยี่ยมชุมชนแล้วเก็บประเด็นมาเขียนเป็นเรื่องเล่า แล้ววันที่สองก็มาเข้ากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน เน้นการมองหาศักยภาพ ปัญหา/ ข้อบกพร่อง อยากให้เขาเปลี่ยนมุมมองบ้าง ไม่ได้มองแค่เรื่องโรค แต่อยากให้เห็นมองคนทั้งชีวิต

เรื่องนี้รับจากบทเรียนปีที่แล้ว (จากการฝึก นสค.) ให้ลงพื้นที่เหมือนกัน แต่แจก case รายโรคไป ปรากฏว่าคนของเราก็จาะลึกเรื่องโรคลงไปเรื่อยๆ จนลืมนัดเดิม ซึ่งผลก็พบว่า เวลาเจอ case ยากๆ เขาก็รู้สึกหมดแรงไป ทหาทางออกไม่ได้ หรือไม่รู้สึกว่ามีช่างานของเราเป็นงานของกระทรวงอื่นๆ เช่น พมจ./อปท. เป็นต้น แคนั้นแล้วก็จจะเข้าใจว่าตัวเองต้องใช้พลังเยอะมากในการที่จะฝ่าตรงนั้นไป workshop ใหม่ที่อาจารย์พัฒนามานำเสนอให้เราพยายามมองหา Factor และ Function ที่มีอยู่ในชุมชนด้วย (ซึ่งตรงกับความหมายของคำว่า "สุขภาพชุมชน" เป็นที่สุด)

การเปิดพื้นที่ใหม่ 36 พื้นที่ในปีนี้จึงถือว่าเป็นงานหนัก โชคดีที่เราสร้างพี่เลี้ยงระดับ CUP ไว้พอสมควร เช่น นากลาง - น้องตุ๊ก (มัณฑนา ตระกูลวงค์) เป็นแกนหลัก หาทีมลุยไปได้ 6 พื้นที่ และได้ประเด็นร่วมของ CUP คือ เรื่องสารเคมี เพื่อทำเวทีแลกเปลี่ยนกับ



stakeholder ทั้งนากลางไปเมื่อ วันที่ 25 มิ.ย. 2555 ที่ผ่านมานี้เอง ซึ่งถือเป็นเวทีที่สมบูรณ์แบบมาก เพราะมีใครต่อใครเข้ามาช่วยกันเยอะมาก จนเราไม่ต้องทำอะไรเลย (นั่งให้กำลังใจอยู่หลังห้อง)

มีนักวิชาการที่สนใจเรื่องนี้มาช่วยด้วย (เช่น นพ.ปัตตพงศ์ - Com Med มช.) ระดับจังหวัดมี Core team ของจังหวัด (เป็นนักกิจกรรมของจังหวัด) ร่วมกับ อบจ. ทีมชุมชนพื้นที่สนใจก็พยายามเลือกคนที่เป็นตัวจริงในเรื่องนี้มาร่วมจริงๆ เงินทองก็ไม่ได้จ่าย เพราะใช้งบ อบจ. ส่วน สปสช.ก็สนใจมาร่วมรวมถึงเสนอให้งบด้วยแต่ในขณะนั้นเรามีงบประมาณเพียงพอแล้วจึงไม่ได้รับจาก สปสช.อีก ประเด็นสารเคมีนี้ เดิมทีมี รพ.นากลางเคยสนใจ เพราะมีคนไข้มาเยอะแต่หลังจากคุยกันแล้ว - แต่มีเสียงบอกว่าไม่ใช่หน้าที่เราจึงต้องพักเรื่องนี้ไว้ก่อน พอมาถึงปีนี้ - ประเด็นนี้ถูกจับขึ้นมาทำอีกเนื่องมาจากประเด็นนี้มาจากการเดินในพื้นที่จริงของทีม - ได้กลั่นสารเคมีจริง - ชาวบ้านเจ็บป่วยมาหาด้วยอาการแพ้สารเคมีจริง - เยอะด้วย-กึ่งหอยปูปลาในทุ่งนาหายไปจริงๆ แม้แต่ในทุ่งนาที่ไม่ได้ใช้สารฯ เยอะ แต่มันไหลมาจากไร่อ้อย มีหมอกคนหนึ่งเล่าว่าคนไข้มีแผล+สารเคมี เป็น cellulitis ตัดขาก็มี (แต่เราก็ค้นหาข้อมูลในภาพ Hos XP ไม่ได้)

จากเวทีนากลาง 6 พื้นที่ เราได้ เจ้าหน้าที่กลุ่มหนึ่งที่ก้าวข้ามตัวชีวิตตามนโยบาย ก้าวข้ามงาน routine

ก้าวข้ามคำว่าไม่มีเวลา (บางพื้นที่ทำ เสารี - อาทิตย์) มาทำเรื่องที่เป็นปัญหาชาวบ้านอย่างจริงจัง พร้อมๆ กันนั้น เราก็ได้ทีม อสม./ผู้นำชุมชนกลุ่มหนึ่งที่มีพัฒนาการเร็วมาก ทั้งเรื่องการพูดคุย (dialogue) การเก็บประเด็น ซึ่งเขาเห็นชัดว่า จากพื้นที่ที่ 1 ถึงพื้นที่ที่ 6 เขามีพัฒนาการและก้าวกระโดดจริงๆ

เราประยุกต์เรื่องการเขียน profile จากเดิม มาเขียนเรื่องเล่าจาก workshop นำผลการวิเคราะห์ที่ข้อมูลจาก workshop มาประกอบกับข้อมูลเชิงปริมาณที่มีอยู่ในฐานข้อมูล JHIS (และทะเบียนต่างๆ) อาจเรียกได้ว่า เป็น profile ที่น่าอ่านที่สุด มีรูปประกอบด้วย มีสีล้นลวดลายของกระดาษ Flip chart และลายมือเขียนตัวโย้ย่ ในความรู้สึกของตัวเอง รู้สึกว่ามันเป็น Profile ที่มีชีวิตจริงๆ

สำหรับอำเภออื่นๆ - สุวรรณคูหาขอให้เจ้าของรับผิดชอบ ความจริงคนเข้าใจเรื่องนี้ดีคือ ตู๋ (สุภาภรณ์ สมศรี แต่บังเอิญช่วงนี้ตู๋ไม่สบาย เจ้ายิง (ศรายุทธ สมศรี) เลยต้องลงมือแทน - เรื่อง concept ไม่ห่วงอะไร เพียงแต่เหยี่ยวอย่างเขาไม่เคยต้องทำอะไรเองทั้งหมด งานนี้เราไปช่วยในเวทีแรก แล้วปล่อยให้เจ้ายิงกับบี (น้องใหม่) ลงไป

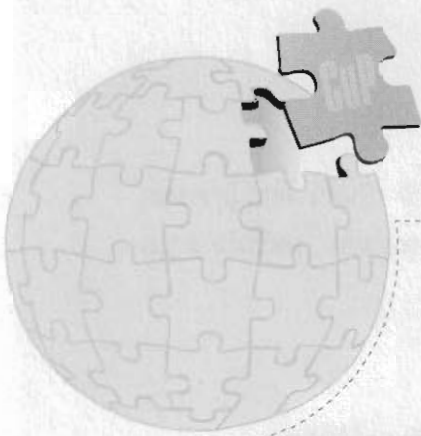
และเราก็เฝ้าดูทาง FB (เครือข่ายสุวรรณ - มี Facebook เป็นเครื่องมือสื่อสาร) ซึ่งก็เห็นความสุขของเขาแตกต่างจากงานอื่น เช่น เขาจะโพสต์ข้อความว่า "วันนี้ ลงพื้นที่ต่งมะไฟ ไคว่างเชิญนะ ของกินตรึม!) หรือไม่กี่ "ไปนาค่านพรุ้งนี้นะ รายการอาหารมีดังนี้...วันนี้คนน้อยไปหน่อย" อย่างนี้เป็นต้น บางคนไม่ได้เข้าร่วมเวทีเวลาเจอเราก็จะถามว่า เห็นเขาพูดจาก workshop ว่า...

หมายความว่าอย่างไร หนูไม่ได้ไป-เกรงจะตกข่าว- เข้าใจอย่างนี้ถูกหรือเปล่า? เป็นต้น ตอนนี้สุวรรณฯ ออกครบทุกพื้นที่ ประเด็นร่วมคือ สารเคมีเหมือนนากลาง ประเด็นอื่นก็พบ เช่น โรคเรื้อรัง ยาชุด (มาได้ไง?) เรื่องชีวิต มีปัญหาหนี้สินเยอะมาก - มีคนชุดดำติดตามทวงหนี้

## เกิดอะไรขึ้นกับตัวเอง

ตั้งแต่เปลี่ยนวิธีการ approach มาเป็น "โจมตีที่ฐานใจ" สิ่งที่ตัวเองสังเกตได้ก็คือ

- เข้าใจข้อจำกัดของคนอื่นมากขึ้น
- ใจเย็นลง หนึ่งเป็น ทำใจได้เร็วกับเหตุการณ์ที่ไม่เป็นตามคาดหวัง
- ไม่เล็งผลเลิศกับงานมากเกินไป (ผิดพลาดได้ ไม่จำเป็นต้อง 100%)
- มีความสุขมาก/ ทุกครั้งที่ทำ workshop แบบนี้ (อันนี้ไม่เปลี่ยนมากนักเพราะเดิมนักจะมี ความสุขทุกครั้งเวลาลงพื้นที่ดูน้องๆ ทำงาน + เรียนรู้ไปด้วย)
- สนุกกับการคิดค้นวิธีการที่จะทำให้คนเข้าถึง เข้าใจ เรื่องบางเรื่องที่เราอยากให้เขาเข้าใจ
- นึกถึง เข้าใจ เรื่องบางเรื่องที่เราอยากให้เขาเข้าใจ
- นึกถึงเรื่องการดูแลผู้คนมากยิ่งขึ้น (เดิมจะนึกเรื่องงานมากกว่า) เช่น การเห็นคนที่มีจุดอ่อน เป็นคนที่น่าจะได้รับการดูแล (ทำหายมาก)



# ไม่มองสุขภาพแบบแยกส่วน..เชื่อมโยง

## สุขภาพเข้ากับวิถีชีวิตคนและชุมชน

บุษจรินทร์ พันธุ์บุญปลูก : เครือข่ายบริการปฐมภูมิสักราย จังหวัดเชียงใหม่

บทบาทของผู้สนับสนุน/พี่เลี้ยง ในการพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่รับผิดชอบ อำเภอสักราย จังหวัดเชียงใหม่

### 1. ทำอย่างไร

- ใช้บริบทในพื้นที่เป็นตัวตั้งต้นในการทำงาน
- ทบทวนการทำงานให้ความสำคัญกับกระบวนการไม่ใช่ผลลัพธ์ มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องที่สนใจทุก 2 เดือน ให้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันและกัน ในที่ทำงานของเราเพื่อไปพัฒนางานของเรา
- ปรับกระบวนการของโครงการเชิงรุกต่างๆในพื้นที่ตามความต้องการของคนทำงานในพื้นที่
- ใช้เวลาไปเรียนรู้ตามบริบทและปัญหาในพื้นที่โดยเรียนรู้ระบบคุณค่าในวิถีชุมชนและวัฒนธรรมชุมชน ภูมิปัญญาชาวบ้าน เปิดใจ เปิดสมองให้กว้าง เพื่อเรียนรู้จากชาวบ้าน โดยใช้ทักษะการฟังและการพูด เพื่อเรียนรู้จากชาวบ้าน ไม่ใช่ไปสอนชาวบ้านหรือไปพัฒนาชาวบ้าน
- ให้พื้นที่นำเสนอบทเรียนโดยอิสระและตามความพร้อม
- รวบรวมร้อยเรียงข้อมูลคืนให้ทุกคนได้เรียนรู้
- เปิดโลกสื่อสาร Sansai Care Net เพื่อการเรียนรู้ การให้คำปรึกษาได้ทันการณ์โดยเฉพาะเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วย

### 2. สิ่งที่ได้และได้ทำ

2.1 การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความเชื่อมโยงหลายมิติ ตัวเจ้าหน้าที่เปลี่ยนวิธีคิด วิธีปฏิบัติ ทำที่ในการเข้าหา Case ไม่ใช่เป็นการไปถามว่ามีปัญหาอะไร? ต้องการอะไร? แต่เข้าไปพูดคุยเรื่องวิถีชีวิตการดูแลของคนในครอบครัว/ชุมชน การให้คุณค่าในสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำ ช่วยเหลือตามความจำเป็น เน้นการเรียนรู้ทั้งตัวผู้ป่วยและ caregiver ตัวอย่างจากห้องอบ (บุญปราณี นันทวัฒนาการณ์) และ

พี่แดง (สุภาพร โพธารวรรณ) ที่เริ่มต้นพูดคุยถึงการดูแลผู้คนในชุมชนจากการทำความเข้าใจกับทีมงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันพระเนตร การจัดทำแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมงาน อสม. น้องอบ นำเสนอ case ผู้พิการจากอุบัติเหตุตกต้นไม้ได้รับบาดเจ็บต้องผ่าตัดศีรษะ การดูแล case นี้เจ้าหน้าที่ไม่ได้ช่วยเหลือตามสภาพความเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจเท่าที่นั้น พวกเขาได้ให้คำปรึกษาเยียวยาความทุกข์ให้แก่ครอบครัวผู้ป่วย พาคนในครอบครัวไปดูการทำงานที่ศูนย์ผู้พิการวัดห้วยเกียง ญาติผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยพัฒนาทุกรูปแบบเกิด caregiver และเป็นทีสนใจของคนในชุมชน ผู้นำในชุมชนให้ความสำคัญจัดสถานที่ในชุมชนเอื้อต่อการดูแลผู้พิการน้องอบบอกว่าอยากจะทำให้เกิดเป็นชุมชนร่วมบำบัดเยียวยาผู้ป่วยแต่มันคงต้องใช้เวลามากกว่านี้ น้องจิม (นฤมล แก้วสว่าง) และน้องอ้อย (วาสนา ปือกบุญเรือง) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจดีย์แม่ครัว รื้อฟื้นการทำงานกับลุงปิ่นมาให้พวกเราเห็นภาพการทำงานร่วมกันของคนในชุมชนและหน่วยงานที่อยู่ในชุมชน ความเป็นชุมชนคือการหันหน้าเข้าหากันและทำงานร่วมกัน คนใช้ขายของอย่างลุงปิ่นแม้จะไม่ใช้คนในหมู่บ้านแต่เมื่อคนๆ นี้อยู่ในหมู่บ้านชาวบ้านจะไม่ดูแลได้อย่างไร ความเป็นชุมชนมีจุดร่วมที่ทีมงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจดีย์แม่ครัวนำมาใช้คือ บุญและการทำบุญ ทุกวันนี้ความเป็นอยู่ของลุงปิ่นหรือ case ประยูรดีขึ้นกว่าเดิมในความเป็นมนุษย์คนหนึ่ง มนุษย์ในยามป่วยใช้ที่ที่ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ตามคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ น้องศิริรักษ์ จาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเม็ง เล่าเรื่องการดูแลลุงสม ผู้ป่วย DM มีประวัติปวดท้องมานาน 3 เดือนกว่า รับการรักษาครั้งแรกที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง หมดคำรักษาไปกว่า 40,000 บาท แต่อาการไม่ทุเลา ต่อมาลุงมารับยาเบาหวานและตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเม็ง จึงได้ส่งตัวรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลดอยสะเก็ด เพราะสงสัย CA stomach หรือ CA Colon เนื่องจากทานไม่ได้น้ำหนักลดลงมากกว่า 10 กิโลกรัมในรอบ 3 เดือน และแพทย์ โรงพยาบาลดอยสะเก็ดก็สงสัยเช่นเดียวกันจึงส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลนครพิงค์ ทำการรักษาตรวจหามะเร็งของอวัยวะต่างๆ ในช่องท้อง ผลตรวจ-ไม่พบเซลล์มะเร็ง ลุงจึงกลับมาดูแลตัวเองที่บ้าน ครั้งสุดท้ายปวดท้องรุนแรงมาก จึงไปรักษาที่โรงพยาบาลดอยสะเก็ดอีก และก็ได้รับการส่งต่อไปที่โรงพยาบาลนครพิงค์อีกครั้ง คราวนี้ลุงได้รับการตรวจอย่างละเอียด ผลตรวจพบว่า ลุงเป็น AAA (Abdominal Aortic Aneurysm) จึงถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่แพทย์เตรียมผ่าตัดช่วยชีวิตให้ลุงอย่างรวดเร็วที่สุด แต่คลังเลือดของโรงพยาบาลไม่มีเลือดกรุ๊ปเอ จึงแจ้งกลับมาชุมชนคือที่เทศบาลตำบลหนองແຫ່ງ ชุมชนจึงช่วยกันประสานสัมพันธ์หาผู้บริจาคโลหิตกรุ๊ปเอให้ลุง กระจายข่าวทั้งเสียงตามสาย การบอกต่อๆ กัน วิทยุชุมชน ด้วยน้ำใจของชาวบ้านทุ่งข้าวตอกใหม่ อสม. และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเม็ง(หมอโหนด) ร่วมกันไปบริจาคเลือดให้ เพื่อลุงจะได้รับการผ่าตัดช่วยชีวิตอย่างรวดเร็วที่สุด สุดท้ายลุงปลอดภัยแล้ว ได้รับการผ่าตัดรักษาจนพ้นภาวะวิกฤต ขณะนี้ลุงกลับบ้านมาพักพื้นที่บ้านแล้ว



**2.2 การเข้าไปร่วมกับกลุ่มภาคีเครือข่าย  
ในชุมชน** เจ้าหน้าที่ไม่ใช้บทบาทผู้ส่งเสริมหรือ  
สนับสนุนหรือเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามแต่  
เปลี่ยนเป็นผู้ร่วมกระบวนการ ใช้ทักษะการพูด  
คุยศึกษาความเป็นมา ความรู้สึกนึกคิด ภูมิปัญญา  
ความเชื่อมั่นของกลุ่ม มีข้อเสนอไปแลกเปลี่ยนกับ  
กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยไม่คาดหวังว่าจะให้  
เกิดการปฏิบัติ แต่ต้องการความไว้วางใจ มีตัวอย่าง  
การทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
บ้านเมืองระ ผู้อำนวยการรัช วันดี เล่าเรื่องการ  
ทำงานกับผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการเพราะที่ตำบล  
เมืองเล็มีการจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุมาตั้งแต่ ปี 2543  
ซึ่งมีความต่อเนื่องของการทำกิจกรรมมาจนถึง  
ปัจจุบัน กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้กลายเป็นกลุ่มที่มี  
ความเข้มแข็ง..เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพตำบลไม่เคยร้องขอให้องค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่นเข้ามาสนับสนุนแต่กลายเป็นว่าองค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเข้ามาร่วมกับกลุ่มนี้  
สนับสนุนงบประมาณและกลายเป็นกลุ่มที่ทำ  
กิจกรรมร่วมกับกลุ่มต่างๆในชุมชน..เป็นผู้  
หล่อเลี้ยงดูแลด้วยจิตวิญญาณของคนที่มีคุณค่า  
ของชุมชน เกิดการเรียนรู้การถ่ายทอดจากรุ่น  
สู่รุ่น..จากหมู่บ้านสู่หมู่บ้าน.. บั๊สอนน้อง อู้ยสอน  
หลาน ย้อยรอยฮีตฮอยของเก่าดั้งเดิมที่คนรุ่นใหม่  
ไม่เคยเรียนรู้...ผู้สูงอายุสอนเยาวชนให้ดำข้าวกลิ้ง  
นึ่งข้าวเหนียว  
จักสานนางณีมือ  
 ฯลฯ การบริหาร  
จัดการอย่าง  
ต่อเนื่องทำให้  
เกิดการดูแล

ตนเองไปตามธรรมชาติของชุมชน โรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะจับ มีน้องศรียกุล  
อักษรวรรณสิน มาสะท้อนภาพการทำงานร่วมกับ  
ภาคีเครือข่ายกลุ่มผู้สูงอายุตำบลแม่แฝกที่ดำเนิน  
การภายใต้การนำของผู้นำศาสนา..พระสงฆ์เจ้า  
อาวาสวัดในหมู่บ้านเป็นผู้ร่วมก่อการดี สร้างกลุ่ม  
ค้นหาคนพันธุ์เดียวกัน 3 ประเภท โดยจัดเวที  
แกนนำผู้สูงอายุในวัดแบ่งกลุ่มกันบอกชื่อเสียง  
เรียงนามผู้สูงอายุในเขตตำบลละแวกเดียว  
กัน..กลุ่มหนึ่ง เป็นผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง  
สมบูรณ์..กลุ่มสอง เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว  
และกลุ่มสาม เป็นผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ  
ข้อมูลที่ได้รับสะท้อนความเป็นจริงที่เกิดขึ้น  
ในชุมชน พวกเขาได้รับรู้ได้เห็นภาพวิถีชีวิตของ  
ผู้สูงอายุในชุมชน และก้าว่างที่เดินคือการลงไป  
ในชุมชนเพื่อร่วมกันทำกิจกรรมสร้างสรรค์ความ  
เป็นอยู่บนวัฒนธรรมของชุมชน..ซึ่งพวกเราคงได้  
ติดตามกันต่อไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
บ้านป่าเหมือดสังฮ้อด (อนุสิษฐ์ กัณธิ) มาเป็นคน  
เล่าเรื่องราวการทำงานกับผู้สูงอายุในตำบลป่าไผ่  
ที่เริ่มต้นจากการลงชุมชนของเจ้าหน้าที่สืบเสาะ  
ค้นหาความเป็นอยู่ของผู้คนเคียงคู่กับการเยี่ยม  
บ้านดูแลสุขภาพของกลุ่มต่างๆเจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้  
การทำงานของลุงรัง..ที่เป็นแกนนำผู้สูงอายุใน  
ชุมชนที่มีความหมายกับกลุ่มผู้สูงอายุ ลุงรังเป็น  
แกนนำตามธรรมชาติที่ปฏิบัติตนแล้วทำให้ผู้คน  
เห็นตัวอย่างจนเกิดความไว้วางใจเชื่อใจรวมกลุ่มกัน  
ปฏิบัติตามสิ่งที่ลุงรังทำไว้ ไม่ว่าจะเป็นการดูแล  
สุขภาพด้วยการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร  
ปลอดภัย การเป็นจิตอาสาให้กำลังใจผู้สูงวัยด้วย  
กัน ลุงรังมีวิธีที่สอนคนทำงานอย่างพวกเราว่า  
คนเขาสอนกันเขียนอยู่กับตั้งวันมันตั้งดีขึ้นเรื่อยๆ

### 2.3 การทำงานในชุมชนโดยไม่ใช้ฐานด้านสุขภาพด้านเดียว เน้นเรื่องการกินการอยู่ ราชการ

เชื่อมโยงครวัชชุมชนสู่เย็นธรรมชาติของชาวบ้าน มีความรู้ใหม่ๆที่ได้จากชุมชน ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองวะ คำพูดของผู้อำนวยการวัชแห่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองวะ สอนใจคนทำงานอย่างพวกเราว่า ให้รู้จักมองสิ่งใกล้ตัว ชาวบ้านกำลังมองเจ้าหน้าที่เช่นกัน อาหารชุมชนดั้งเดิมเริ่มจากการแบ่งปัน ต้นกล้าอาหารถูกแบ่งปันเป็นการเรียนรู้การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ 1 ปีที่ผ่านมาพบว่าบางหมู่บ้านครัวเรือนที่ปลูกผักกินเองแล้วเหลือขาย ไม่มีรายชื้อก็ยอมเงินจากกองทุนเงินล้านในหมู่บ้านเลยสนใจไปเที่ยวได้ที่บ้านหนองกั้นครุ ผู้อำนวยการวัช วันที่ที่เป็นตัวอย่างคนในชุมชนตำบลหนองแห้ง เขาเล่าว่า ก่อนจะทำอะไร ก่อนจะไปบอกอะไรกับชาวบ้านเราต้องลงมือก่อน ดั่งนั้นที่บ้านเขาจึงมีสิ่งที่เขาจะให้ชาวบ้านในตำบลเมืองเส้นได้ทำ ตามวิถีคนในชุมชน ในบริเวณบ้านของเขามีพืชผักสวนครัวปลูกไว้รอบบ้านทั้งต้นกล้วยหอมที่ลูกสาวชอบกิน เขาเริ่มจากการคุยกับคนใกล้ตัวคือ กลุ่ม อสม. ทุกคนให้พันธะสัญญาต่อกันว่า เพียงเพื่อปลูกไว้กิน ตัวอย่างอาหารในชุมชนมีอยู่แล้วจึงนำมาทำแปลงสาธิต จากคนที่มีก็แบ่งปันขยายต้นกล้าให้ อสม. / ครัวเรือนที่สนใจ การแบ่งปันทำให้เกิดการพูดคุยและเกิดการเรียนรู้วิถีชุมชน / การถ่ายทอดความรู้เทคโนโลยีการเกษตร จากการที่ชาวบ้านปลูกพืชผักกินเอง ทำให้มีการพูดคุยเปรียบเทียบกันว่า หมู่บ้านที่มีการปลูกผักกินเองจะเป็นที่น้อยกว่าหมู่บ้านอื่นๆ ที่ซื้อผักทุกอย่างกิน เขาไม่ก้อหน้เพิ่ม ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเหมือด ภาพแหล่งอาหารในชุมชนที่บ้านหม้อบ้านนี้มีกบเป็นตัวชี้วัดความอุดมสมบูรณ์ของแหล่งอาหารชุมชน นอกจากกบแล้วใครได้เบ็ดได้ไก่ไปต้องเอาไข่มาคั้นที่ธนาคารไข่ แล้วไข่ก็กลายเป็นรางวัลให้ชาวบ้านที่เอาขยะมาแลก..เห็นการจัดการของชาวบ้านแล้วสุดยอด อภิชาติ ต้นอูด ลงชุมชนโดยค้นหาคนในชุมชนที่ดำเนินการเรื่องอาหารปลอดภัย ผู้อำนวยการต้นได้เรียนรู้จากพ่อชาญ วงค์จักร อายุ 75 ปี ที่อยู่ 31 หมู่ 12 ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทรายจังหวัดเชียงใหม่จากที่ลูกสาวไปดูงาน แล้วคุณพ่อถามว่า “ไปแล้ว ได้อะหยงมาพอง” ทำให้ตัวเจ้าหน้าที่ถูกคิดและย้อนกลับมาดูครัวเรือนของตนเอง ต้นกล้าให้ฟังว่าเขาเพิ่งรู้ว่าการที่พ่อและแม่ของเขาปลูกพืชผักสวนครัวรั้วกินได้ไว้ที่บ้านทำให้บ้านเขาเป็นแหล่งรวมญาติพี่น้องที่เข้ามาหา มาเก็บผักไปปรุงอาหารญาติพี่น้องได้คุยกันเป็นเรื่องราวที่เขาได้เห็นเกิดขึ้นในชุมชนเช่นกันเหมือนบ้านพ่อหลวงอนันต์ วิริยา คนในชุมชนตำบลป่าไผ่ที่สร้างสรรค์วิถีชีวิตเดิมของชุมชนในรูปแบบใหม่ สร้างกระแสสุขภาพแบบครบวงจรศึกษา ดูงาน รูปแบบ กระบวนการนอกพื้นที่เพื่อนำมาปรับปรุงชุมชน สร้างกฎ กติกากลุ่ม เริ่ม ปี 2548 เขต จับ ปรับ จัดระบบการจัดการทุกกลุ่มในชุมชน บ้านหม้อที่เขาลงไปศึกษาสัมภาษณ์ว่า บ้านหม้อชุมชนสามัคคี แหล่งข่าวพันธุ์ดี ดนตรีพื้นเมือง ลือเลื่องอนุรักษ์กบ กบเป็นตัวชี้วัดความอุดมสมบูรณ์ของแหล่งอาหารภายในหมู่บ้าน เส้นทางการบริหารจัดการอาหารของชุมชนเชื่อมโยงกับการสร้างคุณค่าของเงินเกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมต่างๆเช่นเลี้ยงเบ็ดเลี้ยงไก่เพื่อกินและเก็บไข่ จัดตั้งเป็นธนาคารไข่ ให้ชาวบ้านเอาขยะที่ขายได้มาแลกไข่ พวกเราในเวทีได้รับรู้วิถีชีวิตของคนในชุมชน เรารู้กันว่าการเดินทางของเราคือการร่วมสนับสนุนกระบวนการของคนในชุมชน เราต้องร่วมลงมือทำเพื่อเรียนรู้หรือสร้างประสบการณ์แบบทำไปเรียนไป

### 3. อะไรบ้างที่ทำได้ไม่สำเร็จ ( ยังไม่ได้ทำ )

- การจัดเวทีหมุนเวียนไปตามชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- การทำงานตามความต้องการของภาคีเครือข่าย
- การสร้างการเรียนรู้โดยการนำเอาความรู้บางอย่างที่มีเคยมีในอดีตมาใช้ เหมือนเป็นความไม่รู้ต่อสิ่งที่เรามีอยู่
- การจัดการที่ต่อเนื่องทุกกลุ่มในชุมชนไม่เฉพาะคนกลุ่มคนที่เสี่ยงหรือกลุ่มที่ป่วย
- ถอดบทเรียนการทำงานกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ

### 4. มีปัจจัยเงื่อนไขใดบ้างที่ทำให้สำเร็จ

- ผู้บริหารให้ความสนใจรับเป็นนโยบายของ CUP
- ผู้ปฏิบัติรับรู้มีการพัฒนาตนเองและทีมงาน และมีประสบการณ์ทำงานเชิงรุกได้ดี ไม่ได้มองสุขภาพแบบแยกส่วน และเชื่อมโยงสุขภาพเข้ากับวิถีชีวิตคนและชุมชน
- มีการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง
- มีกลุ่ม/ชมรมแหล่งเรียนรู้

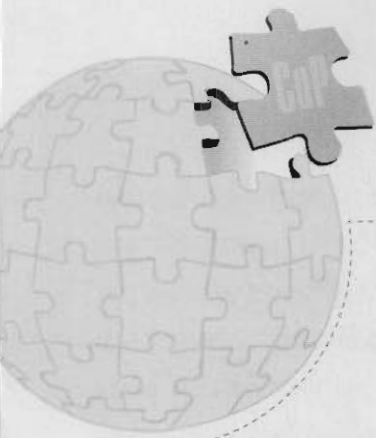
- มีทรัพยากร / วัฒนธรรมที่เอื้อต่อการทำงาน
- มีระบบข้อมูลข่าวสารที่เอื้อต่อการทำงาน
- องค์กรท้องถิ่นสนับสนุน

### 5. มีปัจจัยเงื่อนไขใดบ้างที่ทำให้ไม่สำเร็จ

- ภาระงานเชิงรับของเจ้าหน้าที่มีมาก เพราะเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องเกี่ยวโยงถึงการกินดีอยู่ดีซึ่งเป็นเรื่องของความสัมพันธ์หลายภาคส่วน เมื่อสุขภาพเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ ถ้าความสัมพันธ์เปลี่ยน การเรียนรู้ก็จะเปลี่ยน เมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพชาวบ้านยังใช้บริการจากสถานบริการเพื่อความเชื่อมั่นในดำรงชีวิต การดูแลหรือการจัดการให้เกิดการพึ่งตนเองของชาวบ้านยังต้องอาศัยเวลาในการเยียวยา
- งานนโยบาย/การประชุม/การอบรมจากหน่วยเหนือทำให้แผนงานไม่เป็นไปตามที่กำหนด

### 6. ความต้องการสนับสนุนจากส่วนกลาง และข้อเสนอแนะ

- สนับสนุนการจัดเวทีภายในจังหวัด
- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแบบเข้มข้นซึ่ง อาจเป็นเครื่องมือหนึ่งในการสร้างและปรับระบบคิด การบริหารจัดการและกำหนดบทบาทการทำงาน เรียนรู้ในสิ่งที่ต้องการทำและทำในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ



# ทำงานมาหลายปี..เพิ่งรู้ว่า พระเอกตัวจริงอยู่ที่ชุมชน

เพ็ญศรี แซ่ป่า : เครือข่ายบริการปฐมภูมิเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ทำงานดูแลผู้ป่วยเบาหวาน-ความดัน มาหลายปี เพิ่งรู้ว่าพระเอกตัวจริงอยู่ที่ชุมชน ในแต่ละปีพบผู้ป่วยรายใหม่มาขึ้นทะเบียนเพิ่มทุกปี บวกกับผู้ป่วยรายเก่าแล้ว แต่ทำไมยอดผู้มารับบริการตามทะเบียนเท่าเดิม บางปีน้อยกว่าเดิม กลับไปดูที่ทะเบียนคุมปรากฏว่าผู้ป่วยไม่มารับบริการอย่างต่อเนื่อง บางรายมาปีละครั้ง บางรายมาขึ้นทะเบียนแล้วหายไปเลย จึงเริ่มต้นจัดการกับผู้ป่วยที่หายไป ในอดีตไม่ใช้เรื่องยากเลยในการค้นหาผู้ป่วยที่ขาดนัด เรามักจะให้ อสม.(มือขวาของเรา) ตามให้ ซึ่งการทำงานนี้ อสม.เหมือนเป็นผู้ประสานให้ไม่ได้เข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วย หรือในบางครั้งก็ใช้จดหมายตาม แต่ในครั้งนี่เราอยากจริงจังๆว่า เกิดอะไรขึ้นกันแน่ จึงวางแผนออกเยี่ยมผู้ป่วยที่หายไป

**รายที่หนึ่ง** นางกุยแก้ว จันทรหอม อายุ 74 ปี จำได้ว่าเป็นผู้ป่วยที่แต่งกายสะอาดเรียบร้อย พุดจาสุภาพ ยิ้มแย้มตลอดเวลา มีสุขภาพจิตดี แต่ช่วงหลัง ป้าแก้วขาดนัดบ่อย เราจึงตามไปเยี่ยมที่บ้าน พบว่าบ้านป้าแก้ว เป็นบ้าน 2 ชั้นครึ่งไม้ครึ่งปูน อาศัยอยู่กับลูกสาว ลูกชาย และหลานเล็กๆ 2 คน และที่สำคัญคือสามี นายชุม จันทรทอง อายุ 74 ปี มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว แขนขาอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีอาการหลงลืมร่วมด้วย ลูกสาวและลูกชายจะไปค้าขายนอกบ้านทุกวัน หลานทั้งสองก็ไปโรงเรียน ดังนั้น ป้าแก้วจึงเป็นผู้ดูแลสามีทั้งหมด ตั้งแต่ ป้อนข้าวป้อนน้ำ ดูแลเรื่องการขับถ่าย และการพลิกตัวสามีเพื่อเปลี่ยนท่านอน สามีเป็นคนตัวใหญ่ หลังจากให้ความช่วยเหลือลูกชุมแล้วป้าแก้วจะอ่อนล้ามาก ป้าแก้วบอกเล่าภาระในการดูแลด้วยสีหน้าอทุกข์ เศร้าเครียด ซึ่งแตกต่างจากที่เคยเห็นเวลามารับบริการที่คลินิก ป้าแก้วเล่าต่อว่า แม้แต่ในวันสำคัญทางศาสนาอยากไปวัดบ้างยังไม่ได้ไป ยิ่งไปหาหมอเพื่อรับยาและต้องใช้เวลามากอย่างน้อยครึ่งวันจึงไปไม่ได้เลย ใจจริงแล้วป้าอยากไปทุกครั้งทั้งหมดนัด แต่ติดตรงที่ว่าไม่มีใครดูแลลูก เกรงใจลูกและลูกชายเพราะเขาต้องไปค้าขายทุกวัน



ซึ่งก็หนักอยู่แล้ว ส่วนสามมีเดิมเคยมีประวัติเป็นโรคความดันสูงแต่ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

**รายที่สอง** นายทุน สีเนสุ อายุ 73 ปี ผู้ป่วยความดันสูงและพิการขาขาด 1 ข้าง ขาดนิ้วบ่อยมาก จึงติดตามไปเยี่ยมที่บ้าน พบว่า บ้านของลุง กุญอยู่ห่างจากถนนสายหลัก 3 กิโลเมตร และยังต้องเดินเข้าซอยเล็กๆ ที่ถนนขรุขระ เมื่อไปถึงพบบ้านชั้นเดียวมุงด้วยหญ้าคา หลังหนึ่งเป็นที่อยู่อาศัยและอีกหลังเป็นที่ปรุงอาหาร ลุงทุนอาศัยอยู่กับภรรยา ซึ่งมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวช และไม่มีลูกหลานหรือญาติดูแล รายได้มาจากการรับจ้างของภรรยา ซึ่งในบางครั้งภรรยาก็มีอาการทางจิต ทั้งสองคนมีญาติที่ต้องทานต่อเนื่องหลายตัว เมื่อสอบถามถึงการกินยาพบว่า ยาบางตัวกินไม่ถูก เมื่อเห็นเจ้าหน้าที่และ อสม. ไปเยี่ยม ทำทางของลุงจะดีใจมาก และอยากให้เราไปเยี่ยมบ่อยๆ อสม. เจ้าของพื้นที่จึงอาสามาเยี่ยมและดูแลลุงกับป้า ต่อไป

**รายที่สาม** ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หญิง อายุ 54 ปี ขาดนิ้วบ่อยเช่นกัน ไปเยี่ยมบ้านพบว่า มีอาชีพค้าขายที่ตลาดสดทุกวัน ต้องตื่นไปตลาดตั้งแต่ตี 2 ขายของจนถึง 8 โมงเช้าทุกวัน จึงทำให้ผู้ป่วยเหน็ดเหนื่อยและหิว จึงต้องรีบกินข้าว ทำให้ไม่สามารถไปรับบริการตามนัดได้ เพราะตนเองไม่สามารถงดน้ำงดอาหารได้และต้องมารอคิวตรวจอีกและในแต่ละครั้งคุณหมอผู้หวังดีมักจะถามว่าทำไมไม่งดน้ำงดอาหารมา ยิ่งทำให้รู้สึกไม่ดีเลย จึงไม่มารับบริการตามนัดหลายครั้งก็ไม่มาเสียเลย

จากการเยี่ยมบ้าน จะเห็นได้ว่า ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเฉพาะโรค นั้นอาจจะไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีได้ ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่จะมีความปรารถนาดีในการที่จะปรับระบบต่างๆ ให้ครบถ้วนเป็นขั้นตอนและพยายามที่จะให้สุขศึกษา ก็ตาม จากเหตุการณ์ดังกล่าว ได้มองเห็นปัญหาเป็น 2 ด้านดังนี้ ด้านระบบบริการ และผู้รับบริการ เพราะยังมีอีกหลายเหตุผลที่สำคัญว่าการมารับบริการตามวันนัดแล้วเราจะทำอย่างไรดี เวทีประชาคมในหมู่บ้านจึงเกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาพร้อมกันระหว่าง เจ้าหน้าที่ อสม. และผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ ทำอย่างไรผู้ป่วยเบาหวาน-ความดัน จะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้เกิดการดูแลนี้อย่างไร

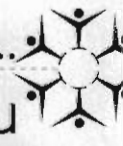
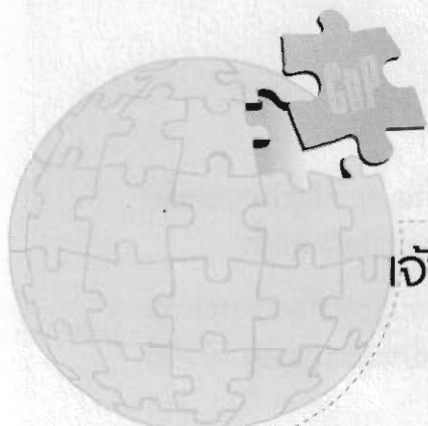
สรุป คือ ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันในชุมชนโดยชุมชน ดำเนินการโดยอสม. ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ ทั้งนี้ ให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้สอนทักษะและการประเมินผลต่างๆ แก่ อสม. ได้แก่ การเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว-ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือด, ซึ่งน้ำหนัก-ประเมิน BMI, วัดความดัน-ประเมินระดับความดัน, วัดรอบเอว-ประเมินภาวะอ้วน แล้วบันทึกผลการตรวจร่างกายต่างๆ ในสมุดประจำตัวผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำแนะนำ ในขณะที่มารับบริการจะเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลการตรวจร่างกายและการปฏิบัติตัวระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง เมื่อมารับบริการที่อสม. แล้วผู้ป่วยสามารถไปปฏิบัติภารกิจของตนเองที่บ้านได้ตามปกติ ไม่ต้องเสียเวลารอนานหากว่างตอนไหนก็ไปรับยา โดยนำสมุดบันทึกผู้ป่วยที่มีผลการตรวจร่างกายต่างๆ ไปยื่นแล้วรอรับยาได้เลย หากไม่สะดวกไปรับยาเอง

จะฝากเพื่อนหรือ อสม.ไปรับยาแทนได้ ในช่วงแรก อสม. อาจมีทักษะไม่ดีพอ ทำให้มีผู้ป่วยบางคนไม่  
สมัครใจที่จะรับบริการในชุมชน เจ้าหน้าที่จึงต้องฝึก อสม.ให้ มีทักษะและมีความเชื่อมั่นมากขึ้น

ปัจจุบัน ผู้ป่วยทุกรายมารับบริการในชุมชนและมีความพึงพอใจ สำหรับในรายที่ไม่สามารถมารับ  
บริการได้ เช่น พิการ อัมพฤกษ์-อัมพาต อสม.จะติดตามไปให้บริการถึงบ้านประเมินร่างกายทุกอย่างบัน  
ทึก และมารับยาให้ผู้ป่วย

จากการนำร่อง 6 หมู่บ้าน ผู้ป่วยบ้านอื่นทราบถึงรูปแบบนี้ จึงขอให้เจ้าหน้าที่ขยายให้บริการดังกล่าว  
เพิ่ม จากการประเมินผู้ป่วยมีความพึงพอใจและไม่มีขาดนัด นอกจากนี้แล้ว สิ่งที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นี้  
คือ

- อสม.มีผลงานโดดเด่นในการช่วยเหลือชุมชนที่เป็นรูปธรรม เกิดความภาคภูมิใจ
- เจ้าหน้าที่ได้มองเห็น/เข้าใจบริบทที่เป็นจริงของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง
- ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
- กลุ่มที่ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างทั่วถึง
- ชุมชนมีบทบาทในการดูแลตนเอง เกิดเป็น “อสม.เจ้าของไข้”
- เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้ศักยภาพของชุมชนในการดูแลด้านสุขภาพ เกิดโอกาสในการพัฒนางาน
- เกิดการรวมกลุ่มด้านสุขภาพ (self-health group) โดยธรรมชาติ



# ประชาชนเป็นเจ้าของโครงการ... เจ้าหน้าที่ร่วมเป็นวิทยากรและประสานงาน

อดิศัย กุณวิเศษ : เครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองลำพูน

**วิธีที่หนึ่ง** วิธียอदनิยมและกระทำกันมาช้านานและยังกระทำกันอยู่ คือ การประชาคมหมู่บ้านซึ่งเป็นกระบวนการที่จัดทำขึ้นโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และมหาดไทย หรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บางแห่งอาจมีกระบวนการทำ Focus Group เมื่อต้องการประเด็นไม่หลากหลาย ซึ่งวิธีการนี้จะได้ปัญหาที่แท้จริงในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ผ่านกระบวนการคิด ผ่านกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนมาแล้ว ผลของการประชาคมในแต่ละครั้ง จะได้มาซึ่งปัญหาของหมู่บ้าน เพื่อนำไปสู่การจัดทำแผนแก้ปัญหาของแต่ละหมู่บ้าน

**วิธีที่สอง** เมื่อบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมือง ได้รับการอบรมเรื่องสุนทรียสนทนา จึงเริ่มดำเนินการใน ปี 2552 โดยเริ่มทำในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ค้นหาค้นหาปัญหาของผู้ป่วย และจัดให้มีการแก้ไขปัญหาทางพฤติกรรม ปี 2553 นำกระบวนการนี้ขยายผลในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2554 นี้จัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อ ฟิ้นฟู ต่อยอดการรับฟังผู้คนในชุมชนโดยนำหลักสุนทรียสนทนาที่บุคลากรเหล่านี้คุ้นเคยมาใช้ แต่การใช้เครื่องมือชนิดนี้ ต้องใช้เวลามาก ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้จึงประยุกต์ใช้ ทั้งการประชาคม การให้อสม.ช่วยค้นหาปัญหา การใช้แบบสำรวจความต้องการ แบบสอบถาม และการใช้สุนทรียสนทนา มาใช้เพื่อค้นหาปัญหา

**วิธีที่สาม** การใช้ข้อมูลสถานสุขภาพ ข้อมูลการเฝ้าระวังโรค อัตราป่วยของแต่ละชุมชนใช้เป็นข้อมูล ประกอบกับการดำเนินการทั้งวิธีที่หนึ่งและสอง

## การขยายผลสิ่งที่เราสังเคราะห์ ที่ทำให้ชุมชนตระหนัก

เมื่อได้ผลของการสังเคราะห์ มีการนำเสนอปัญหาที่ได้ทั้งจากวิธีที่หนึ่ง สอง หรือสาม เจ้าหน้าที่ แกนนำชุมชน อสม. องค์กรบริหารส่วนตำบล/เทศบาล จะสะท้อนปัญหาเหล่านี้ให้ชุมชนทราบเพื่อหาแนว



ทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เวทีที่เป็นที่สะท้อนปัญหาที่มีหลายเวทีในชุมชน เช่น เวทีประชุมกำหนด ผู้ใหญ่บ้าน ประชุม อสม. ประชุมสมาชิกสภาเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล ประชุมคณะกรรมการกองทุนสุขภาพ ตำบล ประชุมชมรมผู้สูงอายุ ประชุมกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน ชมรมผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เอ็ดส์ และการประกาศเสียงตามสายในหมู่บ้าน ฯลฯ แต่ละกลุ่มมักจะสนใจสิ่งที่เป็นปัญหาใกล้ตัว

ทีมของอำเภอเมืองจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน อำเภอเมือง ลำพูนขึ้นมา และสะท้อนข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงทุกตำบล แก่คณะกรรมการซึ่งได้แก่ นายก เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งของโรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

## กระบวนการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการ

วิธีดำเนินการโดยเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล กองทุนสุขภาพตำบล ให้แต่ละหมู่บ้านทำ โครงการที่เป็นปัญหาสาธารณสุข โดยอสม. แกนนำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเอ็ดส์ ชมรมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ เป็นผู้ดำเนินการเขียนโครงการของประมาณจากเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล หรือบกองทุนสุขภาพตำบล ทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ เจ้าหน้าที่ร่วมเป็นวิทยากรและผู้ประสานงาน ทำให้แต่ละหมู่บ้านมีโครงการของตนเอง โดยประชาชนในพื้นที่เป็นผู้บริหารจัดการโครงการและหา สมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น

สำหรับวิธีการให้ชุมชนเข้ามาจัดการโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงของอำเภอเมือง ดำเนินการโดย ผ่านเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. แกนนำชุมชน โดย คปสอ.เมือง จัดการพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของทุกตำบล ทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และจัดทำโครงการศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ อำเภอ กับเทศบาลท่ากว้าง อาจารย์สารภี เชียงใหม่ ส่งผลให้แต่ละตำบลได้แนวคิดนำไปประยุกต์ใช้ใน ตำบลของตน

## กระบวนการสร้างความต่อเนื่อง

การสร้างความต่อเนื่องต้องดำเนินการทั้งตำบลและอำเภอให้ประสานสอดคล้องกัน แต่ละตำบล มีการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านการจัดทำประชาคม จัดทำแผนชุมชนหรือแผนที่ ทางเดินยุทธศาสตร์ ซึ่งขับเคลื่อนโดยเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล และพัฒนาการดำเนินงานเหล่านี้ โดยการใช้หลักเกณฑ์ของกองทุนสุขภาพตำบลในการขับเคลื่อน และมีการติดตามการดำเนินการ ของกองทุน โดยทีมของ อำเภอ จังหวัดเป็นที่ปรึกษา และประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีต่อ กองทุน ฯ อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง

ในการสร้างความต่อเนื่อง โดยอำเภอเมือง ร่วมกับ เทศบาล/ องค์การบริหารส่วนตำบล อสม.ทุก ตำบล ค้นหาและกำหนดค่ากลางของการควบคุมโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และใช้เลือดออกเพื่อ ร่วมกันดำเนินงานควบคุมโรค ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องทั้งอำเภอ





## ทำกับตัวเอง

- เน้นและเปลี่ยนแปลง โดยเน้นการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยตัวเองเข้าหาเขาทั้งประชุมทางการ ไม่ทางการ ใช้สิ่งที่ได้รับรู้มาและเข้าไปถกประเด็นเพื่อให้เกิดรูปร่างการทำงานด้วยกัน มีการบริหารกองทุนสุขภาพฯ และเป็นพื้นที่อิสระเพื่อผลักดันเครือข่ายโดยสิ่งสนับสนุนในการไปทำงานต่อ เห็นอีกอย่างคือ ค้นหาต้นทุนสุขภาพและเชิญมาร่วมทำงานกัน
- รวมกันเหตุอุทกภัย - พบต้นทุนใหม่ๆ , ได้พัฒนาจิตใจ จนท. เป็นจิตสาธารณะ ออกทำงานกับชาวบ้านมากขึ้น
- เปิดพื้นที่ให้เครือข่ายแลกเปลี่ยนเพื่อให้ได้ยินว่าทำอะไรกันอยู่นะ บขช. กลุ่มเดียวกับที่เราดูแล

## ผลลัพธ์

- EMS + FR กับ อบต., เทศบาล โดย รพ.มอบรถให้ ประชาชนดูแลกำกับ ท้องถิ่นเป็นคนทำงาน
- ระบบการดูแลในภาวะน้ำท่วม การปรับตัว ชาวบ้านชุมชนทำเอง แต่เราช่วยแลกเปลี่ยนเสนอแนะในมุมมองสาธารณสุข
- การพัฒนาเพื่อเพิ่มพื้นที่ยื่นของผู้พิการในด้านจิตใจเพื่อตอบสนองการดูแลกันและกันทางใจ ทางกายมีนิกายภาพและภาคีผู้ดูแล ผู้ช่วยแผนไทยแต่ละรพ.สต.มาร่วม
- กองทุนสุขภาพ : โรงเรียนมัธยมส่งเด็ก ม.1 ฝึกว่ายน้ำเป็น 100% / เกษตรที่ใช้สารอินทรีย์จะขยายกลุ่ม; เราช่วย share เจาะเลือดคืนผลร่วมกับเกษตรกร + เกษตรอำเภอย้ายผล
- ร่วมกับ พม. : ในการดูแลบ้านที่ตกเกณฑ์ยากจน ; เป็นส่วนที่พัฒนาคุณภาพชีวิตคนสาธารณสุขแต่ประสานกับภาคีอื่นๆ



# พลังอสม. : “เราจะเอาเรื่องอะไรมาแลกเปลี่ยนกันดี”

พืชนิกา บวลอนิตต์ : เครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองสระบุรี จังหวัดสระบุรี  
พนิดา สมันท์ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองนาถ

จากเดิมการค้นหาปัญหาในพื้นที่เป็นการใช้ข้อมูลจากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ อันดับโรคที่มารับบริการมากที่สุด ข้อมูลการสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงรับ เป็นข้อมูลในภาพรวมแล้วก็ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเขียนแผนงานโครงการเพื่อให้พื้นที่ดำเนินการ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยรายงานเป็นตัวเลข ตัวหนังสือ ตามที่อยากจะให้เป็น จากประสบการณ์พูดคุย นิเทศ กับ เจ้าหน้าที่ในพื้นที่บางแห่ง ทำให้ทราบว่า บางครั้งเจ้าหน้าที่ไม่รู้แม้กระทั่งว่า มีใคร ทำอะไร อยู่ที่ไหน ในพื้นที่ของตนเอง อาจจะดูยุ่งวุ่นวายหรืออะไรก็แล้วแต่

การได้เข้าร่วมกระบวนการ PCA ที่ สถานีอนามัยดงตะงาว อำเภอดอนพุด ทำให้ย้อนคิดว่า งานอนามัยชุมชนที่เดิมเราเคยปฏิบัติทำให้เราคุ่นเคยกับชุมชน สนับสนุนกับชุมชน รู้จักชุมชน มันกำลังหายไป พร้อมๆ กับ เทคโนโลยีการสื่อสาร และสิ่งที่ทันสมัยที่หลั่งไหลเข้ามา ถึงแม้บางครั้งเราจะพยายามกำหนดตัววัด ให้เป็นการเยี่ยมชุมชน เยี่ยมบ้าน แต่กลายเป็นการเยี่ยมที่สถานีอนามัยเมื่อผู้ป่วยมารับบริการเป็นการเยี่ยมทางโทรศัพท์เพราะเจ้าหน้าที่ไม่มีเวลา

CUP สระบุรี เป็น CUP ใหญ่ และเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลาย มีทั้งที่เป็นชุมชนเมือง และชุมชนชนบท แตกต่างจาก CUP ดอนพุด แต่เคยมีอาจารย์ท่านหนึ่งเคยพูดว่า ความดิ่งงามมักเกิดขึ้นที่ชายขอบก่อนเสมอ เราควรจะเริ่มจากจุดเล็ก ๆ ที่มีความพร้อม ก่อนจะขยายผลที่ได้ออกไปสู่พื้นที่อื่นที่มีความพร้อมเช่นเดียวกัน

เราจึงเลือกที่จะเริ่มที่สถานีอนามัยหนองนาถ ซึ่งรับผิดชอบประชากรประมาณ 4,000 คน มี เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน 3 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ และนัก



วิชาการสาธารณสุข นอกจากนี้ ยังมี เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล และลูกจ้าง 2 คน มี อสม. ที่มีความเข้มแข็ง มีการประสานความร่วมมือกับ องค์กรท้องถิ่นที่ดี เราจึงเริ่มต้นที่นี่

CUP สรรบุรี จัดอบรม PCA โดยใช้พื้นที่ตำบลหนองนาในการศึกษา จากการลงพื้นที่ศึกษาชุมชน และใช้กระบวนการแก้ไขปัญหในชุมชน ทำให้เกิดแนวคิดในการดูแลสุขภาพชุมชนโดยชุมชน โดยต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของตำบลหนองนาเอง (องค์การบริหารส่วนตำบล, อสม., โรงเรียน, วัด, โรงงาน, มูลนิธิ)

จากแนวคิดที่จะดูแลสุขภาพชุมชนโดยชุมชนและการมีต้นทุน อสม. ที่เข้มแข็ง จึงเริ่มจากการอบรม อสม. ให้เริ่มเรียนรู้การดูแลสุขภาพของชุมชนโดยชุมชน การศึกษาชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่มีน้อย โดยให้ อสม. เล่า ศีษาวินิจฉัยชีวิตของเพื่อนบ้านต่างหมู่และต่างฝั่งถนน เพื่อแลกเปลี่ยนวิถีชีวิต ศีษาวินิจฉัยของกันและกัน และยังเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพทั้งระหว่าง อสม. ด้วยกันเอง และ อสม. กับ เจ้าหน้าที่ด้วย

ความตื่นตัวของแกนนำในพื้นที่ โดยผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านหมู่ 9 ซึ่งเป็น อสม. ด้วย ได้ไปเยี่ยมบ้านของนางจรัญ ขำเขียว อายุ 58 ปี ป่วยเป็นเบาหวานและอัมพฤกษ์อัมพาตแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงป่วยมาประมาณ 11 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามี บุตรสาว บุตรชาย ลูกสะใภ้และหลานสาว ซึ่งบุตรสาวและบุตรชายเป็นคนหาเลี้ยงครอบครัวเป็นหลัก กลางวันจะอยู่กับสามีซึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเล่าให้ฟังว่า ป้าจรัญไม่เคยไปพบแพทย์นานเป็นปีแล้ว ไม่เคยเจาะเลือดดูน้ำตาลเลย ซ้ำอยากกินตามมีตามเกิด เมื่อถามว่าทำไมไม่ไปหาหมอ ป้าจรัญตอบว่า “จะให้ไปได้อย่างไร รถก็ไม่มี ลูกๆก็ไปทำงาน ลงงานก็ถูกหักเบี่ยชยัน อนามัยก็ต้องข้ามถนน 10 เลน ให้ลูกซื้อยาเดมมาให้กินก็ดีแล้ว ส่วนลูกก็พึ่งพาอะไรไม่ได้เอาแต่นอน” เสียงลูกถามว่า “เคยดูทีวีมีหมอเขาลงมารักษาที่บ้านเลย บ้านเราไม่มีบ้างหรือไร” ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านบอกว่า “อนามัยเรามีหมออยู่ 3 คน คงไม่เพียงพอที่จะทำแบบนั้นได้ แต่ดิฉันจะไปปรึกษาคุณหมอให้ว่าจะทำอย่างไรดี แต่ป้าต้องได้รับการตรวจจากหมอบ้าง จัจุบันนี้ขอเจาะน้ำตาลที่ปลายนิ้วก่อนนะ จะเอาผลไปบอกหมอ” เสียงลูกบอก “เออ ช่วยหน่อยนะ” ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านบอกว่า “เอาเป็นว่าเราต้องช่วยกันนะ” หลังจากการเยี่ยมบ้านป้าจรัญ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านรีบขับรถมาเล่าเรื่องป้าจรัญให้ดิฉันฟังว่ามีเรื่องมาปรึกษาคุณหมอ เราควรช่วยกันดูแลคนไข้รายนี้อย่างไร จากนั้นเราลงเยี่ยมบ้านพร้อมกัน จากการพูดคุยกันอยู่ประมาณครึ่งชั่วโมง ป้าจรัญบอกว่า “อยากไปหาหมอเหมือนกัน อยากเจาะเลือดดูบ้างว่าเป็นอย่างไรแล้ว ได้แต่กินยาไปส่งๆ” “แล้วทำไมป้าไม่ไปหาหมอล่ะ” เสียงผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านถามทันที คุณลูกก็ตอบทันทีเหมือนกันว่า “แล้วจะไปอย่างไร รถราก็ไม่มี อนามัยก็ไกล จะหอบกันไปอย่างไร หมอออกมาตรวจอย่างนี้แหละดี” ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านจึงตอบว่า “ถ้าฉันมาเจาะเลือดให้ทุกเดือน แล้วนำผลไปให้หมอจะอนามัย และรับยามาให้” เจ้าหน้าที่จึงอธิบายต่อว่า “แต่ผลน้ำตาลในเลือดต้องอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้นะ ถ้าสูงเกินคุณไม่ได้ต้องไปพบหมอใหญ่และรับยาที่อนามัย” ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเสริมว่า “ถ้าฉันป้าจรัญต้องคุณน้ำตาลให้ได้นะ” หลังจากนั้นแผลลัพท์ที่เกิดขึ้นก็คือคุณลูกซึ่งเป็นสามีของป้าจรัญบอกว่า “ถ้าคุณน้ำตาลไม่ได้ฉันจะพาป้าเขาไปพบหมอเอง แล้วจะช่วยดูให้นะ” ...



กรณี ลุงแดง ชัยเนตร ผู้ป่วย Stroke นอนไม่รู้สีกตัวใส่สายให้อาหารทางจมูก มักทำสายหลุดอยู่บ่อยๆ และมีปัญหา กับ เจ้าหน้าที่เสมอ เคยผ่านทำ case learning มาแล้ว วันนั้นอาจไม่มีคำตอบชัดเจน แต่วันนี้พี่สมคิด อสม. หมู่ 8 (ซึ่งเคยพูดไว้ว่าไม่รู้จะส่งสารคุณหมอมหรือส่งสารคนไข้ดี) และทีมสุขภาพลงเยี่ยมบ้านลุงแดง พูดคุยกับบุตรสาวซึ่งเป็นครอบครัวที่ค่อนข้างมีฐานะ แต่ลุงแดงถูกหึ่งให้นอนอยู่กับบ้าสองคน โดยเฉพาะตอนกลางวัน ลุงแดงมีแผลกดทับที่ก้น เจ้าหน้าที่ถูกต่อว่าว่าไม่มาดูแลต่างๆ ที่มีหนังสือส่งตัวมาจากโรงพยาบาล โทรตามทีไร พยาบาลไม่อยู่ไปประชุม พี่สมคิดบอกว่า"พยาบาลมีหนึ่งคนดูแลคนทั้งตำบล งานประชุมก็เยอะ ถ้าอยู่ก็ออกมาใส่ให้ได้เหมือนเช่นวันนี้ ถ้าในวันไม่อยู่หรือหมอมอยู่คนเดียวต้องตรวจคนไข้ที่นอนมัยด้วย เราจะทำอย่างไรกันดี อุ้มลุงแดงใส่รถพาไปให้หมอมใส่ที่นอนมัยดีมัย หรือถ้าวันไหนไม่มีใครอยู่หนูจะมารับให้ก็ได้ เราช่วยกันลุงแดงก็จะได้กินข้าว" เจ้าหน้าที่บอกต่อว่า "ส่วนแผลที่ก้น วันนี้นำมาเรียนรู้อร่วมกัน เพื่อว่าตอนเือนถ่ายปี่ๆ ก็จะได้ทำได้" เจ้าหน้าที่จึงสอนการทำแผลกดทับโดยมีพี่สมคิดร่วมเรียนไปด้วยและอาสาจะมาดูแลแผลให้ด้วย เมื่อมาดูแลเพียงที่ลุงแดงนอนจะเป็นที่นอนปูนเตียงแคร์ไม้ไผ่ซึ่งไม่สบายและไม่สะดวกต่อการให้การพยาบาล เจ้าหน้าที่จึงให้ยืมเตียงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งได้รับการบริจาคจากผู้ป่วยและไม่ได้

ใช้งาน หลังจากนั้นลุงแดงกลายเป็นคนไข้ของพี่สมคิดไปแล้ว ทุกครั้งที่มมีปัญหาสายยางใส่อาหารหลุด พี่สมคิดจะโทรหาเจ้าหน้าที่ เพื่อรายงานและปรึกษาว่าจะทำอย่างไรดี ในวันที่เราสามารถไปใส่ให้ได้ถึงบ้านเราก็ไปเพื่อไปเยี่ยมลุงแดงด้วย แต่บางครั้งติดภารกิจญาติก็ยินยอมที่จะพาลุงแดงขึ้นรถมาใส่อาหารที่สถานีนอนมัยเหมือนกันซึ่งแตกต่างจากเมื่อก่อนที่ญาติลุงแดงจะไม่ยอมอะไรเลย... พลัง อสม. ..เราไม่ใช่นางเอก.. เราคือผู้ประสานและเสนอความร่วมมือกับผู้ที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลคืนให้กับชุมชนได้เห็น ได้รับรู้ ก็จะนำมาซึ่งการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

ในการประชุมประจำเดือนของ อสม. ปรับรูปแบบการประชุมจากการให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่เป็นการใช้สิ่งที่มีอยู่ในตัว อสม. มาพูดคุยแลกเปลี่ยน นำปัญหาหรือสิ่งที่พบเห็นในชุมชน มาพูดคุยและร่วมกันหาทางแก้ไข โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ จากการที่เคยคุ้นกับการที่บอกว่าหมอมจะสอนเรื่องอะไร หมอมจะคุยเรื่องอะไร กลายเป็น อสม.พูดว่าเราจะเอาเรื่องอะไรมาแลกเปลี่ยนกันดี.....

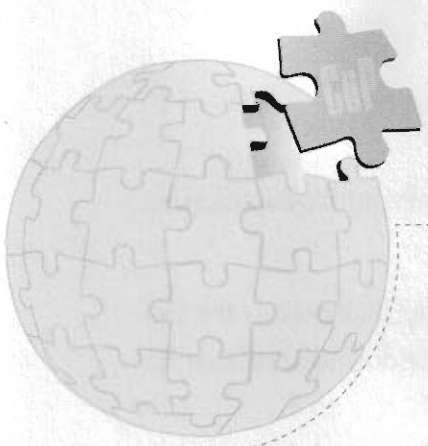
ในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทุกเดือน จะมี case learning เรียนรู้จากประสบการณ์จริงของผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ บุคคลต้นแบบที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เป็นผู้บอกเล่าเรื่องราวในกลุ่มโรคเดียวกันเรียนรู้ไปพร้อมๆ กัน จนเกิดการพูดคุยบอกเล่าปัญหาซึ่งกันและกัน โดยอาศัยแรงศรัทธาจากผู้เล่าสู่ผู้ฟัง และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแรงสนับสนุน ทำให้เราทราบปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายๆ นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาควบคุมน้ำตาลไม่ได้หรือ

มีภาวะแทรกซ้อน นำมาทำ case learning เดือนละ 1 case โดยมีทีมสหวิชาชีพ, ญาติและแกนนำชุมชน ร่วมในการจัดกลุ่มเพื่อร่วมกัน วางแผนแก้ไขปัญหา และเยี่ยมบ้าน

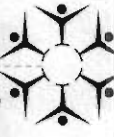
นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ โดยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านและ อสม. ม.9 เพื่อ ดูแลสอนอาชีพกลุ่มผู้พิการและวัยรุ่นว่างงานโดยชุมชนจะประสานกับศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนมาฝึก สอนอาชีพ

อสม. ออกเยี่ยมบ้าน พบปัญหาของผู้ป่วย มีการรักษาปัญหาผู้ป่วยขาดยา ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงบริการ สาธารณสุข จะมาปรึกษาเจ้าหน้าที่เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันมากขึ้น

การดูแลสุขภาพชุมชนตำบลหนองนาก อาจยังไม่ประสบความสำเร็จมากนัก ดำเนินการไปได้ช้า ด้วยภาระงานที่มากทำให้ขาดความต่อเนื่อง ไม่มีเวลาในการศึกษาชุมชนด้วยตนเองแต่ยังมี อสม. ความร่วมมือในการแก้ปัญหาขององค์การบริหารส่วนตำบลยังน้อย อาจต้องใช้เวลามากกว่านี้



# สู่การพัฒนา:ระบบสุขภาพ



**ศุภากร ปิติภูมิวิเศษ บกัสนรณ พิริยศิริสนนท์**  
**เครือข่ายบริการปฐมภูมิหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี**

เครือข่ายบริการปฐมภูมิหนองหญ้าไซ มีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิมาตั้งแต่ปี 2547 โดย อาจารย์ศุภชัย เมืองรักษ์ จากสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ มาสอนการทำ Strategy map ให้กับแกนนำของโรงพยาบาล ซึ่งสิ่งที่อาจารย์สอนนั้นเป็นภาษาภาคธุรกิจทั้งหมด ทำให้เข้าใจยาก แต่ในปีนั้นก็เกิดยุทธศาสตร์ และ Strategy map แต่ก็ยังเกิดความไม่เข้าใจว่าทั้งสองอย่างมาได้อย่างไร

ในปี 2548 ได้มีการกลับมาทบทวนกระบวนการที่เกิดขึ้นปรากฏว่าเราเจอคำถามว่าจะทำอะไรต่อ จะต้องเตรียมอะไร ประเมินอะไร แต่ก็ไม่มีคำตอบ ซึ่งจุดนี้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ที่ต้องทำความเข้าใจต่อเกณฑ์ เมื่อเรารับประเด็นต่างๆ มาแล้วไม่เข้าใจอย่างแท้จริง เรายังไม่มั่นใจในการตอบคำถาม เมื่อตอบคำถามก็ตอบแบบเบลอลๆ ก็ยิ่งทำให้คนที่ถามเบลอลตามไปด้วย ทุกๆ ครั้งที่ อาจารย์ศุภชัย กลับมาก็จะตามการบ้าน ให้เราไป present เรารู้แต่เพียงว่าต้องเรียนรู้อะไรร่วมกันเมื่อเจออุปสรรคแล้วค่อยช่วยกันแก้ ซึ่งตอนนั้นแต่ละฝ่ายได้ทำแบบประเมินฝ่ายละ 220 ข้อ โดยต้องทำในภาพองค์กรและภาพฝ่ายงาน ซึ่งแต่ละฝ่ายต้องนำคำถามไปถามผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการทำ strategy map ในปีถัดมา มีการปรับ blog และไปเรียนรู้เพิ่มเติม คือ ไปเป็นวิทยากรให้กับ สพช. จึงค่อยๆ ปรับวิธีการตอบ และจากนั้นก็ถูกเชิญไปเป็นวิทยากรหลายที่ แต่พอมาถึงช่วงหนึ่งก็ถามตัวเองว่า “หนองหญ้าไซมีอะไร ตามที่เราไปสอนที่อื่นบ้าง” เนื่องจากในช่วงหลังพื้นที่ที่เราไปสอนมีการพัฒนาไปเรื่อยๆ เขามีอย่างที่เราไม่มี ทำไมเราเป็นคนสอนถึงไม่มีไม่สามารถที่จะทำให้เกิด input หรือ หมวด 7 แบบที่เขาทำได้ เนื่องจากในช่วงที่เราไปสอนที่อื่นเป็นเวลา 1 ปี ไม่ค่อยมีเวลาทำให้กับโรงพยาบาล หลังจากที่ตั้งคำถาม จึงหยุดและกลับมาดูในพื้นที่ และเป็น



จังหวัดที่ถูกแต่งตั้งเป็น node ซึ่ง แพทย์หญิงสมพิศ จำปาเงิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหญ้าไซ ขอโควต้าไปทางเขตว่า หนองหญ้าไซขอเลือกลูกข่ายให้อยู่ภายในจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อที่อยากให้จังหวัด ขับเคลื่อนไปด้วยกัน ซึ่งจังหวัดประสานไปว่าขอให้ช่วยเป็นลูกข่ายให้แม่ข่ายหนองหญ้าไซ จึงกลายเป็นว่าเขาไม่ได้สมัครใจทำ

เมื่อเราเป็นแม่ข่าย เครือข่าย node เขาก็คาดหวังว่าแม่ข่ายจะต้องมีศักยภาพมากกว่า แต่จริงๆ เราไม่ได้รู้สึกว่ามีอะไรเป็นสิ่งที่จับต้องได้ เพียงแต่เรามีความเข้าใจในประเด็นคำถามของเกณฑ์มากกว่า เนื่องจากเริ่มทำตั้งแต่ปี 2547 กว่าที่จะตอบคำถามใน workshop ได้ก็ใช้เวลาหลายครั้ง ไม่ได้เข้าใจในเพียงครั้งเดียว การเข้ามาแต่ละครั้งก็ประสบปัญหา เพราะในช่วงที่ อาจารย์ศุภชัยมาสอนที่หนองหญ้าไซ คนเข้าร่วมกิจกรรมมักไม่ใช่คนเดิม อาจารย์ศุภชัยมักจะบอกว่า “มาที่ไร ใหม่เสมอ แล้วจะต่ออย่างไร” เพราะเรื่องนี้ไม่ได้ทำความเข้าใจกันง่าย ๆ ซึ่งแต่ละที่ก็จะเป็นอย่างนี้ เมื่อเราไปทำให้ลูกข่ายก็จะเป็นลักษณะ คล้ายๆ กัน คือ เปลี่ยนคนหน้าใหม่ เราก็ต้องอธิบายใหม่

ในปี 2551 เข้าไปเรียนรู้ dialogue ที่เชียงราย ประโยชน์ที่ได้คือการรับฟัง ซึ่งทำให้เราได้เรียนรู้ และเปิดมุมมองบางอย่างที่เราไม่เคยมองเห็น หลังจากที่เราเข้าไป workshop แล้ว กลับมาจัดให้กับทีม โรงพยาบาล 25 คน โดยเป็นทีม Sub Head ของแต่ละฝ่าย ซึ่งวัตถุประสงค์ คือ เพื่อต้องการแบ่งปัน จากสิ่งที่ไปเรียนรู้ที่เชียงราย อย่างน้อยก็เพื่อให้เราพูดภาษาเดียวกัน รับฟังกันมากขึ้น จึงจัดอีก 2 รุ่นใน โรงพยาบาล ซึ่งพบว่าบรรยากาศองค์กรในช่วงต้นของการจัดดีขึ้น แต่หลังจากนั้นบรรยากาศก็ drop ลง เนื่องจากทุกคนกลับไปอยู่กับภารกิจของตนเอง

ขณะนั้นใช้เกณฑ์ 220 ข้อ ที่ค่อนข้างจะ rigid และต้องตอบคำถามข้อต่อข้อ แม้ภายหลังจะมีช่วง ที่ปรับให้มีจำนวนคำถามลดลง แต่เมื่ออ่านข้อคำถามแล้วเป็นการรวบรวมคำถาม 2 ข้อ มาเป็น 1 ข้อ ในช่วง ที่ทำการประเมินใช้เวลาเยอะมาก แรกๆ ที่ทำคือ 1 อาทิตย์ โดยมานั่งคุยกันในช่วงบ่าย ทำให้ได้ทบทวน และเกิดประเด็นที่เราทบทวนปัจจัยภายนอก แต่สุดท้ายเมื่อทำไประยะหนึ่ง คือ ปี 2548 - 2549 เราพูด คุยกันว่า ที่เราแตกประเด็นกันมาเยอะแยะ และสรุปมาเป็นกรอบคำถาม เวลานำมาทำแผนจริงๆ แล้ว ในการวิเคราะห์จะมีรายข้อ แต่ละคนก็จะมีความเห็นแต่ละมุมมอง และเมื่อแตกเป็นรายปี ต้นทางของข้อมูล นั้นหายไป เพราะสุดท้ายหากจะได้ strategy map มา จะต้องมีโครงการรองรับ แต่ปรากฏว่าโครงการที่ เกิดขึ้นไม่มีที่มา ซึ่งอาจเป็นเพราะเราอาจจะไม่มีความรู้ในการจัดเก็บ data information knowledge

เมื่อเข้ามาเป็น node จัด workshop ที่ปากช่องให้กับเครือข่าย node ซึ่งเป็น workshop ที่ผนวก dialogue กับการสร้างความเข้าใจเกณฑ์ จากนั้นไปจัดที่ land beach ในตอนนั้นมีปัญหาในการเคลียร์ เรื่องงบประมาณ และมีคำถามว่าให้เขามาทำอะไร แล้วมีโควต้ากี่คน ซึ่งแม้จะมีการสื่อสารไปแต่ก็ยังไม่มีความ ไม่เข้าใจ เรามองว่าเราอาจจะขาดความพร้อมในการที่จะทำความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าร่วม และ ประเด็นของความเข้าใจมีผลมากกับการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งนี่คือสิ่งที่เราได้เรียนรู้



เราให้ทีมชุมชนกลับไปประเมินตนเอง แต่มีเสียงสะท้อนจากวงว่า ขอให้ทำไปพร้อมกันได้หรือไม่ โดยตอบคำถามแบบประเมินที่ละหมวดจากการที่มี 6 อำเภอ ก็ทำ 6 หมวด ไม่รวมหมวด 7 เวียนกันไปแต่ละอำเภอ เมื่อตอบคำถามเสร็จก็รวบรวมส่ง ทำให้ทุกอำเภอมีคำตอบที่คล้ายกัน แต่มีอำเภอตอนเจ็ดที่แยกไปทำอีกรอบหนึ่ง โดยไปประเมินในระดับ CUP ของเขาเอง ซึ่งมีเสียงสะท้อนจากสาธารณสุขอำเภอว่า เขารู้สึกดีกับกรอบ PCA เนื่องจากเขาได้ประโยชน์ในการจัดการระบบในการบริหาร

เราเข้าไปร่วม workshop ELIAS ทำให้ได้ลงพื้นที่จริง เพราะเราเองก็อยู่โรงพยาบาล และอธิบายเป็นเชิงวิชาการที่จับต้องไม่ได้ นั่นคือจุดตั้งต้นที่เราได้เรียนรู้และมีประโยชน์ เมื่อกลับมาที่โรงพยาบาล ในช่วงที่มีการจัด ELIAS ที่เดิมบางนางบัว เข้าไปร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรามองว่า ได้เรียนรู้จากประโยชน์ของการเขียนเรื่องเล่า แล้วไปดูที่ชุมชนว่าเป็นอย่างไร เพราะฉะนั้นเราก็บอกกับทีมว่าเราสองคน คงไม่สามารถที่จะถ่ายทอดให้เขาเห็นอย่างที่เราเห็นได้ ดังนั้นจึงพากลุ่มงานเวชไปอีกคนหนึ่ง เพื่อไปร่วมเรียนรู้ที่เดิมบางนางบัว ซึ่งในขณะนั้นมีการเปลี่ยนสาธารณสุขอำเภอด้วย ซึ่งแพทย์หญิงสมพิศ ประสานกับสาธารณสุขอำเภอ และเล่าให้ฟังคร่าวๆ ว่าพื้นที่มีการพัฒนาอย่างไร

และเชิญสาธารณสุขมาเข้าร่วม workshop นี้ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีก 2 แห่ง เมื่อกลับมาจากงานนี้คนที่ดำเนินการต่อคือสาธารณสุขอำเภอ

เมื่อกลับมาจาก workshop นี้ เราทั้ง 6 คน นัดคุยกลุ่มย่อยว่า หลังจากกลับจากเดิมบางนางบัวแล้ว เราจะทำอะไร ขณะนั้นคิดว่าเราน่าจะลองเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยแบ่งกันคนละ 2 cases แล้วลองมานั่งคุยกันว่าเราสามารถได้ประเด็นอะไรบ้าง จากข้อมูลที่เราเก็บมา นำมาสะท้อน ซึ่งมีประเด็นมากมาย เช่น ทำให้เห็นระบบมากขึ้นว่า ระบบของเรายังมีช่องว่างระหว่างโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะเดิมต่างคนต่างอยู่ สาธารณสุขอำเภอ จึงเห็นว่าน่าจะทำให้คนในพื้นที่ของเราได้เรียนรู้ จึงมีการจัด workshop ที่หนองราชวัตร โดยครั้งนี้เราเชิญมาทั้งหมด 10 อำเภอ ในจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นทีมที่เกี่ยวข้องกับงานชุมชน ฝ่ายเวชปฏิบัติ(สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน โรงพยาบาล 1 คน) ยกเว้นเดิมบางนางบัวที่มา 6 คน โดยลงไปเก็บข้อมูลเป็นเรื่องเล่า และ อาจารย์พัฒนายก case ป่าทอง เป็น case learning ซึ่งคนที่ไปเก็บ case นี้อยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยไปคุยกับป่าทองและเขียนเรื่องเล่ามาว่า ป่าทองไม่มีบ้าน ต้องอาศัยอยู่ในยุงข้าว ไม่มีห้องน้ำ และเคลื่อนไหวไม่ได้ ป่าทองกังวลเรื่องหลานสาวที่จะต้องไปเรียน และลูกของป่าที่ต้องไปทำงานที่อื่น นานๆ ถึงจะกลับมา ความหวังของป่าคืออยากมีบ้าน ซึ่งอาจารย์พัฒนา หึ่งประเด็นไว้ว่า “เมื่อเจอ case นี้แล้ว CUP จะทำอะไรต่อ” หลังจากอาจารย์กลับไป ทีมเรา 6 คนก็กลับมาคุยกันว่าจะทำอย่างไร โดยมีการเข้าไปสอบถามข้อมูล และพิสูจน์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองราชวัตร เข้าไปดูว่าข้อเท็จจริงเป็นอย่างไร ปรากฏว่าสาเหตุที่ป่าทองเดินไม่ได้ไม่ใช่เพราะว่าป่าพิการ แต่ป่าบอกว่าเมื่อป่าลุกขึ้นแล้วจะเซล้มลง ป่าเลยไม่อยากลุกจึงใช้วิธีการนั่งถัดบนพื้น พี่ชูจิตรพยายามดู ปรากฏว่าป่าทองกินยา ฟุนาลิซี วันละ 5 ครั้ง ยานี้มาจากโรงพยาบาล ซึ่งประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นถึง การ Re-med จึงแนะนำให้ป่าหยุดยา

สำหรับประเด็นเรื่องบ้านพี่ชูจิตร รู้สึกอึดอัดใจในการที่จะไปของบประมาณสร้างบ้านจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากแต่เดิมความสัมพันธ์ที่มีกับท้องถิ่นไม่ดีนัก พี่ชูจิตรจึงไปคุยกับ อสม. และ อสม. ให้ความเห็นว่าควรทอดผ้าป่า เพื่อหารายได้มาช่วย เมื่อพี่ชูจิตรไปหาพระและท่านเห็นด้วย จึงใช้วิธีนี้ ในตอนนั้นมีมีการกระจายเสียงตามหอกระจายข่าว ทำให้คนในชุมชนรู้ และร้านค้าบริจาคเสาดิน และให้ไชรถชนฟรี เสียเพียงค่าน้ำมัน ทำให้เกิดการขยับการช่วยเหลือของชุมชน จากหลายๆ ภาคส่วน ไม่ว่าจะ เป็น อสม. ชาวบ้าน ผู้นำชุมชน พระ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเอง ก็เริ่มขยับในการให้ความร่วมมือในการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในระยะหลังการขอความช่วยเหลือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านต่างๆ ดีขึ้น จากเดิมที่เขาประสานงานกันยาก และเนื่องจากไม่สามารถเบิกจากองค์การบริหารส่วนตำบล เพราะองค์การบริหารส่วนตำบลมีเพียงบในการซ่อม แต่ไม่มีบในการสร้าง นายกจึงช่วยเหลือด้วยเงินส่วนตัว ประเด็นนี้จึงทำให้เกิดการสานสัมพันธ์เรื่องอื่นๆ และนำมาสู่งานทันตกรรม ณ ปัจจุบัน

จากนั้นไป PCU สามัคคีธรรม ซึ่งที่นี่มีพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งหนองหญ้าไซมีพยาบาลเวชปฏิบัติประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่นี้แห่งเดียว และที่นี้ทำการเพิ่มศักยภาพของ อสม. โดยสามารถที่จะดูแลชาวบ้านได้มากกว่าสำรวจข้อมูลต่างๆ ไป มีการถอดบทเรียนว่าจะดูแลชาวบ้านกันอย่างไร ซึ่งที่นี้รับ refer คนไข้โรคเรื้อรังจากโรงพยาบาลให้มารับยาที่นี้ได้ โดยจะไม่เหมือน PCU สมัยก่อนที่เป็น extended OPD จะต้องมีพยาบาลจากโรงพยาบาลไป screen เจาะเลือด มีเภสัชกรไปจ่ายยา คือ มีบุคลากรของโรงพยาบาลไปทั้งชุด แต่สามัคคีธรรมไม่ได้เรียกร้องที่มโรงพยาบาลให้ไปช่วย แต่สะท้อนให้โรงพยาบาลเห็นว่าเขาทำอะไร แล้วให้โรงพยาบาลสนับสนุน เช่น ขาดความเชื่อมั่นในการ review ยาที่หมอส่งมา แต่เนื่องจากหมอที่โรงพยาบาลมีน้อย ฝ่ายเภสัชกรรมจึงลงไปดูให้เดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งเราวางแผนว่าในอนาคตหากองค์ความรู้ของเขามากพอ เขาจะสามารถ re-med ยาได้

จากการลงไปในพื้นที่พบว่า แม้เราจะมี CPG แต่บางครั้งก็ไม่เพียงพอสำหรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากพบว่าแต่ละ case มีความซับซ้อนมาก เช่น ปรากฏการณ์ re-med ที่โรงพยาบาลบางคน re-med ยามา 2 ปี มีคนไข้ case หนึ่ง ป่วยจากยาเพราะเขาไม่จำเป็นต้องใช้ยา แม้เจ้าหน้าที่จะพยายามบอกให้หยุดยาแต่เขาก็ไม่ฟัง เพราะเขาบอกว่าหมอจากโรงพยาบาลสั่งมาให้ เขาก็ต้องกินต่อ เมื่อเราเข้าไปดูก็พบว่าคนไข้คนนี้ BP ต่ำ เมื่อนั่งแล้วลุกขึ้นยืนจะมีอาการหน้ามืด จึงให้คนไข้หยุดยา มีคนไข้บางคนที่ไม่เจอประสบการณ์ที่ไม่ดีจากโรงพยาบาลและเภสัชกรรักษา คือ คนไข้ต้องฉีด insulin ขณะนั้นเจาะน้ำตาลได้เกือบ 400 พูดยังไรคนไข้ก็ไม่ยอมไปโรงพยาบาล จึง consult แพทย์ที่โรงพยาบาล

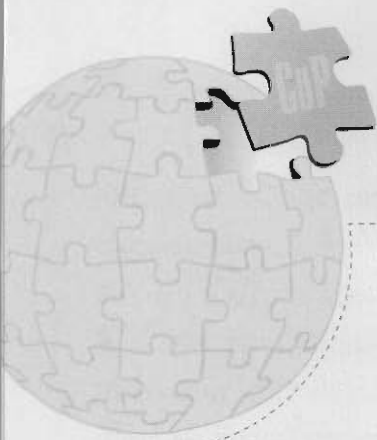
แพทย์แนะนำว่าให้ลองฉีดยา dose เท่าเดิมจากที่เคยฉีดแล้วลองดูว่าไหวหรือไม่ และให้คนไข้มารับยาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนี้ จึงทำให้คนไข้ยอมรับขาด ต่อ ขณะนี้กำลังวางแผนว่าจะทำให้หนองราชวัตรสามารถดำเนินการรักษาคนไข้ได้เหมือนที่สามัคคีธรรม เนื่องจากขณะนี้โรงพยาบาลประสบปัญหาคนไข้แออัด เนื่องจากมีแพทย์น้อยลง

ในระหว่างนั้นที่จังหวัดมีการสุ่มโดยให้เลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ 3 แห่ง ซึ่งมีการประเมิน PCA โดยจังหวัด ซึ่งงาน PCA ของอำเภอหนองหญ้าไซนี้ สาธารณสุขอำเภอจึงมาคิดว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งต้องพัฒนาไปพร้อมๆ กัน จึงมีการแบ่งโซนเป็น 3 โซน โซนละ 3 แห่ง โดยให้แต่ละโซนเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมา 1 แห่ง เพื่อให้ทีมอำเภอไปประเมิน โดยที่ (คุณศุภกร) เข้าไปเป็นตัวแทนของอำเภอเพื่อเป็น QRT ของจังหวัด และแตกออกมาเป็น QRT ของอำเภอ โดยวัตถุประสงค์หลัก คือ ต้องการให้เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เรียนรู้เรื่องเกณฑ์และทำความเข้าใจกับเกณฑ์ PCA ไปด้วย มีการมาปรับทีมประเมินระดับอำเภอ คือ ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอก็มาแบ่งแบบของ

จังหวัด คือ แบ่งตามหมวด และมีเรื่องเล่า โดยมาเล่าให้ทีมอำเภอฟังก่อน และทำการ reflection

สำหรับเรื่องเล่าจะมี case ของป่าทองและประเด็นการทำงานที่สามัคคีธรรม ซึ่งมีประเด็นเพิ่มเติมว่าให้พื้นที่อื่นลองออกไปค้นหาในพื้นที่ว่าจะมีเคสแบบป่าทองอีกหรือไม่ โดยในแต่ละพื้นที่จะเข้าไปพูดคุยกับชาวบ้านและเขียนเป็นเรื่องเล่า ซึ่งเรื่องเล่านี้จะถูกเก็บไว้แนบท้ายรายงานการประเมิน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งจะต้องมีเรื่องเล่าเท่ากับจำนวนบุคลากรที่มีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น เพื่อให้ทุกคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้เรียนรู้และได้เขียน จากการประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของหนองหญ้าไซพบว่า อยู่ในระดับ 3 ทั้ง 9 แห่ง

จากการดำเนินการในระดับอำเภอ impact ที่เห็นได้ชัดเจนคือประเด็นของยา จากการที่ลงไปดูและสื่อสาร ทำให้เขารู้ช่องทางว่ายาที่ใกล้หมดอายุสามารถนำมาเปลี่ยนคืนได้ ซึ่งทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างโรงพยาบาลกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้น จากเดิมที่ทำงานแยกส่วน รวมถึงมีการทำ dialogue ร่วมระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เดิมที่สัมพันธ์ภาพต่างกันต่างห่าง และเมื่อจัดอบรมวิชาการก็จะเชิญเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาเข้าร่วมด้วย และจากเดิมที่ทีมโรงพยาบาลเป็นตัวหลักในการดำเนินงาน PCA แต่ภายหลังสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้นำหลัก ทำให้ได้รับความร่วมมือจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้น และสำหรับทีมโรงพยาบาลหากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาอะอะไรก็จะเข้าไปช่วยเหลือ



# ผู้นำ CUP ร่วมประสานพัฒนา งานปฐมนิเทศ

สุภัทษณดา วิลลิสบิตเลิศ : เครือข่ายบริการปฐมนิเทศยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

เริ่มต้นจากผู้บริหารรับนโยบายมาโดย CUP ยางตลาดเข้าร่วมเป็น CUP นาร่อง สพข. ในการเข้าเรียนรู้ PMOA ในปี 2549 การเรียนรู้ โดยการประชุมวิชาการ ด้านความรู้ โดยสถาบันเพิ่มฯ เป็นครูในการสอน เรียนรู้ 7 หมวด การตอบแบบประเมินตนเองเหมือนส่งการบ้าน เปลี่ยนจาก PMOA มาเป็น PCA พร้อมกับคู่มือ PCA เล่มสีฟ้า ทีม CUP ก็ยังเกาะกลุ่มกัน จุดแข็งคือผู้บริหารไม่ยอมปล่อย ทีมจึงมีโอกาสเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้รูปแบบ PCA โดยกระบวนการทีม นพ.วรวิทย์ โสวัชรกุล และคณะ เมื่อเป็น PCA ในรูปแบบ อ.วรวิทย์ก็เป็นรูปแบบที่ไม่แข็งกระด้าง ไม่เร่งรัด ในการพัฒนาแบบ PMOA ที่ผ่านมา CUP ก็ได้เรียนรู้การเคลื่อนกรรมกรพื้นที่ การเรียนรู้ว่าบริบท ของแต่ละพื้นที่คืออะไร เมื่อการปรับฐานคิดในระดับ รพ.สต. ทำให้มีความสุขในส่วนที่ผู้ปฏิบัติงานมองเห็นงานที่ทำอยู่มองเห็นกระบวนการที่สร้างคุณค่าอย่างไร เมื่อ CUP จัดเวทีให้ รพ.สต. ได้นำเอาสิ่งดีๆ ที่ทำมาสู่เวทีแลกเปลี่ยนกัน เล่าสู่กันฟัง แชร์ กระบวนการต่างๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ที่ได้ทำที่คิดว่าดี ก็นำมาเล่า KM กันในเวที CUP ได้จัดเวทีภายใน CUP และ

เมื่อปี 2552 CUP ยางตลาด ได้รับบทบาทเพิ่มคือ เป็น Node ของเขต 7 ขอนแก่น รับผิดชอบ CUP ที่เข้าร่วมใน Node อีก 5 CUP คือ CUP กุฉินารายณ์, CUP กมลาไสย, CUP คำม่วง, CUP สุวรรณภูมิ, CUP โพนทอง

เมื่อเป็น Node จะต้องทำบทบาทของ Node อย่างไร เป็นโจทย์ที่ทีม Far ได้ช่วยกันคิด และวางแผนว่าจะขับเคลื่อนบทบาทของ Node อย่างไร เป็นโจทย์ที่สร้างความกดดันให้กับทีม Far มากพอสมควร เพราะเมื่อมีคำว่า Node เพิ่มเข้ามาให้เรา (ทีม FAR CUP) ต้องเล่นเพิ่ม ในขณะที่ CUP ก็ต้องพัฒนาระบบต่างๆ ภายใน CUP คู่ขนานกันไป เนื่องจาก CUP ที่เข้าร่วมเครือข่ายการพัฒนาแบบ Node ก็คาด



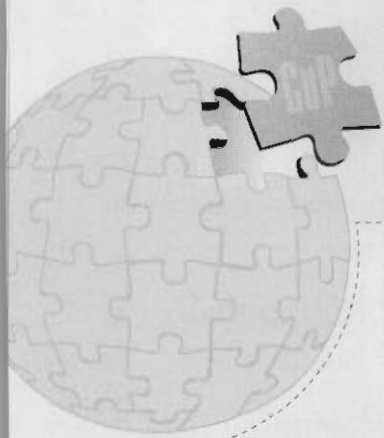
หวังว่า CUP ยางตลาดคือผู้รู้...รู้มากกว่า สามารถจะนำพา CUP ต่างๆ ให้พัฒนาเดินไปได้ ในขณะที่ที่ทีม CUP ก็ทบทวนบริบท CUP เองว่า ยังมีหลายเรื่องที่เป็นจุดอ่อน ไม่ได้ดีเลิศ และยังต้องพัฒนาเช่นกัน

## การดำเนินการเมื่อเป็น Node

1. ประชุมที่ทีม FAR ระดับ CUP ที่เข้าร่วมใน Node ในเรื่องเกณฑ์ 7 หมวดทำความเข้าใจเพราะ CUP ที่เข้าร่วม ยังไม่เข้าใจเรื่องเกณฑ์
2. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยให้ทุก CUP เข้ามาเรียนรู้กันโดยยึดบริบทที่เป็นอยู่ นำสิ่งดีๆ Best Practice ที่มีอยู่เดิม เป็นทุนเดิมที่มีมาสู่เวทีโดยพยายามไม่ให้มองที่เกณฑ์ ให้พื้นที่เจ้าเรื่องที่ทำตามบริบท แต่ทีม FAR จะต้องมีความรู้และชัดเจน ในเกณฑ์ PCA และสามารถเชื่อมโยงหมวดต่างๆ ให้เห็นและคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ได้ว่าสิ่งที่ทำอะไร ตรงไหนคือ หมวด P, หมวด 1 , หมวด 2 3 4 5 6 7 คือผู้ปฏิบัติไม่ต้องเอาเกณฑ์ไปถามในการทำ PCA หน้าที่ FAR จะเป็นคนบอกและเชื่อมโยงว่า สิ่งที่ทำตรงไหนคือ หมวดไหน เพื่อให้พื้นที่ได้เห็นว่าการทำ PCA ไม่ได้ยาก : การทำ PCA คือ เรื่องง่ายๆ

3. ติดตามเยี่ยม CUP ที่เข้าร่วมใน Node ทุก CUP ในพื้นที่ จุดประสงค์แม้จะบอกว่า Node เองก็ไม่ได้เก่ง การติดตามเยี่ยมเพื่อเรียนรู้ร่วมกัน ไม่ได้ไปตัดสินว่าสิ่งที่ CUP แต่ละ CUP พัฒนาและทำอยู่นั้นถูกหรือผิด แต่ก็มีบรรยากาศของความกังวลและเครียดเพราะ CUP ที่เข้าร่วมต่างก็มีบริบทและปัญหาที่ต่างกัน

ในฐานะที่เป็น CUP และ Node ได้รับบทสนับสนุนจาก สปสช. และ CUP ที่เข้าร่วมใน Node ได้รับการสนับสนุนไม่แตกต่างกัน ส่วนที่เป็นจุดหนึ่งที่ CUP บาง CUP ก็สามารถบริหารจัดการ แสวงหาความรู้ ความเข้าใจ บาง CUP ได้นำทีม เข้าเรียนรู้ Soft side เอง ซึ่งเป็นจุดเด่นจุดแข็งของ CUP ที่สามารถจัดการได้



## เก็บตกประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนา

### PCA: ประสบการณ์และ

### ประเด็นข้อสังเกต



ผ.ช.ชายชัย จันทร์อรุณกุล ในฐานะ ผอ.สพ.ยางตลาด กาฬสินธุ์,  
Part time surveyor สสว (แกนนำSHA).. ตั้งใจในแกนนำ DHSA

1. เรื่องการพัฒนาDHS ต้องปรับโครงสร้างเชิงอำนาจการจัดการระดับอำเภอให้ชัดเจน ทำให้สสอ.ทำหน้าที่เป็นผู้กำกับติดตามผลการทำงานของทั้งอำเภอให้ได้ ยืนยันเป้าหมายที่ประชาชน และเลือกกลุ่มคนทำงานที่มีพลัง ความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองและแก้ปัญหาชุมชน(ต้องมีคนชี้ชวนให้เห็นปัญหา)
2. จากประสบการณ์ ความสำคัญอยู่ที่การยึดเรื่องเป้าหมายที่จะเกิดกับประชาชน/ชุมชนที่ตนเองดูแล ไม่ว่าจะทำหน้าที่บริหาร สนับสนุนหรือ ขับเคลื่อนขยายพื้นที่ทำงานในลักษณะต่างๆ โดยไม่ต้องยึดติดกับรูปแบบหรือวิธีการ ใช้ความเชื่อมั่นและเรียนรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพของคนที่เกี่ยวข้องเป็นหลัก
3. ปัจจุบันมีขยะที่เกิดขึ้นระหว่างการพัฒนาอย่างมากในปัจจุบัน คนทำงาน 1) ต้องเลือกรับ รู้ สามารถบริหารจัดการให้ได้ในขอบเขตที่ตนเองทำได้ 2) เลือกที่จะเป็นกบฏ (เริ่มจากปัญหาที่ใกล้ตัวและเป็นปัญหาที่ "ใช่" เลือกทำสิ่งที่ทำแล้วเกิดประโยชน์เท่านั้น)
4. สิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้จากการทำงานในฐานะต่างๆ: รู้จักปรับเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ พร้อมทั้งจะพัฒนาตนเอง เรียนรู้ให้ได้ ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ผักผ่อนที่จะขยายวงของการพัฒนา(ขยายขอบเขตงานที่เป็นปัญหาเลือกให้เฉพาะและเชี่ยวชาญให้พื้นที่รพ. สด.ทำตามที่เป็นปัญหา ไม่ต้องทำทุกเรื่องเวลาเดียวกัน ให้เป็นไปตามบริบทพื้นที่
5. บางส่วนของรูปแบบเพื่อการเปลี่ยนวิธีคิด:
  - การตั้งคำถามบวกกับความท้าทายให้คิด ให้ทำ
  - การให้คุณค่าของคนทำงาน ส่งเสริมคุณค่า(Value) ของคน ทำให้core valueของการทำงานprimary careชัดเจนขึ้นจากการทำงาน

- ต้องเชื่อเชิญให้ทุกคนอยู่ที่หน้างาน พร้อมพัฒนางานและเรียนรู้เรื่อง appreciative approach จากกันและกัน
6. ประเด็นที่เป็นข้อติดขัด และหากปลดล็อกได้จะช่วยทำให้ PCA เป็นที่รับรู้ เข้าใจและทำงานได้ราบรื่นขึ้น
- ต้องตามแก้ไขเรื่องที่เป็นหลุมพรางการพัฒนา PCA เช่น PCA เป็นเรื่องการพัฒนาบริการปฐมภูมิ (หน่วยบริการปฐมภูมิ) เท่านั้น ความจริง PCA คือเครื่องมือการบริหารจัดการ (management tool) ชนิดหนึ่งเพื่อทำให้เกิดกลไก กระบวนการที่สามารถตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบได้
  - ต้องเอาตัวเองไปเกี่ยวข้อง หรือ ทำให้คนอื่นมาเกี่ยวข้องกับวิถีคิด วิธีทำ บทเรียนของ PCA เพื่อสร้างความเข้าใจร่วม ไม่แยกส่วนหรือไม่ยึดติดว่าอะไรของใครเพื่อการเชื่อมต่อได้ในจังหวะเวลา สถานการณ์ที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในหน่วยงานของกสร. (โดยเฉพาะกลุ่มตรวจราชการ และ สบรส. สสจ. ในพื้นที่เป้าหมาย) หน่วยงานแบบสรพ. หรือ กลไกเครือข่ายการพัฒนา DHS เป็นต้น
  - กลไกกลางที่ต้องชัดเจน ต่อเนื่อง มีการสนับสนุนและเป็นตัวเชื่อมโยงต่อกับพื้นที่หลัก ตลอดจนหน่วยงานเชิงนโยบายหรือการขับเคลื่อนภาพใหญ่ คาดหวังมากจากองค์กรกลางที่จะเกิดขึ้นเพราะจะเป็นหัวทอกประสานและขับเคลื่อนการพัฒนาได้ต่อเนื่อง.





เตียงเต็ม(90 เตียง) ที่มัน่าจึงนำแนวคิดมาพูดคุยกันและนำเสนอผู้บริหารโรงพยาบาลซึ่งท่านก็เปิดไฟเขียวให้ลองนำมาใช้ การทำครั้งนี้ต้องร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งหลาย ไม่ว่าจะเป็นผู้รับผิดชอบของอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มาร่วมกันทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ร่วมกัน โดยเอาปัญหา ร่วมมาทำร่วมกัน เช่น คนไข้โรคเรื้อรัง แต่ก็เดินไม่ได้ไม่สุดทางนัก ส่วนหนึ่งก็คือไม่เข้าใจการทำแผนที่ยุทธศาสตร์กันทุกคน ทำแบบตามหน้าที่ ใครรู้ก็ไปถึงจุดหมาย ใครรู้น้อยก็ไปเรื่อยๆ ไม่เห็นทางออกสักที ล้มลุกคลุกคลานกันไปเรื่อยๆ

แต่หลังจากที่เราและพี่ชวนพิศ รวมทั้งท่านรองสาธารณสุขอำเภอไปเวทีที่มวกเหล็กแล้ว สิ่งที่ได้รับรู้ได้หลังกลับมา คือการหันกลับมามองตนเองมากขึ้น รับรู้สุขและทุกข์ได้ง่ายขึ้น เริ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองจากแค่การรับฟังผู้อื่นให้มากขึ้นและสังเกตสิ่งที่เขาอยากบอกเราจากการพูดคุย มันเหมือนค้นพบสิ่งมหัศจรรย์ที่มีอยู่ในตัวเราที่เรา มองข้ามไปเสียไกลตัวไปค้นหาความสุขมากมายที่อยู่ใกล้ตัว หาแล้วหาอีกบางทีก็เจอแต่ส่วนใหญ่จะไม่เจอ แล้วก็ทำให้ขั้นตอนการทำงานของตนเองที่ซ้ำร้ายยังไปส่งผลในครอบครัวคนทำงานด้วยกันอีก กับเวลาเพียงแค่ 4 วันกับกิจกรรมง่ายๆ แต่ไม่คุ้นชิน แค้นั่งประชุมล้อมวง พูดคุยแลกเปลี่ยนกันบางเรื่อง แต่ที่สำคัญ การเรียนรู้ที่กลับมา มองตนเอง รับฟังอย่างตั้งใจ มองและเห็นคนตรงหน้าในสิ่งที่

เขาเป็นและบอกไม่ใช่มองเขาในสิ่งที่เราอยากให้เขาเป็น ซึ่งปัจจุบันชาวสาธารณสุขมักมองแบบประเด็นหลังเป็นส่วนใหญ่ ทำให้นึกถึงคำของคนปฐมภูมิที่พูดกับเราว่า **“คนสาธารณสุขชอบเลือกไปหมดทุกเรื่อง”** หมายถึงชอบจัดการและทำให้ชุมชนไปเองทุกอย่าง โดยทั่วไปแล้ว ในสังคมที่บทบาทของภาครัฐเป็นศูนย์กลางอำนาจจัดการและผูกขาดกำกับควบคุมความเป็นสาธารณะ รวมทั้งกำหนดเกณฑ์สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาระดำเนินชีวิตของปัจเจกและชุมชนนั้น การประชุมมักเป็นการเรียกชาวบ้านให้มารับความรู้และรับคำสั่งกลับไปทำตาม ซึ่งเป็นการปฏิสัมพันธ์แบบสั่งการแนวตั้ง ประชาชนจึงมักคุ้นเคยที่จะรอรับคำสั่งและไม่กล้าคิด ไม่กล้าแสดงออก ขาดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถริเริ่มและเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ อันพึงประสงค์ร่วมกันได้ ที่ต้องทำเพื่อตอบสนองนโยบายการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย กับการแข่งขันเพื่อให้ตนเองรอด หลังจากกลับมาระยะแรกเหมือนคุยกับเพื่อนร่วมงานและคนในบ้านไม่ค่อยรู้เรื่อง อาจเป็นเพราะมุมมองที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตนเองบางอย่างจากคนที่เคยเก่ง ชอบพูด ชอบสอน กลับมาทำตรงข้าม แค่อชอบฟังและมีความสุขกับสิ่งที่เห็นอยู่ตรงหน้า แต่กลับนำมาเป็นกำลังใจในการทำงานของตนเองรวมทั้งการดำเนินชีวิตในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ทำให้เห็นปัญหาแล้วหาทางออกได้ง่ายขึ้นด้วยตนเอง หลังจากนั้นทีมนำ CUP เดิมบางนางบวชมีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ PMQA ทีมนำทดลองปฏิบัติจากตนเอง และเริ่มมองเห็นความทุกข์ของคนรอบข้างจากการทำงานที่ต้องผ่านการประเมิน ประเมิน และประเมินตลอดเวลา จึงนำเรื่องมาปรึกษากับทีมผู้บริหารโรงพยาบาลและเป็นที่มาของการจัดอบรม

งานเป็นผล คนเป็นสุข ของ CUP เดิมบางนางบวชโดยกลุ่มเป้าหมายเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลร่วมกัน ในครั้งนี้ได้หัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหัวหน้างานรวมทั้งผู้สนใจมาร่วมอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประมาณ 60 คน กับ ระยะเวลา 4 วันที่ต้องอยู่ร่วมกันที่ 27 รีสอร์ท อำเภออุ้มถ้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างที่มโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช และที่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่ต้องใช้ทักษะการเรียนรู้เรื่องการฟังอย่างลึกซึ้ง การสังเกตสิ่งที่อยู่ตรงหน้า การมองและการค้นหาสิ่งต่างๆ รอบตัวเรา ใน 4 วันนี่เห็นได้ชัดว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีการงานที่มาก ใช้สมองคั่งค้ำทุกนาทีกับเรื่องงานเพราะไม่ยอมปลดปล่อยความคิดตนเองออกจากงานนัก บางส่วนกายอยู่ที่ห้องประชุมแต่ใจกลับไปทำงานแล้ว กับอีกบางกลุ่มที่เริ่มต่อต้านในใจเล็กน้อย ว่าให้มานั่งทำอะไรเสียเวลาทำงาน ให้มาแค่นั่งเขียนบันทึก ทบทวนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตนเองเหมือนไม่ใช่การอบรม จนกระทั่งวันสุดท้ายถึงเริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงอะไรบางอย่างมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นหน้าตาที่ยิ้มแย้ม การเข้ากลุ่มแบบทักทายแบบพี่น้องและเป็นกันเองมากขึ้น การปลดปล่อยตนเองออกจากงานที่ค้างคาใจอยู่ เรียกได้ว่าใครที่อยู่ครบทุกช่วงของการอบรมก็ได้กับตนเองเต็มๆ เห็นตนเองได้ชัดขึ้น แต่พวกที่เข้าๆ ออกๆ ก็กลับไปดำเนินชีวิตแบบเดิมๆ ที่ฉันไม่อยากเปลี่ยนอะไร หลังกลับจากการอบรมที่มำกลับมาสังเกตกลุ่มผู้เข้าร่วมอบรม สิ่งที่ชัดขึ้น คือ การรับฟังกันมากขึ้น บริक्षाพูดคุยกันง่ายขึ้น บรรยากาคอันอบอุ่นแบบพี่น้องเริ่มกลับมาอีกครั้ง สำหรับคนที่มีงานชุมชนอยู่ในมือก็เริ่มใช้กระบวนการบางอย่างเข้าไปสอดแทรกในเนื้องานตนเองมากขึ้น เช่น การรับฟังผู้รับบริการ การปรับเปลี่ยนรูปแบบเวลามีจัดอบรมหรือมีการประชุม พยายามสอดแทรกความพร้อมในการเรียนรู้ทั้งฐานกายและฐานใจให้ผู้เข้าร่วมประชุมมากขึ้น ซึ่งก็ได้ผลอยู่เพราะสามารถทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมผ่อนคลายและรับเนื้อหาวิชาการได้อย่างชัดเจนขึ้นเหมือนสามารถพูดได้ไปในทางเดียวกันมากขึ้น เรียกได้ว่า สุขทั้งผู้ให้และผู้รับเลยทีเดียว กระบวนการนี้ถูกนำไปปรับเปลี่ยนรูปแบบการประชุมทั้งในกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขและคนทำงานในชุมชนเช่น อสม.เลยทีเดียว สิ่งให้เห็นผลชัดเจน คือ ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ใช้กระบวนการรับฟังอย่างตั้งใจในตัวผู้รับบริการ เริ่มมองเห็นความต้องการของผู้รับบริการชัดเจนมากขึ้นว่าปกติเราอยากให้และป้อนข้อมูลให้ผู้รับบริการแต่ไม่เคยถามหรือดูความต้องการของเขาเลยว่าการอะไร ผู้รับบริการบางคนไม่ได้ต้องการมาเพื่อรับยาอย่างเดียว แต่เขาต้องการมาเพื่อหาคนเฝ้าวยาคิดใจมากกว่า ยารักษาโรคน่าจะเป็นสิ่งท้ายๆ ของการดูแลก็ได้ แต่ยังมีอีกไม่น้อยที่ยังยึดติดแบบเดิมๆ ว่าผู้รับบริการต้องการมาเพื่อรักษาและรับยาจากเราไป ในส่วนของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีโอกาสเห็นการเปลี่ยนแปลงเริ่มจากภายในตนเองแล้วหันกลับมามองคนในครอบครัว ที่สำคัญมองเห็นผู้ร่วมงานว่าส่วนหนึ่งของความทุกข์ของน้องๆ เกิดจากตัวผู้บริหารเอง ไม่ว่าจะเป็นนโยบายเร่งรัดการทำงานแข่งกับเวลาและผลงาน ดังนั้นสิ่งที้องๆ รุ่นใหม่ทำคือการลดระดับกลุ่มใหญ่ๆ และการยึดข้อมูลบนสำนักงานเก็บตัวชีวิตให้ผ่าน ส่วนหนึ่งของพี่ๆ ที่ยอมออกจากกรอบความคิดบางอย่างและการปรับเปลี่ยนบางอย่างในตัวเอง เริ่มมองเห็นตนเองมากขึ้นและส่งผ่านความสุขให้้องๆ ได้ง่ายขึ้น

ในส่วนของ node หนองหญ้าไซ หลังจากได้ลูก CUP อีก 5 แห่ง คือ ด่านช้าง, สามชุก, ดอนเจดีย์, เมือง และเดิมบางนางบวช ก็เริ่มจากความเข้าใจในภาพกว้างๆ ของ PCA จัดอบรม 2 รุ่นชี้แจงผู้นำที่เป็นตัวแทนแต่ละ CUP โดยจัดอบรม 2 รุ่นที่ นครราชสีมาและที่อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นการอบรมที่ให้เรียนรู้มาตรฐาน 7 หมวดและมี soft side บางส่วนในการอบรมบ้าง ซึ่งในส่วนเรื่องมาตรฐาน 7 หมวด ก็เรียกเอาเสียงสะท้อนของผู้ปฏิบัติงานในชุมชนหนึ่งปอดหัวก่อนจะลงมือทำว่า เป็นการเพิ่มงานของเขาในการที่ต้องมานั่งกรอกเอกสารมากมาย และบางหัวข้อก็ไม่แน่ใจว่าต่อไปแล้วจะใช่หรือไม่ ทำให้มีข้อตกลงร่วมกันว่า เราจะทำมาตรฐานไปพร้อมๆ กันทั้งหมด จึงใช้วิธีเวียนสถานที่ตาม CUP แล้วแบ่งหัวข้อตามมาตรฐานและ node จะเป็นตัวช่วย เรียกว่าเรื่องการทำมาตรฐานเดินไปพร้อมๆ กันแต่ตอบตามบริบทของแต่ละ CUP และหลังจากนั้นอีก 4 เดือนตัวแทน CUP เดิมบางนางบวช มีโอกาสเข้าร่วมเรียนรู้เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการจัดการตามแนวทางเกณฑ์ MBNOA ที่รอยัล เจมส์ กอล์ฟ จังหวัดนครปฐม มารอบนี้ได้เรียนรู้ 2 ส่วนที่ต่างกัน คือได้เรียนรู้เรื่องของ TOM แบบที่ไม่เคยรู้มาก่อน กับอีกส่วนได้เริ่มเรียนรู้การวิเคราะห์บริบทชุมชนตนเองบางส่วนจากการนำข้อมูลพื้นที่ชุมชน

แต่ละCUP มา  
ร่วมให้เราเรียนรู้วิถีชุมชนของ  
แต่ ละ พื้นที่  
ทำให้มองเห็น  
ภาพบริบทได้  
มากขึ้น เรียกได้

ว่าเริ่มมองภาพคนทำงานปฐมภูมิได้ชัดเจนมากขึ้น ยิ่งเจาะลึกวิถีชีวิตชุมชนแต่ละแห่งก็เริ่มเห็นรอยยิ้มในการนำเสนอของคนทำงานชุมชนอย่างแท้จริง เริ่มเห็นมิติทางด้านจิตใจมาเชื่อมโยงการทำงานได้มากขึ้นโดยเริ่มจากการวิเคราะห์ตนเองกับการรับรู้ 4 ช่อง คือ เรา รู้ว่าเรา รู้, เราไม่รู้ว่าเรา รู้อะไร, เรา รู้ว่าเราไม่ รู้ และเราไม่รู้ว่าเราไม่ รู้อะไร เรียกได้ว่าเป็นการเรียนรู้การทำงานปฐมภูมิมาร่วมกับการทำจริงในพื้นที่ แต่สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้ลงชุมชนอย่างเราก็ยังมึนงงบ้าง รู้ว่าตัวเองยังไม่ชัดในเรื่องพื้นที่ชุมชนตนเองมากนัก คงต้องหาเวลาในการไปเรียนรู้เพิ่มเติมกับเจ้าของพื้นที่และคนในชุมชนตนเองมากขึ้น แต่สำหรับคนชุมชนโดยตรงเขาเริ่มชัดขึ้นบ้างกับ PCA ในความคิดของเขา จากข้อมูลที่มีในพื้นที่และการลงพื้นที่จริงทำให้เขารู้ว่า คนทำงานปฐมภูมิโดยตรงสามารถตอบมาตรฐาน PCA ได้อย่างไม่ต้องกังวลอีกแล้ว เหลือแต่จะอย่างไรให้สามารถลงไปทำงานในพื้นที่ได้โดยไม่ต้องมานั่งกังวลกับข้อมูลที่ต้องตอบเป้าหมายและนโยบายเร่งด่วนต่างๆ ได้ซะที และหลังจากนั้น 3 เดือน CUP เดิมบางนางบวชมีโอกาสเรียนรู้ร่วมกันอย่างชัดมากขึ้นในการอบรม งานเป็นผล คนเป็นสุข 4 วันตามที่เกริ่นนำมาข้างบนแล้ว ซึ่งน่าจะเรียกได้ว่านี่คือจุดเริ่มต้นที่ดีของการทำงานร่วมระหว่างโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเริ่มต้นจากมุมมองในตนเองก่อนแค่การมองตนเอง กับปัจจุบันขณะนี้ให้รับรู้ถึงสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับการปรับเปลี่ยนมุมมองอะไรบางอย่างในตนเองเหมือนการมองกระจกให้รอบด้านมากขึ้น ได้ค้นหาความสุขรอบตัวที่ง่ายขึ้นโดยไม่ต้องรอคอยความช่วยเหลือจากใครเพียงแคเริ่มที่เปลี่ยนความคิดตนเองบางเรื่อง ก็สามารถเยียวยาตนเองได้แล้ว

เมื่อเยียวยาตนเองได้ก็เริ่มแบ่งปันความสุขให้คนรอบข้างได้มากขึ้น การอบรมครั้งนี้เหมือนเป็นการเริ่มต้นบทเรียนของการเรียนรู้การทำงานของคนปฐมภูมิได้อย่างชัดเจนมากขึ้น เป็นการทำงานที่ตอบโจทย์ว่า พี่ๆ น้องๆ ชาวปฐมภูมิทำงาน PCA กันมานานแล้วแต่อาจมองไม่เห็น แต่สิ่งที่ชัดเจนมากขึ้นคือหลังอบรม 6 เดือนมีการถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับ CUP ดอนพุด จังหวัดสระบุรีโดยการนำของ นายแพทย์สมชาติ สุจริตรังสี และทีมดอนพุด ทำให้เห็นภาพพี่ๆ น้องๆ CUP เดิมบางนางบวชว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายในแล้วส่งผลดีต่อการทำงาน รวมทั้งบางคนส่งผลดีต่อครอบครัวตนเองมากขึ้น ความรักความอบอุ่นของชุมชนเป็นทุนหล่อเลี้ยงคนทำงานอย่างเรา ซึ่งมีในทุกพื้นที่ที่อาจแตกต่างกันไปตามบริบทของตน แต่เป้าหมายร่วมกันของเรา คือ คนทำงานมีความสุข และนำพามาซึ่งกัลยาณมิตรรอบตัว ทำให้ภาพการทำงานและการให้ความร่วมมือกันระหว่างชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

อีก 2 สัปดาห์ต่อมาที่ผู้นำ CUP เดิมบางนางบวชมีโอกาสเข้าร่วมเรียนรู้แลกเปลี่ยนฝึกปฏิบัติการเยี่ยมพื้นที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (ทีมผู้หล่อเลี้ยง) โดยนับว่าเป็นโอกาสดี ที่ได้ลงพื้นที่จริงที่เชิงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ได้ลงพื้นที่เมืองงายและนาหวาย ซึ่งถือว่าเป็นการลงพื้นที่จริงครั้งแรกของตนเอง เรียกว่าไปแบบงงๆ ว่าให้มาฝึกอะไร ในสมองมีคำถามมากมายที่ไม่กล้าถามแต่คิดไว้ว่าวันสุดท้ายคงมีคำตอบว่าเรามาทำอะไร ในการฝึกนอกพื้นที่ภายใต้บริบทที่แตกต่างจากพื้นที่ตนเองมากมาย กลับทำให้เห็นมุมมองการทำงานภายใต้สิ่งที่ยากลำบากกว่าพื้นที่ตนเองมากนัก แต่กลับมีทุนที่ดีในสังคมที่คอยช่วยเยียวยาคนสาธารณสุขอย่างเราได้เป็นอย่างดี แต่ที่เหมือนกันน่าจะเป็นเรื่องการทำงานที่รอนโยบายสั่งการจากข้างบนเพื่อให้ผู้ทำงานตอบโจทย์ให้ได้ แต่ที่นี่ยังมีวิถีชีวิตชุมชนของหลายเผ่าที่อยู่รวมกันได้โดยไม่ก้าวก่ายกันภายใต้พื้นที่เดียวกัน การบริหารจัดการด้านการเงินที่แตกต่างจากสุพรรณบุรีซึ่งก็ส่งผลดีในเรื่อง CUP บริหารจัดการไปในทางเดียวกันได้โดยไม่ต้องเอาเรื่องเงินมาเป็นประเด็นใหญ่ ยังเป็นชุมชนที่น่าอยู่ แม้จะถูกคุกคามจากสังคมใหม่ๆ บ้าง แต่ชุมชนยังยึดถือวัฒนธรรมประเพณีตลอดจนวิถีชีวิตที่เรียบง่ายในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างงดงาม สิ่งที่ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำเดินไปทางเดียวกันได้แม้จะหนักแต่เขาพบว่า “คนที่นี้ทำงานด้วยคุณค่าทางจิตใจ” มันเป็นเรื่องที่บอกได้ว่าเขาทำงานและเยียวยากันเองได้เป็นอย่างดี ทำให้เห็นว่าชุมชนเดิมบางนางบวชทำงานงายกว่าที่นี้เยอะมาก อยากให้คนพื้นที่เดิมบางนางบวชที่ว่าตนเองทำงานลำบากได้มาเห็นวิถีชีวิตของนาหวายบ้างจะได้มีกำลังใจทำงานมากขึ้น การลงพื้นที่ครั้งนี้เปิดมุมมองของคนทำงานพื้นที่ให้คนที่ทำงานบนสำนักงานในโรงพยาบาลเห็นโลกแห่งความเป็นจริงในชุมชนได้อย่างชัดเจน สิ่งที่เคยมีปัญหาว่า ทำไม...ทำไม...ทำไม เขาถึงทำไม่ได้ วันนี้ไม่ต้องหาคำตอบจากพี่ๆ น้องๆ ปฐมภูมิแล้ว แค่คุณลงพื้นที่ชุมชน เห็นของจริง ฟังของจริงและสิ่งที่อยู่ตรงหน้าเรานั้นก็มีคำตอบในปัญหาการทำงานเราได้อย่างแท้จริง เป็นการลงพื้นที่ที่ได้เห็นทั้งภาพทุนที่มีในสังคม การค้นหาปัญหาจริง ได้มองเห็นทั้งภาพที่ทำงานประสบความสำเร็จและทำงานแล้วล้มเหลวทำอย่างไรซึ่งโดยปกติเรื่องของความล้มเหลวผู้ลงพื้นที่หรือเจ้าของพื้นที่อาจไม่กล้าสะท้อนให้เห็น แต่เวทีนี้ได้เห็น เหมือนอย่างเช่นเราชาวสาธารณสุขมองภาพว่าการจัดการสุขภาพ คือ เราไปสร้างสุขภาพ แต่ชุมชนไม่ได้มีส่วนร่วม การทำ



งานแบบนี้คงไม่ยั่งยืนในชุมชนนั้นๆ อย่างแท้จริง ชุมชนนั้นๆ จะพัฒนาได้ ต้องหันมาคุยกัน พัฒนาองค์ความรู้และทรัพยากรร่วมกัน ส่วนการเป็นผู้หล่อเลี้ยงครั้งนี้ เราจะสร้างแรงกระตุ้นให้ชุมชนมองเห็นพื้นที่เขาได้ชัดเจนได้อย่างไร แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ต้องไม่ลืมที่จะดูแลคนทำงานในพื้นที่ด้วยไม่ใช่ทำเพื่อตอบตัวชี้วัดหรือเป้าหมายการทำงานอย่างเดียว ซึ่งต้องใช้ทักษะการรับรู้ความรู้สึก การฟังให้มากขึ้น ก่อนกลับก็ทำให้เรานึกย้อนไปพื้นที่ตนเองว่า แล้วที่เดิมบางนางบวชพี่ๆ น้องๆ เราเขาทำงานกันอย่างไร เราคงต้องลงไปสัมผัสและเห็นของจริงบ้างแล้ว เพื่อจะได้ไปถึงเป้าหมายร่วมกันได้อย่างแท้จริง อย่างน้อยก็ได้เห็นบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่เพื่อนำมาวางแผนการทำงานต่อไป

3 กันยายน 2553 เป็นเวทีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “แนวทางการประเมินตนเองตามเกณฑ์ PCA” ที่โรงแรมศรีอุทองแกรนด์ จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการเรียนรู้มาตรฐานและวิธีการประเมินแบบ PMQA และใช้ ADLI เป็นการถ่ายทอดโดยวิทยากรจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร เรียกได้ว่าคนทำงานมาตรฐานในโรงพยาบาลเข้าใจหลักการและวิธีการ แต่สำหรับในบทบาทของทีมนำ CUP มีคำถามๆตนเองว่าเขาจะประเมินในพื้นที่อย่างนี้เลยหรือ ซึ่งน่าจะยากอยู่

และไม่เห็นของจริงในพื้นที่แน่นอน สำหรับ CUP เดิมบางนางบวชที่เดินแบบค่อยเป็นค่อยไปเดินไป

พร้อมกัน เรียนรู้ถูกคิดไปด้วยกัน หลังจากคนพื้นที่ได้ฟังเรื่องในวันที่เล่าเออิ่งกันไปเป็นแถว ที่หนักกว่านั้นคือ พี่ๆ น้องๆ ปฐมภูมิของเราเดินเข้ามาหาและถามว่า “ไหนบอกว่า PCA ทำไม่ยาก และพื้นที่ทำแล้ว แต่ทำไมฟังวันนี้เหมือนเริ่มต้นใหม่ตั้งแต่ทำ ความเข้าใจและยังถูกเร่งด้วยการประเมินที่ยากเต็มที่ แล้วพวกพี่จะทำได้หรือ” เรียกเอาที่มันต้องคุยกันและยังคงยืนยันแนวร่วมเดิมว่าเราจะทำแบบลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันให้เห็นของจริงและทำร่วมกันจริง ส่วนเรื่องการประเมินถ้าส่วนกลางอยากได้อะไรก็จัดให้แต่ต้องตอบแบบประเมินแบบที่เรามีจริงนะ มีก็ตอบว่ามี ทำอะไรไปบ้าง เห็นอะไรในสิ่งที่ทำ ผลลัพธ์เป็นอย่างไร แต่ถ้าไม่มีก็ตอบว่าไม่มี จบ ไม่ต้องพยายามไปหาข้อมูลกรอกเพื่อให้มี เราถามแนวร่วมก่อนว่าถ้าตอบตามที่เป็นจริงเขาจะได้ไหม ถ้าไม่มีตอบว่าไม่มีเพื่อให้เกิดการพัฒนาสิ่งที่อยากให้มีในปีต่อไป ไม่ต้องอายที่อื่น ปรากฏว่าพี่ๆ น้องๆ เขายอมรับได้และเอาตามข้อตกลงนี้เพื่อความสบายใจและทำงานง่ายขึ้นโดยไม่ต้องไปหาข้อมูลที่ไมจริงมาใส่ในแบบประเมิน เรียกได้ว่าพอทำงานได้สักระยะหนึ่ง ก็ต้องมีอุปสรรคมาตลอด มีมือคนทำงานเป็นระยะๆ เลยกี่เดียว โชคดีที่ CUP เดิมบางนางบวชเป็นแบบเลือดสุพรรณนะ ไปไหนไปกัน ถึงไหนถึงกัน ก็ไปด้วยกัน เราจะไม่ทิ้งกัน

กับการเรียนรู้ในบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ การขับเคลื่อนที่แตกต่างกันไป จึงทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อีกเวทีหนึ่งที่ทำให้มองเห็นมุมมองการทำงานของคนปฐมภูมิในแต่ละภาคภายใต้ โครงการกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ ที่โรงแรมเอบีน่า เซ็นทรัล กรุงเทพฯ ในวันที่ 14-15 ตุลาคม 2553 สิ่งที่เห็นได้จากเวทีนี้คือ ส่วนใหญ่ผ่านทักษะการฟังมาแล้ว

การแลกเปลี่ยนในกลุ่มอาจง่ายขึ้นแต่ก็ไม่ง่ายอย่างที่คิดสักเท่าไร เพราะคนที่ไม่เคยผ่านทักษะการฟัง ก็จะทำตามความคุ้นชินในสิ่งที่ฉันอยากพูด อยากถามโดยไม่สนใจเวลาและคนที่อยู่ตรงหน้าเท่าใดนัก ทำให้บางกลุ่มถูก block ในตัวคนเล่าได้จากการทดลองทำในแต่ละพื้นที่ให้ถามตัวเองว่าทำ PCA แล้วมีความสุขไหม ถ้าไม่สุขถือว่าไม่ใช่ คนที่ทำแล้วไม่สุขก็ให้มีความสุขกับใครไม่ได้

คนที่ทำ PCA นั้นมีอยู่ 3 ระดับ คือ

1. ดูแลรักษา
2. เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
3. เปลี่ยนตัวเองเป็นโค้ช ไม่ใช่รู้ทั้งหมดอย่าไปยึดติดกับการตอบคำถาม PCA คือ ดูแลระดับ 3 Primary การรู้จักผู้คน ถ้าเรายังไม่ลงพื้นที่จริงๆ อย่าพูดเพราะเรายังไม่เข้าใจเขาจริงๆ เราได้เรียนรู้อะไรนอกจากคำถามซ้ำซากของเราบ้าง เวลาลงพื้นที่จะเห็นว่าบางพื้นที่ คือชีวิตของอีกพื้นที่หนึ่ง การทำหมวด 1-7 จะทำอะไรๆทำไป ไม่ใช่เราเข้าใจทั้งหมดทุกอย่าง เรื่องเงินทอง เป็นจินตนาการที่เรายึดถือ ของจริงคือหน้าที่การงาน ชีวิตผู้คนเท่านั้น ถ้าลงไปดูแล้วรู้ว่าจะช่วยชาวบ้านอย่างไร ถือว่าทำ PCA ก่อนอื่นต้องลงไปเห็นพื้นที่ก่อน คนที่นั่งดูแล้วผู้คนจะดูแลพื้นที่ของเราได้อย่างไรอยากเห็นเราลงไปนั่งคุยกับชาวบ้าน เราจะต้องดูแลเขาได้ดีกว่าเรามีโอกาสเลือกมีโอกาสตัดสินใจ และต้องยอมรับการตัดสินใจนั้นด้วยสิ่งสำคัญทำไมเราถึงตัดสินใจทำเรื่องนี้ ทั้งๆ ที่คนอื่นยอมแพ้ไปแล้ว PCA คือการทำตามบริบทที่หลากหลายในพื้นที่ คุณภาพคือใช้ของจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องพัฒนาผู้คนได้มากขึ้นและดีขึ้น พอเราไม่ตอบคำถามในหนังสือเราจะเห็นคำตอบ เมื่อเราลงพื้นที่มากขึ้นก็จะเห็นคำตอบที่มากขึ้นตาม PCA ทำเพื่อให้คนใช้มีความสุขที่ดีขึ้น จึงจะชัดเจน ไม่ต้องสนใจว่าทำแบบนี้แล้วจะอยู่หมวดไหน ให้เอาประสบการณ์ที่ปฏิบัติตามตอบจะได้เอง สิ่งในแต่ละที่ที่ถามเรายังไม่เห็นอะไรชัดเจนสักเท่าไรนัก เราได้อะไรจากสิ่งที่เห็นอยู่ตรงหน้าในเวลาที่เราทำกลุ่มเวลาลงพื้นที่ เราจะได้บ้านที่เขาพูดภาษาราชการกับเรา แต่ถ้าเราเดินลัดเลาะออกไปจะได้อะไรใหม่ๆ การพึ่งพาตนเองของชุมชนที่เจ็บป่วย การเยียวยาด้วยวิถีที่เขารักมีมากน้อยเพียงใด เมื่อลงพื้นที่โลกที่เราเห็นเรามองจะไม่เหมือนกันเงิน คน ของ ความรู้ไม่จำเป็นต้องใช้ เอาแค่ 2 ราย/เดือน ที่เราจะลงพื้นที่ได้อาจใช้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาลองทำดูก่อน หรือเอาคนในชุมชนมาลองทำดูจะเห็นนวัตกรรมใหม่ๆ เกิดขึ้น ในส่วนของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ node จะเห็นว่ามีการใช้วิธี soft side และ hard side ที่แตกต่างกันไป บางพื้นที่ทำภายใต้สภาพการเงินที่มีปัญหา แต่ต้องหันกลับไปใช้ทุนสังคมที่ดีขึ้น มีทั้งการใช้รูปแบบสุนทรียสนทนา การใช้ Outcome Mapping เข้ามามองปัญหาสุขภาพชุมชน บางที่เสริมโรคที่เป็นปัจจุบันด้วยโรคที่เป็นของตำบลนั้นๆจริงๆ(อะไรเป็นเหตุให้เสียชีวิต) มีงานวิจัยที่ทำร่วมกันระหว่างหน่วยงานราชการและเอกชน โดยทำแล้ว ส่งต่อข้อมูลถึงกันในอำเภอว่าในชุมชนนั้น โรคนี้เป็นอย่างไร ถึงแม้ตำบลนั้นจะยังไม่เจอเขาเห็นที่อื่นเป็นแล้วจะป้องกันอย่างไร เช่น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชนบางพื้นที่ใช้วิธีแทรกซึมในหน่วย

งานว่าสิ่งที่เราพบเห็นในพื้นที่มีอะไร  
รวม CUP แต่ละพื้นที่มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้  
ร่วมกัน บริบทมากน้อยเพียงใด เขียน  
Outcome Mapping (แผนที่เดินดินร่วมกัน)  
ทุกคนจะเล่าได้อย่างชัดเจน แต่การใช้  
Outcome Mapping ใช้ได้แค่ปัญหาเดียว  
ใช้เพื่อให้รู้ว่า ใครเป็นปัญหาอะไร ใช้ไป  
สักพักจะรู้ว่า Primary Care เป็นปัญหา  
ที่ซับซ้อนปัญหา คือชาวสาธารณสุขชอบเอา  
เรื่องผ่นในอนาคตมาตอบ เพราะกลัวจะ  
น้อยหน้ากันเวลาลงพื้นที่จะเติมเต็มสิ่งที่ตัว  
เองไม่มี อยากให้ทุกที่กลับมาทำต่อ  
การเป็น node ใช้ว่าจะทำได้เก่งกว่า CUP  
เอากระบวนการ PCA ไปปรับเปลี่ยนกับ  
เป้าหมายกลุ่มอื่นๆ ในการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมสุขภาพ บางพื้นที่ประเมินแบบ  
soft side บางพื้นที่เริ่มรู้สึกว่าการทำ  
และผิดทางในการทำให้ที่อื่นแต่ไม่ได้ทำให้  
พื้นที่ตนเองและใน CUP เราเลย PCA  
ต้องให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมมากที่สุด การวัด  
ผลวัดอย่างเดียว คือ การมีส่วนร่วมใน  
ชุมชน การเป็น node คาดหวังแค่การเรียนรู้  
ของตนเอง อย่าไปสอนอะไรถ้าไม่จำเป็น  
ถ้าเขาอยากเขาจะขอเราเอง บริบทได้ง่าย  
แค่เขียนบท P และไม่มีมีการเคลื่อนไหว

ไ้ ตั้ ต ล อ ต  
การทำ People  
center of  
health care  
คือ แก่น PCA

การให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างมี  
ความสุข ชุมชนที่นำอยู่จะดูแลสุขภาพ  
ด้วยตนเอง ที่สนใจคือกระบวนการคน  
ในมีความสุข อยากให้ขยายกันอย่าง  
ธรรมชาติ สิ่งที่น่าห่วงมากที่สุดคือเรา  
ไม่ลงพื้นที่ อยากเห็นระบบปฏิรูป  
สาธารณสุข ให้เราเป็นโค้ชมากกว่าการ  
รักษาและซ่อมแซม อย่าติดกับดัก  
เครื่องมือ อย่าให้ผู้เชี่ยวชาญเข้ามาใน  
ระบบอีก เราต้องเรียนรู้ด้วยการกระทำ  
ของพวกเขาเอง เมื่อไรก็ตามที่เขาพร้อม  
อยากให้ใครช่วยก็บอก มี level การลง  
ชุมชนอยู่ 5 ระดับ คือ

- 1) เวลาเข้าร่วมประชุมเขาเข้าร่วม
- 2) เรียกมาเข้าร่วมแล้วเขาช่วยออกทุน
- 3) เข้าร่วมและร่วมคิด
- 4) ชาวบ้านร่วมคิด
- 5) ชาวบ้านคิดเอง

เห็นข้อบกพร่องมาก จากวิธีคิดสู่การกระทำ  
การดำเนินงาน PCA ในปี 2, 3, 4 จะเห็นว่าอะไร  
ควรทำ ควรเว้น เดิมคิดเป็น node แยกเป็น CUP  
แล้วลงเครือข่าย จะเห็นว่าปีก็เหมือนเดิม ข้อบ  
กพร่องเดิมทั้งหมด ผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่า  
PCA ที่เกิดได้ เมื่อเห็นชุมชน มองเห็นการเปลี่ยนแปลง  
และไม่มีทางยั่งยืนเมื่อคิดว่าได้ดูแต่เป้าหมาย  
ลึ้มไปว่าเป็นนามธรรม (ระบบคิด) การสร้างคนให้  
ชุมชนเห็น คนที่อยู่ทีโตะต้องมองเห็นข้อบกพร่อง  
และกับดัก ให้ลงพื้นที่ชุมชนใกล้เคียงกันแต่มีแรง  
เทวียงได้บ้าง การลงชุมชนจะได้เห็นว่าชาวบ้าน รู้สึก  
ว่าหมอมามา ความสุขเขามีอะไร เอาแรงคนที่จะทำ  
PCA มาลงพื้นที่ เพื่อให้เจ้าของพื้นที่เห็นโดยการ  
สะท้อนของเพื่อน คนบางคนไม่ตื่นในพื้นที่ตนเอง

แต่จะไปต้นที่อื่น โครงการนี้เป็นการสร้างระบบ network เป็นการสังเคราะห์นามธรรมสู่รูปธรรม ถ้าจะทำ PCA ลงพื้นที่ให้ลดบทบาทเราเป็นผู้เรียนรู้จริง ถอดและสะท้อนให้เขาเห็นได้ในเรื่องคนพื้นที่ได้เห็นชัด บุคลากรเห็นคุณค่าตนเองมากกว่านั่งอยู่ ภาพฝันค่อยๆ ปรากฏขึ้น PCA ปีหน้าขอเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/CUP มาทำ แล้วอยากขอ PCU ที่ไม่มีใครสนใจเป็นพื้นที่ได้ศึกษาเพื่อให้เขารู้สึกว่า PCA ในพื้นที่จริงที่จับต้องได้และได้รายงานในภาพรวมโดยอำเภอมีส่วนร่วมในการช่วยเขียน เมื่อไรก็ตามที่เราทำ PCA ชาวบ้านไม่ได้อะไร ถือว่าเราไม่ได้ทำ

หลังจากนั้นแกนนำโรงพยาบาลเดิมบางนางบวชมีโอกาสเข้าร่วมโครงการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบการบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์สูงงานมิตรภาพบำบัดอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน (โดยนายแพทย์วราวุธ สุรพฤกษ์) เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อีกช่องทางหนึ่งของคนทำงานชุมชนที่ได้มองเห็นปัญหาที่แท้จริงของผู้รับบริการมากกว่าคิดตั้งปัญหาให้เขา สิ่งที่เกิดขึ้นจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คือเรื่องเล่าหรือสิ่งที่เราอยากบอกอะไรให้คนในเวทีรับรู้ถึง คำว่า มิตรภาพบำบัด ที่ไม่ใช่การจัดตั้งชมรมหรือสมาชิก แต่เป็นมิตรภาพบำบัดที่เกิดจากจิตใจที่อยากจะทำเพื่อสังคมหรือชุมชนตนเองอย่างแท้จริง การพบกันแต่ละครั้งเป็นตัวแทนของแต่ละอำเภอในสุพรรณบุรีที่อยากมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแบ่งปันประสบการณ์ดีๆ เล่าสู่กันฟังโดยแต่ละรอบของการพบปะ ก่อนจะถึงรอบต่อไปอาจารย์จะมีโจทย์ต่อยอดให้เรากลับไปคิดทบทวนและหาทางออกแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง บางที่เรียนรู้ไปแบบลองผิดลองถูก ถ้าผิดมากนักอาจารย์ก็จะสะกิดด้วยกรณีศึกษาจากที่อื่นให้ฟังว่าผลเป็นอย่างไร แล้วให้เราเรียนรู้ตามบริบทของแต่ละที่เอง สุดท้ายจะหมดโครงการ 1 ปีเต็ม บางที่ได้เห็นแค่การเปลี่ยนแปลงภายในของบางคนแต่โครงการยังไม่ขยับมากนักแต่ก็ถือว่า เป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการทำงานแล้ว บางที่เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนอย่างเห็นเป้าหมายร่วมกัน เดิมบางนางบวชได้เห็นคนทำงานในคลินิกที่เกิดการปรับเปลี่ยนตนเองและมองเห็นคนไข้ตรงหน้าสำคัญมากขึ้น มีการเปิดใจและยอมรับซึ่งกันและกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอร่วมกันมากขึ้น มองความสุขของคนไข้ในชุมชนมากกว่าความสะดวกสบายของเจ้าหน้าที่ เช่น ขอรับคนไข้โรคเรื้อรังที่สามารถจะดูแลและควบคุมได้ด้วยศักยภาพของชาวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ อสม. ในพื้นที่เพราะเห็นว่าคนที่คนไข้ต้องเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลแต่ละครั้งต้องมีค่าใช้จ่ายพอสมควร ถึงแม้ค่ายาจะฟรี บางคนต้องเดือนร้อนลูกๆ ให้หยุดงานเพื่อมาตรวจตามนัด รอกันตั้งแต่เช้าจนบ่าย แต่พอเป็นคลินิกใกล้บ้านมีคนในพื้นที่มาช่วยดูแลกลับเร็วกว่า ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ที่สำคัญไม่ต้องรบกวนลูกหลานที่ต้องพามาโรงพยาบาล ก่อนกลับก็นำข้าวปลามารับประทานร่วมกัน ได้มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนๆ ที่เป็นโรคเดียวกัน ช่างเป็นบรรยากาศที่คุยกันรู้เรื่องและสอนกันเองด้วยประสบการณ์ของคนไข้เพื่อเยียวยาซึ่งกันและกันจริงๆ ที่สำคัญกว่านั้นเป็นการเยียวยาเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้รู้ตัว อย่างเช่น เมื่อสัปดาห์ก่อน ได้มีโอกาสไปพบปะที่ๆ นื่องๆ ชาวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กำลังจะประเมิน PCA ระดับจังหวัด พบน้องเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท่านหนึ่ง น้องบอกว่าตอนนี้เวลามีคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผมต้องมากันตั้งแต่ตีสี่เพื่อเตรียมมาเจาะเลือดให้คนไข้ เราแอบถามว่า “แล้วไม่เห็นเหนื่อยเหรอ” น้องเขาส่ายหน้าแล้วยิ้มตอบอย่างภาคภูมิใจว่า “ผมไม่



เหนื่อยหรือท้อบ้างก็ เพราะคนที่มาเจาะเลือดก็เป็น คนในชุมชนของผมเอง เห็นหน้ากันอยู่ทุกวัน ทำแบบนี้แล้วเดินในหมู่บ้านตนเองอย่างมีความสุข ดีครับ” ฟังน้องพูดพร้อมเห็นแววตาน้อง ก็อดยิ้ม รับและยินดีแทนคนในชุมชนน้องไม่ได้ สิ่งหนึ่ง ที่เห็นได้ชัดจากการเปลี่ยนแปลงใน CUP คือทุกคน เริ่มจากตนเอง พบความสุขแล้วตามหาความสุข และสิ่งที่ตนอยากทำ ไปหาแนวร่วมที่เดินทางเดียวกับเราอย่างขำขัน ซึ่งในชุมชนมีค่อนข้างมากกว่าใน โรงพยาบาล สุขจากการเดินทางร่วมกันค่อนข้างหา ได้ง่ายและเป็นสุขที่ยาวนานกว่า มีทุกข์มาบ้างแต่ก็ ผ่านไปได้ด้วยดี คนที่ดูแลตนเองได้แล้วก็เริ่มแทรก สิ่งดีๆ ส่งผ่านไปให้พี่ๆ น้องๆ เห็น เกิดการแลกเปลี่ยนผ่านการบอกเล่า หรือเวทีสนทนาต่างๆ ก่อเกิดการดูแลร่วมกันของชุมชนอย่างแท้จริง ใน ส่วนของโรงพยาบาลก็สอดแทรกเข้าไปหน่วย บริการของแต่ละคนแม้งานจะต่างกันแต่จุดมุ่ง หมายเดียวกัน คือ คนทำงานทำไปสุขไป ทุกข์บ้าง เพื่อเพิ่มรสชาติของชีวิตแต่สุดท้ายแล้วเป้าหมาย เดียวกัน คือ ชุมชนดูแลตนเองได้มากขึ้น ก็น่าจะเป็นทางออกที่ดีในการทำงานของคนปฐมภูมิอย่าง แท้จริง

จากช่วงเวลาแห่งการเรียนรู้พื้นที่ตนเอง สัมผัสกับชุมชนของแต่ละพื้นที่ด้วยการลงพื้นที่หา ความเป็นจริงที่พบได้ไม่ซ้ำซาก และถึงเวลาที่เราจะ

มาร่วม แลก  
เปลี่ยนเรียนรู้  
และแบ่งปัน  
ประสบการณ์  
สิ่งดีๆ ให้พี่ๆ  
น้องๆ ชาวปฐม  
ภูมิ เต็ม เต็ม

ความสุขให้กันและกันผ่านเวทีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ครั้งที่ 2 ตามโครงการกลไกการ พัฒนาและรับรองคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ ปี 2553 วันที่ 7-9 ธันวาคม 2553 ณ โรงแรม เชียงใหม่ภูคำ จังหวัดเชียงใหม่ รอบนี้สิ่งที่มีมิตรภาพ จากเพื่อนเก่าและเพื่อนใหม่ น่าจะเกินครึ่งของผู้เข้าร่วมประชุมที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบนี้มาก่อน เริ่มตั้งแต่บรรยากาศการจัดห้องประชุมที่ง่ายๆ สบายตาแคมีเบาะรองนั่งและล้อมวง พอถึงเวลาทำ กิจกรรมกลุ่ม ก็ยกเบาะแยกเข้ากลุ่มบอกผ่านความรู้สึกรับรู้ตนเองจากภายใน เริ่มจากการถามความรู้สึกตนเอง ความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจที่จะ แลกเปลี่ยนผ่านประสบการณ์เรื่องเล่าในแต่ละ พื้นที่ที่มีบริบทหลากหลาย ฟังไปก็เก็บเกี่ยว ประสบการณ์ดีๆ ของเพื่อนไป มีอะไรที่เราทำก็แบ่ง บันสู่วงให้ที่อื่นได้ร่วมเรียนรู้ เป็นบรรยากาศสบายๆ แต่มากด้วยความรู้และประสบการณ์ตรงที่มีทั้ง ความสำเร็จไปก้าวหนึ่ง ความล้มเหลวที่หันกลับมา มองและเริ่มต้นใหม่ทัน ความแปลกใหม่ของผู้ที่ไม่เคยเข้าร่วมกระบวนการ จากเรื่องเล่าเรื่องต่อเรื่อง ผ่านประสบการณ์โดยตรงคนต่อคน ก่อเกิดการ เปลี่ยนแปลงในพื้นที่ได้หลากหลายก็เห็นประเด็นที่ หลากหลายว่า พื้นที่ที่มองเห็นทูลิ่งคมตนเองและ เริ่มเข้าไปค้นหาแหล่งชุมชนทรัพย์ในพื้นที่ที่จะทำงาน แบบง่ายขึ้น มีภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนได้มากขึ้น เกิดการดูแลและเยียวยาซึ่งกันและกันระหว่าง ทีมที่ลงกับคนในพื้นที่ได้มากขึ้น เริ่มมองเห็นชุมชน ของตนเองกันมากขึ้น ที่สำคัญมีการรับฟังของ ตนเองและคนในชุมชนมากขึ้น บางพื้นที่ที่ทำงานแยก ส่วนก็ใช้มาตรฐานที่มีในคู่มือมาเป็นจุดเริ่มต้น ดีความ ทำความเข้าใจร่วมกัน เหมือนเป็นแนวร่วม ของทิศทางว่าจะไปด้วยกันได้อย่างไร เกิดเป้าหมาย

สุดท้ายร่วม คือผ่านเกณฑ์การประเมิน PCA ระดับจังหวัดตนเองยังไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงในตนเองมากนัก ทำงานเหมือนปกติที่ต้องรับผิดชอบงานเพิ่มมาเท่านั้น บางพื้นที่ที่ยังไม่ได้ขยับอะไรเลยก็น่าจะได้เปรียบเรื่องการรับฟังได้อย่างเต็มที่เพราะยังไม่ได้เริ่มปรับและทำอะไรในพื้นที่มากนัก เพียงแค่ทำงานที่มีอยู่และรอความชัดเจนของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติที่จะสั่งเดินหน้าเท่านั้นเอง ถึงแม้จะคุ้นชินกับการประชุมรูปแบบนี้ แต่สิ่งที่ได้เกินคาด คือ การเห็นการถอดตัวตนของคนบางคนในทางที่ดีขึ้น เห็นขวัญกำลังใจคนทำงานที่สร้างด้วยตนเองโดยไม่ต้องรอใครมาช่วย ที่สำคัญเวลาพูดถึงสิ่งที่ทำแล้วสำเร็จได้ด้วยตนเอง ยิ่งเกิดการแลกเปลี่ยนแบบกันเหมือนได้อยู่ในห้องสมุดแห่งความรู้ที่ไม่ต้องไปค้นหาแต่จัดมาให้เราถึงห้องประชุม สิ่งดีๆ เหล่านี้คงไม่เกิดถ้าไม่มีกระบวนการทั้ง 5 ท่าน คือ อาจารย์วิธาน ฐานะวุฑฒิ, อาจารย์สกล สิงหะ, อาจารย์วรวุฒิ ไชวรัชกุล, อาจารย์พัฒนา แสงเรียง และอาจารย์กัญญา บุญธรรม ต้องขอขอบคุณอาจารย์ทั้ง 5 ท่านที่เปิดมุมมองใหม่ในในสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวเราที่สุดให้ออกมาแลกเปลี่ยนและสร้างพลังชุมชนขึ้นทีละเล็กละน้อยต่อไปเรื่อยๆ

จากการไปดูพื้นที่รอบนอกมาพอประมาณ เมื่อมาถึงพื้นที่ตนเองในวันที่ 12-13 พฤศจิกายน 2553 ทีมส่วนกลางจาก สฟช. นำโดย อาจารย์กัญญา บุญธรรม, อาจารย์วรวุฒิ ไชวรัชกุล, อาจารย์พัฒนา แสงเรียง ให้โอกาสพื้นที่เดิมบางนางบวช ในการมาลงพื้นที่เพื่อพัฒนาที่เลี้ยง PCA และช่วยเหลือให้พัฒนาตามเกณฑ์พื้นที่ตามบริบทเดิมบางนางบวชไม่ใช่ตามเกณฑ์มาตรฐาน ในการลงพื้นที่ครั้งนี้ทีมแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มหนึ่งพูดคุยกับผู้นำชุมชนบนสำนักงาน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) นำทีมโดยอาจารย์วรวุฒิ ไชวรัชกุล อีกกลุ่มหนึ่งลงพื้นที่ชุมชนนำทีมโดยอาจารย์พัฒนา แสงเรียง ในส่วนพื้นที่ของเดิมบางนางบวชจัดไว้ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางบวช และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูเมือง โดยการลงพื้นที่ครั้งนี้มีทีมผู้หล่อเลี้ยงของเดิมบางนางบวช และทีมผู้หล่อเลี้ยงโรงพยาบาลหนองหญ้าไซมาร่วมลงพื้นที่เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วย ทีมจะแบ่งกลุ่มสลับพื้นที่ ในส่วนพื้นที่ทั้ง 2 แห่งของเดิมบางนางบวชเองสิ่งที่ได้รับการจากลงพื้นที่ครั้งนี้ คือ การได้มองเห็นบริบทชุมชนของตนเองชัดเจนขึ้นทั้งจากคนในชุมชนของตนเอง ผู้มาเยี่ยมพื้นที่ในเวที ประวัติศาสตร์และวิถีชีวิตของชุมชนที่แตกต่างกันมีผลต่อการดำรงชีวิตของคนในพื้นที่เพื่อให้เกิดการดูแลซึ่งกันและกันภายใต้สังคมปัจจุบันที่ชุมชนนี้ถึงเศรษฐกิจในการดูแลคนในครอบครัวเป็นหลัก แต่วัฒนธรรมของชุมชนที่มีสิ่งยึดเหนี่ยวเดียวกัน เช่น ชาวคูเมือง ที่มีบ่อน้ำศักดิ์สิทธิ์และคูน้ำรอบหมู่บ้านเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและใช้ในการดำรงชีวิต ความเชื่อต่างๆ นำมาเป็นศูนย์รวมจิตใจคนในหมู่บ้านให้เกิดการดูแลซึ่งกันและกัน ที่สำคัญมีการดูแลมาถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากคนนอกพื้นที่จนกลายเป็นรู้สึกเหมือนเป็นคนในพื้นที่เดียวกันไปแล้ว การมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งของแต่ละพื้นที่ก็จะแตกต่างกันออกไปในพื้นที่ที่ห่างไกลตัวเมืองกว่า เช่น คูเมือง สิ่งที่ถูกจำกัดด้วยการคมนาคมและภาวะเศรษฐกิจของชาวบ้านกลับก่อให้เกิดการร่วมดูแลกันเองของคนในพื้นที่ได้มากขึ้น การเข้าถึงชุมชนของสาธารณสุขนำมาซึ่งความรักและศรัทธาของคนในชุมชนได้ในระดับหนึ่งจนถึงขั้นที่ชุมชนอยากให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือโรงพยาบาลขนาดย่อมของเขาเองโดยไม่อยากออกมานอกพื้นที่ของตน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อยู่ใจกลางชุมชนทำให้มีการเข้าถึงของคนในชุมชนกันเองได้ง่ายขึ้น

**“เวลาลงพื้นที่ให้กลับมาถามตัวเราว่า เราได้เรียนรู้อะไร ไม่ใช่เราอยากรู้อะไร”** เป็นสิ่งที่ทีมผู้ห่อเลี้ยงเองต้องกลับมาถามตนเองทุกครั้งที่ในการลงพื้นที่แต่ละครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่เรามักลืมสิ่งนี้และมักนำพาสิ่งที่เป็นตัวตนของเราชาวสาธารณสุขไปบอกผ่านให้คนในพื้นที่รับรู้มากกว่าที่เราจะรับรู้เขา การมองของทีมผู้ห่อเลี้ยงยังไม่กว้างและเชื่อมโยงเพื่อที่จะเห็นภาพทั้งชุมชนทำให้มองภาพที่เห็นว่าเป็นปัญหาของชุมชนซึ่งบางเรื่องอาจไม่ใช่ปัญหาที่แท้จริงของชุมชน ต้องฝึกเรื่องการรับฟังคนในชุมชนให้มากขึ้นกว่านี้เพราะบางทีเรามักมองว่าเราได้รับอะไรจากเราหรือยัง แล้วเราก็จะนำสิ่งที่เรามี เราอยากให้เขาบอกผ่านเขาโดยไม่ได้รับฟังคนชุมชนอย่างแท้จริงว่าอยากบอกอะไรกับเรา สิ่งนี้อาจารย์ทั้ง 3 ท่านเสนอแนะสำหรับการดูแลชุมชนเดิมบางนางบวชและทีมผู้ห่อเลี้ยงในครั้งนี้ คือเวลาลงชุมชนต้องต้องรู้ space ที่เราจะเข้าชุมชนว่าเหมาะสมหรือไม่ นำเรื่องราวในแต่ละบ้านที่เข้าไปมาคุยกันให้เกิด story ให้มากที่สุด เวลารับฟังคนพื้นที่ต้องฟังให้ชัดในสิ่งที่เขาพูด ในแต่ละเรื่องดูว่าเขาพร้อมจะตอบเราหรือยัง ในการถามคำถามต้องกระจายให้ทุกคนในวงร่วมกันตอบอย่าถามแค่คนใดคนหนึ่งเพราะอาจทำให้มีใครบางคนหลุด

หายไปจากวงสนทนาได้ (การยิงคำถามไปที่คนๆ เดียวจะเหมือนเขา กำลังถูกจิกอยู่ เป็นเหมือนการ

นิเทศงานของเราได้) สามารถเห็นสิ่งที่เชื่อมโยงของชาวบ้านกับชุมชนแค่ไหน พลังในการทำงานของชุมชนกับชาวบ้านในแต่ละพื้นที่มีจริงไหม มีดีการมองชุมชนต้องมองให้ถึงมนุษย์ เห็นความเชื่อของคนในชุมชนที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวของเขาหรือไม่ ในการลงพื้นที่ต้องเข้าชุมชนเพื่อจะได้อยู่ข้างๆ เขาทำอะไรมาก และทำอะไรในชุมชน การคุยผ่านผู้นำบางที่จะทำให้เราไม่เห็นความสำคัญของคนในชุมชนที่ดูแลตนเอง การเป็นโค้ชตั้งคำถามเพื่อให้เขาทบทวนและตอบเองว่า สิ่งที่เขาคิดอยู่ใช่หรือไม่ สิ่งที่ต้องให้ทีมลงพื้นที่เพราะความรู้อันที่เรามีอยู่มันไม่สามารถประยุกต์ใช้ได้จริง

วันที่ 13 กันยายน 2555 เป็นการสรุปภาพ CUP เดิมบางนางบวช ใช้สถานที่ห้องประชุมโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช ภาคเช้า จะแบ่งเป็น 2 ทีม คือ ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำทีมโดยอาจารย์พัฒนา แสงเรียง และทีมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ กับทีมโรงพยาบาล นำทีมโดยอาจารย์วรวิมล ไชวรัชกุล โดยให้เราเล่าสิ่งที่อยากเล่าให้ทีมฟัง ใครอยากเล่าให้เล่า คนที่เหลือรับฟังเพื่อน ซึ่งส่วนใหญ่จะเล่าเรื่องการทำงานในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในภาพชุมชน หรือเป็นความต่อเนื่องที่ทำในโรงพยาบาล แล้วต่อเนื่องถึงชุมชน ในส่วนของน้องๆ พยาบาลก็เล่าถึงงานที่ตนเองทำและสิ่งที่รับรู้จากการให้บริการของผู้รับบริการและหลังจากเสร็จการฟังเรื่องเล่า อาจารย์ทั้ง 2 ท่านจะสะท้อนสิ่งที่เห็นจากเรื่องเล่าในภาพบริบทของ CUP เดิมบางนางบวช ที่ได้จากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จริงว่าเราเห็นอะไรในตนเองบ้าง พลังชุมชนที่มีอยู่ช่วยเยียวยาการทำงานของเราได้อย่างไร การทำงานที่ผ่านรุ่นหนึ่งสู่รุ่นหนึ่งภายใต้ศักยภาพของแต่ละคน คนที่เป็นหัวหน้างาน

สามารถทำให้องค์ฯ โตขึ้นมาได้มากน้อยแค่ไหน ในกระบวนการทำงานคุณภาพ ต้องมีการ feed back ข้อมูลถึงกันได้อย่างไร PCA ไม่ใช้การเปลี่ยนแปลงตัวตนแต่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอะไรตามมามากหลายอย่าง และต้องยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ด้วย เดิมบางนางบวชมีทุนชุมชนดีๆ หลายเรื่อง น่าจะมีการตั้งทีมเพื่อทำงานสู่ชุมชน สิ่งสำคัญต้องมีความสม่ำเสมอในการลงพื้นที่แรกๆ อาจเหนื่อยแต่ต่อไปชุมชนจะช่วยดูแลกันเองและจะเกิดความต่อเนื่องในการดูแลชุมชน ภาคบ่ายเป็นการสรุปทั้ง 2 วันที่ลงชุมชน และพูดคุยกับคนทำงานในชุมชนเองในภาพ CUP เดิมบางนางบวชว่า "พื้นที่ทั้งคูเมืองและนางบวชเป็นเกษตรกรรม วิถีชาวบ้านที่น้อยอยู่ต่อไปได้ แต่มีความแตกต่างกันในบางเวลา ผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งเป็นชุมชนเครือข่าย ชาวบ้านมีส่วนร่วมกับชาวสาธารณสุขและสะท้อนทั้งโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในด้านดี การทำงานของผู้ปฏิบัติทำงานโดยไม่ขีดเส้นชัดเจนส่งผลให้ทุกคนทำงานอย่างที่เราอยากทำได้ ตามหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง บุคลากรคนเดิมบางนางบวชเริ่มคิดว่าแล้วเราจะทำอะไรในชุมชน มีการเสริมพลังคนทำงาน เมื่อคนพร้อมจะมีการสื่อสารที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ คนที่อยู่ในโรงพยาบาลน่าจะลงพื้นที่จริงจะทำให้เราเข้าใจและไม่ต้องเปลี่ยนแปลง จะทำให้เรารู้ว่าเราอยู่ที่พื้นที่ไหน ใครต้องการเรา ด้านแรกที่ดึงดูดผลักดันคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เขาดูแลกันเองได้ ตอนนั้นขาดรอยต่อนิดเดียวแค่พื้นที่กับโรงพยาบาล ลองเคลื่อนตนเองจากโรงพยาบาลไปลงพื้นที่เพื่อมองเห็นความชัดเจนและความเข้มแข็งของชุมชน พลังชุมชนเมื่ออยู่มากน่าจะช่วยให้เขาได้มาดูแลผู้คนในโรงพยาบาลเองบ้าง ไม่ใช่เข้ามาเพื่อตอบสนองตัวชีวิตเราเท่านั้น ตามวิสัยทัศน์โรงพยาบาลสุดท้ายคือสู่ชุมชน ชุมชนก็จะทำให้เราเป็นหลักที่สำคัญปัญหาชุมชนเราต้องรู้ว่าเป็นปัญหาจริงๆ ของเขาไม่ใช่ปัญหาของเรา การพัฒนา PCA ระดับหนึ่ง เราต้องไม่ตัดสินคนให้เขาตัดสินใจเอง เขาอยู่กับโลกอย่างมีความสุข เขาจะมีการเปลี่ยนแปลงตัวเขาเองจะขับเคลื่อนด้วยตัวเขาเอง ต้องดูจากคนใกล้ตัวก่อนแล้วค่อยเดินก้าวไปข้างหน้าต่อ ภายใต้การทำงานที่ลง PCU ต้องให้เป็นปกติของการคืนข้อมูลกลับไปให้กัน อาจใช้ case ศึกษามาร่วมเรียนรู้ สุดท้ายชุมชนจะเข้าใจเองว่าเขาต้องการอะไร โดยต้องถอยกลับมาดูชุมชนของเราให้เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลกันให้ได้ อย่าเอาเงื่อนไขเวลามากกดดันคนทำงาน นโยบาย PCA โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขึ้นอยู่กับว่าเราให้ความหมายกับสิ่งนี้อย่างไร ทีมงานใช้เป็นเครื่องมือที่จะขับเคลื่อนเพื่อให้ประชาชนเห็นและเกิดการดูแลกันและกันอย่างไร ใช้ความเข้มแข็งของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่วยกันดูแลคนในชุมชนได้อย่างไร ส่วนกลางจะเป็นตัวช่วยสนับสนุนในเรื่องที่เราต้องการบางเรื่องได้ การลงพื้นที่อย่างลงแค่ครั้งเดียวเพราะในชุมชนมีเรื่องเล่ามากมายที่ให้เราค้นหา การทำงานในภาพ CUP ต้องมีการสื่อสารกันมากขึ้นอย่าให้ทำเพียงแคหน้าที่เราเท่านั้น การลงชุมชน 1 case ไม่ใช่ได้แค่เรื่องเล่าอย่างเดียวต้องดูว่าพื้นที่ทำอะไร ในการทำงานสุดท้ายแล้วเรากล่าวว่า "คนทำงานอย่างเราจะไม่เหลือ ให้เราลองกลับมาคิดว่า เวลาที่เหลือ เราจะสร้างอะไรเป็นต้นแบบได้บ้าง" เพราะคนที่มาสานงานต่อจากคนรุ่นแรกๆ กลับได้ประวัติศาสตร์ที่เปลี่ยนแปลงไป เราจะทำอย่างไร จากการสะท้อนของอาจารย์ทั้ง 3 ท่านมีบางอย่างที่ทำให้คนทำงานชุมชนต้องกลับมาคิดทบทวนตนเอง เช่น



- เราเคยดูไหมว่าสิ่งที่ทำอยู่ตรงตามแต่ไหน
- เราเคยเกลียดคนโกหกแต่เรากลับโกหกเองหรือเปล่า
- เราอยากเกษียณไปแบบทุกคนเดินกลับไปหาเรายามแก่ หรือนั่งอยู่กับบ้านแบบเหงาๆ
- ที่นี้มีรอยเท้าเราบ้างไหม

การทำงานปลุมนุญมีเปรียบเหมือนในองค์กรมีเธอ มีฉัน เราเป็นส่วนหนึ่งในจิ๊กซอว์นั้นบ้างหรือเปล่า วิธีการดูแลผู้คนต้องดูแลเราและคนข้างๆ ในที่ทำงานด้วย อย่าทำงานแบบเอาตัวรอดอย่างเดียว ชาวบ้านจะเดือดร้อน เรามักพูดว่า “เด็กรุ่นใหม่ลืมรากเหง้าของตนเอง แต่เราลืมไปว่าเราไม่ได้ปลูกพืชพันธุ์นั้นลงไปหรือเปล่า” ถ้าเรากล่าวโทษสังคมแสดงว่าเราก็บั่นตัวออกจากสังคม แต่เราลืมไปว่าเรายังอยู่ในสังคมนั้นจาก 2 วันที่ลงพื้นที่เดิมบางนางบวช สิ่งที่ได้เรียนรู้กับการเป็นพี่เลี้ยงคือ “ถ้าเราทำให้น้องๆ เห็นว่า มีอะไรมากกว่าเดิม เขาจะรู้ตัวเขาเอง สิ่งสำคัญถ้าเราเปลี่ยน คนอื่นก็จะเปลี่ยนเองไม่ต้องไปคิดเปลี่ยนใคร การเป็นพี่เลี้ยงต้องให้เขาตัดสินใจเองเมื่อเรารับฟังแล้วเห็นเขาตกหลุมพราง ก็ต้องช่วยดึงเขากลับมา สิ่งที่เราอยากให้เขาทำ อยากบอกเขา เราต้องทำเองให้ได้ก่อน”

## พัฒนากับผู้พล่oleyงในพื้นที่ ศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย

20 ธันวาคม 2553 เป็นอีกหนึ่งเวทีของการพัฒนาที่มีผู้พล่oleyงปลุมนุญ เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตึก บรรยากาศการไปรอบนี้ดูเป็นทางการตั้งแต่เดินเข้าห้องประชุม อาจเป็นเพราะรูปแบบการจัดสถานที่เป็นนั่งโต๊ะหันหน้าชนกันระหว่างทีมลงพื้นที่กับเจ้าของพื้นที่ มีผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนทั้งเจ้าหน้าที่และคนในชุมชนมาพร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างเต็มห้อง ที่สำคัญผู้บริหารให้ความสำคัญมาแนะนำเสนอด้วยตนเอง **วิถีชุมชน** ที่เป็นชุมชนเกษตรกรรมที่มีภูมิประเทศเป็นภูเขา มีแหล่งกักเก็บน้ำห้วยทรวง เพื่อใช้เพาะปลูก อาชีพหลักเป็นเกษตรกรรมโดยจะทำนา ทำไร่ ปลูกหอมแดง แตงกวา แตงไทย ผักหวานปลา และลองกองเป็นหลัก ช่วงระหว่างรอการเก็บเกี่ยวจะทอผ้า มีหมู่บ้านทอผ้า 14 หมู่บ้าน ทำฝ้ายยกดอกฝ้ายมะโดน มีวิธีการทำที่ยากและใช้สืธรรมชาติโดยเฉพาะผ้าทอตีนจกซึ่งเป็นที่ขึ้นชื่อของศรีสะเกษนาลัย ซึ่งต่อมาก็มีการบรรจุในหลักสูตรประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ยังมีประเพณีรดน้ำดำหัวและเจ้าปู่ศาลหลักที่เป็นที่ศรัทธาของคนในชุมชน ที่นี่เป็นชุมชนลาวเสี้ยวและลาวพวนมีการมีสืบประวัตินี้และทำเป็นวัฒนธรรมชุมชนมีการจัดตั้ง home stay ภายในหมู่บ้าน ที่นี้มีการใช้น้ำจากลำห้วยของหมู่บ้านแต่พอน้ำปามากก็จะเปลี่ยนเส้นทางเดินน้ำใหม่ ชุมชนรู้ว่าฝายน้ำที่เหมาะสมต้องมีประตูปิดเปิด แต่ส่วนท้องถิ่นสนับสนุนแค่ในเรื่องการซื้อรถแมคโครมาขุดลอกดินเท่านั้น การสร้างฝายน้ำก็เป็นไปตามมาตรฐานขององค์การบริหารส่วนตำบลกำหนด อีกส่วนหนึ่งจะใช้น้ำจากระบบประปาที่เจาะกันเอง

**สุขภาพชุมชน** มีการจัดการสุขภาพชุมชนตามนโยบายตามที่รัฐกำหนดโดยใช้วิธีเข้าร่วมรณรงค์กับโรงเรียน โดยให้เด็กๆ เป็นแกนนำเพื่อถ่ายทอดสู่คนในบ้าน การจัดการด้านสุขภาพใช้แกนนำ อสม. ร่วมทำโครงการต่างๆ เช่น โครงการประกวดคุ่ม 1 คุ่ม เน้นนำอยู่ สะอาดโดยออกกำลังกายช่วง 5.00-6.00 น. แล้วร่วมกันกวาดหมู่บ้าน บ้านไหนมาร่วมมอบไม้กวาดให้เพื่อสร้างเป็นจิตสำนึกรักความสะอาดของคนในชุมชน มีการทำน้ำหมัก อบรมเมล็ดพันธุ์ผักในหมู่บ้าน โดยได้งบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปลูกผักปลอดสารพิษโดยมีหมอดินเป็นวิทยากรในหมู่บ้านตนเอง ที่เหลือถึงจะขายโดยจัดตั้งกันเป็นกองทุนหมู่บ้าน เดิมสถานที่ออกกำลังกายจะเป็นหัวบ้านและท้ายบ้าน การออกกำลังกายต้องชวนกันไปร่วมกัน ตอนนี่จึงแก้ไขเป็นใช้ปั่นจักรยานตอนเช้าแทนมีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพ (กองทุนวันละ 1 บาท) เพื่อใช้เป็นสวัสดิการในยาม เกิด แก่ เจ็บ ตาย ของคนในชุมชน ในส่วนของการใช้น้ำประปาที่เจาะเองส่วนหนึ่งจะทำให้ชาวบ้านมีปัญหาเรื่องหินปูน

หลังจากการลงพื้นที่และการนำเสนอของทีมผู้หล่อเลี้ยงแล้ว มีการสะท้อนให้ชุมชนเห็นภาพสุขภาพชุมชนบ้านตึกสรุปง่ายๆ ดังนี้

1. ปัญหาหลักที่นี้ คือ เรื่องน้ำ ต้องดูแลรักษาแหล่งน้ำธรรมชาติ โดยใช้ทุนที่มีทางสังคมช่วยกันคิดและจัดการชุมชนร่วมกัน เช่น อีกฝ่ายออกทุน ชุมชนออกแรง
2. อาหารการกินที่เปลี่ยนแปลงไปมีผลต่อสุขภาพคนในชุมชนหรือไม่ เพราะมีการนำภูมิปัญญามาร่วมคิดในเรื่อง เมล็ดพันธุ์ผักและการปลูกผักปลอดสารพิษ
3. การจัดตั้งกองทุนเงินออมในหมู่บ้าน ต้องคิดถึงระยะยาว เช่น ให้ชาวบ้านออมทุกวัน แต่ยังไม่ลดหนี้สินก้อนใหญ่ที่มีอยู่ประจำ สุดท้ายชาวบ้านก็ต้องกู้เงินนอกระบบ เกิดความเครียด ส่งผลต่อสุขภาพจิตคนในชุมชนอาจนำมาซึ่งปัญหาการฆ่าตัวตาย อันดับต้นๆ ของพื้นที่นี้ได้ ต้องนึกถึงอนาคตว่าถ้าไม่มีเงินออมในชุมชนต่อไปจะทำอะไร
4. การจัดตั้งกลุ่ม home stay เป็นการรวมกลุ่มที่ดี มีการนำภูมิปัญญาพื้นบ้านมาเป็นอาชีพเสริม เช่น ขายผ้าทอพื้นบ้าน แต่ให้นึกถึงระยะยาวของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงในชุมชน เช่น วิถีชีวิต วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่มีคนภายนอกมาเพียงระยะเวลาสั้นๆ แต่ทำให้วิถีคนในชุมชนเปลี่ยนไปหรือไม่ เช่นมี home stay ก็ต้องไปดูงานที่อื่นๆ เวลาที่เหลือเขาเวลาไปดูแลคนบ้านอื่นมากกว่าในชุมชนหรือไม่ หรือเมื่อดูงานมาต้องมีวิชาการเพิ่มมากขึ้น คนที่รับผิดชอบงานแต่ลงงานจะกลายเป็นแข่งกันทำมากเกินไปไหม เวลาที่จะต้องดูแลคนในครอบครัวเขายังเพียงพอหรือไม่

วันที่ 21 ธันวาคม 2553 ช่วงเช้า ที่สถานีอนามัยบ้านแม่ราก ซึ่งแยกมาจาก สถานีอนามัยป่าจี่กับการลงพื้นที่แห่งที่สองของสุโขทัย กับการต้อนรับที่เป็นกันเอง เรียบง่าย บนสถานีอนามัย ประชากรในการดูแล 4,471 คนกับเจ้าหน้าที่ 3 คน สาเหตุการเจ็บป่วยที่นี้เรียงลำดับคือ ชราภาพ, มะเร็ง, เบาหวาน, วัณโรคปอด, อุบัติเหตุและฆ่าตัวตาย ซึ่งไม่ต่างจากบ้านตึกมากนัก มีการสนับสนุนจากองค์การ

บริหารส่วนตำบลในเรื่องรถกู้ชีพ รับส่งคนไข้ในหมู่บ้านยามเจ็บป่วย เป็นชุมชนเกษตรกรรมส่วนมาก ช่วงสายๆเป็นการลงชุมชนในหมู่บ้าน ที่นี้มีการจัดตั้งชมรมด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุ ซึ่งวันที่เราลงก็มีการจัดให้ชมการแสดงของผู้สูงอายุรำไม้พองให้ดู พอช่วงบ่ายเป็นการสรุปภาพรวมๆ ให้ฟัง แต่สิ่งหนึ่งที่แตกต่างจากเดิม คือ ขณะที่ผู้นำชุมชนกำลังนำเสนอบางเรื่อง อาจารย์พัฒนาได้ขอแยกกลุ่ม อสม. ออกไปอีกกลุ่มหนึ่ง ซึ่งได้พูดคุยกันด้านล่างสถานีอนามัย ส่วนที่เหลือนั่งคุยและสรุปภาพรวมที่คล้ายๆ บ้านตึกให้เจ้าของพื้นที่ได้เห็นสิ่งที่เป็นมุมมองของคนนอกให้ชุมชนแม่รากได้ฟัง ช่วงบ่ายก่อนกลับได้มีการสรุปผลและสะท้อนทีมผู้หล่อเลี้ยงทั้งหมดดังนี้

1. การลงชุมชนต้องให้เห็นถึงบริบทชุมชนในแต่ละที่ว่า มีผลต่อระบบสุขภาพชุมชนอย่างไร ถ้าตอนนี้ยังไม่เกิด แล้วต่อไประยะยาวจะมีโอกาสเกิดผลกระทบอะไรได้บ้าง ต่างจากการลงพื้นที่ที่ผ่านมา เพราะเวลาชุมชนนำเสนอเขาจะนำเสนอในสิ่งที่เขามี เขาอยากบอกเรา ดังนั้นการลงพื้นที่จริงจะทำให้เราเห็นส่วนที่น้องบนสำนักงานมองไม่เห็น เพื่อจะได้ช่วยให้ทีมงานมีการขับเคลื่อนและดูแลชุมชนเขาเอง ถ้าเห็น

การเปลี่ยนแปลงเขาจะจัดการการเปลี่ยนแปลงนั้นได้อย่างไร

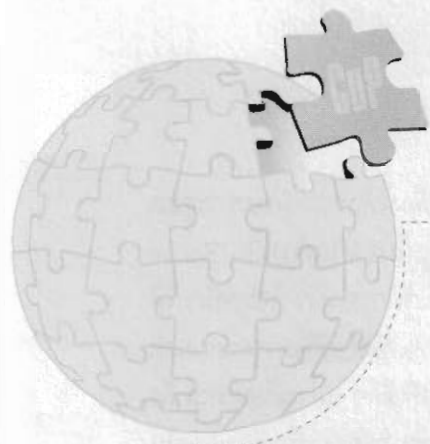
2. การลงชุมชนแต่ละครั้งเราสามารถ มองเห็นศักยภาพ หรือ ทูนในชุมชนนั้นๆ อย่างไร ต้องให้เขาเห็นทุนของเขา ให้กำลังใจคนในพื้นที่นั้น ถ้าเราเป็นพี่เลี้ยงต้องเข้าใจว่าสิ่งที่เขาทำเป็นอย่างไร ทำได้แค่ไหนและเราจะช่วยเขาได้ตรงไหน การทำ PCA ไม่ได้บรรลุแค่การตอบตามเกณฑ์ แต่ต้องตอบได้ว่าเราจะดูแลคนในชุมชนได้อย่างไร พี่เลี้ยงต้องอาศัยทักษะหลายๆ อย่าง ถ้าเราไปแบบเป็นธรรมชาติ มีสัมพันธ์ภาพที่ดีเราจะหลายกำแพงอะไรบางอย่างได้ เราต้องอย่าตัดสินใจเร็วเกินไป

3. การเข้าหาข้อมูล การยิงคำถาม บางที่ต้องมองให้เห็นว่าจะทำอะไรให้คนที่เหลือแสดงความคิดเห็นได้ ข้อเสียของผู้ฝึกมักจะถามเฉพาะสิ่งที่เราอยากจรรู้เท่านั้น อย่างเวทีนี้จะเห็นได้ว่ายังมีบางคนในกลุ่มที่ยังไม่ได้พูดเราต้องเคลื่อนกลุ่มนี้แยกออกมาต่างหาก เพื่อให้เขามีโอกาสได้พูด ได้แสดงความคิดเห็นเพราะบางทีการทำกลุ่มใหญ่มักถูกนำเสนอด้วยทีมผู้นำต่างๆ การดึงเขาออกมาจะทำให้เราได้ข้อมูลที่เหลือทั้งหมด บางทีเรามักถามเจาะประเด็นเขาจนเกินประเด็น เราต้อง Zoom out ตัวเองออกมาเราจะเห็นว่าเราจะคุยหรือเจาะไปที่ใครได้ เรามักต้องการข้อมูลที่ชี้ชัดโดยไม่ว่าคนนั้นมีปัญหาทับพื้นที่หรือเปล่า ถ้าเขาไม่ตอบต้องรู้ว่ามื่ออะไรเกิดขึ้น เวทีแต่ละเวทีจะแตกต่างกัน ถ้ายังต่อภาพรวมไม่ได้บางครั้งการสะท้อนตรงก็ต้องใช้

4. การนั่งฟังบนสำนักงานกับการลงพื้นที่จริงต้องนำมาต่อกันให้ได้ ต้องให้เห็นภาพของการดูแล โดย caregiver เป็นอย่างไร ดูสัมพันธ์ภาพที่เกิดขึ้น เวลาดูข้อมูลไม่จำเป็นต้องเป็น Focus group คนที่พูดกับคนไม่พูดมีสิทธิเท่าเทียมกัน คนที่ถูกกลະเลยจะรู้สึกอย่างไร ข้อมูลที่เราได้ให้ได้พอสมควรอย่าจมกับมันมากนัก อย่างเช่น ที่นี้นำเสนอเรื่องหมอดินทำกิจกรรมมากมาย แต่หมอดินมาให้หมออนามัยลองทำปุ๋ยชีวภาพแล้วนำลงไปต่อยอดที่เด็กๆ ในโรงเรียน คนหนึ่งจัดการเรื่องสายน้ำ แต่ละคนทำแต่ละ Project ต่างกันไปไม่มีการมาพูดคุยหรือเชื่อมโยงกัน การสะท้อนเข้าไปในวงจะทำให้เขากลับไปพูดคุยกันมากขึ้น
5. สิ่งสำคัญในการลงชุมชนทุกครั้ง เราต้องกลับมาเขียนว่าเรารู้สึกอย่างไร เห็นอะไร ได้ยินและได้เรียนรู้อะไรในแต่ละที่ นี่คือการทำหมวด P ต้องให้เห็นว่าสิ่งที่เห็นกับการดูแลของคนในชุมชนเป็นอย่างไรและคืนข้อมูลที่เราได้นี้ต้องคืนกลับไปให้ชุมชน เพื่อให้ชุมชนกลับไปดูข้อมูลของเขาเองแต่สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการคืนข้อมูลกลับเพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณที่ทำให้เขาและเราได้เรียนรู้ร่วมกัน

จากการลงพื้นที่สุโขทัยครั้งนี้ทำให้ทีมผู้หล่อเลี้ยงได้รับบทเรียนการสังเกต การฟัง การจับประเด็น จนถึงเชื่อมโยงข้อมูลและการเข้าหาข้อมูลที่ไม่ Focus group อย่างเดียว บางครั้งสิ่งที่เราเห็นบ่อยๆ เวลามีคนมาเยี่ยมชมเราในพื้นที่ การนำเสนอผลความสำเร็จของงานจะเป็นประเด็นแรกที่ทุกที่อยากนำเสนอ แต่การจะได้เห็นข้อมูลจริงก่อนที่จะเชื่อมโยงภาพรวม เราต้องลงพื้นที่ไปศึกษาบริบทและข้อมูลจริงในชุมชน ก็จะได้เห็นภาพการเชื่อมโยงที่ชัดเจนมากขึ้น ที่สำคัญเวทีนี้ฝึกให้เราหัดเขียนข้อมูลคืนกลับสู่ชุมชนอีกด้วย





# การประชุมเชิงปฏิบัติการ “ถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพ บริการปฐมภูมิ ปี 2554”

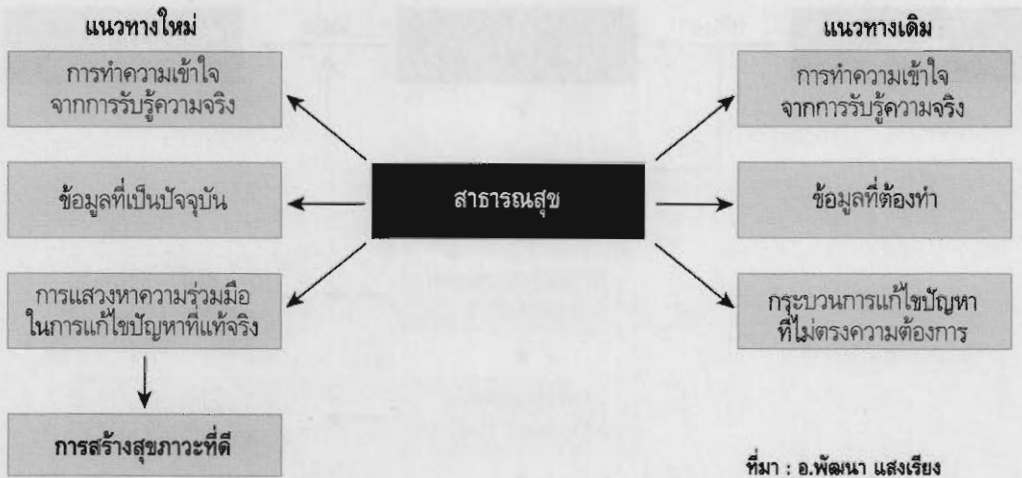
ระหว่างวันที่ 12-14 ก.ย. 2554

ณ โรงแรมเดอะรอยัลเจมส์ กอล์ฟ รีสอร์ท จ.นครปฐม

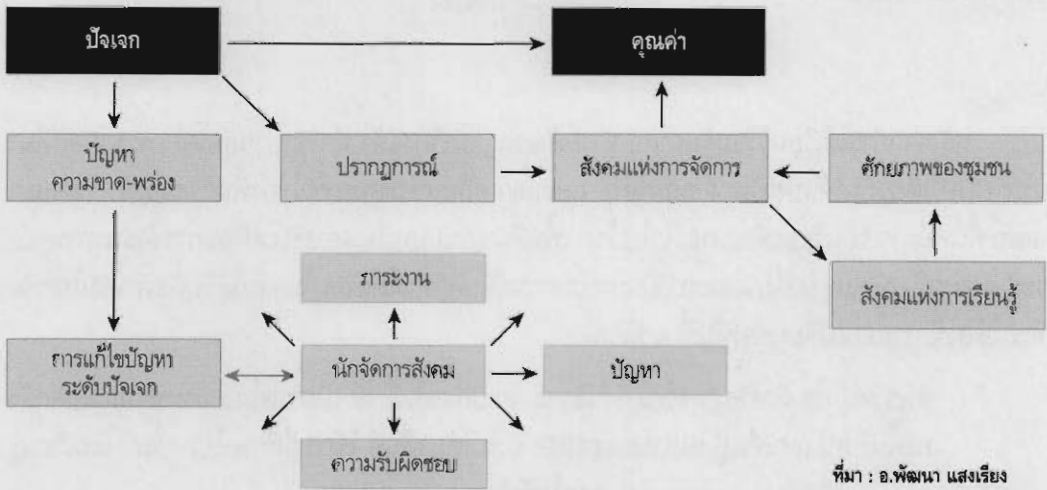
เป็นการถอดบทเรียนพื้นที่กลุ่มเป้าหมายที่ทีมส่วนกลางไปลงพื้นที่มาแล้วหลายๆ ที่ ทั้งภาคเหนือภาคกลาง ภาคอีสาน หลังจากทีมฝึกทีมผู้หล่อเลี้ยงไปส่วนหนึ่งเพื่อให้กลับไปดูพื้นที่ตนเอง ครั้งนี้น่าจะเรียกได้ว่าเป็นการกลับมาแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ปฐมภูมิของแต่ละพื้นที่ที่มีความเคลื่อนไหวกันอย่างไรหลังจากที่ทีมผู้หล่อเลี้ยงไปดูพื้นที่บ้านอื่นๆ มาแล้ว เหมือนคำพูดที่ว่า “เพื่อนกันไม่ต่อกิตติ” เพราะสังเกตได้จากบรรยากาศโดยรอบห้องประชุมส่วนหนึ่งคือ เป็นสถานที่คุ้นชิน แต่ที่เห็นชัดเจนกว่านั้น คือ ผู้เข้าร่วมประชุมที่มากันอย่างมกกันหลายตากลับมีรอยยิ้มเข้าหากัน มีวงสนทนาหักทักกันเป็นวงเล็กๆ เพื่อเรียกเสียงหัวเราะก่อนการเริ่มประชุมจริง โดยเมื่อเริ่มประชุมอาจารย์วิธาน ฐานะวุฑฒิ เริ่มกระบวนการด้วยการเรียนรู้และรับรู้อตนเองก่อน ใช้ศาสตร์กายภาวนามาร่วมในการเรียนรู้ร่วมกับฟังเสียงเพลง อีจู้ก่อนนั้น แล้วให้ผู้เข้าร่วมประชุมผ่อนคลายท่าทางตามบทเพลงที่ได้รับฟังภายใต้อาจารย์ทั้ง 2 ท่าน คือ อาจารย์วิธานและอาจารย์พัฒนาแสงเรียง ถือได้ว่าเป็นการเตรียมความพร้อมกายและใจของผู้เข้าร่วมประชุมได้อย่างลงตัวเมื่อเริ่มการอบรมอาจารย์พัฒนาให้พวกเรามองภาพการพัฒนาาระบบสาธารณสุขปฐมภูมิแนวใหม่และแนวเก่าดังนี้



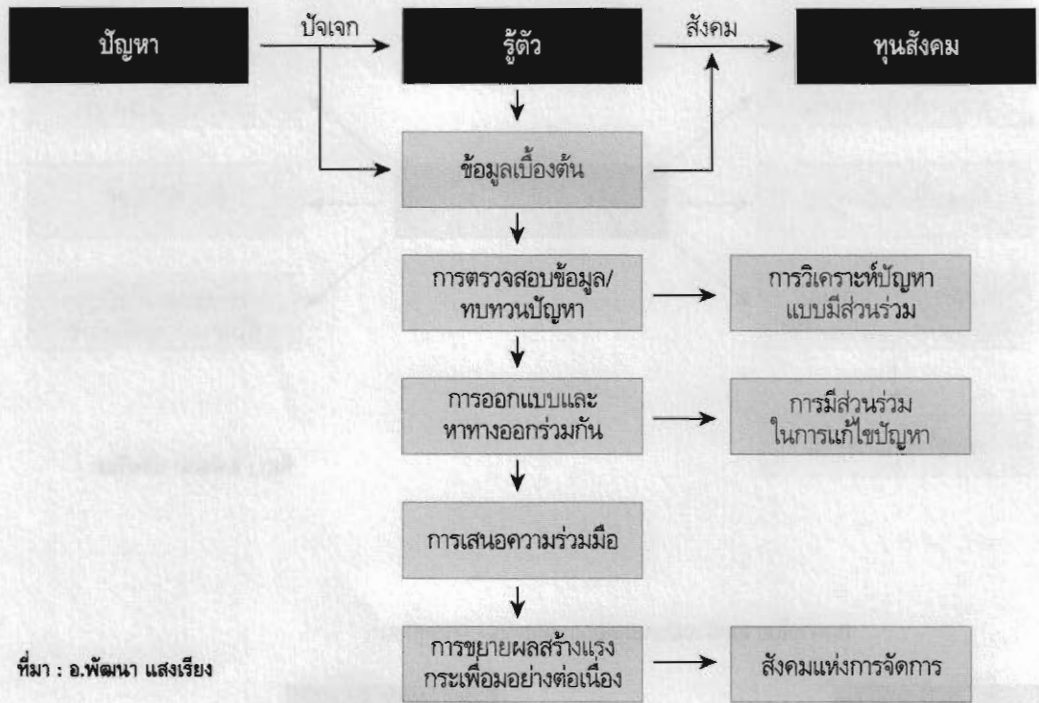
กรอบแนวทางในการพัฒนาระบบเพื่อการดูแลสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ



ทิศทางในการสร้างสังคมแห่งการจัดการสุขภาพชุมชน



## โครงสร้างสังคมแห่งการจัดการสุขภาพชุมชน



หลังจากการได้เรียนรู้ร่วมกันจากอาจารย์พัฒนา แสงเรียงแล้ว มีการแบ่งกลุ่มโดยกระจายคนทีมาจาก CUP เดียวกันให้แบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของพื้นที่ตนเองว่า ที่ผ่านมามีแต่ละพื้นที่มีการเรียนรู้และพัฒนาอะไรไปบ้าง (พื้นที่นำเสนอบทเรียนการขับเคลื่อนการพัฒนาการดูแลระดับปฐมภูมิ) เพื่อแลกเปลี่ยนและแบ่งปันประสบการณ์ที่แตกต่างให้เพื่อนในกลุ่มได้รับฟัง สำหรับในกลุ่มที่เราได้ลงมีการแลกเปลี่ยนของพื้นที่ 4 ที่ดังนี้

1. หนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี : มีการแลกเปลี่ยนในพื้นที่ นำเกณฑ์มาลงประเมินและกำลังลงพื้นที่ตามเกณฑ์อยู่ในส่วนของ CUP ยังไม่ได้ลงพื้นที่ ใช้กรณีศึกษาไปลงพื้นที่ เริ่มเรียนรู้ตนเองว่า **"เราไม่รู้จริง"**
2. สันทราย จังหวัดเชียงใหม่ : เป็นพื้นที่ที่รวมตัวกันยากเนื่องจากเกิดความต่างของคนในพื้นที่ เริ่มต้นจากการพูดคุยกันก่อน ปีนี้เริ่มเห็น PCA ที่ชัดเจน การทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัดเจนขึ้น แต่ยังไม่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ชัดเจน คนในพื้นที่กลัวเรื่องการทำ paper ทำจริงตามเกณฑ์แต่ไม่เชื่อมโยง

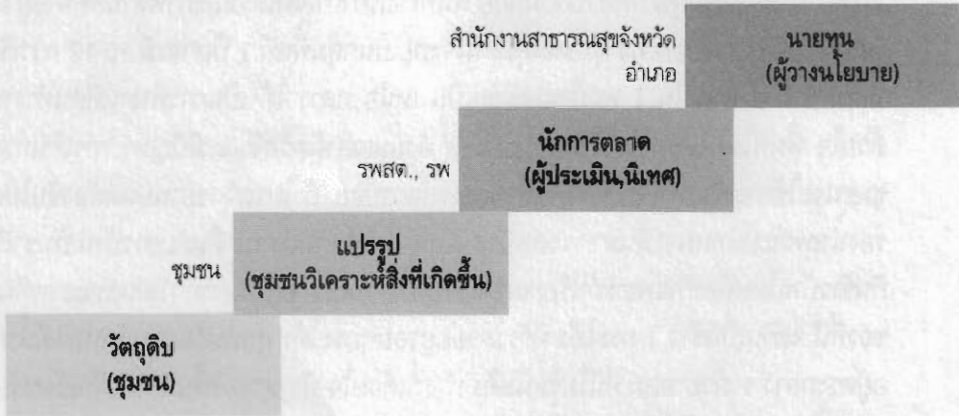
ใช้ case study ในการเรียนรู้ร่วมกันแล้วเชื่อมโยงผ่าน Internet ในลักษณะเขียนเรื่องเล่าส่ง มาแล้วมีทีมประมวลเป็นกลุ่มโดย กำหนดเป็น 1 คน ต่อ 3 และกำหนดเป็น KPI มองภาพว่า ตัวชี้วัดทำให้คนเดินออกจากระบบและในส่วนของคนยังขาดการเชื่อมโยงกัน

3. อมก้อย จังหวัดเชียงใหม่ : **“ที่นี่ไม่มีการสื่อสารหรือนัดล่วงหน้า แผนที่ตั้งไว้จะไม่ได้ตามแผน แต่เจ้าหน้าที่ไม่เคยท้อเรื่องการทำงาน”** นี่คือการบอกเล่าของเจ้าหน้าที่หญิงเหล็กท่านหนึ่งใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอมก้อย พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำอยู่ มี 12 หมู่บ้าน 36 บล็อก (บล็อก คือ ชุมชนกลุ่มหนึ่งจะอยู่เป็นกลุ่มพื้นที่ 1 บล็อกจะมี 10-12 ครัวเรือน) มีเจ้าหน้าที่ 3 ท่าน ใน 1 หมู่บ้านจะแยกเป็น เหนือ กลาง ใต้ เป็นการทำงานที่คนทำงานทำ ด้วยใจ พื้นที่ไม่มีไฟฟ้าใช้ ใช้ระบบโซลาเซลล์ ดังนั้นเวลาตีวัดวัคซีนจะมีปัญหา การเดินทางเข้า ชุมชนจะใช้การเดินทางเนื่องจากพื้นที่สูงและฝนตกบ่อย ถ้าไปรถจักรยานยนต์ต้องขับไปตาม ร่องน้ำเพราะบนถนนจะลื่นมาก เวลาเข้าหมู่บ้านจะต้องทำตัวกลมกลืนกับชาวบ้าน ถ้าเขาเรียก กินข้าวบ้านไหนต้องกินเพราะถ้าเรียกแล้วไม่กินครั้งต่อไปเขาจะไม่เรียกอีกว่าวัฒนธรรมการกินข้าว ของที่นี่ จะกินเป็นข้าว 1 กระโด่ง มีข้าวสวยอยู่รอบๆกระโด่ง ทุกคนกินรวมกันหมดมีน้ำพริก อยู่ตรงกลาง 1 ถ้วย ออสม.ที่นี่ไม่รู้หนังสือ ทำงานด้วยใจ ปัญหาของพื้นที่ถ้ามีเด็กเกิดหรือคน ตายจะไม่สามารถแจ้งได้เพราะไม่รู้อายุจริง คนใช้หนักๆ ก็รอตายในบ้านเพราะเส้นทางการเดิน ทางลำบาก การทำงานของเจ้าหน้าที่จะไม่มีการนัดล่วงหน้าเพราะตั้งแผนไว้ก็จะได้ไม่ได้ตามแผน เพราะความลำบากของพื้นที่ภูมิประเทศทำให้ไม่สามารถสื่อสารหรือนัดล่วงหน้าได้ แต่เจ้าหน้าที่ ไม่เคยมองว่าสิ่งเหล่านี้เป็นปัญหา การทำงานเพราะทำงานด้วยใจรักพื้นที่ และคนในชุมชน มากกว่า
4. จังหวัดลำพูน : **“การทำงานกับชาวบ้าน ถ้าเรารู้และเก่ง ชาวบ้านจะไม่ชอบ แต่ถ้าเราซักถาม เขา เขาก็มีความสุข”** นี่คือการที่เจ้าหน้าที่เริ่มเรียนรู้ในพื้นที่ตนเอง เริ่มจากการทำ dialogue ร่วมกับท้องถิ่นแล้วกลับมาบริหารฐานกาย ใจ ความคิดแต่พอทำๆ ไปก็เจียบหายกันไป ลองปรับเปลี่ยนการทำงานใหม่ โดยใช้กลุ่มโรค DM/HT(ตามนโยบายกระทรวง) มาปรับเปลี่ยน พฤติกรรมผู้ป่วยโดยใช้วิธีคิดจากโครงการหัวใจใหม่ชีวิตใหม่ ทำได้ระดับหนึ่งแต่ไม่ต่อเนื่องใน ภาพลึกๆ แล้วปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้มากนัก แต่อยากทำเป็น model ให้แต่ละพื้นที่คิด ปรับปรุงรูปแบบเองว่าจะทำอย่างไร คิดว่าการเดินทางมาผิดทางจึงหันกลับมาเล่นระบบ soft side ใหม่ จึงมีคำถามว่า “เราอยู่มาเพื่ออะไร” เริ่มกลับมาทำ dialogue ร่วมกับผู้นำชุมชน เริ่มเห็นความสัมพันธ์ของคนมากขึ้น โดยเมื่อถึงเวลาคัดกรองสุขภาพเขาจะมีทีมจากชุมชนมา ช่วยกันทำให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ระดับหนึ่ง คนทำงานเริ่มคิดว่าต้องทำงานแบบ 2 ขา คือทำงาน ชุมชนและต้องตอบสนองนโยบายกระทรวง จึงหันกลับมาคิดใหม่จากที่เดิมทำงานแบบมี guideline เปลี่ยนมาเป็นคิด 3 เรื่องคือ คิดตามวิถีชีวิต (ของแต่ละคน), วิถีชุมชน (ประเพณี วัฒนธรรม) และตามสภาพพอเพียง มีการทำงานโดยใช้งบประมาณกองทุนสนับสนุนการสร้าง

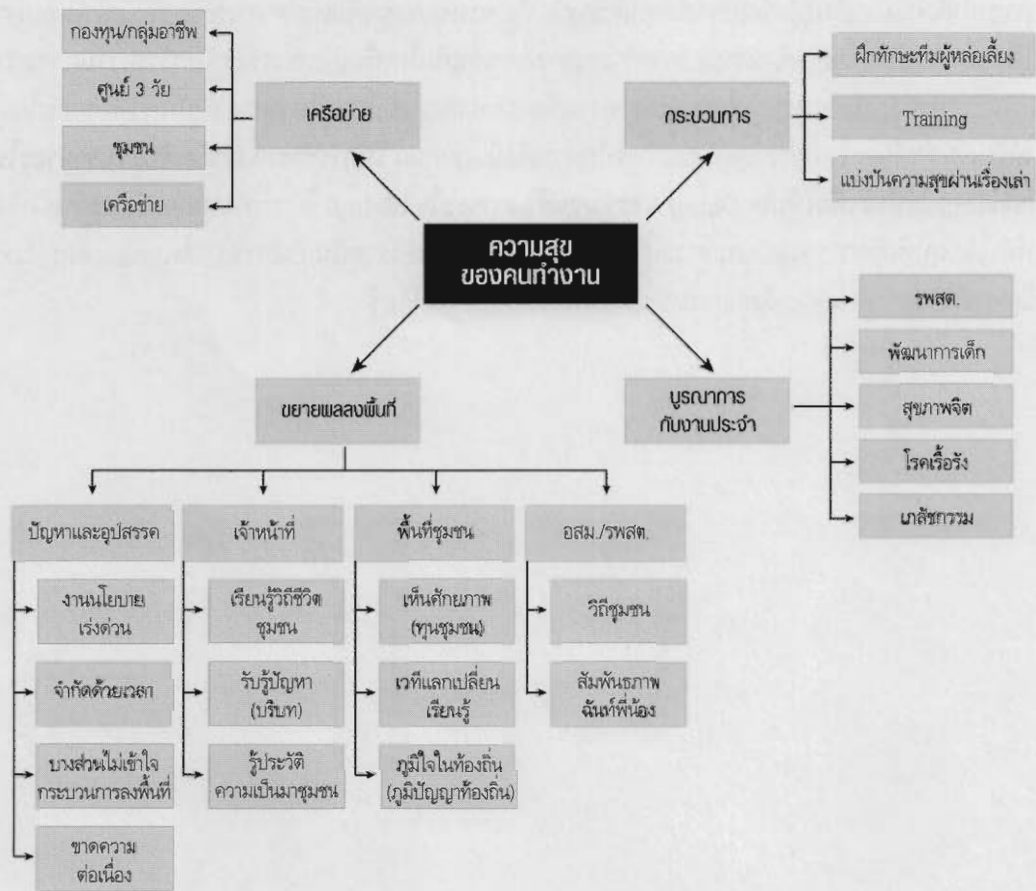


เสริมสุขภาพ (สสส.) ในการให้แต่ละทีมทำวิจัยชุมชน เมื่อลงพื้นที่แล้วเริ่มรู้ว่า “เราไม่รู้อะไร” กลายเป็นเราไปเรียนรู้กับเขามากกว่า รู้ว่ากิจกรรมนี้เหนื่อยน้อยลง ไม่รู้อะไรมากขึ้นแต่ทำงานได้อย่างมีความสุข

จากการนำเสนอของแต่ละกลุ่ม อาจารย์พัฒนา ได้สรุปภาพรวมของการทำงานชุมชนเป็นดังกราฟ ได้ดังนี้



หลังจากนั้นให้แต่ละ CUP กลับไปวิเคราะห์กลุ่มของตนเองว่าในพื้นที่มีสิ่งใดที่เราอยากแบ่งปัน และมีสิ่งใดที่เราขาดและอยากเรียนรู้ (การสังเคราะห์บทเรียนเพื่อพัฒนาการดูแลระดับปฐมภูมิ) และเตรียมนำเสนอในช่วงกลางคืนวันนี้และให้แต่ละกลุ่มคิดถึง 2 เรื่องคือ สิ่งที่เรามีและอยากแบ่งปัน และสิ่งที่เราขาดและอยากเรียนรู้ให้กับเพื่อนๆ CUP มีอะไรสำหรับทีมเดิมบางนางบวชนั้นมีการวิเคราะห์ CUP ไว้ดังนี้



สิ่งที่เราขาดและอยากเรียนรู้ของเดิมบางนางบัว จะเป็นในเรื่อง ปัญหาในพื้นที่ที่กั้นดาร์ ระบบ refer ทำลำบาก เจ้าหน้าที่มีเทคนิคการเรียนรู้อย่างไร และภายใต้บริบทที่ อสม.เขียนหนังสือไม่เป็น มีการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ได้อย่างไร ส่วนสิ่งที่อยากแบ่งปันนี้ก็ไม่ออกว่าอยากให้อะไรแก่ CUP อื่น เพราะภายใต้บริบทที่แตกต่างกันก็รู้ว่า CUP อื่นจะมีปัญหาเหมือนเราหรือไม่ คงได้แต่ให้ที่อื่นดูและเรียนรู้ร่วมเองว่าสิ่งใดที่จะนำไปปรับใช้ได้กับพื้นที่ตนเองแต่คงไม่ใช้การ copy ไปเสียทุกเรื่องเพราะปัญหาและคนในพื้นที่ต่างกัน หลังจากทีทุก CUP นำเสนออาพรรวมว่าแต่ละพื้นที่เป็นอย่างไรแล้ว อาจารย์แต่ละท่านสรุปบทเรียนในภาพรวมๆ ของการพัฒนาว่า บางครั้งเราไม่ให้คุณค่ากับงานของเราที่เราทำมา เรามักยึดถือคุณค่าของการกระทำ เรามักไม่สามารถยืนได้ด้วยตัวเองเพราะเรามักถามว่า สิ่งที่เราทำเราทำถูกหรือไม่ แต่ถ้าเรามั่นใจกับสิ่งที่เราทำชาวบ้านก็จะยอมรับเรา อุปสรรคของการมองเห็นส่วนใหญ่ 90% ที่เราให้กับชาวบ้าน คือสิ่งที่ชาวบ้านเขาไม่ต้องการ จากสิ่งที่มีเราบอกได้หรือแปลว่าเราสูญเสียอะไร สิ่งที่เราไม่มีเพราะ

เราไปทำสิ่งที่มีมากเกินไปหรือเปล่า การทำเครื่องมือ คือ การหาสมดุลเพื่อหาค่ากลางให้ชัด ถ้ามีแล้วต้องบอกได้ว่าเขาขาดอะไร ในบางจังหวะของการทำงานบางที่เราเร็วเกินไปหรือเปล่าบางที่เราไปสร้างความคาดหวังเกินไป การทำงานของเราบางที่เราแอบเอาความต้องการของเราเข้าไปอยู่ในชุมชน ดังนั้นเราต้องกลับไปดูให้ชัดเจนว่าเห็นอะไร อย่าให้สุดท้ายแล้วเราไปด่วนตัดสินใจก่อน **ในการทำงาน เราต้องรู้ว่าเราทำอะไร (Seeing) ใช้สิ่งนี้เพื่อให้เกิด Doing และชุมชนต้องการอะไร (Being)** ในการทำงานต้องมีการบันทึกสิ่งที่ทำได้เพื่อให้เกิดการส่งมอบระหว่างเด็กรุ่นใหม่กับรุ่นเก่า หลังจากนั้นเป็นการนำเสนอของแต่ละพื้นที่ วิเคราะห์กันมาเพื่อแลกเปลี่ยนและแบ่งปันสิ่งที่มีให้เพื่อนๆ ได้รับรู้

