รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการ สร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน

โดย สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

นางทัศนีย์ สุมามาลย์ หัวหน้าโครงการ

โครงการนี้ ได้รับทุนอุดหนุนจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพ

กับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผรส.)

เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

30 เมษายน 2551

สัญญาเลขที่ ผรส. 49-ข-006

รายงานฉบับสมบูรณ์
โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการ
สร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน

โดย สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
นางทัศนีย์ สุมามาลย์ หัวหน้าโครงการ

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพ
กับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผรส.)
เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้ดำเนินโครงการมิใช่ความเห็น
ของแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผรส.)

30 เมษายน 2551

กิตติกรรมประกาศ

โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน

เป็นการวิจัยที่ใช้รูปแบบของการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาและรูปแบบเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน โดยการกระตุ้นเสริมพลังอำนาจชุมชนพร้อมกับพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อความมุ่งหวังที่จะให้เกิดรูปแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนเองและเป็นหุ้นส่วนเครือข่ายของระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืนและเท่าเทียมกัน การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงไปได้อย่างดีเกิดจากความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพและชุมชนจำนวน 25 แห่ง โดยเฉพาะเครือข่ายบริการในกลุ่มเป้าหมายของการพัฒนาทั้ง 3 แห่งได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบ้านฝางและชุมชนบ้านดอนหัน จังหวัดขอนแก่น ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเสาไห้และชุมชนวัดเสาไห้ร่วมใจ จังหวัดสระบุรี ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านทุ่งโกและชุมชนทุ่งบัวทอง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยเฉพาะผู้บริหารเครือข่ายบริการทุกท่านที่ให้การสนับสนุน รวมทั้งผู้ที่ให้เกียรติเข้าร่วมแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะในเวทีสานเสวนา ณ จังหวัดขอนแก่นและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ท่านอาจารย์นายแพทย์ปัญญา สอนคม อาจารย์นายแพทย์สุชาติ อินทรประสิทธิ์ นายแพทย์ชายวิทย์ ทระเทพ นายแพทย์ชำนิ จิตตรีประเสริฐ ที่ได้ให้ข้อคิดดีๆ มุมมองและกำลังใจในการการทำงานวิจัยชิ้นนี้ ขอขอบคุณแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผรส.) ที่ให้โอกาสดีๆของชีวิตทำให้ได้สัมผัสศักยภาพและเข้าถึงความสวยงามของชุมชนอย่างใกล้ชิด เกิดประสบการณ์ในชีวิตเมื่อเข้าถึงจึงเข้าใจ ขอบคุณ ดร.ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ ที่ให้กรอบความรู้ทางวิชาการอันประโยชน์ต่องานวิจัยอย่างมากและท้ายสุดต้องขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาทุกท่านที่สนับสนุนให้ได้ทำงานวิจัยชิ้นนี้ ทั้งกำลังใจ เวลาและบรรยากาศที่ดี

ผู้วิจัยหวังอย่างยิ่งว่ารายงานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานชุมชน โดยเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย รวมทั้งผู้บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่มีส่วนในการส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดการทำงานสร้างสุขภาวะร่วมกับพลังชุมชนอย่างเป็นหุ้นส่วนบริการสุขภาพอย่างแท้จริง

คณะผู้วิจัย

30 **เมษายน** 2551

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน

ด้วยกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพได้ขานรับนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปีงบประมาณ 2545 ได้มีการพัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปนำร่อง จำนวน 26แห่งได้ปรับเปลี่ยนระบบบริการโดยบูรณาการทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูโดยครอบคลุม 4 มิติ ซึ่งใช้กรอบในการพัฒนาตามประกาศออตตาวาและจาการ์ตา จนสามารถเป็นโรงพยาบาลต้นแบบในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการได้ ต่อมาสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU)ให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ชี้วัดทั้ง26 ตัว

จากนโยบายส่งเสริมสนับสนุนเมืองไทยแข็งแรงโดยมีเจตจำนงเป้าหมายในการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยและจากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่าภาวะโรคและปัญหาสุขภาพ ภัยคุกคามต่อสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างมากโดยเฉพาะโรคเรื้อรังและพบว่าปัญหาสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นปัญหามาจากปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพซึ่งเป็นองค์กรหลักในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการในทุกระดับให้มีคุณภาพ เพื่อเป้าหมายการบรรลุสุขภาวะของประชาชน จึงได้เกิดแนวคิดแนวคิดเพื่อลดปัญหาสาธารณสุขดังกล่าวและเป็นไปตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ที่เน้นการพัฒนาอย่างบูรณาการเป็นองค์รวมและมีความสมดุลพอดีมุ่งเน้นการพัฒนาคนเป็นศูนย์กลางเพื่อมุ่งสร้างระบบสุขภาพพอเพียงเชื่อมโยงกับการสร้างสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันโดยมียุทธศาสตร์ของการพัฒนาให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน ดังนั้น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจึงได้จัดทำ**โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชนเพื่อให้เกิดการสร้างสุขภาพที่เกิดจากความร่วมมือทั้งฝ่าย ระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างสมดุล** อันจะนำไปสู่ความยั่งยืนและสามารถลดอัตราป่วยตายด้วยโรคเรื้อรังประจำท้องถิ่น จึงได้เริ่มดำเนินงานในโครงการระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสถานการณ์ในการจัดระบบบริการเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนและการดำเนินงานในระยะที่2 เป็นการพัฒนารูปแบบเครือข่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน

ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลจากเครือข่ายบริการกลุ่มเป้าหมายในระยะที่1 พบว่า จากจำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านตามเกณฑ์คุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(พรพ.) จำนวน 24 แห่ง มีจำนวน 10 แห่งที่มีภาพรวมที่ดีในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและการทำงานชุมชน โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีวิสัยทัศน์เป็นไปด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีการปรับพันธกิจและเป้าหมายให้สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ได้เริ่มมองเห็นความจำเป็นที่จะต้องจัดโครงสร้างให้เกิดการเชื่อมต่อกันทั้งเครือข่าย อย่างไรก็ตามโครงสร้างที่สร้างขึ้น ไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจาก 1)ตัวชี้วัด

ความสำเร็จยังใช้ตัวชี้วัด ด้านการเกิดโรค และประสิทธิผลการรักษา 2)ทีมงาน ศักยภาพทีมงานในการเชื่อมต่อกับชุมชน ในการขับเคลื่อนชุมชมยังมีจำกัดโดยเฉพาะประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูลชุมชน และเทคนิคการขับเคลื่อนชุมชนด้วยทุนทางสังคม การขับเคลื่อนชุมชน จากศักยภาพที่ชุมชน มีหรือเป็น การเริ่มต้นพัฒนาจากมุมในชุมชน และ พบว่า ในส่วนของชุมชนก็มีความแตกต่างในศักยภาพอย่างเห็นได้ชัด ในเรื่องระดับความสามารถหรือความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาตนเองของชุมชน มุมมองในการพึ่งพาตนเองและการทำงานร่วมกับภาคี การยอมรับ ระบบบริการสาธารณสุข วัฒนธรรมของการเป็นผู้เชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ชุมชนยังไม่เริ่มการทำงานแบบหุ้นส่วนที่แท้จริง จึงมีความจำเป็นที่จะมีการพัฒนาทั้งในส่วนของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพในส่วนของชุมชน เน้นส่งเสริมพัฒนาการใช้ฐานข้อมูลชุมชนเพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาพและปรับวิถีชีวิตของชุมชน และในส่วนของโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน จำเป็นต้องปรับทักษะการทำงานชุมชนตั้งแต่การใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น การค้นหาศักยภาพของชุมชน เพื่อใช้ในการขับเคลื่อน และการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนให้ถึงระดับการเป็นหุ้นส่วนที่แท้จริงและยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาโครงการในระยะที่ 2 จึงเป็นการทำงานเพื่อให้เกิดบทเรียนทั้งสองฝ่าย โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนและพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่โดยมุ่งหวังที่จะให้เกิด รูปแบบการทำงานสร้างสุขภาพโดยชุมชนเองและมีเครือข่ายบริการเป็นหุ้นส่วนสุขภาพโดยมีเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพชุมชนและเป้าหมายในการพัฒนาเจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดทัศนคติต่อชุมชน วัฒนธรรมการเป็นผู้เชี่ยวชาญ ทักษะการทำงานชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการใช้เครื่องมือ 7ชิ้น การค้นหาศักยภาพชุมชนเพื่อใช้ในการขับเคลื่อน การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนถึงขั้นการร่วมรับผลประโยชน์และการเป็นหุ้นส่วนที่แท้จริง โดยมีกิจกรรมเพื่อการพัฒนาที่หลากหลายสร้างการเรียนรู้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่มีการเปลี่ยนแปลงในประเด็นหลักๆ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของเจ้าหน้าที่ต่อชุมชน
2.การเปลี่ยนแปลงทักษะของเจ้าหน้าที่ในการทำงานชุมชน ทั้งที่เป็นทักษะพื้นฐาน ทักษะการสร้างเครือข่าย ทักษะการสร้างพลังอำนาจ ทักษะการจัดการ
3.การเปลี่ยนแปลงแนวคิด และทักษะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
4.การใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น เพื่อเรียนรู้ชุมชนและนำมาใช้ประโยชน์ จัดการความสัมพันธ์กับชุมชน

และเกิดรูปแบบการทำงานแบบหุ้นส่วนที่สำคัญของชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพ

1.การสร้างสุขภาพด้วยคน 3วัย ด้วยทุนทางสังคม ด้านวัฒนธรรมของชุมชนทุ่งบัวทอง
2.การสร้างสุขภาพโดยใช้ทุนทรัพยากร ที่ตั้งและความเอื้ออาทรของชุมชนบ้านดอนหัน
3.การสร้างสุขภาพโดยใช้ Evidence based และแกนนำจิตอาสา

โดยสรุปเครือข่ายบริการสุขภาพทั้ง 3 แห่งมีระดับการทำงานเป็นหุ้นส่วนกับชุมชนมากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้เป็นผลจากการที่ชุมชนมีทักษะการคิด การตัดสินใจ มีความเข้มแข็งขึ้น มองเห็นทุนเดิมของชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองก็ได้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติทางบวกต่อชุมชน เชื่อมั่นในในศักยภาพของชุมชนมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ จึงทำให้มีการปรับตัวทั้ง 2 ฝ่ายจน

ทำให้การทำงานร่วมกันและมีความสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้นตามลำดับ โครงการนี้นอกจากจะทำให้เกิดการสร้างสุขภาพที่ประเทศไทยดำเนินการโดยใช้แนวทางตามประกาศออตาวาแล้ว ยังได้พัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาพตามประกาศกรุงเทพ (Bangkok Charter for Health Promotion) ที่เน้นความสำคัญของปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อการสร้างสุขภาพและสอดคล้องกับนิยามการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

ข้อเสนอแนะ จากบทเรียนที่เกิดขึ้น

1. การผลิตบุคลากรให้มีความพร้อมสำหรับการทำงานชุมชน ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรเร่งทบทวนกระบวนการผลิตบุคลากรสาธารณสุขทุกประเภทที่มีส่วนร่วมในการทำงานชุมชน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติงานด่านหน้า ใกล้ชิดกับชาวบ้าน ณ สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนโดยเร็วที่สุด โดยต้องระบุประเด็นสำคัญ ที่ต้องสร้างการเรียนรู้ในการทำงานชุมชน

2.พัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานชุมชนในปัจจุบันทุกแห่ง ควรเร่งสร้างการเรียนรู้ให้กับบุคลากรสาธารณสุขทั้งเครือข่ายบริการ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด่านหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นสถานบริการที่เน้นใกล้บ้าน ใกล้ใจ ให้ปรับเปลี่ยนบทบาทจากเดิมที่เป็นผู้กระทำ ไปเป็นผู้ที่หนุนเสริมสนับสนุนชุมชนในเขตรับผิดชอบที่จะก้าวไปสู่ความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน แบบภาคีหุ้นส่วนที่แท้จริง โดยต้องระบุประเด็นสำคัญ ที่ต้องสร้างการเรียนรู้ในการทำงานชุมชน

3.ควรส่งเสริมให้มีเครือข่ายบริการสร้างสุขภาพต้นแบบประจำภูมิภาค เป็นศูนย์การเรียนรู้ทำหน้าที่สร้างการเรียนรู้การทำงานแบบหุ้นส่วนสุขภาพ ประจำเครือข่ายนั้นๆและมีการเชื่อมโยงกับส่วนกลาง กระตุ้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ต่อยอดการพัฒนา หมุนเกลียวความรู้ให้เกิดพลังอำนาจ ซึ่งแกนกลางในการบริหารจัดการควรเป็นกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยเฉพาะเครือข่ายบริการและชุมชนใน 3 แห่งที่อยู่ในโครงการนี้ สามารถเป็นต้นแบบการสร้างสุขภาพโดยชุมชนด้วยคุณลักษณะที่แตกต่างกัน สมควรพัฒนาต่อยอดให้ก้าวไปสู่ความเป็นหุ้นส่วนจากการทำงานร่วมกัน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่สามารถระบุถึงการติดตามผลลัพธ์ที่เป็นตัวชี้วัดของชุมชนสร้างสุขภาพที่ชุมชนสามารถติดตามตรวจสอบได้เอง

4. ควรสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP Board) เนื่องจากแม่ข่ายมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายไปสู่ทีมลูกข่าย ทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัย ระบุแผนกลยุทธ์ที่ส่งเสริมให้เกิดชุมชนเข้มแข็งจัดการสุขภาพของชุมชนในเบื้องต้น รวมทั้งการสร้างขวัญ กำลังใจ การสนับสนุนทรัพยากร การจัดบรรยากาศกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้

5.เกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพ ทั้งระดับโรงพยาบาลและระดับศูนย์สุขภาพชุมชน ควรทบทวนเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้ในการรับรองให้มีความชัดเจนทั้งประเด็นการทำงานชุมชนแบบสร้างเสริมพลังอำนาจและการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ต้องสร้างความเข้าใจที่ตรงกันว่าการสร้างสุขภาพนั้นต้องทำโดยและทำด้วยกันกับประชาชน การทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้มุ่งเน้นที่ชุมชนเข้มแข็ง สร้างการเรียนรู้ พัฒนาต่อยอดเสริมพลังเชื่อมโยงไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ

6. ระบบการตรวจราชการ นิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุข ควรพิจารณาประเด็นการควบคุมกำกับ การติดตามประเมินผลงานของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP Board) ในเชิงการขับเคลื่อนทางสังคม (Social Planned Change)ไปสู่การมีสุขภาพดี ซึ่งจะเป็นการเชื่อมโยงนโยบายจากส่วนกลางและปัญหาในพื้นที่ ให้เป็นเรื่องเดียวกัน และควรจะต้องมีการศึกษาเชิงลึกในวิธีการรายละเอียดต่อไป

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	I
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	II
สารบัญ	VI
สารบัญตาราง	VIII
บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	3
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ	4
แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ	4
การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	6
เครื่องมือในการทำงานชุมชน	7
การพัฒนาชุมชนแบบบูรณาการ	9
การมองและเข้าถึงชุมชนเชิงบวก	10
หลักการมีส่วนร่วม	11
การทำงานพัฒนาชุมชน ของกรมการพัฒนาชุมชน	19
การทำงานชุมชนตามแนวคิด Meredith Minkler	23
แนวคิดทุนทางสังคม	26
แนวคิดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ	26
ภาพรวมในการทบทวนวรรณกรรม	32
กรอบในการวิจัย	33
กรอบการพัฒนาของโครงการ	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย	
วิธีการดำเนินการวิจัย	35
กลุ่มเป้าหมายในส่วนที่ 1 (การศึกษาสถานการณ์)	35
กิจกรรมในการประเมินวิเคราะห์สถานการณ์ : การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
กลุ่มเป้าหมายในส่วนที่ 2 (การพัฒนารูปแบบ)	39
กิจกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบเครือข่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน	40
กิจกรรมการพัฒนาเจ้าหน้าที่	42
กิจกรรมการพัฒนาชุมชน	45

บทที่ 4 ผลการศึกษา

<u>ส่วนที่ 1</u> ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1) รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการทั้ง 4 ภาค 50

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลและเครือข่าย 58

3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลชุมชนของโรงพยาบาลและเครือข่าย 68

4) บทสรุปการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลและเครือข่าย 76

5) บทสรุปการทำงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน 77

<u>ส่วนที่ 2</u> การพัฒนารูปแบบเครือข่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน

ภาพรวมการพัฒนารูปแบบเครือข่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน 83

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการ 84

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในชุมชน 90

รูปแบบเครือข่ายระบบบริการสร้างสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน

1) รูปแบบเครือข่ายบริการศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเสาไห้และชุมชนบ้านเสาไห้ร่วมใจ 95

2) รูปแบบเครือข่ายบริการศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบ้านฝางและชุมชนบ้านดอนหัน 98

3) รูปแบบเครือข่ายบริการศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านทุ่งโกและชุมชนบ้านทุ่งบัวทอง 103

การเป็นหุ้นส่วนบริการสุขภาพของโครงการ 111

บทที่ 5 การอภิปรายและข้อเสนอแนะ 114

บรรณานุกรม 124

ภาคผนวก 126

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางในส่วนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การทำงานของเครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับชุมชน

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการภาคตะวันออกเฉียงเหนือ - 50

ตารางที่ 2 รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการภาคเหนือ 53

ตารางที่ 3 รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการภาคกลาง 55

ตารางที่ 4 รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคใต้ 57

ตารางที่ 5 แสดงจุดเชื่อมต่อในการดูแลโรคเรื้อรัง 58

ตารางที่ 6 รูปแบบบริการที่คลินิกในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล 60

ตารางที่ 7 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ PCU 61

ตารางที่ 8 แบบฟอร์มส่งต่อของแต่ละเครือข่ายบริการ 62

ตารางที่ 9 แสดงจุดเน้นข้อมูลที่ระบุในใบส่งต่อ 63

ตารางที่ 10 จุดเชื่อมต่อกับชุมชนโดยโครงสร้างของโรงพยาบาล 63

ตารางที่ 11 จุดเชื่อม PCU กับชุมชน 64

ตารางที่ 12 ผลลัพธ์ภาวะสุขภาพคนไข้ 67

ตารางที่ 13 แสดงระดับความเข้มแข็งของชุมชน 69

ตารางที่ 14 แสดงระดับการมีส่วนร่วม 70

ตารางที่ 15 แสดงการทำงานของโรงพยาบาล : การทำรายละเอียดในแฟ้มชุมชน 71

ตารางที่ 16 แสดงการทำงานของโรงพยาบาล : การทำรายละเอียดในแฟ้มครอบครัว 72

ตารางที่ 17 แสดงการทำงานของโรงพยาบาล : รูปแบบของ Meredith Minkler 73

ตารางที่ 18 สรุปภาพการทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่ที่มี Good Practice 74

ตารางที่ 19 สรุปการทำงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล 76

ตารางในส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการ 84

ตารางที่ 2 แสดง ผลการเรียนรู้ตามการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา 89

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในชุมชน 90

ตารางที่ 4 แสดงการเชื่อมต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในเครือข่ายบริการและชุมชน 107

ตารางที่ 5 ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนและการสร้างสุขภาพก่อน- หลังเข้าโครงการ 109

ตารางที่ 6 แสดงการเป็นหุ้นส่วนบริการสุขภาพของโครงการ 111

บทที่ 1

1.บทนำ

1.1 ความสำคัญและความเป็นมา

ตามที่รัฐบาลมีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อรองรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและส่งเสริมสนับสนุนยุทธศาสตร์การสร้างให้คนไทยแข็งแรงเมืองไทยแข็งแรง โดยมีเจตจำนงเป้าหมายในการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนชาวไทยทุกกลุ่มวัย ระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญอันจะนำไปสู่คำว่าสุขภาวะ จึงได้เริ่มมีการปรับบทบาทและสร้างความร่วมมือมากขึ้นอย่างชัดเจนโดยผสมผสานทั้งการดูแลสุขภาพในยามเจ็บป่วยและการสร้างเสริมสุขภาพให้มีความสอดคล้องผสมกลมกลืนในทุกระดับของการให้บริการและสร้างความร่วมมือกับชุมชนให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งและมีสุขภาพดีแบบยั่งยืนเหมาะสมเป็นเป้าหมายที่สำคัญ

จากข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่10 พ.ศ. 2550 - 2554 ได้แสดงข้อมูลภาวะโรคและปัญหาสุขภาพที่เกิดจากแบบแผนการดำเนินชีวิตและการบริโภคยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ อาทิเช่น ภัยคุกคามต่อสุขภาพจากพฤติกรรมเสี่ยง โรคที่เกิดจากพฤติกรรมมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างมาก กล่าวคือ ในช่วงปี 2548 มีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง มีอุบัติการณ์ 544.08, 530.75, 490.53, 174.88 และ 114.31 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ความเจ็บป่วยจากโรคไร้เชื้อเรื้อรังเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สิ่งมึนเมา สารเสพติด ความเครียด การขาดการออกกำลังกายและปัญหาโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมไทยที่ทำให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างเร่งรีบ ต้องแก่งแย่งแข่งขัน รวมทั้งโครงสร้างสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำสูงทำให้เกิดปัญหาความเครียดและการเสื่อมด้านสุขภาพจิต โดยมีผู้ติดสุราและมีปริมาณการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวไทยกำลังเผชิญกับวิกฤตรุนแรง ในปี 2548 เด็กและวัยรุ่นไทยที่มีอายุช่วงระหว่าง 6-18 ปี ร้อยละ 5.1 มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและด้านพฤติกรรม จะเห็นได้ว่าปัญหาสาธารณสุขดังกล่าวเป็นปัญหาที่เกิดปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อมองการแก้ไขปัญหาเป็นองค์รวมโดยเน้นความร่วมมือจากฐานรากที่สำคัญคือครอบครัวและชุมชน

ระบบบริการสุขภาพโดยสถานบริการทางการแพทย์ทุกระดับ ต่างก็ต้องทำภาระหน้าที่ให้เป็นไปตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายซึ่งเป็นพันธกิจที่สำคัญขององค์กร และระบบบริการสาธารณสุขดังกล่าวได้ใช้งบประมาณที่มุ่งเน้นไปที่การรักษาโรคภัยไข้เจ็บในแต่ละปีเป็นจำนวนที่สูงมาก การให้สุขศึกษาและการ

รณณรงค์เป็นครั้งคราว การจัดการเรื่องสุขภาพยังคงดำเนินการอยู่ในมือของบุคลากรสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ชุมชนยังมีบทบาทในการดูแลตนเองไม่มากนัก ทางด้านการจัดการสาธารณสุขของคนในชุมชนภาพยังไม่ชัดเจนของการทำงานร่วมกันที่เป็นเครือข่ายพหุภาคีที่มีการผสมผสานทั้งด้านการรักษา การสร้างเสริมสุขภาพและการปรับบริบทสิ่งแวดล้อมที่ควบคู่กันไป

ด้วยสภาพปัญหาสุขภาพที่มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง จากระบบบริการภาครัฐ ปัญหาทางสังคมรวมทั้งเหตุผลดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพซึ่งเป็นองค์กรหลักในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในทุกระดับให้มีคุณภาพและเพื่อให้ประชาชนบรรลุสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน จึงได้เกิดแนวคิดเพื่อลดปัญหาสาธารณสุขดังกล่าวโดยการพัฒนาความร่วมมือเชิงผสมผสานในการสร้างเสริมสุขภาพให้มีความครอบคลุมประชาชนในทุกกลุ่มวัยทั้งในยามเจ็บป่วยหรือในยามปกติ ตั้งแต่ระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ โดยให้มีการบูรณาการเข้าไปในระบบบริการงานประจำในการดูแลรักษาผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพองค์รวม โดยเฉพาะการสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชน (Community Empowerment) ให้ชุมชนมีบทบาทมากขึ้นในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองซึ่งจะเป็นการทำงานแบบหุ้นส่วนภาคีเครือข่ายสร้างความร่วมมือเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการปรับบริบททางสังคมได้ด้วยชุมชน เป็นผู้ปรับเปลี่ยนและกำหนดเอง อันจะก่อให้เกิดความยั่งยืน ซึ่งมีความสอดคล้องกับประกาศกฎบัตรออตตาวาและกรุงเทพรวมทั้งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ที่มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การพัฒนาใหม่ โดยคำนึงถึงการพัฒนาอย่างบูรณาการเป็นองค์รวม และมีความสมดุลพอดีมุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาและสุขภาพดี เพื่อมุ่งสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียงที่จะเชื่อมโยงกับการสร้างสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน โดยมียุทธศาสตร์ของการพัฒนาให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนโดยภาคีต่าง ๆ มีบทบาทในการดำเนินงานร่วมกัน ดังเช่นภาครัฐต้องปรับบทบาทจากเป็นผู้ดำเนินการเองไปสู่การอำนวยความสะดวก และปรับจากการควบคุมกำกับเป็นผู้ให้การสนับสนุนการพัฒนาภาคเอกชนและชุมชนที่ดำเนินการด้านสุขภาพ ให้มีบทบาทในการจัดการองค์ความรู้ภูมิปัญญาทางการแพทย์พื้นบ้านเพื่อสร้างสุขภาพ ถ่ายทอดและพัฒนาให้ชุมชนมีความสามารถเข้าร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสร้างภาคีการพัฒนาด้านสุขภาพและร่วมเป็นพันธมิตรที่เอื้อต่อประโยชน์ซึ่งกันและกัน ดังนั้นกรมสนับสนุนบริการสุขภาพจึงได้จัดทำ **โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชนเพื่อให้เกิดการสร้างสุขภาพที่เกิดจากความร่วมมือทั้งสองฝ่าย ระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างสมดุล** อันจะนำไปสู่ความรู้สึกเป็นเจ้าของและความยั่งยืนโดยการถอดบทเรียนเก็บเกี่ยวสิ่งที่ได้ดำเนินการมาแล้วและได้ผลเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่งรวมทั้งค้นหาเพิ่มเติมประเด็นส่วนที่ยังขาดอยู่ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ไปไม่ถึงเป้าหมายของการสร้างสุขภาพไปสู่สุขภาวะ สร้างเครือข่ายต้นแบบให้เป็นที่เรียนรู้ขยายผลในแต่ละภูมิภาคของ

ประเทศไทยต่อไป อันจะส่งผลต่อการเกิดปัญหาสาธารณสุขโดยเฉพาะการเกิดโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาอันดับต้นๆของประเทศไทยในที่สุด

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ในการทำงานของเครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับชุมชน โดยประเมินการจัดระบบบริการดูแลรักษาและการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU)และการเชื่อมต่อกับชุมชน

2. พัฒนารูปแบบเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน

1.3 ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ รวบรวมองค์ความรู้เครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน รวบรวมวิเคราะห์ และสังเคราะห์จากกลุ่มโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการที่ผ่านการรับรองระบบคุณภาพโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ (HA และHPH) โดยเน้นองค์ประกอบการนำองค์กร การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วย/ครอบครัวและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ถึงจนเดือนสิงหาคม 2549 จำนวน25 แห่งทั้ง 4ภาค

2. การพัฒนารูปแบบเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน โดยค้นหาประเด็นเพิ่มเติมส่วนขาดจากที่ปฏิบัติได้ดีแล้ว ต่อยอดการพัฒนาศักยภาพจากทุนเดิมทั้งเจ้าหน้าที่และชุมชน ทดลองดำเนินการ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge sharing) เสริมสร้างศักยภาพ วัดผล ถอดบทเรียนและสรุปรูปแบบเครือข่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน ซึ่งมีข้อจำกัดในการใช้เวลาระยะสั้นภายใน 1 ปีเท่านั้น

บทที่ 2
การทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์และพัฒนา

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับชีวิตคนไทยทุกคน เป็นเครื่องมือเสริมสร้างให้ประเทศไทยมีระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้คนไทยสมบูรณ์ทั้งกาย ใจ เอื้อเฟื้อ แบ่งปัน อยู่ร่วมกันในสังคมอยู่เย็นเป็นสุข เป็นกฎหมายที่ทำให้การจัดการสุขภาพเป็นเรื่องของคนไทยทุกคนได้จริง

สุขภาพดี ความหมายในพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ หมายถึง การที่คนเราดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีปัญญา รู้ เข้าใจในเหตุและผลแห่งความดี ความชั่ว รู้คุณและโทษในสิ่งต่างๆที่สำคัญ การมีสุขภาพดีจะต้องอยู่ในสังคมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตที่ดีและเป็นสุขด้วย

แนวคิดสำคัญของกฎหมายนี้

1. เน้นหลัก"สร้างนำซ่อม" หรืออีกนัยหนึ่งคือการป้องกันมากกว่ารักษา
2. สร้างความเข้าใจว่าการดูแลสุขภาพมีขอบเขตกว้างไกลกว่าเรื่องเจ็บป่วยทางกายและใจ แต่รวมไปถึงการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่และสังคมอยู่เย็นเป็นสุขด้วย
3. รับรองสิทธิประชาชนให้ได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม
4. ประชาชนมีหน้าที่ปกป้อง ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม
5. เปิดพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหาและร่วมกำหนดนโยบายกับองค์กรภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพโดยรวม

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 -2554) มีเป้าหมายหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ประกอบด้วยเป้าหมายหลัก 10 ประการ คือ

1. เอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืน
2. งานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สามารถสร้างปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี
3. วัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขพอเพียงอย่างเป็นองค์รวม
4. ระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง
5. ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข
6. หลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรม ทั่วถึง มีคุณภาพ
7. ระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมรองรับเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างทันการณ์

8. ทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทัน พึ่งตนเองได้
9. ระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้อย่างมีเหตุผลรอบด้าน
10. สังคมที่ไม่ทอดทิ้งคนทุกข์ยาก เป็นสังคมที่ดูแลรักษาคนจน คนทุกข์คนยาก ผู้ด้อยโอกาสอย่างเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ยุทธศาสตร์หลักสู่ระบบสุขภาพพอเพียง

เพื่อให้ทิศทางการสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 กำหนดยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนาดังนี้

- **ยุทธศาสตร์ที่ 1 : การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ** : ปฏิรูประบบงาน โครงสร้างการบริหารจัดการ กลไกและกระบวนการด้านนโยบายสุขภาพให้เกิดความเป็นเอกภาพและธรรมาภิบาล มีความยุติธรรม โปร่งใสตรวจสอบได้ โดยในระยะสั้นเน้นการป้องปรามการทุจริตคอร์รัปชั่น และเน้นการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ดี เป็นเกราะปกป้องธรรมาภิบาลในระยะยาว

- **ยุทธศาสตร์ที่ 2 : การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะ** : เร่งรัดงานสุขภาพเชิงรุกเพื่อสร้างหลักประกันความปลอดภัยอย่างพอเพียงในชีวิตประจำวัน ทั้งด้านอาหาร โภชนาการ ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ชุมชนและภาคประชาสังคมในการสร้างวัฒนธรรมการดูแลรักษาสุขภาพที่ดีและสร้างสรรค์สังคมที่มีความสุขในทุกระดับ

- **ยุทธศาสตร์ที่ 3 : การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจผู้ให้บริการมีความสุข** : เน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ใส่ใจต่อความทุกข์ยากและความลำบากใจทั้งในส่วนของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยสร้างระบบการจัดการที่เป็นธรรม มีความเห็นอกเห็นใจกันและมีความภาคภูมิใจ และพึงพอใจในประสิทธิภาพและคุณภาพมาตรฐานการบริการร่วมกันภายใต้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- **ยุทธศาสตร์ที่ 4 : การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ** : สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ รวมทั้งเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติและความรุนแรงที่แพร่ระบาดทั่วไป

- **ยุทธศาสตร์ที่ 5 : การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล** : เน้นการพัฒนาศักยภาพเพื่อการพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพด้วยการส่งเสริมสมุนไพรการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความปลอดภัย

- ยุทธศาสตร์ที่ 6 : การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้

: สร้างระบบการจัดการที่เน้นการใช้ความรู้เป็นฐานการตัดสินใจ ด้วยการสร้างวัฒนธรรมการวิจัยและการจัดการความรู้ในทุกระดับองค์กรด้านสุขภาพ

(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2550 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554: 50 -51)

การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

โครงสร้างในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขภาครัฐในระดับอำเภอนั้น มีโครงสร้างที่ยึดถือกันมายาวนานตามกฎหมาย โดยมีองค์กรทั้งสิ้น 3 องค์กร คือ

1.โรงพยาบาล ซึ่งมีบทบาทในการดูแลรักษาพยาบาลประชาชนทั้งอำเภอ และดูแลด้านการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มประชากรในพื้นที่ตำบลที่โรงพยาบาลตั้งอยู่เท่านั้น

2.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คือหน่วยงานที่มีบทบาทในการกำกับดูแลสถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่นอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญมากต่อการควบคุมกำกับติดตามงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

3.สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน มีหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิด่านหน้า ที่ทำหน้าที่ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู ประชากรทุกคนในหมู่บ้านหรือตำบลที่รับผิดชอบ

จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ได้ทำให้เกิดกลไกบริหารจัดการใหม่ในระบบสาธารณสุขขึ้นมา นั่นคือ การบริหารจัดการทั้งองค์กรบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP) และหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลไกการประสานงานในระดับอำเภอมีเป็นระบบอยู่ก่อนแล้วเรียกว่า "คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)" โดยเนื้อหาการประชุมเพื่อประสานงานนั้นจะเป็นเรื่องการติดตามงาน และการประสานงานหรือแก้ปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ มีเรื่องการจัดสรรทรัพยากรบ้างไม่มากนัก เพราะในสมัยนั้นไม่มีการจัดการงบประมาณร่วม งบประมาณมีการจัดสรรจากระดับจังหวัดซึ่งแบ่งให้แต่ละองค์การชัดเจนมาแล้ว แต่ในปัจจุบัน เมื่อระบบงานของ CUP ได้กลายมาเป็นองค์กรในการจัดสรรทรัพยากรระดับอำเภอ ทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณและครุภัณฑ์ ทำให้ความสัมพันธ์ในการทำงานระดับอำเภอผ่านกลไก CUP มีความยากลำบากมากขึ้น การจัดสรรต้องมีคนได้มากได้น้อย การจัดสรรให้เป็นแบบ win-win นั้นยากมาก ประกอบกับในทุกวันนี้ค่านิยมเรื่องเงินตราได้แทรกไปในทุกองค์กร ทำให้การจัดการในระดับ CUP ไม่ง่ายเหมือนการจัดการในกลไกของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จากโครงสร้างดังกล่าว ทำให้การประสานงานระหว่างหน่วยงานจึงเป็นเรื่องใหญ่ที่สำคัญมาก และเป็นหัวใจของ CUP Management เพราะไม่ใช่องค์กรแนวดิ่งในสายการบังคับบัญชา แต่เป็นองค์กรแนวราบที่ต้องประสานและทำงานร่วมกัน เป็น Functional organization ซึ่งเป็นสิ่งที่พูดง่าย แต่ทำได้ไม่ง่ายนัก อย่างไรก็ตาม แม้งานของ CUP นั้นมีมากและสำคัญเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนด้าน

สุขภาพในระดับอำเภอ แต่องค์กร CUP ส่วนใหญ่ไม่มีตัวตนชัดเจน ฝากไว้กับความขยันและการเห็นความสำคัญของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ดังนั้นเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนด้านสุขภาพในระดับอำเภอและมีการเชื่อมต่อกับชุมชนไปสู่คำว่าสุขภาวะ ระบบการทำงานทั้ง 3 ส่วนนี้จะต้องมีความสัมพันธ์กันอย่างยิ่งในการทำงานร่วมกัน กำหนดเป้าหมาย ทิศทางนโยบายและมีผลลัพธ์ของงานร่วมกัน (การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน,2550)

ทิศทางการรับรองคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ได้แสดงแนวโน้มของการรับรองคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยใช้หลักการของ PMQA ของสำนักงาน กพ.และได้กล่าวถึงการทำงานชุมชนในส่วนที่ 2 กระบวนการสำคัญของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มาตรฐานที่ 6.2 กระบวนการสนับสนุนการให้บริการที่สร้างคุณค่าของระบบบริการปฐมภูมิ หัวข้อย่อย 6.1.3 การสร้างกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาสุขภาพร่วมกับชุมชน ได้ระบุไว้ดังนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการจัดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาสุขภาพร่วมกับชุมชนเพื่อให้ทีมสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน มีความเข้าใจต่อการพัฒนาสุขภาพ มีการเรียนรู้กันและกันและร่วมมือกันพัฒนาสุขภาพชุมชนได้อย่างมีประสิทธิผลโดยที่ประชาชนมีส่วนร่วม (ร่างมาตรฐานคุณภาพเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ)

เครื่องมือในการทำงานชุมชน

เครื่องมือในการทำงานชุมชนที่ทำให้งานชุมชนได้ผลและสนุก ประยุกต์ให้เหมาะสมกับงานด้านสาธารณสุข ประกอบด้วยเครื่องมือ 7 ชิ้นดังนี้ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : 9 -10,18)

1. แผนที่เดินดิน
2. ผังเครือญาติ
3. โครงสร้างองค์กรชุมชน
4. ระบบสุขภาพชุมชน
5. ปฏิทินชุมชน
6. ประวัติศาสตร์ชุมชน
7. ประวัติบุคคลที่น่าสนใจ

และการทำงานชุมชนที่ผ่านมามีปัญหาสามารถสรุปออกมาดังนี้

1. **เห็นแต่ปัญหาไม่เห็นศักยภาพของชุมชน** เจ้าหน้าที่ที่ลงไปทำงานศึกษาชุมชนมักเน้นการค้นหาปัญหาของชุมชนเป็นหลัก ทำให้มองไม่เห็นศักยภาพของชุมชน ถ้าเปลี่ยนวิธีศึกษาใหม่โดยให้ลองค้นหาศักยภาพของชุมชน โดยให้ชาวบ้านพูดคุยว่าพวกตนมีศักยภาพอะไรบ้าง การทำงานชุมชนจะเปลี่ยนรูปโฉมไปจากเดิม เพราะการมองเห็นศักยภาพของตนเองและชุมชนจะทำให้ชุมชนมีพลัง มีความคิดสร้างสรรค์และไม่รู้สึกหมดหวัง

2. **เห็นแต่ตัวเลขไม่เห็นความเป็นมนุษย์** เวลาทำงานชุมชนเจ้าหน้าที่มักคุ้นเคยกับการสำรวจเชิงสถิติ เช่น มีส้วมกี่เปอร์เซ็นต์ มีโอ่งกี่เปอร์เซ็นต์ มากกว่าการสัมผัสเรื่องราวชีวิตของผู้คนในชุมชน ซึ่งที่ผ่านมาข้อมูลและเครื่องมือเหล่านั้นมีจำนวนมากแล้ว แต่สิ่งที่ยังขาดคือเครื่องมือสัมผัสชีวิตคนเพราะการสัมผัสชีวิตผู้คนในชุมชนจะช่วยให้เกิดความละเอียดอ่อนและมองชาวบ้านด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์มากขึ้น

3. **เน้นผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการเรียนรู้วิถีชุมชน** การลงชุมชนที่ผ่านมามักเน้นการเก็บข้อมูล จึงทำให้สนใจที่จะให้ได้ข้อมูลตามที่วางแผนไว้ว่าจะเก็บมากกว่าสนใจการเรียนรู้วิถีชุมชน เช่น เน้นการกรอกแบบสอบถามให้ได้ข้อมูลครบ แต่ไม่สนใจกระบวนการสร้างความสัมพันธ์และเรียนรู้ชีวิตของชาวบ้าน โดยลืมไปว่าเป้าหมายที่แท้จริงของการลงชุมชนคือการเรียนรู้และจัดความสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่กับชุมชน ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความเข้าใจและชาวบ้านเกิดความสนิทสนมไว้วางใจ (trust)

4. **ข้อมูลและทักษะการทำงานชุมชนเป็นของส่วนตัว** มีเจ้าหน้าที่ที่รู้จักชุมชนดีเป็นจำนวนมาก เจ้าหน้าที่เหล่านี้มักทำงานกับชุมชนต่อเนื่องมาเป็นเวลานานและรู้จักชาวบ้านเป็นอย่างดี แต่ทักษะและข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานกับชุมชนมักเป็นข้อมูลส่วนบุคคล และไม่สามารถถ่ายทอดหรือแบ่งปันข้อมูลกับคนอื่นได้ เพราะไม่มีการจัดระบบความรู้และวิธีการที่ชัดเจนและถ่ายทอดได้

5. **ข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน** ในการศึกษาชุมชนที่ผ่านมา การเก็บข้อมูลจะแยกเป็นส่วนๆ เช่น รู้จักครอบครัวนี้เพียงครอบครัวเดียวไม่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับครอบครัวอื่น รู้จักปัญหาชุมชนในมิติเดียว คือมิติของปัญหาสาธารณสุข ไม่มีมิติทางสังคมอื่นๆ เลย หรือไม่มีความเข้าใจว่าชุมชนมีเรื่องอื่นอยู่ด้วย ทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงปัญหาที่พบในเรื่องอื่นๆ ได้ และเห็นผู้คนในชุมชนแยกขาดจากกันโดยมองไม่เห็นความเชื่อมโยงหรือความสัมพันธ์ของคนทั้งชุมชน

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการทำงานชุมชนในรูปแบบที่เป็นอยู่ยังขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง แต่ไม่ได้หมายความว่าวิธีการที่ใช้อยู่นี้จะไม่มีประโยชน์หรือเป็นวิธีที่ผิด เพียงแต่ต้องการวิธีการหรือเครื่องมือใหม่ๆ ที่จะเข้ามาเป็นส่วนเสริมให้การทำงานชุมชนมีความสมบูรณ์มากขึ้น

เครื่องมือศึกษาชุมชนนี้จะช่วยให้การทำงานชุมชนประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น ก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่าย คือเจ้าหน้าที่จะต้องมีใจรักในการทำงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องสร้างระบบงานที่เอื้อต่อการทำงานชุมชนและผู้บริหารจะต้องเล็งเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง และที่สำคัญการทำงานชุมชนจะเป็นผลสำเร็จไม่ได้หากผู้ปฏิบัติไม่มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ขึ้นในองค์กร ทั้งหมดนี้ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้การใช้เครื่องมือเหล่านี้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการทำงานชุมชน โดยมีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าถึงวิถีชุมชนและมีความละเอียดอ่อนต่อมิติทางสังคมจิตวิทยาของความเจ็บป่วยเพราะ ภาระกิจที่สำคัญที่สุดของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนั้นคือการสร้างบริการสุขภาพมิติใหม่ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

โครงการนี้สนับสนุนการนำเครื่องมือนี้มาใช้ให้ก่อประโยชน์ได้อย่างเป็นรูปธรรม อันจะก่อให้เกิดความเข้าใจในความเป็นชุมชนตามบริบทนั้นๆซึ่งมีความสำคัญต่อการทำงานชุมชนอย่างมาก

การพัฒนาชุมชนแบบบูรณาการ

ในวงการนักพัฒนามีการสรุปบทเรียนกันว่า การยัดเยียดแม้จะด้วยความปรารถนาดีขนาดไหนก็ไม่สามารถแก้ปัญหาได้และไม่ใช่เป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน เพราะฉะนั้นการพัฒนาที่ยั่งยืนต้องตั้งอยู่บนฐานวิถีชีวิตวัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่น ต้องไปดูชาวบ้านก่อนว่าจริง ๆ ชาวบ้านมีศักยภาพอะไรอยู่แล้วจึงค่อยพัฒนาจากตรงนั้นขึ้นมา เราจะพบการขยายตัวของเกษตรทางเลือก เกษตรผสมผสานของพ่อมหาอยู่ ลุงชาลีที่ภาคอีสาน หลังจากนั้นเราก็เริ่มค้นพบพ่ออินคำที่เชียงราย แล้วพบอ้ายสมฤทธิ์ อ้ายภัทร และอีกหลาย ๆ คนที่เป็นคงลงมือทำและปฏิบัติการอยู่ในภาคเหนือจริง ๆ แล้วหลังจากนั้นเราก็เริ่มพบเรื่องป่าชุมชน แล้วจากป่าชุมชนหนึ่งแห่งก็ขยายเป็นหลายแห่ง เพราะฉะนั้นในช่วงหลังกระบวนการทำงานของเราเริ่มปรับกระบวนการจากการเอาข้างนอกเข้าไปยัดเยียด เป็นการเริ่มจากข้างในว่า ชุมชนมีอะไรอยู่แล้วเราก็ไปต่อจากตรงนั้น ไปเสริมจากจุดที่มีอยู่แล้วให้พัฒนาการขึ้นมา เราพบว่างานเกษตรอินทรีย์ เกษตรผสมผสาน เกษตรธรรมชาติ ขยายตัวสูงมากหลังจากที่เราเปลี่ยนวิธีคิด เปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ งานเรื่องป่าชุมชนขยายตัวขึ้นมาก จากหนึ่งเป็นสองเป็นสามเป็นห้าเป็นสิบ ตอนนี้เป็นพันแห่งแล้ว พอมาเรื่องเอดส์ก็มีกระบวนการเรื่องหมอพื้นบ้านขึ้นมา เริ่มค้นพบหมอพื้นบ้านนั้น หมอพื้นบ้านมีความรู้เรื่องสมุนไพร การนวดก็ขยายตัวขึ้นโดยลำดับ ส่วนงานหัตถกรรม เช่น เสื้อผ้าย้อมสีธรรมชาติก็ค่อย ๆ เติบโตขึ้น เพราะฉะนั้นเราพบว่ามีการเติบโตขึ้นและค่อย ๆ พัฒนาการขึ้นมาอย่างยั่งยืน เป็นสิ่งที่ตั้งอยู่บนฐานเดิมของชาวบ้านทั้งหมด แล้วนำมาเชื่อมโยงกับความรู้ใหม่ให้เข้มแข็งขึ้น ฉะนั้นเราจะเห็นกระบวนการนี้โตขึ้นตลอดเวลานับตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ.2528 เป็นต้นมา ดังนั้นการพัฒนาที่จะยั่งยืนอย่างแท้จริง จะต้องตั้งอยู่บนฐานองค์ความรู้ภูมิปัญญาหรือวัฒนธรรมของชุมชนนั้น ๆ คนนอกแม้จะหวังดีเพียงไรก็ตาม แต่ถ้าเข้าไปทำในสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ประสบการณ์ภูมิปัญญาของชาวบ้านแล้ว ในท้ายที่สุดการพัฒนามักจะเป็นอนุสาวรีย์ที่แห้งแล้งและไม่ยั่งยืน ล้มเพราะความไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่ใช่สิ่งที่อยู่บนพื้นฐานวิถีชีวิตของเขา

โครงสร้างทางสังคม : ชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน

ในการทำงานกับชุมชน จำเป็นต้องเข้าใจโครงสร้างความสัมพันธ์ในชุมชน การวิเคราะห์โครงสร้างทางสังคมมิใช่การมองเพียงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ควรวิเคราะห์เห็นถึงระบบ "**ความสัมพันธ์**" ซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดสรรอำนาจ ผลประโยชน์ และจัดสรรทรัพยากรระหว่างกลุ่มคนและระหว่างบุคคลในชุมชนสังคมนั้น ๆ ชุมชนจะมีระบบความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนกันอยู่ การวิเคราะห์ทำความเข้าใจระบบความสัมพันธ์นั้นจะทำให้เห็นความสัมพันธ์ทั้งในลักษณะที่เป็นความสัมพันธ์ในเชิงเกื้อกูลซึ่งกัน ความสัมพันธ์ในเชิงอุปถัมภ์ และความสัมพันธ์ในเชิงการแข่งขันขัดแย้ง ซึ่งเราควรตระหนักว่าในชุมชน ในสังคมหนึ่ง ๆ มิได้มีแต่ระบบความสัมพันธ์เชิงเดี่ยวแบบเส้นตรงลดหลั่นลงมาเหมือนระบบการปกครองที่แบ่งตำแหน่งหน้าที่และการขึ้นตรงต่อกันไว้ชัดเจน แต่ชุมชนมีความสัมพันธ์ลักษณะเชิงซ้อนที่สานใยกันอยู่เป็นโครงข่าย การทำความเข้าใจโครงสร้างของชุมชน จึงควรวิเคราะห์แยกแยะความสัมพันธ์ทางสังคมออกเป็นกลุ่ม ๆ และวิเคราะห์ให้เห็นสายโยงใยของความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มต่าง ๆ เหล่านั้น

ตัวอย่างงานศึกษาวิจัยระบบการเกษตรแบบไร่หมุนเวียน: สถานภาพและความเปลี่ยนแปลงที่ศึกษาโดยคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อปี พ.ศ.2546 ได้ทำการแยกแยะกลุ่มคนในการทำความเข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงในการทำมาหากินของชาวบ้านออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีฐานะรวย ปานกลาง และจน เพราะสถานภาพและทุนสะสมในระดับครัวเรือนที่ไม่เท่ากันมีผลต่อการปรับตัวที่แตกต่างกัน เช่นคนที่มีที่นาเยอะกับคนที่มีที่นาน้อยย่อมได้รับผลกระทบจากนโยบายการกำจัดพื้นที่ทำไร่หมุนเวียนที่แตกต่างกัน เป็นต้น นอกจากการจำแนกแยกแยะคนจากสถานทางเศรษฐกิจแล้ว ยังมีการจำแนกได้อีกหลายแบบขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การทำความเข้าใจชุมชนในแต่ละเรื่อง ตัวอย่างเช่น การจำแนกเพศหญิง ชาย วัย (เด็ก เยาวชน วัยทำงาน ผู้อาวุโส) รวมถึง สถานภาพในชุมชน เช่น หมอ ครู ผู้นำทางธรรมชาติ ชาวบ้านทั่วไป ฯลฯ การทำความเข้าใจโครงสร้างทางสังคม จึงไม่ใช่เป็นเพียงการมองภาพทางสังคมอย่างกว้าง ๆ เท่านั้น แต่เป็นเครื่องมือทางความคิดในการค้นหาและทำความเข้าใจสังคมที่แยกแยะให้เห็นกลุ่มคนแต่ละกลุ่มในสังคมอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อวัตถุประสงค์ในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาสังคมให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอย่างเป็นธรรมและมีความยั่งยืนมากขึ้น
(ชัชวาลย์ ทองดีเลิศและคณะ : 38 -39,73 -75)

การมองและเข้าถึงชุมชนเชิงบวก

ภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างแท้จริง นอกจากจะต้องเปิดใจกว้างและยอมรับความหลากหลายของการมีสุขภาพที่ดีแล้ว ฐานคิดที่อาจกล่าวได้ว่าเป็น ฐานรากที่สำคัญที่สุดของทุกฐานความคิด คือฐานความคิดที่เรียกว่า "แนวคิดในการมองและเข้าถึงชุมชนเชิงบวก"หรือ Positive approach

แนวคิด Positive approach เป็นแนวคิดสำคัญในการทำงานกับชุมชนที่ถูกเสนอโดยนักพัฒนาที่ทำงานในแนววัฒนธรรมชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางการทำงานที่ให้ความเชื่อมั่นในวัฒนธรรมที่มีอยู่เดิมในชุมชน ว่าจะเป็นรากฐานที่ดีและสามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการทำงานพัฒนาชุมชนได้ แนวคิดนี้มีพื้นฐานความเชื่อที่สำคัญคือ เชื่อว่าในชุมชนนั้นมีศักยภาพและอะไรอีกมากมายที่ดำรงอยู่ ถ้าเราเข้าไปแสวงหาเราก็จะค้นพบ กล่าวโดยย่อ ๆ ที่สุด แนวคิด Positive approach เสนอว่า

1. **หยุดคิดว่าเราเหนือกว่าชาวบ้าน** เราในฐานะคนนอกจะต้องหยุดความคิดที่ว่าเรารู้ทุกสิ่งทุกอย่าง แต่ชาวบ้านไม่รู้อะไรเลย เมื่อหยุดความคิดเช่นนี้ได้แล้วเราจะต้องเริ่มแสวงหาสิ่งที่ชาวบ้านมีอยู่ และเราต้องตระหนักและเตือนตนเองอยู่เสมอว่าการลงไปพบปะชาวบ้านในแต่ละครั้งเรามิได้ไปในฐานะที่ผู้ที่เหนือกว่า เรามิได้ไปสอนพวกเขา แต่เราลงไปเพื่อเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ที่มีอยู่ของพวกเขา

2. **หยุดตัดสินผู้อื่นด้วยมาตรฐานของตนเอง** เราในฐานะคนนอกจะต้องเลิกมองชุมชนด้วยสายตาที่คอยจ้องแต่จะทำการตัดสินถูกผิด โดยเฉพาะการทำการตัดสินถูกผิดโดยใช้มาตรฐานของเราเป็นที่ตั้งดังที่เราเคยชินมาในอดีต เช่น หากเราเดินเข้าไปในชุมชน เห็นการรักษาพยาบาลด้วยการเข้าทรง คำถามที่ว่า "แล้วจะรักษาหายจริงหรือนี่" มักจะเกิดขึ้นในความคิดของเราอย่างทันทีทันใดตามความเคย

ชิน คำถามชนิดนี้นี่เองที่เป็นท่าทีแบบ Negative approach ที่คอยแต่จ้องจะตัดสินถูกผิดและคำถามเช่นนี้เองที่กลายเป็นตัวปิดกั้นเราจากการเรียนรู้และทำความเข้าใจชุมชนอย่างแท้จริง เพราะเมื่อเราทำการตัดสินแล้วก็จะทำให้เราไม่คิดที่จะเรียนรู้ต่อไปว่า "มันมีอะไรให้เราเรียนรู้ได้หรือไม่ในการทรงเจ้าเข้าผีนั้น"

3. **คือการพยายามตั้งคำถามมากกว่าการให้คำตอบ** ในกรณีของการทรงเจ้านั้น Positive Approach ก็มิได้เสนอให้เรามองการทรงเจ้านั้นอย่างชื่นชม แต่ Positive approach เสนอให้เราพยายามทำความเข้าใจโดยการตั้งคำถามมากกว่าการพยายาม "ให้" คำตอบ ในกรณีที่เราพบการรักษาความเจ็บป่วยด้วยการเข้าทรงนั้น หากเรายึดมั่นต่อ Positive approach ท่าทีของเราก็จะกลายเป็นการตั้งคำถามในทำนองที่ว่า "ทำไมเมื่อเกิดมีการเจ็บป่วยชาวบ้านจึงใช้การเข้าทรง มันมีความหมายอะไรอยู่ในการเข้าทรง เมื่อเวลาเจ็บป่วย ชาวบ้านมีจุดมุ่งหมายประการเดียวคือ การหายจากโรคใช่หรือไม่" (เพราะหลายครั้งที่นักมานุษยวิทยาพบว่าพิธีกรรมการเข้าทรงมีผลในการเยียวยาความสัมพันธ์ภายในสังคมที่กำลังมีปัญหาซึ่งมากระทบกับความเจ็บป่วยของปัจเจก) ซึ่งคำตอบที่ได้จากการตั้งคำถามเช่นนี้ จะทำให้เรารู้จักชุมชนมากขึ้นและนำไปสู่ความเข้าใจใหม่ ๆ อีกมากมายที่เราไม่เคยเข้าถึงมาก่อน ด้วยเพราะถูกปิดกั้นจากทัศนะการมองชุมชนแบบ Negative approach

4. **คือการมองตามความเป็นจริงไม่ใช่มองแง่บวก** Positive approach มิใช่การมองชุมชนในแง่บวกอย่างชนิดสุดขั้วจนคิดไปว่าตอนนี้ชุมชนมีทุกสิ่งทุกอย่างอยู่แล้วจนเราไม่ต้องทำอะไรเลยซึ่งเป็นการมองชุมชนอย่างเกินจริง และก็มิใช้การมองว่าชุมชนนั้นไม่มีอะไรเลยและตกอยู่ในวงจรแห่งความชั่วร้ายที่เรียกว่า โง่ จน เจ็บ มาอยู่ตลอด และเราต้องเป็นผู้เข้าไปให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ เรื่อง ซึ่งเป็นการมองชุมชนต่ำกว่าความเป็นจริง แต่ Positive approach เป็นแนวคิดที่เสนอให้เรามองดูสิ่งที่ ชุมชน "มี" และ "หมด" ตามความเป็นจริง เพื่อทำความรู้จักทั้งสิ่งที่ชาวบ้านสามารถและไม่สามารถ รู้จักวิธีคิดของชาวบ้านและเพื่อรู้จักชาวบ้านอย่างแท้จริงและรอบด้าน ซึ่งทัศนะในการมองเช่นนี้ไม่ใช่สิ่งที่ง่ายนัก เพราะจากความเคยชินเดิม ๆ และแว่นตาเก่า ๆ ที่เราใช้ในการมองชุมชนนั้นทำให้สิ่งที่ชุมชน "หมด" มักจะปรากฏต่อเราแต่สิ่งที่ชุมชน "มี" กลับแฝงเร้นและต้องค้นหา ซึ่งหากถ้าใจไม่แน่วแน่ ความเชื่อมั่นไม่หยั่งรากลึก แม้มีฝีมือก็จะค้นหาไม่พบ เพราะ Positive approach ไม่ใช่เครื่องมือหรือเทคนิควิธี แต่เป็นความเชื่อพื้นฐานที่มีความลึกซึ้ง คือ ความเชื่อมั่นและไว้วางใจในศักยภาพและคุณงามความดีของมนุษย์ ซึ่งเป็นความเชื่อพื้นฐานที่จะช่วยให้เราก้าวให้พ้นกรอบทัศนะแบบเก่า ๆ ของเราเอง เพื่อสิ่งที่ซ่อนเร้นเหล่านี้จะถูกแสดงออกมาให้เราเห็น (กาญจนา แก้วเทพ, 2538)

หลักการมีส่วนร่วม

คำว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation) หมายถึง การกระจายโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมือง และการบริหารเกี่ยวกับการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรของชุมชนและของชาติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน โดยการให้ข้อมูล แสดงความคิดเห็น ให้คำแนะนำปรึกษา ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ รวมตลอดจนการควบคุมโดยตรง

จากประชาชน การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเจตนารมณ์ที่สำคัญของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 และถือเป็นสิทธิของประชาชนที่จะมีส่วนร่วมในหลาย ๆ มาตราของรัฐธรรมนูญอาทิ เช่น มาตรา 56

การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการซึ่งประชาชน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะ และเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน รวมทั้งมีการนำความคิดเห็นดังกล่าวไปประกอบการพิจารณากำหนดนโยบาย และการตัดสินใจของรัฐ การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการสื่อสารในระบบเปิด กล่าวคือ เป็นการสื่อสารสองทาง ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งประกอบไปด้วยการแบ่งสรรข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเป็นการเสริมสร้างความสามัคคีในสังคม

ระดับชั้นและเครื่องมือการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้หลายวิธี โครงการขยายผลเพื่อนำตัวชี้วัดการบริหารกิจการได้แบ่งระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนจากระดับต่ำสุดไปหาระดับสูงสุด ออกเป็น 6 ระดับ และจำนวนประชาชนที่เข้ามีส่วนร่วมในแต่ละระดับจะเป็นปฏิภาคกับระดับของการมีส่วนร่วม ถ้าระดับการมีส่วนร่วมต่ำ จำนวนประชาชนที่เข้ามีส่วนร่วมจะมาก และยิ่งระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นเพียงใด จำนวนประชาชนที่เข้ามีส่วนร่วมก็จะลดลงตามลำดับ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเรียงตามลำดับจากต่ำสุดไปหาสูงสุด ได้แก่ (1) ระดับการให้ข้อมูล (2) ระดับการเปิดรับความคิดเห็นของประชาชน (3) ระดับการปรึกษาหารือ (4) ระดับการวางแผนร่วมกัน (5) ระดับการร่วมปฏิบัติ และ (6) ระดับการควบคุมโดยประชาชน

1. ระดับการให้ข้อมูล เป็นระดับต่ำสุดและเป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดของการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้วางแผนโครงการกับประชาชน เพื่อให้ข้อมูลแก่ประชาชนเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้วางแผนโครงการ และยังเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นหรือเข้ามาเกี่ยวข้องใด ๆ เช่น การแถลงข่าว การแจกข่าว การแสดงนิทรรศการ และการทำหนังสือพิมพ์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ นั้นคือการตัดสินใจ แล้วมาแจ้งให้ทราบจะเป็นการตัดสินใจที่ไม่มีผลกระทบต่อประชาชน หรืออาจมีแต่ไม่มากนัก

2. ระดับการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน เป็นระดับขั้นที่สูงกว่าระดับแรก กล่าวคือผู้วางแผนโครงการเชิญชวนให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้น และประเด็นในการประเมินข้อดีข้อเสียชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการริเริ่มโครงการต่าง ๆ และการบรรยายให้ประชาชนฟังเกี่ยวกับโครงการต่าง ๆ และข้อความคิดเห็นจากผู้ฟัง เป็นต้น ความสำคัญคือการรับฟังตั้งแต่เริ่มตระหนักถึงปัญหา

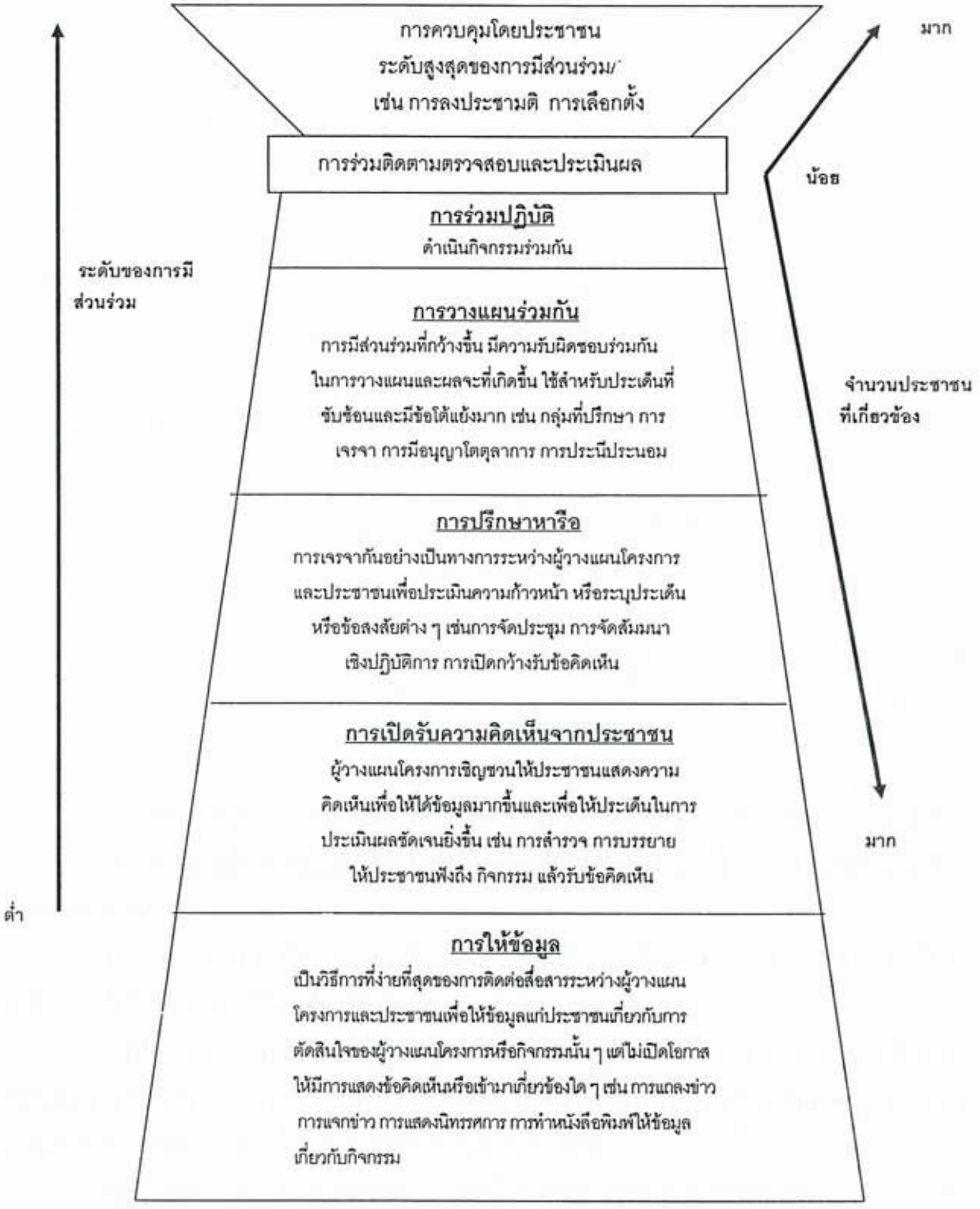
3. ระดับการปรึกษาหารือ เป็นระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนที่สูงกว่าการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน เป็นการเจรจากันอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการระหว่างผู้วางแผนโครงการและประชาชน เพื่อประเมินความก้าวหน้า หรือระบุประเด็นหรือข้อสงสัยต่าง ๆ เช่น การจัดประชุม การจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ และการเปิดกว้างรับฟังความคิดเห็น เป็นต้น

4. ระดับการวางแผนร่วมกัน เป็นระดับขั้นที่สูงกว่าการปรึกษาหารือ กล่าวคือ เป็นเรื่องการมีส่วนร่วมที่มีขอบเขตกว้างมากขึ้น มีความรับผิดชอบร่วมกัน ใช้สำหรับการพิจารณาประเด็นที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและมีข้อโต้แย้งมาก เช่น การใช้กลุ่มที่ปรึกษาซึ่งเป็นประชาชนและผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งในสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

5. ระดับการร่วมปฏิบัติ เป็นระดับขั้นที่สูงถัดไปจากระดับการวางแผนร่วมกัน คือ เป็นระดับที่ผู้รับผิดชอบโครงการกับประชาชนร่วมกันดำเนินโครงการ เป็นขั้นการนำโครงการไปปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

6. ระดับการกำกับโดยประชาชนโดยตรง เป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมโดยประชาชน เพื่อแก้ปัญหาข้อขัดแย้งที่มีอยู่ทั้งหมด เช่น การลงประชามติ ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตราที่ 24

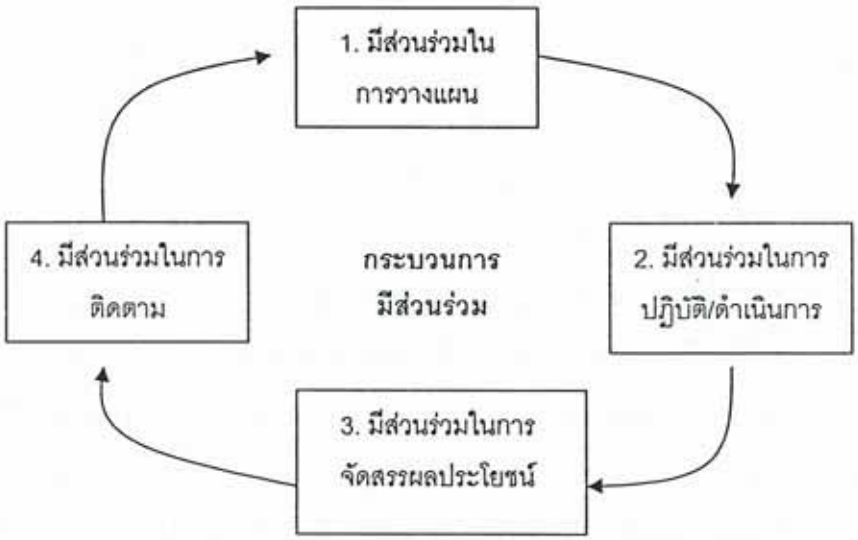
ระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชน



ที่มา : สถาบันพระปกเกล้า, 2544

ขั้นตอนของกระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชน

ถ้าพิจารณากระบวนการของการมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นพลวัต เราอาจแบ่งกระบวนการหรือขั้นตอนการมีส่วนในลักษณะเป็นกระบวนการต่อเนื่อง 4 ขั้นตอน โดยสรุปรวมระดับขั้นของการมีส่วนร่วมจากภาพที่แล้วมาเหลือขั้นตอนลดลง คือ (1) การมีส่วนร่วมในการวางแผน (2) การปฏิบัติการ (3) การจัดสรรผลประโยชน์ร่วมกัน และ (4) การติดตามประเมินผล ดังปรากฏ



1. การมีส่วนร่วมด้านการวางแผนประกอบด้วยการรับรู้ เข้าถึงข้อมูลการวางแผนและร่วมวางแผน

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ/ดำเนินการเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการในกิจกรรมต่าง ๆ และการตัดสินใจ

3. การส่วนร่วมในการจัดสรรผลประโยชน์ เป็นการมีส่วนร่วมในการจัดสรรประโยชน์ หรือผลของโครงการ หรือผลของการตัดสินใจที่จะเกิดขึ้น

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ประชาชนจะเข้ามาเกี่ยวข้องกับการคิดเกณฑ์ในการประเมินโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ด้วย ซึ่งผลของกระบวนการประเมินนี้จะกลายเป็นปัจจัยนำเข้าในกระบวนการมีส่วนร่วมขั้นที่ 1 ซึ่งเป็นขั้นตอนของการวางแผนต่อไป

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2546 : 198 -199) กล่าวถึงความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนใน 2 ลักษณะ คือ 1) การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการพัฒนาโดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มจนสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจักการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ 2) การมีส่วนร่วมในนัยทางการเมือง ซึ่งแบ่งเป็นอีก 2 ประเภท คือ การ

ส่งเสริมสิทธิ พลังอำนาจของพลเมืองโดยประชาชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการเพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มและการเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐมาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางมาเป็นส่วนภูมิภาค

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

Faence (1977 อ้างในธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์,2543 : 149) กล่าวถึง ความจำเป็นในการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า ยิ่งฐานการมีส่วนร่วมของประชาชนกว้างขวางมากขึ้นเท่าใด ก็จะทำให้อิทธิพลของประชาชนต่อการกำหนดนโยบายและแผนมีมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้ยิ่งฐานการมีส่วนร่วมมากขึ้นเท่าใด ผู้วางแผนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็จะสามารถนำเสนอความปรารถนาของสังคม ชุมชนและแผนดังกล่าวจะได้รับการสนับสนุนจากมหาชน การมีส่วนร่วมของประชาชนก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนสามารถที่จะแสดงออกซึ่งความต้องการของตน การจัดลำดับความสำคัญ การเข้าร่วมในการพัฒนาและได้รับประโยชน์จากการพัฒนานั้น โดยเน้นการให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ประชาชนในชนบทและเป็นกระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อประชาชนเอง โดยให้ประชาชนได้มีส่วนในการตัดสินใจเพื่อตนเอง ทั้งนี้โดยมิใช่การกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก ตามนิยามที่กล่าวถึงนี้ การมีส่วนร่วมทางของประชาชนในฐานะสมาชิกของสังคม ไม่ว่าจะในบริบทของการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจการเมืองหรือวัฒนธรรม ย่อมเป็นสิ่งที่แสดงออกให้เห็นถึงพัฒนาการรับรู้ และภูมิปัญญาในการกำหนดชีวิตของตนอย่างเป็นตัวของตนเอง ในการจัดการควบคุมการใช้ และการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตทางเศรษฐกิจและสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรี

ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และคณะ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติที่เป็นเลิศของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติที่เป็นเลิศของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากด้านองค์กรที่ให้บริการปัจจัยด้านผู้ป่วยและครอบครัว ยังมีปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานคือการที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นระบบโดยร่วมศึกษา ค้นคว้า หาปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล ไม่ใช่แต่เรื่องของการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงการเปิดโอกาสให้ชุมชนซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยเบาหวานเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มการศึกษา ค้นหาปัญหาจะทำให้มีการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้ตรงจุดและมีเป้าหมายที่แน่นอนในการวางแผนจัดกิจกรรมในการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหา อีกทั้งการให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินกิจกรรมในชุมชนจะเป็นการสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้กับชุมชน ทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและสามารถดำเนินการเองได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน

Arnstein (1971 อ้างใน อุทัยวรรณ กาญจนกามล , 21-25) ได้อธิบายถึงพิสัยและระดับการมีส่วนร่วมให้เข้าใจได้อย่างชัดเจนดังที่ปรากฏในแผนภาพ โดยจัดระดับการมีส่วนร่วมไว้ 3 ระดับ รวม 8 ขั้นกล่าวคือ

• ระดับที่ 1 ในระดับแรกของการมีส่วนร่วม ขั้นที่ 1 ประชาชนถูกจัดแจง (manipulation) ให้ร่วมมือกับโครงการพัฒนาสุขภาพของรัฐตามความประสงค์ที่ทางราชการร้องขอ หรือทำตามใบสั่ง มีการสั่งการลงมาจากหน่วยงานราชการระดับสูง สู่ระดับล่างให้ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือ เช่น เกณฑ์แรงงาน ให้ร่วมบริจาค การเรี่ยไร หรือจัดตั้งกลุ่มเพื่อให้ช่วยปฏิบัติการทางจิตวิทยามวลชน ขั้นที่ 2 ประชาชนได้รับการเยียวยา (therapy) โดยให้ประชาชนเข้าไปเกี่ยวข้องเฉพาะในกลุ่มกิจกรรมสุขศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์จะควบคุมหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง เช่น เข้ารับการอบรมบ้าง หรือมีการสอนสุขศึกษาเพื่อให้ประชาชนทำตาม ตั้งกฎหรือสุขบัญญัติโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมชุมชนและเศรษฐกิจสังคมของท้องถิ่นที่มีธรรมชาติแตกต่างกัน จัดว่าเป็น "การเยียวยา" แบบหนึ่ง บันได 2 ขั้นในระดับแรกนี้ แท้จริงแล้วถือว่าไม่ได้ให้โอกาสแก่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมแต่อย่างใด(Non-Participation)

• ระดับที่ 2 เรียกว่า การมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี (Degree of Tokenism) เริ่มตั้งแต่ ขั้นที่ 3 คือ การให้ข้อมูลข่าวสาร (informing) หรือการประชาสัมพันธ์โครงการ (advertising) ขั้นที่ 4 ประชาชนอยู่ในฐานะผู้ให้คำปรึกษาโครงการ และให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ (consulting) และขั้นที่ 5 รัฐเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนบางคนเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในเชิงปรึกษาหารือ แต่ไม่ให้อำนาจในการตัดสินใจ อาร์นสไตน์ อธิบายระดับการมีส่วนร่วมแบบนี้ว่าเป็นการมีส่วนร่วมแบบพระอันดับ (placation) หรือแบบฉาบฉวย

• ระดับที่ 3 ถือว่าประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Degree of Real Citizen Power) เริ่มตั้งแต่ขั้นที่ 6 ประชาชนมีโอกาสได้เข้าเป็นภาคี (partnership) ในการดำเนินงานร่วมกับรัฐ หรือได้เป็นหุ้นส่วน มีโอกาสได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำงานร่วมกัน โดยทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐต่างก็เคารพในความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ตั้งแต่ระยะกำหนดหาปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การออกแบบทางเลือกในการพัฒนาให้กับชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถพัฒนาหรือแก้ปัญหาของพวกเขาเองได้ หรือแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนของตนเองในแต่ละท้องถิ่นซึ่งแตกต่างกัน ขั้นที่ 7 เป็นการมอบอำนาจให้ไปดำเนินการ (delegate) ตามโครงการที่มีพันธะสัญญาร่วมกัน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ของรัฐมั่นใจในความสามารถของประชาชนว่ามีความพร้อมที่จะดำเนินการเป็นอย่างดี และในขั้นที่ 8 มีการเปิดโอกาสให้เข้าไปร่วมควบคุมดูแล (citizen control) ในฐานะผู้ตรวจสอบ ผู้ร่วมกำหนดนโยบายการดำเนินงานของรัฐในโครงการพัฒนาสุขภาพด้วยว่าสอดคล้องกับนโยบายสาธารณะที่กำหนดไว้แต่แรกหรือไม่ ตรวจสอบความโปร่งใสของการดำเนินงานและดูแลในเรื่องความมีประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของโครงการร่วมกัน การให้โอกาสดังกล่าวถือว่าประชาชนมีพลังสามารถเข้าไปควบคุมดูแลโครงการพัฒนาสุขภาพอย่างจริงจัง

และถือเป็นการมีส่วนร่วมแบบอุดมคติ ซึ่งบทบาทประชาสังคมให้การพัฒนาชุมชนท้องถิ่นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก คือ การเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงใน 3 ขั้นสุดท้ายดังกล่าว

ระดับการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Degree of Citizen Power)	ประชาชนควบคุม (Citizen Control)	ประชาชนสามารถควบคุมโครงการพัฒนาสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์
	ได้รับมอบอำนาจ (Delegate Power)	ประชนชนมีอำนาจตัดสินใจในโครงการเป็นส่วนใหญ่
	ได้เข้าร่วมเป็นภาคีกับรัฐ (Partnership)	ประชาชนอยู่ในฐานะหุ้นส่วนและมีส่วนได้เสีย ประชาชนได้ร่วมคิด ร่วมกำหนดนโยบาย ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำงาน
ระดับการมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี (Degree of Tokenism)	เป็นตัวแทนแบบไม้ประดับ (Placation)	ผู้นำชุมชนบางคนถูกดึงเข้าร่วมโครงการในฐานะเป็นตัวแทนแต่เพียงในนาม ไม่มีส่วนร่วมวางแผน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ
	เป็นผู้ให้คำปรึกษา (Consultation)	รัฐสอบถามความคิดเห็นจากประชาชนเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ดำเนินโครงการ แต่ไม่ให้ร่วมรับผิดชอบ
	ได้ข่าวสาร (Informing)	ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ให้ปฏิบัติตามโครงการ
ระดับการไม่มีส่วนร่วม (Degree of Non-Participation)	ได้รับการเยียวยา (Therapy)	มีการเข้าถึงและสื่อสารทางเดียวเพื่อให้เปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล อาทิ การให้สุขศึกษาเป็นกลุ่ม
	ประชาชนถูกเชิด ถูกจัดแจง (Manipulation)	ประชาชนถูกเกณฑ์แรงงาน ถูกจัดตั้ง ถูกเรี่ยไร ถูกขอร้องให้ทำตามคำสั่งจากผู้มีอำนาจหรือขอความร่วมมือ

ตารางแสดงบันได 8 ขั้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน
(ดัดแปลงจาก Arnstein , 1971 อ้างใน อุทัยวรรณ กาญจนกามล, 2541)

ด้วยเหตุนี้เอง หากรัฐจัดความสัมพันธ์เสียใหม่ โดยการปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้อุปถัมภ์ ผู้ดำเนินการในฐานะผู้เชี่ยวชาญ เปลี่ยนไปเป็นผู้กระตุ้น จุดประกายหรือสนับสนุนให้องค์กรชุมชนสามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนของตนเองอย่างแข็งขัน เอื้ออำนวยให้มีการสร้างเครือข่ายในการทำงานร่วมกันระหว่างองค์การบริหารท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรประชาชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการศึกษาโดยคิดและทำด้วยกันกับอีกหลายภาคีที่มีส่วนรับผิดชอบในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ก็จะทำให้ชุมชนมีความตระหนักรู้ถึงปัญหาและความเป็นจริงดังกล่าว และในเวลา

ต่อมาก็จะเปลี่ยนไปเป็นกิจกรรมทางสังคมและการเมืองร่วมกันที่เอื้ออำนวยให้ผู้คนในชุมชนมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ในที่สุด วิธีการดังกล่าวเป็นการเพิ่มอำนาจ (empowerment) อย่างที่มีให้เห็นเป็นการเรียกร้องให้มีปฏิบัติการทางสังคม ได้แก่ กฎบัตรว่าด้วยการกำหนดกลยุทธ์และดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ออตตาวา

จากแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วม โดยเริ่มตั้งแต่ การรับรู้ถึงสภาพปัญหา การร่วมคิด ร่วมวางแผนเสนอแนวทางการแก้ปัญหา ร่วมปฏิบัติการแก้ปัญหาของชุมชน ร่วมติดตามประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ ซึ่งลักษณะของการมีส่วนร่วมขึ้นอยู่กับแรงจูงใจและองค์ประกอบทางสังคมอื่นๆ ส่วนประโยชน์ของการมีส่วนร่วมเป็นการเสริมสร้างความผูกพัน ความสามัคคี ทำให้ประชาชนรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของโครงการ พัฒนาความคิด ให้ความร่วมมือมากขึ้นและรู้สึกเป็นหุ้นส่วนต่อกิจกรรมหรือโครงการนั้นๆ

การทำงานพัฒนาชุมชน ของกรมการพัฒนาชุมชน

ในปัจจุบันการทำงานพัฒนาชุมชน ของกรมการพัฒนาชุมชน มีแนวคิดพื้นฐานที่ว่า "คนในชุมชนย่อมรู้ปัญหาของชุมชนดีที่สุด และปัญหาบ้านใคร คนบ้านนั้นต้องแก้" ดังนั้นการแก้ไขปัญหาชุมชนจึงต้องใช้กระบวนการเรียนรู้ การพัฒนาตนเองตามระบบมาตรฐานชุมชน (มชช.) ไปใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาความสามารถของผู้นำของชุมชน กลุ่ม/องค์กรชุมชน เครือข่ายองค์กรชุมชน และชุมชน เพื่อแก้ปัญหาในชุมชนอย่างยั่งยืน มีการเรียนรู้ตนเอง กำหนดทิศทางและแผนพัฒนาตนเองในเชิงรุก มีการประสานภาคีการพัฒนาทั้งภายในและนอกชุมชน เพื่อสนับสนุนในส่วนที่เกินขีดความสามารถของชุมชน ด้วยการผนึกพลังของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนทัศนคติแนวคิดและวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชนให้เป็นวิถีชีวิตพอเพียง ซึ่งจะทำให้คนในชุมชนมีชีวิตร่วมกันอย่าง "อยู่เย็นเป็นสุข"

ระบบมาตรฐานงานชุมชน (มมช.) เป็นเครื่องมือสร้างกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาตนเองไปสู่ความเข้มแข็งที่ยั่งยืน สามารถขับเคลื่อนพลังชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน เป็นการพัฒนาที่แข่งขันกับตัวเอง เพื่อไปสู่สิ่งดี ๆ บนพื้นฐานของการพึ่งตนเอง เปิดให้สมาชิกมีส่วนร่วมโดยการเรียนรู้ตนเอง กำหนดเป้าหมาย ทิศทางการพัฒนาอย่างครอบคลุมในทุกมิติของการพัฒนาและกำหนดเกณฑ์ประเมินความสำเร็จได้ด้วยตนเอง โดยมีหน่วยงานภาคีการพัฒนาเป็นผู้สนับสนุน

ประโยชน์ที่ได้รับจากระบบมาตรฐานงานชุมชน

ความสำเร็จดังกล่าวของชุมชนจะผ่านกระบวนการพัฒนาผู้นำชุมชน ให้มีภาวะผู้นำและสมรรถนะการบริหารจัดการที่เน้นกระบวนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผน และแก้ไขปัญหา จะนำไปสู่การฝึกพลังเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนได้ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน การที่ชุมชนมีความเข้มแข็งจะสามารถวางแผน แก้ไขปัญหาความยากจน รวมทั้งปัญหาอื่น ๆ อาทิเช่น ปัญหายาเสพติด

ประโยชน์ที่ได้รับจากระบบมาตรฐานงานชุมชน คือทำให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของชุมชนในมิติตามผลงานและมิติอื่น ๆ อย่างมีทิศทางมีช่องทางสะท้อนปัญหาความต้องการ สามารถบริหารจัดการชุมชนโดยใช้ทุนทางสังคมของชุมชน และประสานการสนับสนุนจากภาคีการพัฒนาอย่างเหมาะสม นำไปสู่ความเข้มแข็งพึ่งตนเองได้ ดังนั้นการดูแลบริหารจัดการสุขภาพของคนในชุมชนก็น่าจะอยู่ในวิสัยที่ชุมชนทำได้

มาตรฐานงานชุมชนมี 4 ประเภท

1) มาตรฐานผู้นำชุมชน มี 3 ด้าน 15 องค์ประกอบ
2) มาตรฐานกลุ่ม/องค์กรชุมชน มี 4 ด้าน 14 องค์ประกอบ
3) มาตรฐานเครือข่ายองค์กรชุมชน มี 4 ด้าน 17 องค์ประกอบ
4) มาตรฐานชุมชน มี 7 ด้าน 21 องค์ประกอบ

ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละมาตรฐานดังต่อไปนี้

1. มาตรฐานผู้นำ

1.1 ด้านบริหารตนเอง

1) บุคลิกภาพดี
2) ความรู้ความสามารถ
3) คุณธรรม ศีลธรรมและเครือข่าย
4) วินัยในตนเอง

1.2 ด้านบริหารสังคม

1) มีมนุษยสัมพันธ์
2) ความเป็นประชาธิปไตย
3) การประสานงานที่ดี
4) การเป็นที่ปรึกษาที่ดี

1.3 ด้านการบริหารงาน

1) การวางแผน
2) การแก้ไขปัญหาและตัดสินใจ
3) การบริหารงบประมาณ/การเงิน/การบัญชี
4) การควบคุมและประเมินผล
5) การพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง
6) การสร้างและพัฒนาทีมงาน
7) ความรับผิดชอบต่องาน

2. มาตรฐานกลุ่มหรือองค์กรชุมชน

2.1 ด้านโครงสร้างและกระบวนการทำงาน

1) พัฒนาคณะกรรมการ

2) ระเบียบข้อตกลง

3) สมาชิก

4) สถานที่ทำงานกลุ่ม

5) กระบวนการทำงาน

2.2 ด้านประโยชน์ต่อสมาชิกและชุมชน

1) การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสมาชิก

2) การแบ่งปันผลประโยชน์ต่อสมาชิก

3) การจัดการต่อสมาชิกและชุมชน

2.3 ด้านการบริหารเงินทุนและทรัพยากร

1) การจัดหาเงินทุนและทรัพยากร

2) การจัดการและใช้ประโยชน์จากเงินทุน

3) การควบคุมการใช้ประโยชน์จากเงินทุน

2.4 ด้านการพัฒนาขีดความสามารถขององค์กร

1) การพัฒนาการเรียนรู้

2) การพัฒนาทุนสังคม

3) การเชื่อมโยงกับกลุ่ม/องค์กรอื่น

3. มาตรฐานเครือข่ายองค์กรชุมชน

3.1 ด้านโครงสร้างและกระบวนการทำงาน

1) มีองค์กรสมาชิก

2) คณะกรรมการ/แกนนำ

3) การบริหารจัดการ

3.2 ด้านผลประโยชน์ต่อสมาชิก/ชุมชน

1) การจัดสรรผลประโยชน์

2) การแลกเปลี่ยนปัจจัยการผลิต

3) การมีพลังต่อรอง

4) การเกื้อหนุนประโยชน์ต่อชุมชน

5) การจัดสวัสดิการต่อสมาชิก

3.3 ด้านบริหารงบประมาณและทรัพยากร

1) โปร่งใสตรวจสอบได้

2) ความมีวินัยทางการบริหารเงินทุน

3) ความมีประสิทธิภาพในการบริหารเงินทุน

4) การบริหารภูมิปัญญา/ฐานความรู้

5) การบริหารทรัพยากรบุคคล

3.4 ด้านการพัฒนาขีดความสามารถของเครือข่าย

1) การพัฒนาการเรียนรู้

2) การนำความรู้สู่นโยบายสาธารณะ

3) การขยายเครือข่าย

4) การเชื่อมโยงการทำงานเครือข่าย

4. มาตรฐานชุมชน 7 ด้าน

4.1 ด้านความมั่นคงปลอดภัย

1) การป้องกันรักษา ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน

2) การป้องกันภัยธรรมชาติ

4.2 ด้านเศรษฐกิจชุมชน

1) ครัวเรือน พึ่งตนเองได้

2) การประกอบอาชีพที่ตอบสนองความต้องการชุมชน

3) การส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนตามความเหมาะสมของชุมชน

4.3 ด้านการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมในชุมชน

1) การบริหารทรัพยากรธรรมชาติอย่างเหมาะสม

2) การเสริมสร้างสภาพแวดล้อมชุมชนที่ดี

3) ระบบโครงสร้างพื้นฐานเพียงพอต่อความต้องการ

4.4 ด้านสุขภาพอนามัย

1) ระบบโครงสร้างพื้นฐาน หรือสุขภาพจากแผนพัฒนาของชุมชน

2) การจัดหาหรือปรึกษาสุขภาพ

3) การป้องกันโรคประจำวัน

4) ความสามารถในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง

4.5 ด้านศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี

1) การนับถือศาสนาเป็นที่ยึด

2) การมีวิถีชีวิตแบ่งปันเอื้ออาทร

3) การอนุรักษ์วัฒนธรรม

4.6 ด้านการพัฒนาคนในชุมชน

1) การจัดการความรู้ของชุมชน

2) การพัฒนาผู้นำ/สมาชิก

4.7 ด้านการบริหารจัดการชุมชน

1) ระบบฐานข้อมูลในชุมชน

2) การจัดทำแผนชุมชน

3) การจัดสวัสดิการภายในชุมชน

4) การเสริมสร้างการเมือง การปกครองตามระบอบประชาธิปไตย

กรอบแนวคิดการทำงานชุมชนตามแนวคิด Meredith Minkler

กรอบแนวคิดการทำงานชุมชนตามแนวคิด Meredith Minkler (1997 อ้างใน ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ , 2548 : 21-25) กล่าวไว้ว่า

1. การทำงานชุมชน แบบสงเคราะห์ หรือ อุปถัมภ์ จากผู้เชี่ยวชาญหรือภาครัฐ

1.1 การทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน เป็นการทำงานบนความเชื่อและหลักการที่ว่าภาครัฐมีหน้าที่ลงไปดูแลให้ความช่วยเหลือชุมชนในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ชุมชนมีระดับความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ดังนั้นกิจกรรมส่วนใหญ่จึงเป็นไปในการให้ความช่วยเหลือเรื่องการเงิน อาชีพ และที่อยู่อาศัย

1.2 การทำงานพัฒนาชุมชนแบบเพิ่มศักยภาพของชุมชน เป็นการทำงานที่เชื่อว่าถ้าชุมชนมีความสามารถมากขึ้นจะทำให้คนในชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาตนเองได้ ดังนั้นกิจกรรมที่ต้องทำคือ การอบรมให้คนในชุมชนเกิดการเรียนรู้ตามหลักสูตรที่ผู้เชี่ยวชาญหรือภาครัฐจัดทำขึ้น กิจกรรมการอบรมมีทั้งที่เป็นการบรรยายความรู้ และที่เป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

2. การทำงานชุมชนแบบการเคลื่อนทางสังคมและการระเบิดศักยภาพภายในของบุคคลและชุมชน

2.1 การทำงานชุมชนแบบการค้นหาทุนทางสังคมและทุนมนุษย์ เนื่องจากการทำงานรูปแบบนี้มีความเชื่อมั่นในศักยภาพและธรรมชาติของมนุษย์และสังคม เป้าหมายการทำงานที่เน้นความเท่าเทียมกันแบบหุ้นส่วน มีการค้นหากลุ่มบุคคลที่มีภูมิปัญญา มีความสนใจ หรือแนวโน้มที่จะเป็นหุ้นส่วนทางความคิดหรือการจัดการได้ซึ่งโดยปกติคนเหล่านี้อาจเป็นบุคคลที่มีความคิด มีกิจกรรมที่เกิดประโยชน์อยู่แล้วในระดับหนึ่ง การทำงานของภาครัฐอาจทำให้เกิดผลกระทบทั้งในด้านบวกและด้านลบต่อคนกลุ่มนี้ได้ ดังนั้นการทำงานชุมชนรูปแบบนี้จึงจำเป็นต้องมีการพูดคุย แลกเปลี่ยนมุมมอง จนเกิดเป็นเป้าหมายเดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน และร่วมกันในการสร้างกระแส สร้างกฎกติกาใหม่ในการสร้างสรรค์ชุมชน

2.2 การทำงานชุมชนแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ ขับเคลื่อน เป็นการทำงานชุมชนที่ถอดบทเรียนจากการทำงานรูปแบบต่าง ๆ และเกิดข้อคิดที่ว่า การทำงานที่หวังผลให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนได้จำเป็นต้องลงทุนในการพัฒนาคนในชุมชนให้เกิดความสามารถในการเป็นผู้นำในเรื่องต่าง ๆ และ

มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้จักสังคมของตน รู้จักคิด กระตุ้น รวมกลุ่ม หรือจัดการกับคนในกลุ่มให้เกิดการทำงานพัฒนาชุมชนร่วมกันได้โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความมั่นคงในชีวิต ทรัพย์สิน สุขภาพ และคุณภาพชีวิตโดยรวม

ลักษณะชุมชนจำแนกตามรูปแบบการทำงาน

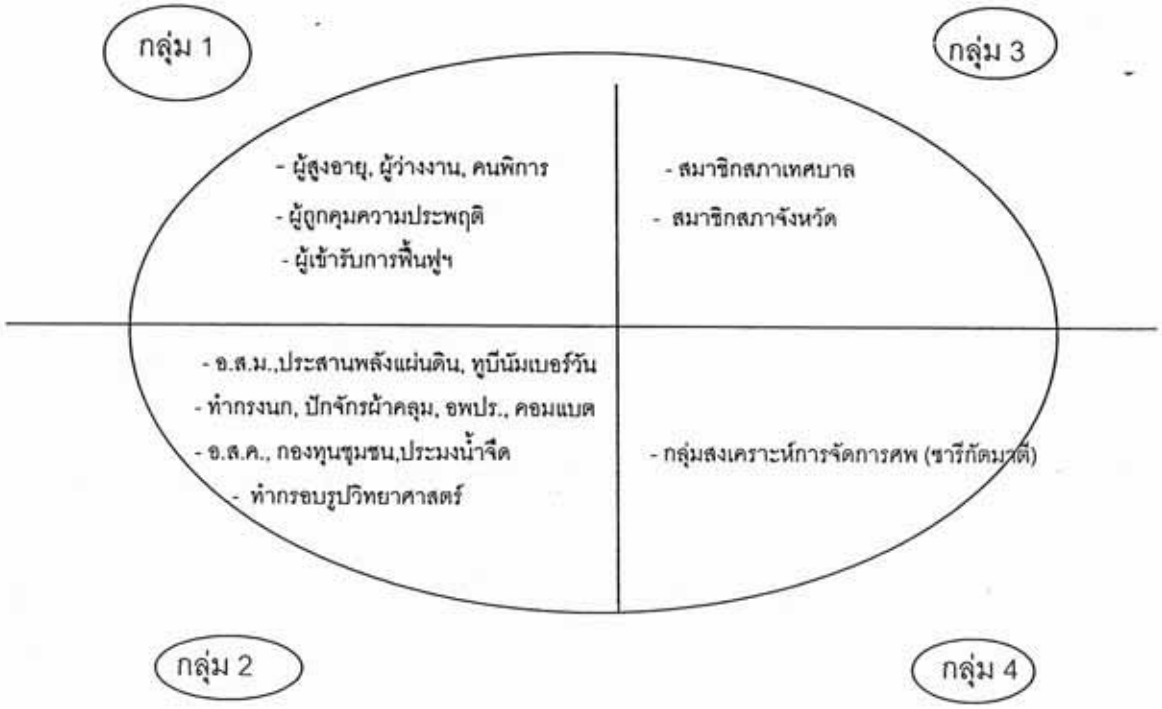
ใช้ความสามารถและขุมพลังของชุมชน

พัฒนาภาวะผู้นำและพัฒนาสำนึกสาธารณะ

(Meredith Minkler, 1997)

การพัฒนาชุมชนทั้งสองประเภทข้างต้นได้ถูกสรุปเป็นกรอบแนวคิดทางวิชาการโดย Meredith Minkler (1997) และการทำงานในชุมชน จะพบกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ทั้งสี่กลุ่มในทุกชุมชน แตกต่างกันที่จำนวนมากน้อยของแต่ละกลุ่ม และการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในชุมชนส่วนร่วมที่มีความเสมอภาค เข้าถึงที่อาจแตกต่างกัน

ตัวอย่างการวิเคราะห์กลุ่มในชุมชนมุสลิมสัมพันธ์



การต่อยอดชุมชนที่พบ ให้เป็นชุมชนเข้มแข็ง มีความจำเป็นต้องประเมินระดับความเข้มแข็งของชุมชน โดยใช้เกณฑ์วัดความเข้มแข็งของชุมชนของนักวิชาการระดับประเทศและสากล กำหนดไว้และพอจะทำเป็นตัวชี้วัดร่วมดังนี้

1. การมีการรวมกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน
2. การมีส่วนร่วมระดับร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ
3. การมีประสบการณ์ ความสำเร็จที่ภูมิใจ ใช้เป็นตัวอย่างให้ชุมชนอื่นได้
4. การมีทักษะการเรียนรู้ และถอดบทเรียนได้เอง ทักษะการเรียนรู้ ในที่นี้หมายถึง การสื่อสารโดยใช้สื่อ ใช้การประชุม แลกเปลี่ยนมุมมอง การตัดสินใจโดยใช้ข้อมูล การใช้ทรัพยากรที่ชุมชนมีอยู่ เช่น ทุนมนุษย์ ทุนสังคม ทุนวัฒนธรรม และทุนสิ่งแวดล้อม
5. มีวัฒนธรรมเอื้ออาทร สามัคคี รู้จักผู้ด้อยโอกาสในชุมชน มีการค้นหา พัฒนา รับฟังและให้โอกาสผู้ด้อยโอกาสในการตัดสินใจ
6. มีทุนการเงิน มีอาชีพที่ทำให้คนในชุมชนส่วนใหญ่พึ่งตนเองได้ การมีทักษะด้านจัดการ

แนวคิดทุนทางสังคม

ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม (2541: 8) กล่าวว่าทุนทางสังคมอาจเป็นนามธรรมซึ่งหมายถึงความเข้มแข็งของชุมชน ท้องถิ่น ความสามัคคีรวมพลัง การมีองค์กร มีหน่วยที่จะจัดการ จัดระบบต่างๆในชุมชน มีศิลปวัฒนธรรม มีจุดรวมใจ มีศีลธรรม มีความสมัครสมานรักใคร่กลมเกลียว เหล่านี้เรียกว่าเป็นทุนทางสังคม ซึ่งจะเป็นพื้นฐานให้ท้องถิ่นและชุมชนมีการพัฒนาที่เข้มแข็งจริงจังและยั่งยืน ทุนทางสังคมจึงเปรียบเสมือนจิตวิญญาณของสังคม ซึ่งจิตวิญญาณมีคุณค่าและเป็นพลังสำคัญให้แก่บุคคลฉันใด ทุนทางสังคมก็มีคุณค่าและเป็นพลังสำคัญให้แก่ชุมชนและสังคมฉันนั้น

อเนก นาคะบุตร (2541: 19) กล่าวว่าทุนทางสังคมหรือความเข้มแข็งของชุมชนมิใช่เรื่องใหม่ที่เพิ่งจะเกิดขึ้นในประเทศไทย หากแต่เป็นคุณค่าเดิมที่สังคมไทยมีอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นการมีน้ำใจต่อกัน การแบ่งปันซึ่งกันและกัน ความเอื้ออาทรที่มีต่อกัน การเกาะเกี่ยวกันทางสังคม การรวมกลุ่มเป็นองค์กร หรือการจัดตั้งเป็นเครือข่ายต่างๆ เช่น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มเกษตรผสมผสาน เครือข่ายโรงสีชุมชน เป็นต้น ทุนทางสังคมดังกล่าวนี้คือพลังสำคัญที่จะขับเคลื่อนให้ชุมชนต่างๆมีความสามารถในการเพิ่มทุนทางสังคมให้กับชุมชนตนเองมากขึ้นมีความเท่าทันต่อปัญหา และมีความสามารถในการจัดการปัญหาได้มากขึ้นและท้ายสุดสามารถพึ่งตนเองได้จริงในระยะยาว

แนวคิดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion)

ประเทศแคนาดาเป็นผู้ริเริ่มบุกเบิกตั้งกรอบแนวคิด กลยุทธ์ และปฏิบัติการ ในงานส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ โดยเน้นมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม จน WHO ยอมรับแนวคิดและได้ร่วมกันจัดการประชุมนานาชาติครั้งแรกขึ้นระหว่างวันที่ 17-21 พ.ย. 2529 ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจาก 38 ประเทศ (212 คน) และที่ประชุมนี้ได้ประกาศ "กฎบัตรออตตาวา"(The OTTAWA Charter) โดยกฎบัตรออตตาวาบัญญัติว่า การส่งเสริมสุขภาพหมายถึง "กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม กฎบัตรออตตาวาได้จำแนกกลวิธีในการส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 5 ประการ คือ

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Health Public Policy) : เป็นการนำเรื่องสุขภาพเข้า
2. ไปอยู่ในวาระของผู้กำหนดนโยบายในทุกภาค และทุกระดับ เช่น นโยบายปลอดบุหรี่
3. สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ (Create Supportive Environment for Health) : เป็นการดูแลของเสียต่าง ๆ เพื่อไม่ก่อให้เกิด Pollution ต่อสิ่งแวดล้อม
4. สร้างความเข้มแข็งให้แก่ปฏิบัติการชุมชน (Strengthen Community Action) : การเพิ่มอำนาจ (Empowerment) ให้ชุมชน ให้มีความเป็นเจ้าของ และควบคุมกิจกรรมของชุมชนเอง
5. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skill) : การให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษา และการ
6. เสริมทักษะชีวิตให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพตัวเองตามศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ เช่น ทักษะ

7. การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายให้เหมาะกับภาวะโรคของตนเอง
8. ปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (Reorient Health Services) : ที่ผ่านมาบริการสุขภาพจะเป็น
9. Disease Approach ซึ่งจะต้องปรับเปลี่ยนเป็น Good Health Approach เป็นระบบบริการแบบเชิงรุก โดยทุกฝ่ายต้องทำงานร่วมกัน เช่น จัดบริการ Fitness Center หรือบริการสุขภาพต่าง ๆที่จัดให้เจ้าหน้าที่ เป็นต้น

ประกาศจาการ์ตา

นอกเหนือไปจาก Ottawa Strategy แล้วมีการเพิ่มในเรื่อง เพิ่มความเข้มแข็งของเครือข่ายโดยระดมหุ้นส่วนทางสุขภาพให้มากขึ้นและเข้มแข็งขึ้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในสังคมทั้งที่เป็นภาครัฐและเอกชนส่งเสริมการลงทุนเพื่อสุขภาพ

1. เพิ่มการทำงานโดยและร่วมกับประชาชน ไม่ใช่ประชาชนเป็นผู้ถูกกระทำ หรือผู้ตาม
2. สร้างระบบเพื่อเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น กองทุนสุขภาพดี
3. เน้นคุณค่าของการเรียนรู้และประสิทธิผลของการมีส่วนร่วม

ดังนั้น จึงเกิดเป็นประกาศจาการ์ตา มาให้เราพิจารณานำใช้ในการทำงานในชุมชน

ขอบข่ายการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

ขอบข่ายการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มี 15 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. Health at the Workplace : ทำให้โรงพยาบาลมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เช่น มีการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ประจำปี
2. Healthy Environment : สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ
3. Healthy Food in the Hospital : ให้โรงพยาบาลมีการจัดหรือจำหน่ายอาหารส่งเสริมสุขภาพ อาหารเส้นใย อาหารปลอดสารพิษ มีบริการให้หรือเป็นตัวอย่างที่ดีให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ นำไปเป็นแบบอย่าง เช่น การจัดให้มีข้าวกล้องอยู่ในเมนูอาหารของ โรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยได้เลือก
4. Improving Links to Community/Community Based Approach: โรงพยาบาลมีการจัดระบบบริการแบบผสมผสานเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยทั้งต่อการเจ็บป่วยและเมื่อกลับสู่สังคม และต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนที่อยู่ในเขตความดูแล
5. Health Promotion : จัดระบบบริการผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้รับบริการทุกวัน ทุกสถานภาพ ทุกกลุ่มเป้าหมาย
6. Patient Well-Being : จัดระบบบริการในรูปธรรมส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วย/ผู้รับบริการให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองในอนาคต มีคุณภาพชีวิตที่ดี และอยู่ได้อย่างมีความสุขในสังคม ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ที่ไหน ที่นั่นจะต้องมีกระบวนการทำให้เกิดภาวะ Pt. Well-Being
7. Health Promotion Hospital Policy/Mission Statement : มีการประกาศนโยบายและพันธกิจที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ HPH ต้องบรรจุอยู่ใน Mission ของโรงพยาบาล ไม่ใช่อยู่ที่

หน่วยใดหน่วยหนึ่งของโรงพยาบาลหรือคณะกรรมการ ซึ่งการดำเนินงาน HPH เป็นนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุข แต่สำหรับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จะต้องสร้างและกำหนด Mission/Vision ขึ้นมาให้ได้ ในการที่จะเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเอง

8. Empowering and Enabling : ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเข้าไปทำการศึกษาชุมชน สร้างความสัมพันธ์กับชุมชนเพื่อให้การวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพร่วมกัน
9. Continuous Quality Improvement : โรงพยาบาลต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องซึ่งก็คือ HA นั่นเอง Interface Between OPD & IPD : จัดระบบเชื่อมต่อระบบบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
10. Training of DM : อบรมความรู้และทักษะการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานแก่เจ้าหน้าที่ในการโน้มน้าวผู้ป่วยให้เขาสามารถดูแลตนเองได้ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
11. Patient Oriented : พัฒนาทีมบุคลากรให้มีการทำงานแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งก็คือ Patient Focus ใน HA นั่นเอง
12. Reorganization of a Ward : จัดบริเวณตึกผู้ป่วยให้เอื้อหรือส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เช่น จัดให้มีมุมสำหรับคนไข้มาพบปะสังสรรค์ พูดคุยกัน
13. Innovation Oriented : จัดรูปแบบ/ระบบบริการให้มีการนำนวตกรรมใหม่ ๆ มาใช้ ไม่ให้เกิดความซ้ำซากจำเจ เช่น จังหวัดชลบุรีมีขยะจำนวนมาก ชาวบ้านไม่สนใจจะเอาออกมาทิ้งโรงพยาบาลชลบุรี จึงคิดที่จะช่วยกำจัดขยะโดยจัดทำโครงการขยะแลกไข่ขึ้นมา ชาวบ้านก็สนใจเอาขยะมาแลกไข่ ขยะก็ลดลง ชุมชนน่าอยู่ขึ้น ซึ่งเป็นความคิดใหม่ ๆ ในการลดปริมาณขยะ
14. Supporting Patients by Volunteer Services : ส่งเสริมให้มีอาสาสมัครในชุมชน (เครือข่าย) มาร่วมในกิจกรรม หรือบริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาล จะได้ช่วย Promote ว่า โรงพยาบาลมีบริการส่งเสริมสุขภาพอะไรบ้าง และอย่างน้อยตัวของอาสาสมัครเองก็จะมีทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เพราะอยู่ใกล้ชิดเจ้าหน้าที่ เช่น โรงพยาบาลขอนแก่นจะมีชมรมดอกคูณ ซึ่งสมาชิกจะเป็นผู้สูงอายุ (หญิง) มาช่วยป้อนข้าวให้ผู้ป่วย และคอยต้อนรับผู้ป่วยให้ โรงพยาบาล อาสาสมัครเหล่านี้จะทำประโยชน์ให้โรงพยาบาลได้มาก และยังช่วยเชื่อมโยงโรงพยาบาลกับชุมชนได้อีก หรืออาสาสมัครที่เป็นเด็กนักเรียนมาช่วยป้อนข้าวให้กับผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ก็จะทำให้เด็กนักเรียน
15. เหล่านี้เกิดการเรียนรู้ด้วยตัวเองว่าถ้าปฏิบัติอย่างนี้ ก็จะมีโอกาสเป็นแบบเดียวกับผู้ป่วยที่เขาดูแลอยู่ และยังช่วยนำข้อมูลเหล่านี้ไปเผยแพร่ให้เพื่อน ครอบครัว/บุคคลใกล้ชิดอีกด้วย

(ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ ,2544: 21-23)

การพัฒนาโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพของสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 เรื่อยมาจนถึงปี 2545 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสาธารณสุข จึงได้สรุปบทเรียนจากโครงการทดลองนำร่องที่ได้ดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 26 แห่ง คัดเลือกโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่มีผลการพัฒนาดีเด่น จำนวน 8 แห่ง ระบุปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยเอื้อให้เกิดความสำเร็จ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ :4-6)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success Factors) ดังนี้

1. การให้ความสนับสนุนของผู้นำ
2. โครงสร้างองค์กรที่มีการผสมผสานระหว่างการพัฒนาโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพ (HA) และโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ (HPH)
3. การทำงานที่เป็นระบบ โดยเฉพาะระบบคุณภาพ PDCA
4. การทำงานที่มีการวางกรอบแนวคิดที่ชัดเจนและเข้าใจตรงกันของเจ้าหน้าที่ทุกคน
5. ระบบข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและมีการทบทวนประมวลผลข้อมูลเป็นระยะ ๆ ตามตัวชี้วัดสุขภาพทางบวก (Positive Health Indicator) และตัวชี้วัดปัญหาทางสุขภาพ (Negative Health Indicator)
6. การทำงานเป็นเครือข่ายกับประชาชน องค์กรต่าง ๆ
7. การสร้างเครื่องมือในการทำงาน ในการสร้างความเข้าใจ ในการกระตุ้นความสนใจ และในการตรวจสอบการทำงาน เช่น จดหมายข่าว แผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
8. การทำงานที่ใช้กลยุทธ์สำคัญของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ นั่นคือ กลยุทธ์ด้านการเรียนรู้ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการสร้างเสริมพลังอำนาจ

ปัจจัยเอื้อให้เกิดความสำเร็จ (enablers)

1. การที่วัฒนธรรมองค์กรที่มีแบบแผนการเรียนรู้ การร่วมมือร่วมใจกันทำงานเพื่อองค์กรและประชาชน
2. การมีปรัชญาขององค์กรที่เน้นคุณค่าของคน หรือมีคนเป็นศูนย์กลางแห่งการพัฒนา
3. การมีทีมงานที่มีความผูกพันสามัคคี มีการแบ่งงานกันทำอย่างเป็นระบบ และให้เกียรติกัน การมีทีมงานที่ทำงานเป็นเครือข่ายกับองค์กรต่าง ๆ นอกโรงพยาบาลได้
4. การมีทุนเดิมของสังคมในการทำงานด้านการพัฒนา เป็นทุนเดิม
5. การมีทีมงานที่มีความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริงในเรื่องการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ
6. การมีทีมงานที่มีทักษะการคิดเป็นระบบ การฟังและถามที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ การรู้จักตนเองและพร้อมที่จะพัฒนา

สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ 6 จากประสบการณ์ของโครงการ สะท้อนให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่มีพัฒนาการในการเป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพได้ดีมีเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติพิเศษ ดังนี้

1. มีมุมมองด้านสังคม วัฒนธรรมที่มีผลและมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ
2. มีทักษะการสังเกต การฟัง การถาม การเชื่อมโยงปัญหาสังคม ปัญหาเศรษฐกิจ กับปัญหาสุขภาพได้มีทักษะการทำงานเชิงระบบ
3. มีวิธีการหาเครือข่ายทางสังคม และวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคมได้
4. ปรับตัวเข้ากับประชาชนและองค์กรชุมชนได้อย่างกลมกลืนสมบทบาทการทำงานเป็นหุ้นส่วน
5. มีวิธีการเรียนรู้และสามารถกระตุ้น และสะท้อนให้เกิดการเรียนรู้เมื่อทำงานร่วมกับผู้อื่นได้

ข้อควรคำนึงในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. การทำงานส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวทางการทำงานที่ให้ความสำคัญกับ "วิธีคิด" เพราะเชื่อว่าหากเรามี "วิธีคิด" ที่แม่นยำบนพื้นฐานที่หนักแน่นแล้ว "วิธีทำ" ที่ตามมาจะเป็นไปในแนวทางที่ถูกต้อง

2. การทำงานส่งเสริมสุขภาพเชื่อว่า "สังคมมีความชันที่ทำให้ปัจเจกแต่ละคนไม่สามารถแบกรับภาระสุขภาพของตนเองไปได้โดยลำพัง" บนพื้นฐานความเชื่อเช่นนี้การทำงานส่งเสริมสุขภาพจึงมุ่งเน้นที่ "การเปลี่ยนแปลงชุมชนและสังคมเพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ดีของทุกคน"

3. การทำงานส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากการป้องกันโรค เพราะ "ไม่เชื่อว่าการไม่มีโรคเป็นสิ่งเดียวกันกับการมีสุขภาพดี" การส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ได้มุ่งเน้นเพียงแค่การลดหรือกำจัดโรคให้หมดไป"

4. แต่การทำงานส่งเสริมสุขภาพจะมุ่งเน้นที่การจัดกระบวนการการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับชุมชน เพื่อเพิ่มพูนพลังอำนาจและศักยภาพให้แก่ชุมชนในการที่จะควบคุมและพัฒนาสุขภาพของสมาชิกภายในชุมชนได้ด้วยชุมชนเอง

5. การเรียนรู้ของชุมชนจะเกิดขึ้นได้ บุคลากรสาธารณสุขต้องดำเนินกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง มิใช่เป็นเพียงการมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธีหรือการขอความร่วมมือและความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและชุมชนต้องเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะของการเป็นหุ้นส่วนที่เท่าเทียม มิใช่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รู้กับผู้ไม่รู้ ผู้ที่อยู่เหนือกับผู้ที่อยู่ต่ำกว่าอย่างที่เคยเป็นมาในอดีต

6. การที่บุคลากรสาธารณสุขที่จะทำงานภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมได้นั้น จะต้องมีความเชื่อว่า "สุขภาพที่ดี" นั้นมีได้หลากหลายขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไปในแต่ละชุมชน และจะต้องเชื่อมั่นในแนวทางการมองและการเข้าถึงชุมชนในเชิงบวก (Positive Approach) และเริ่มทำงานจากด้านที่เป็นศักยภาพของชุมชน ด้วยความเชื่อเช่นนี้เท่านั้นที่จะทำให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถเปิดพื้นที่ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภายในชุมชนในท้ายที่สุด

7. ยุทธศาสตร์ 3 ประการและกิจกรรมหลัก 5 ประการภายใต้กฎบัตรออตตาวานั้นเป็นแต่เพียงวิธีทำที่จะต้องเลือกใช้บนพื้นฐานของวิธีคิดที่มั่นคงตามที่กล่าวมา ใน 6 ข้อข้างต้น

8. การทำงานส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นการทำงานกับคน มิใช่ทำงานกับโรค และเมื่อจะทำงานกับ "คน" เราต้องรู้จัก "คน" ที่เราจะทำงานด้วย

9. การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดของตนเอง คือการเตรียมตัวเองให้พร้อม มีความสำคัญมากกว่าหรือเท่า ๆ กับการเตรียมชุมชนให้พร้อม บุคลากรสาธารณสุขจะต้องมีความรู้สึกละเอียดอ่อนและพึงระลึกไว้ว่าในหลายครั้งที่ทักษะการฟัง ทักษะการเงียบ และทักษะในการถามสำคัญกว่าทักษะในการพูด

10. การทำงานส่งเสริมสุขภาพที่ดีมักจะไม่สามารถมีกรอบเวลาและกิจกรรมที่แน่นอนตายตัว แต่จะต้องยืดหยุ่น สะท้อนกลับมาวิพากษ์วิจารณ์ตนเองและปรับตัวอยู่ตลอดเวลา

11. ความท้าทายของงานส่งเสริมสุขภาพไม่ได้อยู่ที่ผลลัพธ์ที่ดีเลิศ แต่อยู่ที่กระบวนการเรียนรู้แลกเปลี่ยนความคิด เพื่อก่อให้เกิดความงอกงามทางปัญญา คุณค่าของงานส่งเสริมสุขภาพจึงอยู่ที่ "ชุมชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา"

(กาญจนา แก้วเทพ, 2538)

ต่อมาได้มีประกาศกฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในโลกยุคโลกาภิวัตน์ ในปี พ.ศ.2548

การส่งเสริมสุขภาพ องค์การสหประชาชาติตระหนักว่า การบรรลุสุขภาพดีเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษยชาติทุกคนโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ การส่งเสริมสุขภาพจึงตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชาติที่สำคัญยิ่งและยังนำไปสู่การมีสุขภาพดีที่ถือว่าเป็นปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิต ตลอดจนสุขภาพจิตและจิตวิญญาณที่ดีการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถควบคุมสุขภาพตนเองและควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทหลักของงานสาธารณสุขและมีส่วนสำคัญในการแก้ปัญหาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งการจัดการกับภัยคุกคามสุขภาพในรูปแบบอื่น

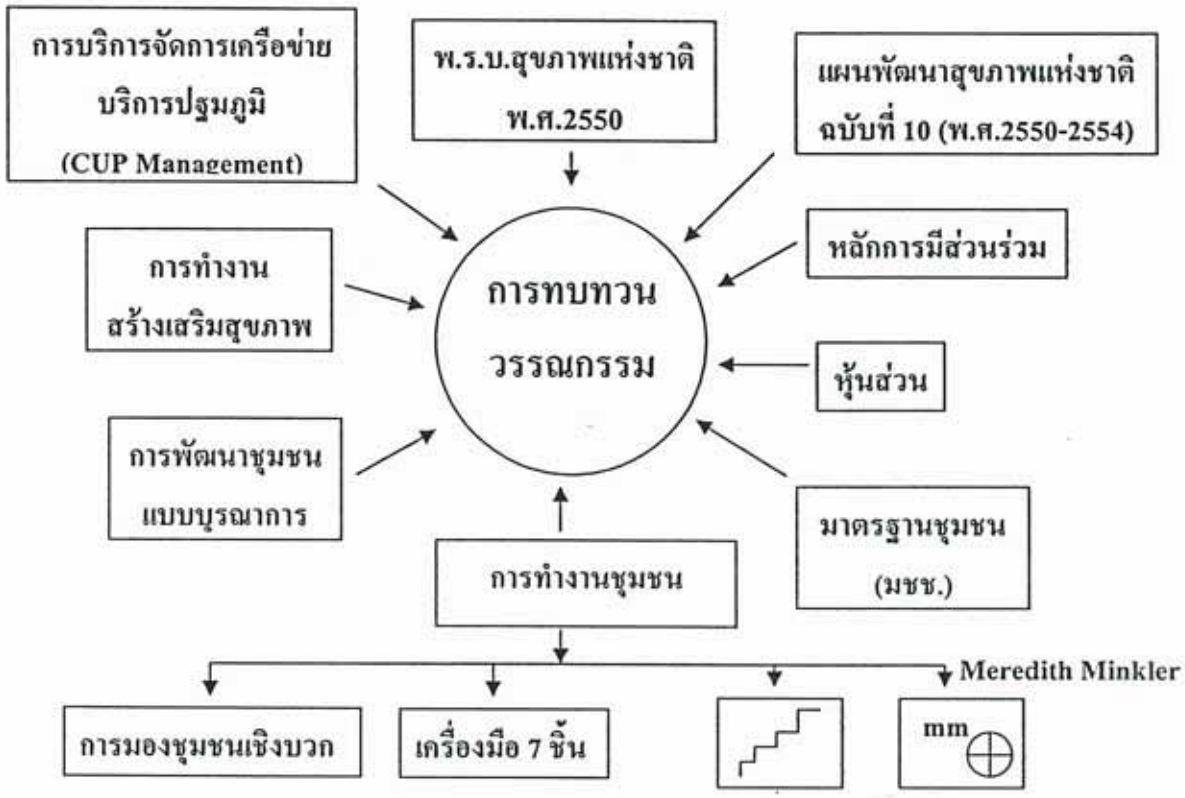
ขอบข่าย กฎบัตรกรุงเทพกำหนดกิจกรรม พันธสัญญาและคำมั่นต่างๆที่จำเป็นต่อการจัดการกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ ด้วยวิธีการส่งเสริมสุขภาพ

พันธสัญญาหลักในประกาศกฎบัตรกรุงเทพ ระบุไว้ 4 ประการ

1. ให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาระดับโลก
2. ให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบหลักของรัฐบาล
3. ให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นเป้าหมายสำคัญของชุมชนและประชาคม
4. ให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นข้อกำหนดหนึ่งของการดำเนินธุรกิจที่ดี

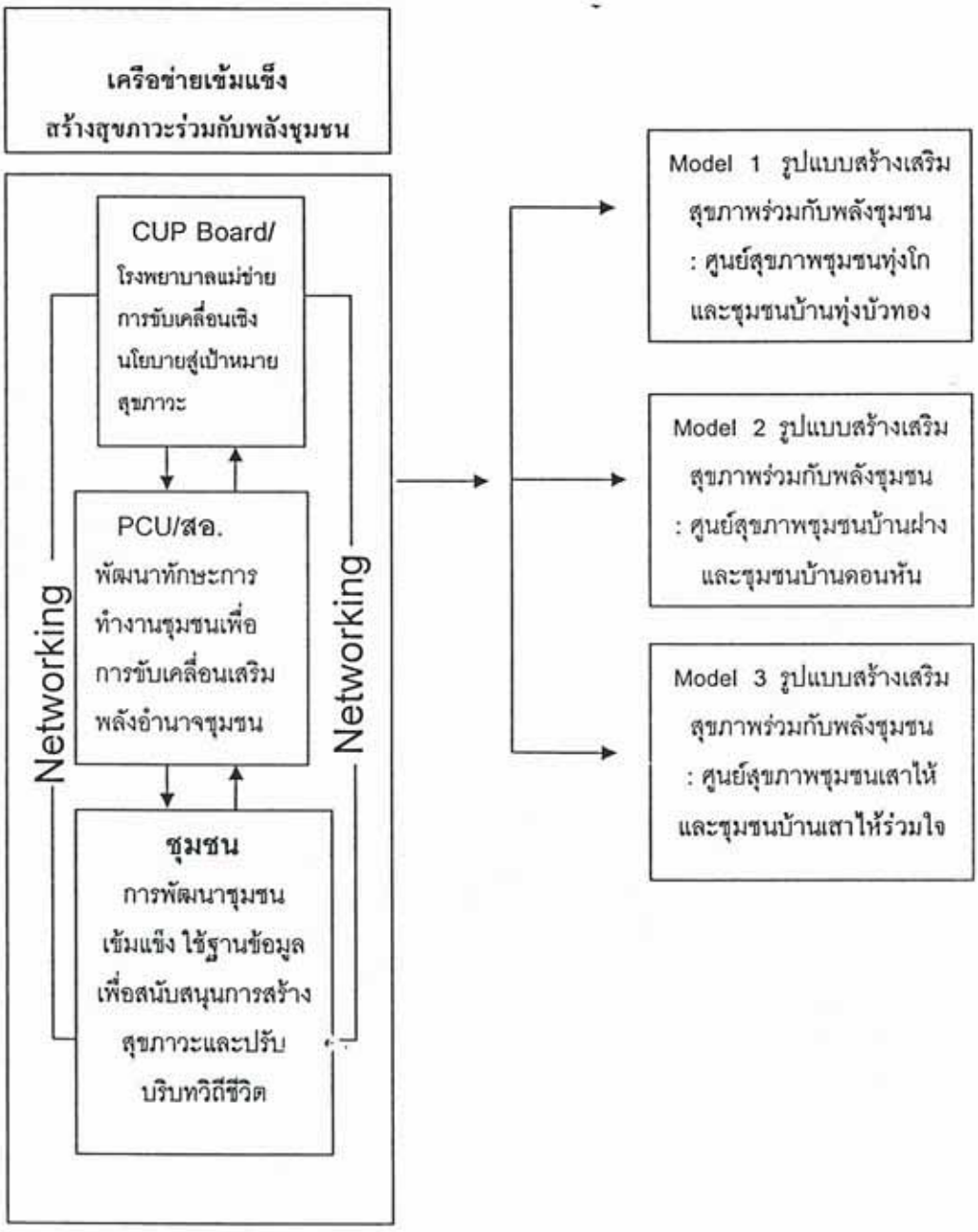
(www.who.int/healthpromotion/conferences)

ภาพรวมในการทบทวนวรรณกรรม

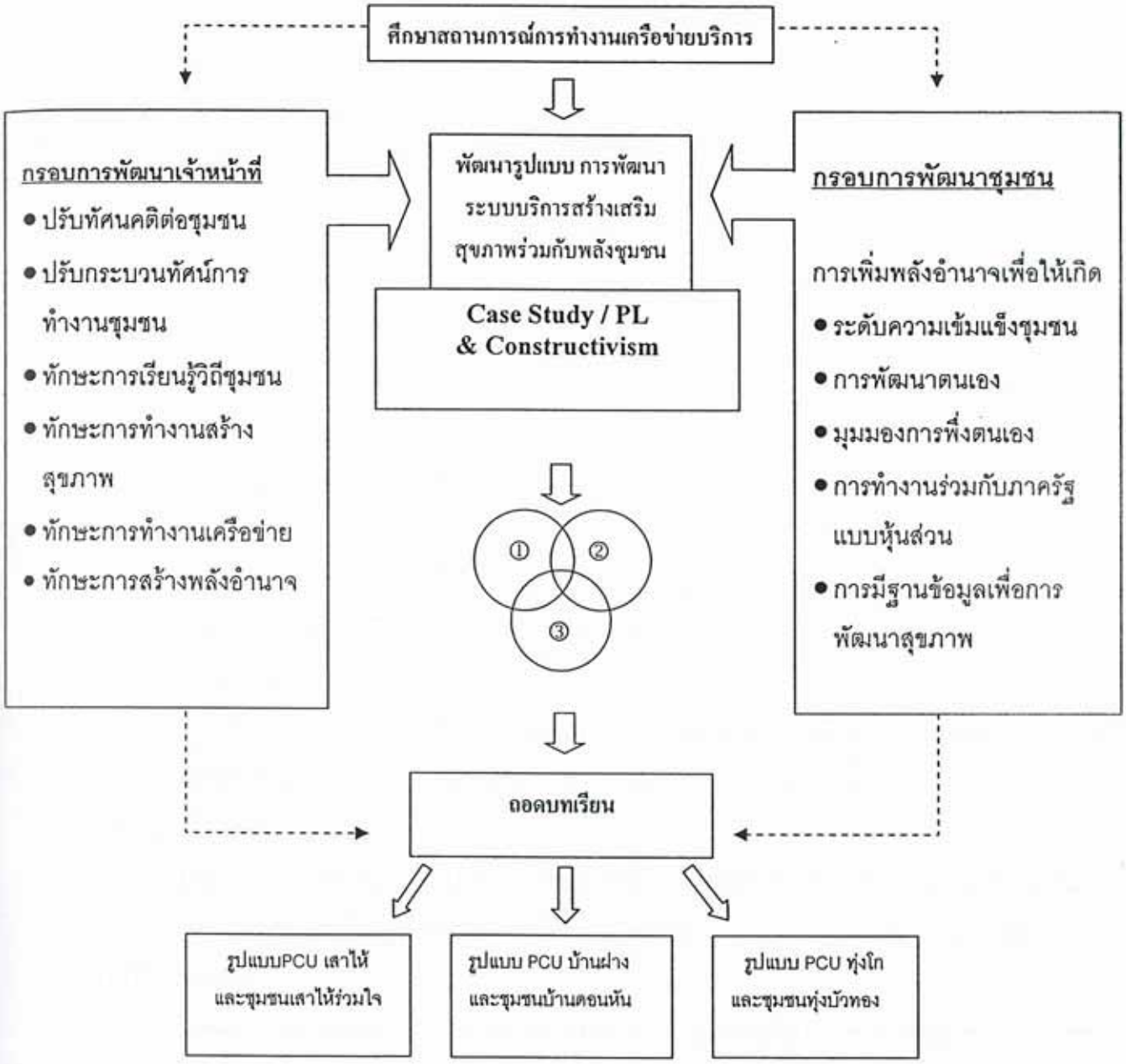


กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน



กรอบการพัฒนารูปแบบเครือข่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน



บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนแบ่งออกเป็น 2 ส่วน สำหรับส่วนที่ 1 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้เกี่ยวข้องในระบบงานที่เกี่ยวข้องและข้อมูลจากชุมชน ส่วนที่ 2 ของโครงการใช้รูปแบบของการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory action Research) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

<u>ส่วนที่ 1</u> การศึกษาสถานการณ์การทำงานของเครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับชุมชน เป็นการประเมินการจัดระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้เห็นภาพของการทำงานในปัจจุบันระหว่างเครือข่ายบริการและชุมชน ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพื้นที่จริง วิเคราะห์จากเอกสารและสนทนากลุ่มในกลุ่มเจ้าหน้าที่และจากผู้รับบริการจากชุมชน(Focus group) จากกลุ่มเป้าหมาย 4 ภาค

กลุ่มเป้าหมายในส่วนที่ 1 รายชื่อโรงพยาบาลที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลในโครงการ รอบที่ 1 (25 แห่ง)

ภาคเหนือ (6 แห่ง)

1. โรงพยาบาลฝาง 2. โรงพยาบาลตาคลี 3. โรงพยาบาลพิจิตร
4. โรงพยาบาลดอกคำใต้ 5. โรงพยาบาลโพนทะเล 6. โรงพยาบาลกงไกรลาส

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (7 แห่ง)

1.โรงพยาบาลขอนแก่น 2.โรงพยาบาลหล่มเก่า 3.โรงพยาบาลบุรีรัมย์ 4.โรงพยาบาลพังโคน
5.โรงพยาบาลมหาสารคาม 6.โรงพยาบาลด่านขุนทด 7.โรงพยาบาลบ้านฝาง

ภาคกลาง (7 แห่ง)

1.โรงพยาบาลพนัสนิคม 2.โรงพยาบาลอุทัยธานี 3.โรงพยาบาลวังน้อย 4.โรงพยาบาลเสนา
5.โรงพยาบาลเสาไห้ 6.โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ 7.โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

ภาคใต้ (5 แห่ง)

1.โรงพยาบาลหาดใหญ่ 2.โรงพยาบาลหลังสวน 3.โรงพยาบาลกะพ้อ 4.โรงพยาบาลสงขลา
5.โรงพยาบาลละงู

รายชื่อโรงพยาบาลที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลในโครงการส่วนที่ 1 รอบที่ 2 (9 แห่ง)

ภาคเหนือ 3 แห่ง	1.รพ.พิจิตร	2.รพ.ดอกคำใต้	3.รพ.กงไกรลาส
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 แห่ง	1. รพ.มหาสารคาม	2.รพ.บ้านฝาง	
ภาคกลาง 2 แห่ง	1.รพ.เสาไห้	2.รพ.ประจวบคีรีขันธ์	
ภาคใต้ 2 แห่ง	1.รพ.หลังสวน	2.รพ.สงขลา	

ขอบเขตการวิเคราะห์

1. ศึกษาเฉพาะตัวอย่างโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ถึงเดือนสิงหาคม 2549 ซึ่งเป็นช่วงเวลาของการเริ่มต้นดำเนินงานของโครงการ

2. ศึกษาข้อมูลของโรงพยาบาลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม 2549

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การทบทวนเอกสาร และการนำเสนอของทีมงาน ซึ่งรายการเอกสารสำคัญคือ

1.1 ข้อมูลการนำองค์กร อันประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ โครงสร้างบริการ การทำงานของทีมงานต่าง ๆ ทั้งในโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชน

1.2 ข้อมูลแนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เบาหวาน อันประกอบด้วย Flow ระบบบริการ, Care Map, Discharge plan คู่มือหรือสมุดประจำตัวผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และอื่น ๆ เช่น โครงการที่โรงพยาบาลดำเนินการเพื่อสร้างสุขภาพในโรงพยาบาล

1.3 ข้อมูลชุมชน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป โครงการที่โรงพยาบาลดำเนินการเพื่อสร้างสุขภาพในชุมชน นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลมีการส่งเอกสารแฟ้มชุมชน แฟ้มครอบครัว และแผนชุมชนที่ชุมชนจัดทำขึ้นเอง หรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชุมชนนั้น ๆ ตลอดจนโครงการพัฒนาชุมชนที่มีการจัดทำขึ้นร่วมกับหน่วยงานอื่น อนึ่งโรงพยาบาลสงขลาได้ส่งข้อมูลและทีมเก็บข้อมูลเยี่ยมชุมชนมากกว่า 1 แห่ง

2) การทำ Focus Group ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ และผู้รับบริการจากชุมชน โดยโครงการได้สร้างความเข้าใจประสานติดต่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวนำทีมมาร่วมสนทนากลุ่ม โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ เป็นวิทยากรดำเนินการ และในการสนทนากลุ่มมีแนวคำถามหลัก คือ

2.1 ประเด็นของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

2.1.1 โรงพยาบาลมีการคัดเลือกโรคเรื้อรังในการผสมผสานการสร้างสุขภาพอย่างไร มีกระบวนการและระบบจัดการอย่างไร

2.1.2 ที่ผ่านมาในการดำเนินงานได้มีการปรับเปลี่ยน ประเด็น ขั้นตอน หรือไม่ อย่างไร ทำงานประสานกันอย่างไร

2.1.3 ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร และยังต้องการพัฒนาอะไรต่อบ้าง

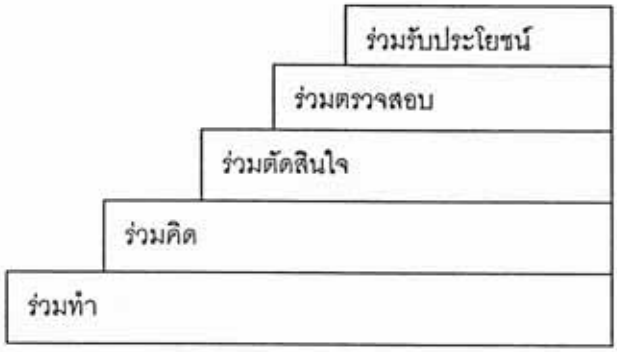
2.2 ประเด็นของชุมชน

2.2.1 ชุมชนมีความภาคภูมิใจในเรื่องอะไรบ้าง

2.2.2 ที่ผ่านมา ชุมชนได้ช่วนให้โรงพยาบาลทำงานอะไรบ้าง อย่างไร

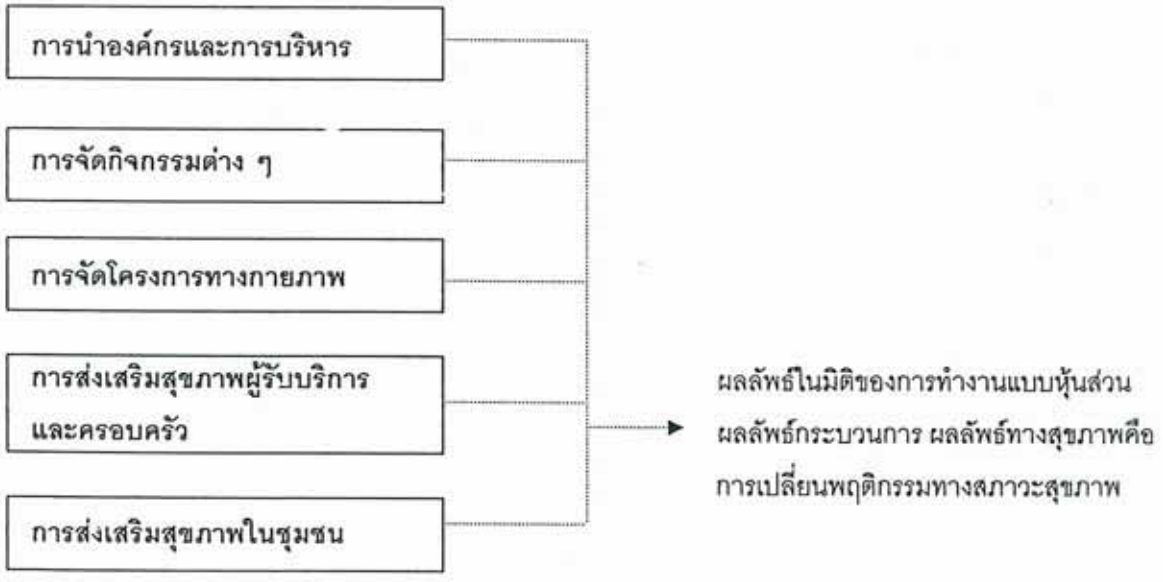
2.2.3 ปัจจุบันชุมชน ทำงานอะไรร่วมกัน โรงพยาบาลคิดว่ามีส่วนร่วมในระดับใด มีข้อตกลงอะไรกันบ้าง และต้องการพัฒนาอะไรต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ประกอบการสนทนากลุ่มชุมชน คือ ภาพบันไดแห่งการมีส่วนร่วม ซึ่งปรับจาก Sherry Arnstein โดย ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ (2548) โดยมีภาพดังนี้



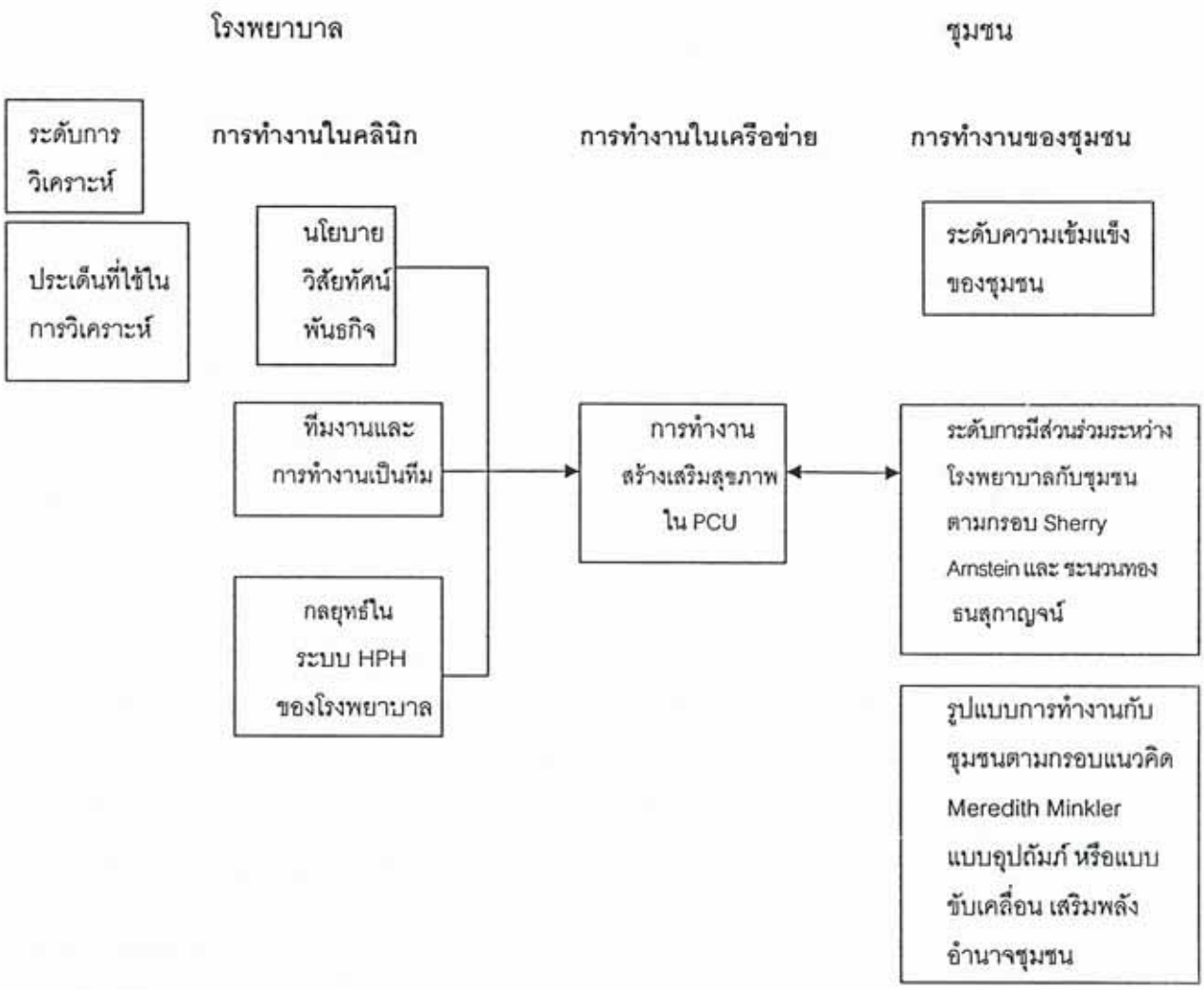
จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดของการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้สถานการณ์ความเป็นจริงในการทำงานของเครือข่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน (โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ เป็นผู้กำหนดกรอบสำหรับการวิเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวตามสัญญาว่าจ้างของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์โรงพยาบาล



หมายเหตุ : ปรับจากกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, กรมอนามัย

กรอบในการวิเคราะห์ข้อมูลโครงการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน



ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน

เมื่อนำผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนที่ 1 ของโครงการซึ่งเป็นสถานการณ์การทำงานของเครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับชุมชน ซึ่งทำให้เห็นโอกาสพัฒนารูปแบบที่มีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยมีหลักการพัฒนาโครงการในส่วนที่ 2 ซึ่งจะใช้ชุมชนเป็นตัวตั้งตน เป็นศูนย์กลางการพัฒนาบนความแตกต่างกันตามบริบท ต่อเติมจากทุนเดิมที่ชุมชนมีหรือเป็น และเชื่อมั่นในศักยภาพความสามารถของคนในการเรียนรู้เพื่อเป้าหมายเดียวกันคือ สุขภาวะ ผลลัพธ์หรือบทเรียนที่เกิดจากวิถีคิดของชุมชนจะนำมาใช้กระตุ้นการเรียนรู้ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ในประเด็นที่มีความสำคัญ

1. การปรับกระบวนทัศน์ในการทำงานชุมชนจากเดิม สู่การใช้ทุนทางสังคมในการขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Planned Change)

2. การปรับบทบาทในการทำงานร่วมกับชุมชน และภาคีอื่น ๆ ด้วยการใช้ฐานข้อมูล และข้อตกลงที่เกี่ยวข้องกับชุมชนเป็นสำคัญ หรือ มากกว่านโยบายเป็นสำคัญ

3. การพัฒนาทักษะการทำงานชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. สร้างโอกาสการเรียนรู้และพัฒนาสุขภาพชุมชนโดยชุมชนด้วยกระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
2. สร้างทักษะเจ้าหน้าที่ในการทำงานชุมชนแบบขับเคลื่อนและเสริมพลังอำนาจ
3. สร้างแนวการปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ในการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นสำหรับการทำงานชุมชนของ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ให้เป็นรูปธรรม

กลุ่มเป้าหมาย

ได้คัดเลือกมาจากเครือข่ายที่มีทุนเดิมสูงทั้ง ชุมชนและเจ้าหน้าที่ จำนวน 3 แห่ง เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาตามวัตถุประสงค์ของโครงการ มีดังนี้

เป้าหมายหลักในการพัฒนาของโครงการ

1. เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบ้านฝางและชุมชนบ้านดอนหัน
2. เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเสาไห้และชุมชนบ้านเสาไห้ร่วมใจ
3. เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านทุ่งโกและชุมชนทุ่งบัวทอง

เป้าหมายพื้นที่สำหรับสร้างการเรียนรู้

1. เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลดอกคำใต้และชุมชนบ้านร่องบัวลอย
2. เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลท้อแท้และชุมชนบ้านท้อแท้ร่วมใจ

วิธีดำเนินการของโครงการ

หลักการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของโครงการนี้

- 1 การเรียนรู้จากของจริง ประสบการณ์จริง (Case Study)

2. การเรียนรู้ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและ สร้างความรู้ (Participatory Learning and Constructivism)

1. กิจกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบเครือข่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1.1 สร้างโอกาสการเรียนรู้และพัฒนาสุขภาพโดยชุมชนด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ระหว่างชุมชนภาคเหนือ กลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แบบเครือข่าย

1.2 สร้างทักษะเจ้าหน้าที่ในการทำงานชุมชนแบบขับเคลื่อนและเสริมพลังอำนาจชุมชนตามกรอบแนวคิดของ Meredith Minkler

กิจกรรมการพัฒนาเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย

- การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียน(เจ้าหน้าที่ในการทำงานชุมชน) เป็นสำคัญเพื่อการพัฒนาขีดความสามารถในการอ่าน คิดวิเคราะห์ เขียนและสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง
- การจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การสร้างแนวทางการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นในการทำงานชุมชนของนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

การประชุมเชิงปฏิบัติการ

2. กิจกรรมการถอดบทเรียน ในการพัฒนาของโครงการ(โดยการจัดจ้าง ผศ.ดร.ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์)

2.1 สร้างโอกาสการเรียนรู้และพัฒนาสุขภาพโดยชุมชน ด้วยกระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ระหว่างชุมชน

ประชุมสร้างเครื่องมือในการถอดบทเรียนจากกิจกรรมการเรียนรู้

เก็บข้อมูลจากชุมชนแต่ละแห่งระหว่างการเรียนรู้และหลังการเรียนรู้เมื่อกลับสู่ชุมชน

วิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำร่างรายงาน

2.2 ทักษะเจ้าหน้าที่ในการทำงานชุมชนแบบขับเคลื่อนและเสริมพลัง

การรวบรวมประสบการณ์ในแต่ละแห่ง

การสัมภาษณ์ เจาะลึกจากเจ้าหน้าที่ และชุมชน

เป้าหมายการพัฒนาเครือข่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน

เป้าหมายในการพัฒนาเครือข่ายบริการ

- การพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิด
  - ทัศนคติต่อชุมชน
  - วัฒนธรรมการเป็นผู้เชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่
  - ทักษะการทำงานชุมชน
  - การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น
  - การค้นหาศักยภาพชุมชนเพื่อใช้ในการขับเคลื่อน
  - การสร้างการมีส่วนร่วมของมนุษย์ถึงขั้นการเป็นหุ้นส่วนที่แท้จริง

เป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพชุมชน

- การเพิ่มพลังชุมชนเพื่อให้เกิด
  - ระดับความเข้มแข็งของชุมชน
  - การพัฒนาตนเอง
  - มุมมองการพึ่งตนเอง
  - การทำงานร่วมกับภาครัฐแบบเป็นหุ้นส่วน
  - การมีฐานข้อมูลเพื่อการพัฒนาสุขภาพ

<u>กิจกรรมในโครงการ</u> เพื่อพัฒนารูปแบบเครือข่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน

กิจกรรมการพัฒนาเจ้าหน้าที่ในโครงการ (จัดโดยสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เชิญวิทยากรหลักจากมหาวิทยาลัยมหิดล ดร.ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และจากเสมสิกขาลัย)

กิจกรรม	มิย.50	กค.50	สค.50	กย.50	ตค.50	พย.50	ธค.50	มค.51	กพ.51	มีค.51
1. เรียนรู้ร่วมกันที่ดอนหัน	x									
2. เรียนรู้ร่วมกันที่ร่องบัวลอย	x									
3. พัฒนาทีมโรงพยาบาลประจวบ	x									
4. พัฒนาทีมโรงพยาบาลประจวบ		x								
5. เรียนรู้ร่วมกันที่เสาไห้			x							
6. เรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่			x							
7. เรียนรู้ร่วมกันที่ทุ่งบัวทอง			x							
8. เรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่							x			
9. เรียนรู้เรื่องพลังกลุ่ม								x		
10.เรียนรู้ร่วมกันที่กระทรวงสาธารณสุข									x	
11.เรียนรู้ร่วมกันที่โรงพยาบาลเสาไห้										x

กิจกรรมการพัฒนาเจ้าหน้าที่

วันที่ 2 มีนาคม 2550 ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ ชุมชนท้อแท้ อ.วัดโบสถ์ จ.พิษณุโลก

การเยี่ยมชุมชนท้อแท้ โดยการให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ติดตามกลุ่มชุมชน โดยมีชุมชนท้อแท้เป็นเจ้าภาพ

ที่พักโครงการจัดให้คือ โรงแรมในจังหวัดพิษณุโลก

กิจกรรมและการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรม

- การบรรยายสรุปที่โรงแรม โดยแกนนำ อสม. กลุ่มเพลงพื้นเมือง กลุ่มผู้นำการเมืองท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นผู้สนับสนุนสื่อ และดำเนินการสนทนา
- การเยี่ยมกลุ่มองค์กรชุมชน กลุ่มบายศรี กลุ่มศิลปะประดิษฐ์ กลุ่มของเล่นพื้นบ้าน กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มแม่เพลง กลุ่มไอโอดีเซล กลุ่มขุดเรือ
- พิธีกรรมทางประเพณี ได้แก่การร้องเพลง
- กิจกรรมประชุมกลุ่มของตัวแทนชุมชน เพื่อตัดสินใจวางแผนโครงการ จัดโดยเจ้าหน้าที่โครงการ

วันที่ 28-29 เมษายน 2550 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ ชุมชนดอนหัน อ.บ้านฝาง จ.ขอนแก่น

การเยี่ยมชุมชนดอนหัน โดยการให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ติดตามกลุ่มชุมชน โดยมีชุมชนดอนหันเป็นเจ้าภาพ ที่พักที่ชุมชนจัดให้ คือ ศาลาวัด

- กิจกรรมและการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรม
- การบรรยายสรุป
- การเยี่ยมกลุ่มองค์กรชุมชน กลุ่มผักปลอดสารพิษ กลุ่มเลี้ยงปลาดุก กลุ่มเลี้ยงกบ กลุ่มทอเสื่อ
- พิธีกรรมทางศาสนา การต้อนรับ ผูกข้อมือ
- การเล่นดนตรีพื้นเมืองจากโรงเรียน การร้องสรพัญญะ

วันที่ 16-17 มิถุนายน 2550 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ บ้านร่องบัวลอย อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา

การเยี่ยมชุมชนร่องบัวลอย โดยการให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ติดตามกลุ่มชุมชน โดยมีชุมชนร่องบัวลอยเป็นเจ้าภาพ ที่พักที่ชุมชนจัดให้คือรีสอร์ทในชุมชน

กิจกรรมและการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรม

- การบรรยายสรุป แจกสมุดโน้ตที่มีคำขวัญ "ร่องบัวลอยแหล่งเรียนรู้ เชิดชูวัฒนธรรม เลิศล้ำของดี เป็นศรีแก่ปวงประชา มีความก้าวหน้า พึ่งพาตนเอง"
- การเยี่ยมกลุ่มองค์กรชุมชน กลุ่มนวดแผนไทย กลุ่มถักผ้า กลุ่มเย็บเสื้อ
- พิธีกรรมของชุมชน คือ ตานตอด (ทานทอด)
- การร้องและเต้นเพลงเบาหวาน และการสร้างสุขภาพ โดยเด็กในชุมชน

วันที่ 18-19 สิงหาคม 2550 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ ชุมชนเสาไห้ อ.เสาไห้ จ.สระบุรี

การเยี่ยมชุมชนเสาไห้ โดยการให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ติดตามกลุ่มชุมชน โดยมีชุมชนเสาไห้เป็นเจ้าภาพ ที่พักที่ชุมชนจัดให้คือ ศาลาวัด

- กิจกรรมและการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรม
- การร่วมแอโรบิก
- การบรรยายสรุปโดย นายกเทศมนตรี ผู้ใหญ่บ้าน และกลุ่มแกนนำในชุมชนที่ทำงานด้านสาธารณสุขของชุมชน
- การเยี่ยมกลุ่มองค์กรชุมชน กลุ่มปลาร้าสับ กลุ่มขนมไทย กลุ่มสานผักตบชวา
- การต้อนรับโดยมีนายอำเภอ นายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาล มาร่วมงาน มีดนตรีและการแสดงรำจากกลุ่มเด็ก และวัยรุ่น
- การรับรองอาหารกลางวันจากสถานที่อนุรักษ์ประเพณีท้องถิ่น อาหารพื้นเมืองล้านนา และการแสดง วัฒนธรรมล้านนา ซึ่งใช้งบประมาณชุมชน

วันที่ 23-24 สิงหาคม 2550 ณ โรงแรมอลิชาเบธ ถนนประดิพัทธ์ กรุงเทพฯ
การสัมมนากระบวนการพัฒนาเครือข่ายสร้างสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน
กิจกรรมการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรม

- บรรยายเรื่องแนวคิดการทำงานชุมชน
- ดูตัวอย่างการทำงานชุมชน และเครื่องมือ
- นำเสนอตัวอย่างการทำ แผนที่เดินดิน การค้นหากลุ่มคน การสัมภาษณ์ การสร้างความสัมพันธ์ โดยโรงพยาบาลประจวบ
- ฝึกการวิเคราะห์และอ่านผล การทำแผนที่เดินดิน และเครื่องมือ 7 ชิ้น
- ฝึกทักษะ - การสังเกต
  - การฟัง
  - การตีความ
  - การมีส่วนร่วม
  - การตั้งคำถาม
  - การค้นหากลุ่มคน
- วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลชุมชนของตนเองเพื่อวางแผนการดำเนินงานในชุมชนที่รับผิดชอบ

วันที่ 9-11 พฤศจิกายน 2550 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ ชุมชนทุ่งบัวทอง จ.ประจวบคีรีขันธ์
โดยการให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ติดตามกลุ่มชุมชน โดยมีชุมชนทุ่งบัวทองเป็นเจ้าภาพ
ที่พักที่ชุมชนจัดให้ คือ บ้านแกนนำในชุมชน
กิจกรรมการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรม

- การบรรยายสรุปที่ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน
- การเยี่ยมกลุ่มองค์กรชุมชน กลุ่มผักปลอดสารพิษ กลุ่มเลี้ยงปลา กลุ่มสมุนไพร กลุ่มแพทย์แผนไทย กลุ่มสับปะรด กลุ่มดอกไม้ดิน กลุ่มประมง กลุ่มทำกะปิ และ การเที่ยวชายทะเล
- การเล่นพื้นเมืองกลองยาว จากเด็กในชุมชน
- การปลูกต้นไม้ร่วมกัน ณ ศาลเจ้าแม่ไทรทอง
- การจัดงานเลี้ยงต้อนรับในยามเย็น รำวงย้อนยุค ณ ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน

วันที่ 24 -25 ธันวาคม 2550 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ ชุมชนวังตะกอ อ.หลังสวน จ.ชุมพร
โดยการให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ติดตามกลุ่มชุมชน โดยมีชุมชนวังตะกอเป็นเจ้าภาพ
ที่พักโครงการจัดให้ที่ โรงแรมอวยชัย แกรนด์ หลังสวน จังหวัดชุมพร
กิจกรรมการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรม

- การบรรยายสรุปที่ศูนย์การเรียนรู้ประจำตำบลวังตะกอ
- การเยี่ยมกลุ่มในชุมชน กลุ่มเบญจรงค์ กลุ่มผลิตน้ำดื่ม กลุ่มปั้นดินให้เป็นดาว กลุ่มปลูกป่าชุมชน กลุ่มร้านค้าสหกรณ์ชุมชน กลุ่มเพาะกล้าไม้ยืนต้น กลุ่มอาชีพต่างๆ เช่นกลุ่มเลี้ยงปลา เพาะเห็ด
- การต้อนรับและการเตรียมอาหารกลางวันที่เรียบง่าย วัตถุดิบที่มาจากศูนย์การเรียนรู้
- การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และถาม- ตอบ ข้อมูลที่ต้องการเพิ่มหลังจากการเยี่ยมชมชุมชน

วันที่ 18-19 มกราคม 2551 การเรียนรู้พลังกลุ่ม ณ อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

การประชุมเชิงปฏิบัติการที่ทำให้ผู้เรียนเข้าใจถึง แนวคิดพื้นฐานของการทำงานเป็นกลุ่ม มีความเข้าใจในความแตกต่างของแต่ละบุคคล การยอมรับตนเองและยอมรับผู้อื่น เชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างสามารถพัฒนาได้ ศึกษาถึงปัญหาอุปสรรคของการทำงานเป็นกลุ่ม ปัจจัยในการสร้างความเข้มแข็งของทีมงาน รวมถึงการฝึกฝนทักษะสำคัญในการทำงานเป็นกลุ่มอย่างให้ได้ผล และการเปลี่ยนแปลงเติบโตภายในของบุคคล ฝึกฝนการผ่อนคลายอย่างสมบูรณ์ด้วยดนตรีบำบัด และการฝึกฝนทำสมาธิภาวนาเพื่อความสงบของจิตใจ โดยทำกิจกรรมร่วมกันทั้ง 3 วันและมีวิทยากรเป็นผู้ให้ข้อมูลและสะท้อนกิจกรรม ผู้เข้าประชุมได้พักผ่อนไปในตัว บรรยากาศที่เป็นธรรมชาติ ณ รีสอร์ทในอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

กิจกรรมการพัฒนาชุมชน

วันที่ 2 มีนาคม 2550 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ ชุมชนท้อแท้ จ.วัดโบสถ์ จ.พิษณุโลก

การเยี่ยมชุมชนท้อแท้ โดยมีชุมชนท้อแท้เป็นเจ้าภาพ

ที่พักที่โครงการจัดให้คือ โรงแรมในจังหวัดพิษณุโลก

กิจกรรมและการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรม

- การบรรยายสรุปที่โรงแรม โดยแกนนำ อสม. กลุ่มเพลงพื้นเมือง กลุ่มผู้นำการเมืองท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นผู้สนับสนุนสื่อ และดำเนินการสนทนา
- การเยี่ยมกลุ่มองค์กรชุมชน กลุ่มบายศรี กลุ่มศิลปะประดิษฐ์ กลุ่มของเล่นพื้นบ้าน กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มแม่เพลง กลุ่มไอโอดีเซล กลุ่มขุดเรือ
- พิธีกรรมทางประเพณี ได้แก่การร้องเพลง
- กิจกรรมประชุมกลุ่มของตัวแทนชุมชน เพื่อตัดสินใจวางแผนโครงการจัดโดยเจ้าหน้าที่โครงการ

วันที่ 28-29 เมษายน 2550 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ ชุมชนดอนหัน อ.บ้านฝาง จ.ขอนแก่น

การเยี่ยมชุมชนดอนหัน โดยมีชุมชนดอนหันเป็นเจ้าภาพ

ที่พักที่ชุมชนจัดให้คือ ศาลาวัด

กิจกรรมและการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรม

- การบรรยายสรุป
- การเยี่ยมกลุ่มองค์กรชุมชน กลุ่มผักปลอดสารพิษ กลุ่มเลี้ยงปลาดุก กลุ่มเลี้ยงกบ กลุ่มทอเสื่อ
- พิธีกรรมทางศาสนา การต้อนรับ ผูกข้อมือ
- การเล่นดนตรีพื้นเมืองจากโรงเรียน การร้องสรพัญญะ

วันที่ 16-17 มิถุนายน 2550 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ บ้านร่องบัวลอย อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา

การเยี่ยมชุมชนร่องบัวลอย โดยมีชุมชนร่องบัวลอยเป็นเจ้าภาพ

ที่พักที่ชุมชนจัดให้คือ รีสอร์ทในชุมชน

กิจกรรมและการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรม

- การบรรยายสรุป แจกสมุดโน้ตที่มีคำขวัญ "ร่องบัวลอยแหล่งเรียนรู้ เชิดชูวัฒนธรรม เลิศล้ำของดี เป็นศรีแก่ปวงประชา มีความก้าวหน้า พึ่งพาตนเอง"
- การเยี่ยมกลุ่มองค์กรชุมชน กลุ่มนวดแผนไทย กลุ่มถักผ้า กลุ่มเย็บเสื้อ
- พิธีกรรมของชุมชน คือ ตานตอด (ทานทอด)
- การร้องและเต้นเพลงเบาหวาน และการสร้างสุขภาพ โดยเด็กในชุมชน

วันที่ 10-12 สิงหาคม 2550 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ ชุมชนท้อแท้ อ.วัดโบสถ์ จ.พิษณุโลก

การเยี่ยมชุมชนท้อแท้ โดยมีชุมชนท้อแท้เป็นเจ้าภาพ

ที่พักที่โครงการจัดให้คือ โรงแรมในจังหวัดพิษณุโลก

กิจกรรมและการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรม

- การบรรยายสรุปที่สถานีอนามัยวัดโบสถ์ โดยแกนนำ อสม. กลุ่มเพลงพื้นเมือง กลุ่มผู้นำการเมืองท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นผู้สนับสนุนสื่อ และดำเนินการสนทนา
- การเยี่ยมกลุ่มองค์กรชุมชน กลุ่มบายศรี กลุ่มศิลปะประดิษฐ์ กลุ่มของเล่นพื้นบ้าน กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มแม่เพลง กลุ่มไอโอดีเซล กลุ่มขุดเรือ

วันที่ 18-19 สิงหาคม 2550 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ ชุมชนเสาไห้ อ.เสาไห้ จ.สระบุรี

การเยี่ยมชุมชนเสาไห้ โดยมีชุมชนเสาไห้เป็นเจ้าภาพ

ที่พักที่ชุมชนจัดให้คือ ศาลาวัดเสาไห้

กิจกรรมและการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรม

- การร่วมแอโรบิค
- การบรรยายสรุปโดย นายกเทศมนตรี ผู้ใหญ่บ้าน และกลุ่มแกนนำในชุมชนที่ทำงานด้านสาธารณสุขของชุมชน
- การเยี่ยมกลุ่มองค์กรชุมชน กลุ่มปลาร้าสับ กลุ่มขนมไทย กลุ่มสานผักตบชวา
- การต้อนรับโดยมีนายอำเภอ นายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาล มาร่วมงาน มีดนตรีและการแสดงรำจากกลุ่มเด็ก และวัยรุ่น
- การรับรองอาหารกลางวันจากสถานที่อนุรักษ์ประเพณีท้องถิ่น อาหารพื้นเมืองล้านนา และการแสดง วัฒนธรรมล้านนา ซึ่งใช้งบประมาณชุมชน

วันที่ 9-11 พฤศจิกายน 2550 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ ชุมชนทุ่งบัวทอง จ.ประจวบคีรีขันธ์

การเยี่ยมชุมชนทุ่งบัวทอง โดยมีชุมชนทุ่งบัวทองเป็นเจ้าภาพ

ที่พักที่ชุมชนจัดให้คือ บ้านแกนนำในชุมชน

กิจกรรมและการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรม

- การบรรยายสรุปที่ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน
- การเยี่ยมกลุ่มองค์กรชุมชน กลุ่มผักปลอดสารพิษ กลุ่มเลี้ยงปลา กลุ่มสมุนไพร กลุ่มแพทย์แผนไทย กลุ่มสับปะรด กลุ่มดอกไม้ดิน
- การเล่นพื้นเมืองกลองยาวจากเด็กในชุมชน
- การเที่ยวชายทะเล

วันที่ 24 -25 ธันวาคม 2550 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ ชุมชนวังตะกอ อ.หลังสวน จ.ชุมพร

โดยการให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ติดตามกลุ่มชุมชน โดยมีชุมชนวังตะกอเป็นเจ้าภาพ

ที่พักโครงการจัดให้ที่ โรงแรมอวยชัย แกรนด์ หลังสวน จังหวัดชุมพร

กิจกรรมการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรม

- การบรรยายสรุปที่ศูนย์การเรียนรู้ประจำตำบลวังตะกอ
- การเยี่ยมกลุ่มในชุมชน กลุ่มเบญจรงค์ กลุ่มผลิตน้ำดื่ม กลุ่มปั้นดินให้เป็นดาว กลุ่มปลูกป่าชุมชน กลุ่มร้านค้าสหกรณ์ชุมชน กลุ่มเพาะกล้าไม้ยืนต้น กลุ่มอาชีพต่างๆ เช่น กลุ่มเลี้ยงปลา เพาะเห็ด
- การต้อนรับและการเตรียมอาหารกลางวันที่เรียบง่าย วัตถุดิบที่มาจากศูนย์การเรียนรู้
- การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และถาม- ตอบ ข้อมูลที่ต้องการเพิ่มหลังจากการเยี่ยมชมชุมชน

วันที่ 18-19 มกราคม 2551 การเรียนรู้พลังกลุ่ม ณ อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี
การประชุมเชิงปฏิบัติการที่ทำให้ผู้เรียนเข้าใจถึง แนวคิดพื้นฐานของการทำงานเป็นกลุ่ม มีความเข้าใจในความแตกต่างของแต่ละบุคคล การยอมรับตนเองและยอมรับผู้อื่น เชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างนั้นสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้ ศึกษาถึงปัญหาอุปสรรคของการทำงานเป็นกลุ่ม ปัจจัยในการสร้างความเข้มแข็งของทีมงาน รวมถึงการฝึกฝนทักษะสำคัญในการทำงานเป็นกลุ่มอย่างให้ได้ผล และการเปลี่ยนแปลงเติบโตภายในของบุคคล ฝึกฝนการผ่อนคลายอย่างสมบูรณ์ด้วยดนตรีบำบัดและการฝึกฝนการทำสมาธิภาวนาเพื่อความสงบของจิตใจโดยทำกิจกรรมร่วมกันทั้ง 3 วันและมีวิทยากรเป็นผู้ให้ข้อมูลและสะท้อนกิจกรรม ผู้เข้าประชุมได้พักผ่อนไปในตัว บรรยากาศที่เป็นธรรมชาติ ณ รีสอร์ทในอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

บทที่ 4
ผลการศึกษาและการพัฒนาของโครงการ

<u>ส่วนที่ 1</u> การศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานเครือข่ายบริการร่วมกับชุมชน เพื่อให้เห็นภาพของการทำงานในปัจจุบันระหว่างเครือข่ายบริการและชุมชน เป็นการประเมินการจัดระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพื้นที่จริง จากการศึกษาวิเคราะห์เอกสาร และการทำ Focus Group ในกลุ่มเป้าหมายทั้ง 4 ภาค

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนที่ 1 (อ้างอิงจากบทที่ 3 ตามสัญญาว่าจ้างของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

การวิเคราะห์การทำงานของเครือข่ายบริการสุขภาพ ผู้วิเคราะห์ได้สรุปประเด็นการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ โดยพัฒนาประเด็นมาตรฐาน การนำองค์กร นโยบาย วิสัยทัศน์และโครงการของโรงพยาบาลตามแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพ ประกาศออตตาวา ประกาศจาการ์ตา เกณฑ์มาตรฐานของพรพ. ตลอดจนตารางสรุปของ Naidoo , J and Wells, J (1995) และตารางสรุปของ Johnson, A and Baum, F, (2001)

สำหรับการวิเคราะห์การทำงานชุมชนและความเข้มแข็งของชุมชน ผู้วิเคราะห์ใช้เกณฑ์ของ Meredith Minkler, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ (2548) ซึ่งเป็นการทำงานโดยมองหา "ความสัมพันธ์"ของคนการมีส่วนร่วมของกลุ่มต่าง ๆและการเชื่อมโยงทั้งระบบโดยการเริ่มจาก"ศักยภาพที่ชุมชนมี ชุมชนเป็น " เพื่อนำมาวางแผนขับเคลื่อน นอกจากนี้ยังพิจารณาประกอบในมิติของความเข้มแข็งของชุมชนเชิงมาตรฐานกรมการพัฒนาชุมชนและศักยภาพชุมชนในการจัดทำแผนชุมชนเพื่อพิจารณาเชื่อมต่อในการพัฒนาต่อไป

จากรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว ขอนำเสนอดังนี้

1.รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการทั้ง 4 ภาค รอบที่ 1 **(25 แห่ง)**
โดยจำแนกออกเป็นโมเดลต่างๆ เป็นตารางรายภาค

2.ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ รอบที่ 2 **(9 แห่ง)**
2.1 การทำงานของโรงพยาบาลและจุดเชื่อมต่อกับชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง
2.2 การอภิปรายผลเรื่องการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่าย
2.3 ผลลัพธ์การทำงานของโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการ และตัวชี้วัดที่ใช้

3.ผลการวิเคราะห์ข้อมูลชุมชนของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ รอบที่ 2 **(9 แห่ง)**
3.1 ระดับความเข้มแข็งของชุมชน
3.2 ระดับการมีส่วนร่วมตามการรับรู้ของชุมชน
3.3 การประเมินทักษะการทำฐานข้อมูลชุมชนและแฟ้มครอบครัว
3.4 รูปแบบการทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่ตามกรอบคิด Meredith Minkler
3.5 ภาพการทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่ที่มี Good Practice เมื่อเทียบกับการทำงานของชุมชนต้นแบบ "ท้อแท้"

4.บทสรุปการทำงานสร้างสุขภาพของโรงพยาบาล

5.บทสรุปการทำงานสร้างสุขภาพกับพลังชุมชนของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ

ผลการรวิเคราะห์ข้อมูล

1. รูปแบบการทำงานการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการทั้ง 4 ภาค (25 แห่ง) โดยจำแนกออกเป็นโมเดลต่าง ๆ

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เลขที่	โรงพยาบาล	ขนาด (เตียง)	ภาค	รูปแบบ Disease Modal	รูปแบบ Risk Model	รูปแบบ Lifestyle and Behavior	รูปแบบ Empowerment Model	รูปแบบ Socio-environmental Model
1	บ้านฝาง	30	ตะวันออกเฉียงเหนือ	OPD บริการคลินิกที่โรงพยาบาลทุก พุธ/พฤหัส IPD มีประเมินแรกรับครอบคลุมทั้ง 4 มิติ และดูแลต่อเนื่องถึงบ้าน	1) เจาะเลือด FBS 2) มีการคัดกรองโดยให้ชุมชนช่วย	ออกกำลังกาย บริการข้าวต้มน้ำสมุนไพร มี CBT ในรายที่เครียด	Self help group ที่โรงพยาบาล และ PCU มีการวางแผนร่วมกับชุมชน, อบต. มีการระดมทุน มีการดูแลโดย อสม.และผู้ป่วย	มีการปรับโครงสร้างทางกายภาพในชุมชน เช่น มีอาหารสุขภาพจำหน่าย มีการปลูกผักปลอดสารพิษ
2	พังโคน		ตะวันออกเฉียงเหนือ		1) มีการแจกบัตรคิวสุขศึกษา 2) มีการเจาะเลือด 3) มีการคัดกรองโดยชุมชน และ อสม.มีส่วนร่วม	ให้ความรู้ มีสมุดบันทึกการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย ให้สุขศึกษาเป็นกลุ่มโดยเจ้าหน้าที่ฝึกดูแลเท้าด้วยตนเองและเพื่อนช่วยเพื่อน	Self help group เพื่อนช่วยเพื่อน	ฝึกให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
3	ขอนแก่น	800	ตะวันออกเฉียงเหนือ	OPD บริการคลินิกที่โรงพยาบาลทุกพุธ/พฤหัส		OPD ออกกำลังกาย อาหาราจากทีมสหสาขา		มีเครือข่ายชมรมเบาหวานทางการเฝ้าระวัง น้ำตาล เยี่ยมสมาชิกที่เจ็บอยู่ รพ.

เลขที่	โรงพยาบาล	ขนาด (เตียง)	ภาค	รูปแบบ Disease Modal	รูปแบบ Risk Model	รูปแบบ Lifestyle and Behavior	รูปแบบ Empowerment Model	รูปแบบ Socio-environmental Model
	ขอนแก่น ที่ PCU		ตะวันออกเฉียงเหนือ	IPD มีประเมินแรกรับครอบคลุมทั้ง 4 มิติ และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน PCU สอน	1) คัดกรองผู้ป่วยตาม Verbal Screeing 2) ให้ผู้ใหญ่อำนวยความสะดวกแกนนำช่วยทำ 3) ให้สุขศึกษาตามพฤติกรรมเสี่ยง			เครือข่ายมีการดูงาน เรียนรู้ และทำกิจกรรมสร้างสุขภาพ มีการนำเทคนิค OM มาใช้
4	ด่านขุนทด		ตะวันออกเฉียงเหนือ	เน้นการดูแลระดับน้ำตาล	เจาะเลือด คัดกรองให้ pt และชุมชน	1) เข้ากลุ่มตามปัญหา อาหาร ยา ออกกำลังกาย 2) Counseling กรณีน้ำตาลสูง, PCU จัดเครือข่ายให้ความรู้เพื่อให้ชุมชนดูแลกันเองได้	ผู้ป่วยเบาหวานตั้งชมรมเบาหวานในชุมชน Self help group	คนในชุมชนร่วมจัดบริการในวันที่ PCU มีบริการตรวจรักษา

เลขที่	โรงพยาบาล	ขนาด (เตียง)	ภาค	รูปแบบ Disease Modal	รูปแบบ Risk Model	รูปแบบ Lifestyle and Behavior	รูปแบบ Empowerment Model	รูปแบบ Socio-environmental Model
5	มหาสารคาม		ตะวันออกเฉียงเหนือ	เจาะเลือดและส่งต่อกรณีมีโรคแทรกซ้อนไตและตา		มีกิจกรรมกลุ่ม ออกกำลังกายในโรงพยาบาลและ PCU มีกลุ่มเสวนาหลังเจาะเลือดและรับประทานอาหารร่วมกัน เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว	มี Self help group ใน PCU	สร้างเครือข่ายในชุมชน มี อสม.มาช่วยในการให้บริการ
6	บุรีรัมย์	590	ตะวันออกเฉียงเหนือ	มี Case Manager เป็นคนดูแล Self care ตามข้อตกลงของ Multidisciplinary เพื่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต		IPD/OPD ให้คำปรึกษาสุขภาพรายบุคคลและรายกลุ่ม OPD ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่ป่วย		มีสถานที่ออกวินิจฉัย ..... มีชมรมสร้างสุขภาพออกแบบกรอบแนวคิดของประชาสัมพันธ์ มีการพัฒนาศักยภาพ อสม.ให้คัดกรองโรคเป็น วัดความดันได้ แปลผลได้ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชนผ่านเสียงตามสายร่วมกับเทศบาลเรื่องแพทย์ทางเลือก นวดอาหาร

เลขที่	โรงพยาบาล	ขนาด (เตียง)	ภาค	รูปแบบ Disease Modal	รูปแบบ Risk Model	รูปแบบ Lifestyle and Behavior	รูปแบบ Empowerment Model	รูปแบบ Socio-environmental Model
7	หล่มเก่า		ตะวันออกเฉียงเหนือ	มีการสรุปวางแผนดูแลผู้ป่วยด้วยกัน โดยใช้ D-METHOD	มีการคัดกรองและดูแลกลุ่มเสี่ยงตามปัจจัยเสี่ยง	ให้สุขศึกษารายกลุ่ม รายบุคคลโดยทีมหลายสาขา (15 นาที)		มีชมรมผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการภาคเหนือ

เลขที่	โรงพยาบาล	ขนาด (เตียง)	ภาค	รูปแบบ Disease Modal	รูปแบบ Risk Model	รูปแบบ Lifestyle and Behavior	รูปแบบ Empowerment Model	รูปแบบ Socio-environmental Model
1	ตาคลี	90	เหนือ	ใช้ D-METHOD	- มีการค้นหาปัจจัยเสี่ยงในชุมชนตามเทศกาล - มีการสาธิตที่ OPD - มีการสร้างกระแสในการออกกำลังกายด้วยไม้พลองด้วยตัวแบบ - มีการสาธิตอาหารเบาหวาน	เรียนรู้การควบคุมเบาหวานจากของจริงและนักโภชนาการ ฝึกออกกำลังกาย	กระบวนการกลุ่มจากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน Counseling	จัดส่วนในโรงพยาบาลให้เกิดการเรียนรู้ จัดห้องรวมใจในโรงพยาบาล จัดชมรมเบาหวานในชุมชนมีการสนับสนุนอุปกรณ์การตรวจคัดกรองเบาหวาน
2	โพนทะเล	60	เหนือ	OPD ตรวจสอบระดับน้ำตาล ให้ความรู้เรื่องโรค การควบคุมน้ำตาล เรื่องแผนรุ่งรัด ER เรื่องโรค...	- คัดกรองที่ PCU แล้วส่งตัวมาที่โรงพยาบาล - ใช้สีแบ่งกลุ่มผู้นัดตามระดับน้ำตาล	แนะนำการสร้างสุขภาพที่ PCU	ให้ผู้ป่วยเล่าลงมือทำเองคิดเอง	

เลขที่	โรงพยาบาล	ขนาด (เตียง)	ภาค	รูปแบบ Disease Modal	รูปแบบ Risk Model	รูปแบบ Lifestyle and Behavior	รูปแบบ Empowerment Model	รูปแบบ Socio-environmental Model
3	พิจิตร		เหนือ	สอนญาติถึงวิธีการดูแล CVA	เจาะเลือดที่ PCU แล้วแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มเน้นการควบคุมน้ำตาล ออกกำลังกาย บริหารเท้าร่วมกัน	มี hotline โทร.ปรึกษา โทร.เยี่ยม	มีกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนใน CVA บ้าล้วน	ชมรมคนหวาน หวานช่วยกัน เช่น พาสมาชิกที่ขาขาดมารับยา
4	กงไกรลาส		เหนือ	ให้สุขศึกษาผู้ป่วย		เข้าชุมชนปรับพฤติกรรมโดย pt เลือกกลุ่มเอง	เพื่อนช่วยเพื่อน มีคนที่คุมได้มาบอกเพื่อนช่วยเพื่อน	มีทีมในชุมชนจากภาคีกลุ่มต่างๆ และทีมของ รพ. ที่ไปรับผิดชอบในพื้นที่
5	ฝาง		เหนือ	ให้ความรู้สุขศึกษา	ค้นหา คัดกรอง แยก pt ตามระดับน้ำตาลเป็นสีต่างๆ และให้มีที่ปรึกษาจากสีที่คุมได้ดีกว่า	ใช้แผ่นพับ หอกระจายข่าว วิทยุกระจายข่าว เรื่องอบรม	โครงการเพื่อนช่วยเพื่อนเบาหวาน	,ประสานกับผู้นำชุมชน
6	ดอกคำใต้		เหนือ	ให้ความรู้	ให้ความรู้เรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อน	ใช้ 6 อ.เป็นเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมและทำงานกับผู้นำชุมชน		ข่าวเครือข่ายสุขภาพ โดยการประชุม อสม.สัญจร
รวม	6 โรงพยาบาล			6 โรงพยาบาล	5 โรงพยาบาล	6 โรงพยาบาล	5 โรงพยาบาล	5 โรงพยาบาล

ตารางที่ 3 รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการภาคกลาง

เลขที่	โรงพยาบาล	ขนาด (เตียง)	ภาค	รูปแบบ Disease Modal	รูปแบบ Risk Model	รูปแบบ Lifestyle and Behavior	รูปแบบ Empowerment Model	รูปแบบ Socio-environmental Model
1	ประจวบคีรีขันธ์		กลาง	มีกิจกรรมทัวร์ไตเทียมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	มีการคัดกรองในชุมชน	ประเมินความสามารถความรู้และทักษะผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง ใช้การสอนรายบุคคลในรายใหม่ รายที่ FBS สูง		ใช้ทีม HHC มีสายตรง ER กับทีมกู้ชีพ EMS
	PCU ประจวบคีรีขันธ์		กลาง	มีทันตกรรม มีการตามกรณีผู้ป่วยขาดนัด	คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่และ อสม. พบ Case ส่งต่อให้โรงพยาบาลตรวจปีละครั้ง	1.จัดด้านพฤติกรรมเบาหวาน 2. มีการออกกำลังกาย 3. มีสุขศึกษารายกลุ่ม 4. มีกลุ่มฝึกไม้พลองโยคะ	มีนวัตกรรมกระเป๋าความรู้ให้ อสม. มีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน	
2	สวรรค์ประชารักษ์		กลาง	ดูแลระดับน้ำตาลและโรคแทรกซ้อน	มีการให้คำปรึกษาผู้ป่วยถ้าน้ำตาลสูงจะพบพยาบาล นักโภชนาการ HHC และเภสัชกร	ทีมมดน้อยตามรอยหวาน ทำกิจกรรมที่ OPD ออกกำลังกาย (รำวง) บริหารเท้าคลายเครียด		
	PCU สวรรค์ประชารักษ์						มีการตั้งกลุ่มส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ เพื่อนช่วยเพื่อน และเสริมรายได้	มีชมรมผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการภาคใต้

เลขที่	โรงพยาบาล	ขนาด (เตียง)	ภาค	รูปแบบ Disease Modal	รูปแบบ Risk Model	รูปแบบ Lifestyle and Behavior	รูปแบบ Empowerment Model	รูปแบบ Socio-environmental Model
1	สงขลา		ใต้		เวชกรรมสังคมตัดความเสี่ยงที่บ้าน สำรวจชุมชนคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	จัดกลุ่มเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชุมชนและติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชุมชน มีสมุดประจำตัวคนไข้ เบาหวาน	สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยโดย Self help group/DM class ค่ายเบาหวาน	
	PCU สงขลา		ใต้		มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	มีการรณรงค์ มีการให้ความรู้ ทำกิจกรรมกลุ่มในผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงมีการฝึกดู แลเท้า	มีการนำภูมิปัญญาชาวบ้านมาใช้ในการฟื้นฟู	มีศูนย์การเรียนรู้โรคเบาหวานในชุมชน

เลขที่	โรงพยาบาล	ขนาด (เตียง)	ภาค	รูปแบบ Disease Modal	รูปแบบ Risk Model	รูปแบบ Lifestyle and Behavior	รูปแบบ Empowerment Model	รูปแบบ Socio-environmental Model
3	พนัสนิคม	120	กลาง/ตอ	มีการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง เฝ้าระวังโรคแทรกซ้อน	มีการคัดกรอง	มีการจัดคลินิกวิถีชีวิต มีการอบรม อสม.ไปดูแล pt และนำข้อมูลไปใช้ทำแผนของชุมชน		พัฒนาแกนนำและเครือข่าย ดำเนินการเองในหมู่บ้านโดยการมีทะเบียนติดตาม ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว มีการอบรม อสม.ไปดูผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนตัวเอง มีลานออกกำลังกายเครื่องเสียงจาก อบต.
4	เสนา		กลาง					มีชมรมผู้สูงอายุทำกิจกรรมแยกชุมชนดี
5	เสาไห้		กลาง	ให้ความรู้ชุมชนเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ			ชาวบ้านทำประชาคมระดมความคิดและเกณฑ์ประเมินโครงการ	ใช้ outcome mapping ในการประเมิน การทำการป้องกันอุบัติเหตุ

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ (รอบที่ 2 9 แห่ง)

2.1 การทำงานของโรงพยาบาลและจุดเชื่อมต่อกับชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง

2.2 การอภิปรายผลเรื่องการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่าย

2.3 ผลลัพธ์การทำงานของโรงพยาบาลและเครือข่าย ตัวชี้วัดที่ใช้

2.1 การทำงานของโรงพยาบาลและจุดเชื่อมต่อกับชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง

ในภาพรวมจะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลขนาดใหญ่ใช้ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขนาดเล็กใช้เวชปฏิบัติครอบครัว บางแห่งให้ทีม HHC เป็นแกนนำและมีเพียงบางแห่งใช้เครือข่าย PCU โดยมี Family Nurse เป็นแกนนำในการเชื่อมต่อ

ตารางที่ 5 แสดงจุดเชื่อมต่อในการดูแลโรคเรื้อรัง

จุดเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง				
โรงพยาบาล	เวชกรรมสังคม	เวชปฏิบัติครอบครัว	HHC	PCU
1. โรงพยาบาลดอกคำใต้	/ DP		/ DP	
2. โรงพยาบาลพิจิตร – เมืองเก่า		/ Buddy		
3. โรงพยาบาลกงไกรลาส		/		
4. โรงพยาบาลเสาไห้		/		
5. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์	/ HHC			
6. โรงพยาบาลสงขลา	/ PCT + HHC			
7. โรงพยาบาลหลังสวน			/ + เวชปฏิบัติครอบครัว	
8. โรงพยาบาลบ้านฝาง				/ + Family Nurse
9. โรงพยาบาลมหาสารคาม - ดอนหว่าน	/ HHC			

การบริการคัดกรองเพื่อค้นหาโรคและกลุ่มเสี่ยง คือเป็นกิจกรรมการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนอีกรูปแบบหนึ่ง โดยสามารถระบุภาพการทำงานการคัดกรองของโรงพยาบาล ได้ดังนี้

เกณฑ์การคัดกรอง	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. อาการน่าสงสัย - ปัสสาวะ - กินจุแต่ผอม - ดื่มน้ำบ่อย	ไม่ขอ	Verbal	/	ไม่ขอ	พฤติกรรมเฉื่อยชา	/	/	Verbal	บุหรี่สุรา
2. อายุ	40	35	40	40	45	40	40	40	35
3. ปัจจัยเสี่ยง									
- อ้วน		/	/	/	/	/	/	/	/
- ญาติ		/	/	/	/เผ่าพันธุ์	/	/	/	/
- ความดัน		/	/	/	/	/	/	/	/
- HDL		/	/	/	/Triglucose	/	/	/	/
- โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์		/	/	/	/110>	/	/	/	/
- บุตรหนักเกิน 4 กิโลกรัม		/	/	/	/	/	/	/	/
- เคยเป็น Impaired glucose					/ถุงน้ำ,รังไข่				

หมายเหตุ

1. โรงพยาบาลดอกคำใต้
2. โรงพยาบาลพิจิตร – เมืองเก่า
3. โรงพยาบาลกงไกรลาส
4. โรงพยาบาลเสาไห้
5. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
6. โรงพยาบาลสงขลา
7. โรงพยาบาลบ้านฝาง
8. โรงพยาบาลหลังสวน
9. โรงพยาบาลมหาสารคาม - ดอนหว่าน

ในภาพรวมทุกโรงพยาบาลและเครือข่ายมีการทำงานคัดกรองโดยใช้เกณฑ์ที่คล้ายคลึงกัน จะมีความแตกต่างกันบ้างในเรื่องอายุ บางแห่งใช้เกณฑ์อายุ 35 ปี แต่ส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ 40 ปีขึ้นไป ส่วนระดับความดันโลหิตมีความแตกต่างกันระหว่างช่วง 180-220 นอกจากนี้มีบางแห่งคือโรงพยาบาลหลังสวน และพิจิตร ที่ใช้การคัดกรองด้วยวาจาร่วมกัน

ประเด็นสำคัญของการเชื่อมต่อคือ รูปแบบการมีส่วนร่วม ส่วนใหญ่จะเป็นการทำงานโดยผ่านเครือข่าย และเครือข่ายส่วนใหญ่ทำแผนให้ชุมชน มาช่วยทำกิจกรรมประชาสัมพันธ์ กิจกรรมสัมภาษณ์ กิจกรรมจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ ซึ่งถือว่าเป็นการทำกิจกรรมการมีส่วนร่วมในระดับต่ำ ไม่ใช่การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลเป็นฐานหลังจากการคัดกรองแล้วทุกโรงพยาบาลจะจำแนกกลุ่มเป้าหมายเป็น กลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยมีเกณฑ์ระดับน้ำตาลและความดันโลหิตมาใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ ดังปรากฏในตารางข้างต้น

ตารางที่ 6 รูปแบบบริการที่คลินิกในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

Flow ที่ OPD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
ลงละเบียน ↓ ซัก Hx ↓ ประเมินความเสี่ยง ↓ ระดับน้ำตาล ↓ > 110 < 110 ↓ บันทึกแจ้งผล โอกาสที่เสี่ยงและแนวทางการปฏิบัติ	แบ่งเป็นรายใหม่และเก่า	/ / /และตรวจพิเศษอย่างอื่น /แบ่งกลุ่มเสี่ยง 1.การใช้ยา 2.โภชนาการ 3.ออกกำลังกาย 4.self Care + Model+นัดตรวจครั้งต่อไป	ไม่มีข้อมูล	ตรวจสอบสิทธิ์ใน Computer ↓ ตรวจ FF ↓ คัดกรองประวัติ ↓ Vital Sign ↓ ให้สุขศึกษา+เจาะเลือด+พูดคุยปัญหาสุขภาพ+ให้ความรู้ออกกำลังกาย+พบแพทย์Rxนัดครั้งต่อไป	แบ่งผู้ป่วยผิดนัด	- รายเก่า / รายใหม่ - ลงทะเบียนมีการพูดคุย ออกกำลังกาย 6 ท่า ↓ แจกยาก่อนอาหาร + ให้สุขศึกษา DM และโรค ↓ จำแนกตามระดับน้ำตาล> และ <200 - แบ่งน้ำตาล <126 - แบ่ง >126 - ให้ความรู้ 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 1.General DM Care 2.การควบคุม DM ร่วมกับใกล้บ้านได้ ครั้งที่ 2 เล่าประสบการณ์ ครั้งที่ 3 สะท้อนการดูแลตนเอง - จัดเข้ากลุ่ม DM Camp/DM Class		/	แบ่งรายใหม่กับเก่า ยื่นบัตรตรวจเลือด แจ้งนัดหมายให้ความรู้ SC พบแพทย์ ↓ น้อยกว่า 200 พบพยาบาลนัดครั้งต่อไป ยื่นใบ.....	เน้นระดับผลเลือดน้ำตาลมากกว่า 200 เข้ากลุ่ม - โภชนาการ - สุขศึกษา - ออกำลังกาย ↓ มากกว่า 200 พบเภสัชให้คำปรึกษา เช่น นัด Follow up เข้าก่อนเพื่อรับยา

หมายเหตุ

1. โรงพยาบาลดอกคำใต้
2. โรงพยาบาลพิจิตร – เมืองเก่า
3. โรงพยาบาลกงไกรลาส
4. โรงพยาบาลเสาไห้
5. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
6. โรงพยาบาลสงขลา
7. โรงพยาบาลบ้านฝาง
8. โรงพยาบาลหลังสวน
9. โรงพยาบาลมหาสารคาม - ดอนหว่าน

ตารางที่ 7 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ PCU

Flow ที่ PCU	1	2	3	4	5	6	7	8	9
คัดกรอง	/		ไม่มีข้อมูล	/	/		/	คัดกรองด้วยวาจา เสี่ยงส่ง...	
ให้ความรู้				/	/	<126 ให้สุขศึกษา	ขึ้นทะเบียน	<110แจ้ง ดำเนินการ ให้ คำแนะนำ	
กลุ่มป่วย >140	ผิดปกติ ส่ง รพ.	/ R เองหรือ ส่งต่อ		/	/	/>126 ให้ความรู้	<180 ให้สุข ศึกษา	110-125 แจ้ง ดำเนินการให้ คำแนะนำ	126 ขึ้นไปพบ แพทย์
กลุ่มเสี่ยง >126		/ ติดตาม		/	/	/<120 ส่งต่อ รพ. รักษา	>180 ส่งต่อ รพ.บ้านฝาง	>126แจ้ง ดำเนินการให้ คำแนะนำ	120-125 เสี่ยง
กลุ่มดี >140	ปกติให้สุขศึกษา	ให้ความรู้		/		มีศูนย์เรียนรู้ที่ชุมชน			
รักษาที่ PCU				/	/ ศูนย์เรียนรู้ที่ชุมชน				
ส่งตัวรักษาโรงพยาบาล				/					

เกณฑ์คนละเกณฑ์ 126, 140, 180

หมายเหตุ

1. โรงพยาบาลดอกคำใต้
2. โรงพยาบาลพิจิตร
3. โรงพยาบาลกงไกรลาส
4. โรงพยาบาลเลาให้
5. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
6. โรงพยาบาลสงขลา
7. โรงพยาบาลบ้านฝาง
8. โรงพยาบาลหลังสวน
9. โรงพยาบาลมหาสารคาม

ในภาพรวม ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการบริการในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกและในการคัดกรองจะใช้เกณฑ์ภาวะโรคมาเป็นแนวทางการตัดสินใจให้บริการ ยังไม่มีโรงพยาบาลใดใช้ข้อมูลวิถีชีวิตหรือบริบททางสังคมมาประกอบด้วย

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวกับแนวทางการให้บริการพบว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่อง โรคและการรักษาเป็นส่วนใหญ่ บางแห่งผนวกเรื่องพฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลตนเองและเท้า การมาตรวจตามนัด และปัญหาสุขภาพทั่วๆ ไป มีเพียงโรงพยาบาลสงขลาแห่งเดียวที่มีการสร้างการเรียนรู้แบบดึงประสบการณ์และศักยภาพของผู้ป่วยมาใช้ในการจัดกิจกรรม และมีการสร้างโอกาส และประเด็นการเรียนรู้ที่หลากหลาย ให้ผู้ป่วยเกิดทักษะและความเชื่อมั่น ซึ่งถือเป็นการผสมผสาน การจัดบริการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้นกว่าโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีข้อมูลในการวิเคราะห์ครั้งนี้

รูปแบบการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนกรณีที่ใช้ผู้ป่วยเป็นเงื่อนไขในการเชื่อมต่อนั้น โรงพยาบาลได้จัดทำแบบฟอร์ม เพื่อใช้ประกอบในภายหลังต่อ ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็นแบบฟอร์ม 4 ชนิด คือ

1. ใบส่งต่อ
2. ใบตอบกลับ
3. ใบบันทึกข้อมูล
4. แผนจำหน่ายหรือดูแลต่อเนื่อง

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการใช้ใบส่งต่อมากที่สุด รองลงมาคือแผนจำหน่ายและใบตอบกลับ ดังข้อมูลปรากฏในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 8 แบบฟอร์มส่งต่อของแต่ละเครือข่ายบริการ

แบบฟอร์มแบบส่งต่อ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
ใบส่งต่อ		/	/	/		/	/ บส1		/	
ใบตอบกลับ	/	/		/		/			/	
ใบบันทึก	/					/	บส2			
ใบแผนจำหน่าย		/		/	/					

หมายเหตุ

1. โรงพยาบาลกงไกรลาส
2. โรงพยาบาลดอกคำใต้
3. โรงพยาบาลเสาไห้
4. โรงพยาบาลพิจิตร – เมืองเก่า
5. โรงพยาบาลหลังสวน
6. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
7. โรงพยาบาลสงขลา
8. โรงพยาบาลบ้านฝาง
9. โรงพยาบาลมหาสารคาม – ดอนหว่าน

อนึ่ง แม้ว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่ใช้ใบส่งต่อนั้น เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ประกอบในการส่งต่อ พบว่า เกือบทุกโรงพยาบาลส่งต่อข้อมูลที่ไม่เป็นองค์รวม แต่เป็นข้อมูลปัญหาการเจ็บป่วยและการรักษาโรคเท่านั้น

ตารางที่ 9 แสดงจุดเน้นข้อมูลที่ระบุในใบส่งต่อ

จุดเน้นข้อมูลที่ระบุในใบส่งต่อ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	รวม
องค์รวม	/	/				/				3
ตามปัญหา			/	/	/		/	/	/	6

หมายเหตุ

1. โรงพยาบาลดอกคำใต้
2. โรงพยาบาลพิจิตร – เมืองเก่า
3. โรงพยาบาลกงไกรลาส
4. โรงพยาบาลหลังสวน
5. โรงพยาบาลสงขลา
6. โรงพยาบาลเสาไห้
7. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
8. โรงพยาบาลบ้านฝาง
9. โรงพยาบาลมหาสารคาม – ดอนหว่าน

ตารางที่ 10 จุดเชื่อมต่อกับชุมชนโดยโครงสร้างของโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	กรรมการที่ปรึกษา	ทีม Buddy โดย อสม.	โครงสร้างทางการของชุมชน	เชื่อมโครงงานวิจัย
1. โรงพยาบาลดอกคำใต้	/			
2. โรงพยาบาลพิจิตร			/	
3. โรงพยาบาลกงไกรลาส		/		
4. โรงพยาบาลเสาไห้	/			
5. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์				
6. โรงพยาบาลสงขลา			/	
7. โรงพยาบาลหลังสวน			/	/
8. โรงพยาบาลบ้านฝาง	/	/		
9. โรงพยาบาลมหาสารคาม			/	/

ตารางที่ 11 จุดเชื่อม PCU กับชุมชน

โรงพยาบาล	อสม.	อบต.มองการเชื่อมเฉพาะงบประมาณ	ผู้ป่วยเก่าญาติ	วัด / มัสยิด	แผนชุมชน
1. โรงพยาบาลดอกคำใต้	/	/			
2. โรงพยาบาลพิจิตร – เมืองเก่า	/	/			
3. โรงพยาบาลกงไกรลาส			/ ผู้ป่วยหัวใจ		
4. โรงพยาบาลเสาไห้		/			
5. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์					/
6. โรงพยาบาลสงขลา – หัวเขา	/	/		/	
7. โรงพยาบาลหลังสวน		/			อสม.มีหลายรูปแบบ Pure+ ผู้นำชุมชน Expert
8. โรงพยาบาลบ้านฝาง	/ เป็น Buddy	/			
9. โรงพยาบาลมหาสารคาม – ดอนหว่าน	/	/			

2.2 การอภิปรายผลเรื่องการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาล เครือข่าย ชุมชน

ข้อมูลจาก 9 โรงพยาบาล พอจะสรุปได้ว่า การเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนในปัจจุบัน คือ

2.2:1 การเชื่อมต่อโดยระบบบริการ

1.) เมื่อคนไข้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลส่วนใหญ่จัดบริการต่อเนื่อง โดยใช้แผนการดูแลต่อเนื่อง (Discharge Plan) และใช้ทีมบริการที่เรียกว่า HHC หรือ Family Nurse ออกไปให้บริการที่บ้าน กรณีผู้ป่วยหนักทุกโรงพยาบาลใช้แผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Discharge Plan) กับทีม Health care หรือทีมเวชปฏิบัติครอบครัวเข้าไปดูแล อย่างต่อเนื่องโดยเน้นการดูแลอาการเจ็บป่วยและให้การรักษาหรือทำการพยาบาล ในการนี้มีรูปแบบการดำเนินการสรุปได้เป็น 3 แบบ คือ

1.1) PCU เข้าไปร่วมตั้งแต่ต้น กลับสู่ชุมชนโดยมี HHC เข้าร่วมในการดูแล เช่นที่โรงพยาบาลพิจิตร ดอกคำใต้ และสงขลา

1.2) PCU รับการส่งต่อข้อมูล เช่น โรงพยาบาลกงไกรลาส เสาไห้ บ้านฝาง มหาสารคาม

1.3) PCU วางแผนออกเยี่ยมเอง เช่น ที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ เสาไห้ และบ้านฝาง

ในภาพรวมการเยี่ยมบ้านเป็นระบบเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับคนไข้มากกว่าโรงพยาบาลกับชุมชน และเป็นการเชื่อมต่อเพื่อการให้บริการหัตถการเป็นส่วนใหญ่ การสนับสนุนการเรียนรู้ให้เกิดการสร้างสุขภาพยังไม่ชัดเจน

2.) เมื่อคนไข้รับบริการที่ OPD หลังจากตรวจยืนยันว่าเป็นโรคเรื้อรัง และต้องรับการดูแลจากคลินิกพิเศษ และเมื่ออาการดีขึ้น จะมีการส่งต่อให้ไปรับบริการที่เครือข่ายและกลับมาพบแพทย์ที่คลินิก

2.2.2) การเชื่อมต่อโดยการจัดโครงสร้างของโรงพยาบาล

รูปแบบการดำเนินงานของโรงพยาบาลพอจะสรุปได้ดังนี้

1) เชื่อมต่อโดยตั้งเป็นคณะกรรมการภาคประชาชน

2) เชื่อมต่อโดยทีม Buddy ซึ่งเป็นการมอบหมายงานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเป็นหน่วยงานเข้าทำงานร่วมกับชุมชน

3) เชื่อมต่อกับโครงสร้างและกิจกรรมที่เป็นทางการของชุมชน เช่น ในการประชุมประจำเดือน

4) เชื่อมต่อด้วยวัฒนธรรม

2.2.3) การเชื่อมต่อระหว่างเครือข่ายบริการกับชุมชน

ทุก PCU มีการเชื่อมต่อโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลัก โดยทีมงานมองว่า "การทำงานร่วมกับ อสม. ถือเป็นการทำงานร่วมกับชุมชนแล้ว" ซึ่งเป็นแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นว่าทีมงานในโรงพยาบาลและเครือข่ายยังมองชุมชนแบบแยกส่วน บางโรงพยาบาลและเครือข่ายมีการทำงานร่วมกับชุมชน คือ อบต. โดยการเสนอของบประมาณมาจัดทำกิจกรรมด้านการสร้างสุขภาพ ซึ่งกระบวนการในการตัดสินใจ คิดแผนการทำงานส่วนใหญ่มาจากเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข และการตัดสินใจเรื่องงบประมาณมาจาก อบต. ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแบบนี้ ยังน่าจะถือว่าเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมแบบ "เทียม" อยู่

จุดเชื่อมต่อระหว่างเครือข่ายกับชุมชนที่อาจมองเห็นได้บ้างในบางเครือข่าย คือ การเชื่อมต่อกรณีมีคนไข้ เจ้าหน้าที่จาก PCU หรือเครือข่ายจะเข้าไปให้บริการ ดูแล หรือบางแห่งซึ่งเป็นส่วนน้อยที่มีการสนับสนุนให้คนไข้เก่าโรคเดียวกันที่ประสบความสำเร็จในด้านโรคและสุขภาพ เป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยอื่น

จุดเชื่อมต่อระหว่างเครือข่ายกับชุมชนที่ได้มีความพยายามจัดทำขึ้นคือ การพยายามเชื่อมต่อกับแผนชุมชนที่ชุมชนได้จัดทำขึ้น เช่น เครือข่ายโรงพยาบาลหลังสวน เครือข่ายโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ แต่การเชื่อมต่อยังเป็นการเชื่อมต่อที่ไม่ต่อยอดจากชุมชนแบบ Insider of view

2.3 ผลลัพธ์การทำงานของโรงพยาบาลและเครือข่าย

โรงพยาบาลและเครือข่ายทุกแห่งนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในครั้งนี้ แม้จะเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแล้ว แต่เมื่อพิจารณาจากเกณฑ์ที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ในการทำงานของโรงพยาบาล ยังพบว่าโรงพยาบาลเกือบทุกแห่งทำงานโดยเน้นผลลัพธ์ด้านการเจ็บป่วย มากกว่าภาวะสุขภาพและเก็บข้อมูลบนฐานของคนไข้เป็นรายๆ มากกว่าข้อมูลรายชุมชน

ตารางที่ 12 ผลลัพธ์ภาวะสุขภาพคนไข้

ภาวะสุขภาพคนไข้	1	2	3	4	5	6	7	8	9
BP	/	/	ไม่มี		FBS				
BMI	/	/							
อัตราป่วย									/
Heart rate									
กล้ามเนื้อ									
ความจุปอด									
จิตใจ						คุณภาพชีวิตดี			
สังคม	ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม								
ความสำเร็จของการรักษา -ดูระดับน้ำตาล - ดูการขาดนัด - ดูการพัฒนาพฤติกรรม - ดูการป่วยซ้ำ	/	/	/	/	/	/	/	/	/

3.สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลชุมชนของโรงพยาบาลและเครือข่าย (รอบที่ 2 จำนวน 9 แห่ง)

3.1 ระดับความเข้มแข็งของชุมชน

3.2 ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนตามการรับรู้ของชุมชน

3.3 การประเมินทักษะการทำฐานข้อมูลชุมชนและแฟ้มครอบครัว

3.4 รูปแบบการทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่ตามกรอบแนวคิด Meredith Minkler

3.5 ภาพการทำงานของชุมชนของเจ้าหน้าที่ที่มี Good Practice เมื่อเทียบกับการทำงานของชุมชนต้นแบบ "ท้อแท้"

3.1 ระดับความเข้มแข็งของชุมชนในกลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบที่หลากหลายแล้วแต่บริบทของแต่ละแห่ง

ตารางที่ 13 แสดงระดับความเข้มแข็งของชุมชน

ระดับความเข้มแข็งของชุมชน						
		มีการรวมกลุ่ม	วัฒนธรรมเอื้ออาทร	การเรียนรู้และทำงานมีและใช้ข้อมูล	ประสบการณ์ความสำเร็จ	ระดับความเข้มแข็ง
1.ดอกคำใต้/ร่องบัวรอย	ป้าบุษบา	กลุ่มไม้กวาด	ตานตอด	ข้อมูลคนจนที่ต้องช่วยเหลือ	ตานตอด	5
2.บ่อนอก	เจริญ/ผู้ใหญ่บ้าน คุณกบ, คุณฉิม	หลายกลุ่ม		มีแผนชุมชน	การต่อสู้เรื่องโรงไฟฟ้า	5
3.วังตะกอ/หลังสวน	สภากรรมการ	หลายกลุ่ม, OTOP เกษตรอินทรีย์		แผนชุมชน		5
4.บ้านฝาง/ดอนหัน	พระ, ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	กลุ่มออมทรัพย์ เกษตรอินทรีย์ กลุ่มเรียนรู้, อาชีพ	บ่อปลา ความปลอดภัย	มีแผนชุมชนของตนเอง และมีแผน ตามที่โรงพยาบาลกำหนด	ต่อต้านโรงกำจัดขยะ บ่อปลา	5
5.ชุมชนวัดเสาให้ร่วมใจ	ผู้ใหญ่เข้า	หลายกลุ่มตามกระทรวง มหาดไทยและ รพ.แนะนำ	รักท้องถิ่นเป็นข้าราชการ สังคมเมือง	มีแผนงานของชุมชนเองที่ต่างไปจาก รพ. และมีแผนตามที่ รพ.กำหนด	เรือนรสิงห์ 99 ปรับสิ่งแวดล้อม	5
6.ชุมชนท้อแท้	มีหลายคน	เกษตร/ตนตรีไทย	มีการศึกษาเป็นข้าราชการ แต่รักท้องถิ่น	แผนชุมชน	ยาเสพติด กระบวนการทำ ประชาคม	5
7.พิจิตร	ป้าล้วน	ไม้กวาด	เครือญาติ	มีแผนพัฒนาชุมชนอื่น เกิดจากกิจกรรม พิเศษและเก็บข้อมูลร่วมกัน	ยังไม่ชัดเจน	3
8.ดอนหว่าน	เป็นผู้นำที่เป็นทางการ	มีกลุ่มอาชีพต่างๆ	ช่วยเหลือ ครอบครัวอบอุ่น	ภาครัฐพาทำแผน ไม่ใช่แผนของชุมชน		3
9.สงขลา/หัวเขา	มีทั้งพุทธ อิสลาม พระ อิหม่าม	ทำงานเป็นภาคี	สมานฉันท์ระหว่างพุทธ และอิสลาม	มีแผนชุมชนทำเอง	การสร้างสุขภาพโดยชมรม ต่างๆ	5
10.กงไกรลาส	พระครู		มีศูนย์เด็กเล็ก	มีแผนแก้จน มีข้อมูลปัญหาพิษสุนัขบ้า โรคเรื้อน		3

3.2 ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนตามการรับรู้ของชุมชน

ตารางที่ 14 แสดงระดับการมีส่วนร่วม

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนตามการรับรู้ของชุมชน จำแนกตามบันไดการมีส่วนร่วม					
	ร่วมทำ	ร่วมคิด	ร่วมตัดสินใจ	ร่วมตรวจสอบ	ร่วมรับประโยชน์
1. โรงพยาบาลดอกคำใต้			/	/	/
2. โรงพยาบาลพิจิตร – เมืองเก่า					
3. โรงพยาบาลกงไกรลาส	/	/			
4. โรงพยาบาลเสาไห้	/				
5. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์	/				
6. โรงพยาบาลสงขลา			/		
7. โรงพยาบาลหลังสวน			/	/	
8. โรงพยาบาลบ้านฝาง			/		
9. โรงพยาบาลมหาสารคาม – ดอนหว่าน				/	

การทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ต้องมีความเข้าใจที่ตรงกันว่า การสร้างสุขภาพนั้นต้องทำโดยและทำด้วยกัน กับประชาชนไม่ใช่การทำตามที่ภายนอกโดยคนใดคนหนึ่ง นอกจากนี้จำต้องเป็นการทำโดยการมีศักยภาพของระดับบุคคล ชุมชน หรือกลุ่มงาน จากข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ พอจะสรุปจากกระบวนการทำงานและตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลใช้เป็นตารางดังนี้

ตารางที่ 15 แสดงการทำงานของโรงพยาบาล : การทำรายละเอียดในแฟ้มชุมชน

การทำงานของโรงพยาบาลเครือข่าย : การทำฐานข้อมูลชุมชน										
โรงพยาบาล	ฐานข้อมูลชุมชน									
	Community Folder (CF)									
	แผนที่เดิมดิน	แผนที่ทรัพยากร	ผังโครงสร้างชุมชน	ประวัติชุมชน	ปฏิทินชุมชน	ผังเครือญาติ	ประวัติชีวิต	ระบบบริการในชุมชน	ข้อมูลสุขภาพ	แผนชุมชน
รพ.ดอกคำใต้ - ร่องบัวลอย	มี	ไม่มี	มีบ้าง	มี	มีแต่ไม่ครบ	มีทำบ้าง	มีบ้าง	ไม่มี	มีเรื่องโรค	มี
รพ.บ้านฝาง	มี	ไม่มี	มีบ้าง	มี	มีแต่ไม่ครบ	มีทำบ้าง	มีบ้าง	ไม่มี	มีเรื่องโรค	มี
รพ.มหาสารคาม - ดอนหว่าน	มี	ไม่มี	มีบ้าง	มี	มีแต่ไม่ครบ	มีทำบ้าง	มีบ้าง	ไม่มี	มีเรื่องโรค	มี
รพ.เสาไห้	มี	ไม่มี	มีบ้าง	มี	มีแต่ไม่ครบ	มีทำบ้าง	มีบ้าง	ไม่มี	มีเรื่องโรค	มีตาม รพ.
รพ.หลังสวน - วังตะกอ	มี	ไม่มี	มีบ้าง	มี	มีแต่ไม่ครบ	มีทำบ้าง	มีบ้าง	ไม่มี	มีเรื่องโรค	มี
รพ.ประจวบคีรีขันธ์ - บ่อนอก	มี	ไม่มี	มีบ้าง	มี	มีแต่ไม่ครบ	มีทำบ้าง	มีบ้าง	ไม่มี	มีเรื่องโรค	มี
รพ.สงขลา – หัวเขา	มี	ไม่มี	มีบ้าง	มี	มีแต่ไม่ครบ	มีทำบ้าง	มีบ้าง	ไม่มี	มีเรื่องโรค	มี
รพ.กงไกรลาส	มี	ไม่มี	มีบ้าง	มี	มีแต่ไม่ครบ	มีทำบ้าง	มีบ้าง	ไม่มี	มีเรื่องโรค	ไม่มี
รพ.พิจิตร	มี	ไม่มี	มีบ้าง	มี	มีแต่ไม่ครบ	มีทำบ้าง	มีบ้าง	ไม่มี	มีเรื่องโรค	ไม่มี

ตารางที่ 16 แสดงการทำงานของโรงพยาบาล : การทำรายละเอียดในแฟ้มครอบครัว

โรงพยาบาล	ฐานข้อมูลชุมชน									
	Family Folder (FF)									
	แผนที่บ้าน	ที่อยู่และข้อมูลส่วนตัวสมาชิกในครอบครัว		ผังเครือญาติ	สรุปภาวะเจ็บป่วย	บันทึกสุขภาพเด็ก	บันทึกสุขภาพหญิงวัยเจริญพันธ์	บันทึกโรคเรื้อรัง	การเรียนรู้ใน PCU ของโรคเรื้อรัง	กิจกรรมในชุมชน เช่นการคัดกรอง
รพ.ดอกคำใต้ - ร่องบัวลอย	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มีบ้าง	มีแต่ไม่ครอบคลุม
รพ.บ้านฝาง	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มีบ้าง	มีแต่ไม่ครอบคลุม
รพ.มหาสารคาม - ดอนหว่าน	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มีบ้าง	มีแต่ไม่ครอบคลุม
รพ.เสาไห้	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มีบ้าง	มีแต่ไม่ครอบคลุม
รพ.หลังสวน - วังตะกอ	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มีบ้าง	มีแต่ไม่ครอบคลุม
รพ.ประจวบคีรีขันธ์ - บ่อนอก	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มีบ้าง	มีแต่ไม่ครอบคลุม
รพ.สงขลา – หัวเขา	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มีบ้าง	มีแต่ไม่ครอบคลุม
รพ.กงไกรลาส	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มีบ้าง	มีแต่ไม่ครอบคลุม
รพ.พิจิตร	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มีบ้าง	มีแต่ไม่ครอบคลุม

ตารางที่ 17 แสดงการทำงานของโรงพยาบาล : รูปแบบของ Meredith Minkler

รูปแบบการทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลของ Meredith Minkler				
โรงพยาบาล	แบบอุปถัมภ์ (Need Based)		แบบขับเคลื่อน (Strength Based)	
	แบบตอบสนองความต้องการ	แบบพัฒนาทักษะ (อบรม)	แบบผลักด้านผู้มีอำนาจ/ขับเคลื่อนนโยบาย	แบบเสริมพลังอำนาจ
1. โรงพยาบาลดอกคำใต้		/		
2. โรงพยาบาลพิจิตร – เมืองเก่า			/	
3. โรงพยาบาลกงไกรลาส		/		
4. โรงพยาบาลเสาไห้		/		
5. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์		/		/
6. โรงพยาบาลสงขลา				/
7. โรงพยาบาลหลังสวน				/
8. โรงพยาบาลบ้านฝาง			/	
9. โรงพยาบาลมหาสารคาม – ดอนหว่าน		/	/	

ตารางที่ 18 สรุปภาพการทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่ที่มี Good Practice

โรงพยาบาล	กระบวนการทำงานชุมชน		
	Bottom – up Community determined process กำหนดโดยชุมชน	Policy – led Externally determined process กำหนดจากโรงพยาบาล	Process for development Community Competence ที่น่าจะเป็น Good Practice
1. โรงพยาบาลดอกคำใต้	/	/	ใช้ AIC แต่ต่อยอดไม่เป็นหุ้นส่วน
2. โรงพยาบาลพิจิตร – เมืองเก่า	/	/	ใช้เครือข่ายแต่เชื่อมประสานยังไม่ถึงระดับหุ้นส่วน
3. โรงพยาบาลกงไกรลาส		/	ใช้ Buddy และทางการในการผลักดัน
4. โรงพยาบาลเสาไห้	/		ใช้สั่งการมากกว่าขับเคลื่อน
5. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์		/	ใช้ขับเคลื่อนโดยชุมชนนำ แต่โรงพยาบาลยังขาดทักษะ
6. โรงพยาบาลสงขลา	/	/	ใช้เรียนรู้ร่วมกันแบบหุ้นส่วน
7. โรงพยาบาลหลังสวน	/		ใช้วิจัยและขับเคลื่อน เพราะชุมชนเข้มแข็งมาก โรงพยาบาลขาดทักษะ
8. โรงพยาบาลบ้านฝาง		/	ใช้พัฒนาทักษะ ชุมชนเก่ง โรงพยาบาลยังขาดทักษะการขับเคลื่อนแบบหุ้นส่วน
9. โรงพยาบาลมหาสารคาม – ดอนหว่าน	/	/	ใช้เรียนรู้ร่วมกันและต่อยอดประชาคมแต่โรงพยาบาลยังขาดทักษะ

ในภาพรวมจะเห็นได้ว่า การทำงานของโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดเป็นการทำโดยมีนโยบายเป็นตัวกำหนดจุดตั้งต้น นโยบายคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล และใช้กับประชาชนในชุมชนให้ช่วยดำเนินการและรวบรวมข้อมูล ดังนั้นหลักการทำงานชุมชนแบบเสริมพลังอำนาจ เริ่มจากที่ประชาชนมีอยู่หรือเป็นอยู่ จึงมีเพียงการทำงานของเครือข่ายบริการชุมชนท้อแท้ ซึ่งปรับบทบาท วิธีคิด วิธีทำงานของเจ้าหน้าที่ มีการทำงานเป็นระบบเชิงกรอบแนวคิด "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" แต่ทำตัวเป็นผู้เชื่อม ประสาน เอื้ออำนวยให้เกิดความสัมพันธ์ เชื่อมโยงทุนทางสังคม ทุนมนุษย์ที่มีอยู่ในชุมชนมาเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพ เช่น สุขภาพจิตของคนแก่ เชื่อมสัมพันธ์กับทุนสถาบันหรือองค์กรในชุมชน เช่น โรงเรียน หรือเครือข่ายวัฒนธรรมในจังหวัด จนเกิดเป็นการเชื่อมโยงความสุขจากคนแก่สู่เด็ก และต่อมากลายเป็นเป้าหมายร่วม คือวิถีสุขของคนอำเภอท้อแท้

การทำงานของเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลท้อแท้ เป็นภาพการเริ่มต้นจากชุมชน ทำงานร่วมกับชุมชน จนเกิดการตัดสินใจร่วมกันอย่างมีพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานชุมชนที่เริ่มจากการรวมกลุ่ม (Community organization) ไปสู่การสร้างศักยภาพชุมชน (Community Development) และทำให้เกิดพลังอำนาจชุมชน (Community Empowerment) นั่นเอง

หากจะอธิบายการทำงานชุมชนท้อแท้ตามกรอบแนวคิดของ Meredith Minkler จะเห็นได้ว่า มีการระบุกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มที่ 1 คือผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มที่ 2 คือ อสม.อาจารย์เกษียณอายุ กลุ่มที่ 3 คือ ประธานวัฒนธรรมของอำเภอ จังหวัด เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย กศน. และกลุ่มสุดท้าย กลุ่มที่ 4 คือ คนทุกคนที่เข้ามามีส่วนร่วม ถ้าจะให้รูปแบบของท้อแท้เป็นตัวแบบในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนโดยชุมชนและเพื่อชุมชน ก็น่าจะมีความเป็นไปได้ในเรื่องของเวลาเพียงไม่กี่ปี ในเรื่องของวิธีการคิดที่เกี่ยวข้องกับทุนทางสังคมของคนและสถาบันในชุมชน ตลอดจนค่านิยมและทักษะของคำว่าการสร้างสุขภาพที่เจ้าหน้าที่เครือข่ายใช้อยู่

4.บทสรุปการทำงานสร้างสุขภาพของโรงพยาบาลและเครือข่าย

ตารางที่ 19 สรุปการทำงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	แบบ-1	แบบ 2	แบบ 3	แบบ 4	แบบผสม
1. โรงพยาบาลดอกคำใต้			/		2+3
2. โรงพยาบาลพิจิตร – เมืองเก่า			/		
3. โรงพยาบาลกงไกรลาส			/		2+3
4. โรงพยาบาลเสาไห้		/			
5. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์				/	3+4
6. โรงพยาบาลสงขลา		/			
7. โรงพยาบาลหลังสวน				/	
8. โรงพยาบาลบ้านฝาง		/			2+3
9. โรงพยาบาลมหาสารคาม			/		

ตารางนี้ปรับจาก Johnson & Baum (2001) Typology of different organization approaches to Health Promotion (Health Promotion International Vol 16 No13)

แบบ 1 ทำเป็นโครงการมีคณะทำงาน

แบบ 2 มอบหมายให้มีหน่วยงานรับผิดชอบเฉพาะ (โรงพยาบาลสงขลา บ้านฝาง เสาไห้ และดอกคำใต้)

แบบ 3 มีนโยบายและหน่วยงานต่างๆ ร่วมรับผิดชอบ (โรงพยาบาลกงไกรลาส และมหาสารคาม)

แบบ 4 มีการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน (โรงพยาบาลหลังสวนและประจวบคีรีขันธ์)

การทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องมีการปรับระบบบริการเพื่อให้บรรลุผลการสร้างสุขภาพของผู้ป่วยและญาติ และเพื่อสร้างความยั่งยืน ดังนั้นการทำงานร่วมกันของทีมงานในโรงพยาบาลจึงส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพของชุมชน Johnson & Baum มีข้อเสนอว่ารูปแบบการทำงานที่ 3 และ 4 เป็นรูปแบบการทำงานสร้างสุขภาพที่ดีกว่าแบบ 1 และ 2

หากจะอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น คงเป็นเพราะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของไทยยังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่าน ทั้งส่วนที่เป็นระบบในโรงพยาบาล และในส่วนที่เกี่ยวข้องกับชุมชนส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเครือข่าย ยังมีมุมมองของการทำงานส่งเสริมสุขภาพแบบการให้บริการด้านแม่และเด็ก การฉีดวัคซีน มากกว่าการขับเคลื่อนทุนทางสังคม (Modee R, et, 2000 หน้า 253) ดังนั้นแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่หันมาสนับสนุนการวิจัยและโครงการที่เกี่ยวข้องกับการต่อยอดทุนทางสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าจึงน่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมกว่า

นอกจากนี้ จากข้อมูลโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลในรอบที่ 1 พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ทำงานสร้างสุขภาพด้วยกรอบทางการแพทย์ การรักษาโรค ควรที่จะพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลให้เกิดความชัดเจนเรื่องกรอบแนวคิด และทักษะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้ชัดเจนกว่าที่เป็นอยู่ ตลอดจนควรมีการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานกำหนดสมรรถนะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเครือข่ายให้สอดคล้องกับประกาศออตตาวา จาการ์ตา และกรุงเทพต่อไปอีก เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีแนวทางและผลลัพธ์ด้านการสร้างสุขภาพที่เป็นจริง

5.บทสรุปการทำงานสร้างสุขภาพกับพลังชุมชนของโรงพยาบาลและเครือข่าย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลชุมชน และการทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเครือข่าย สรุปได้ว่าเจ้าหน้าที่ที่ทำงานชุมชนยังใช้กรอบการทำงานแบบตนเองเป็นผู้เชี่ยวชาญ ทำงานแบบคนนอกชุมชนลงไปจัดกระทำชุมชนราวกับว่าชุมชนอ่อนด้อยในศักยภาพ และขาดแคลนซึ่งทรัพยากรและความรู้ เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจในบริบททางสังคมที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพ พฤติกรรม และวิถีชีวิต ไม่สามารถนำข้อมูลที่จัดเก็บด้วยเครื่องมือการทำงานชุมชนที่กระทรวงกำหนดขึ้นให้เกิดประโยชน์สูงสุด ไม่สามารถทำงานชุมชนในเชิงการขับเคลื่อนเป็นภาคีหุ้นส่วนหรือการสร้างสุขภาพร่วมกันตามวิถีชุมชนได้

เจ้าหน้าที่ขาดทักษะสำคัญในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การเอื้ออำนวย (Facilitate) การสร้างการมีส่วนร่วม (Participatory Learning) การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) การสนับสนุน (Enable) และต่อรองเชื่อมประสาน (Mediate) การใช้กระบวนการค้นหาและจัดทำแผนที่ทางสังคม (social capital and resource map) การวางแผนการขับเคลื่อน (Community Mobilization) และจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome mapping) เพื่อดูผลเชิงกระบวนการและผลลัพธ์สุดท้าย คือภาวะสุขภาพ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นโอกาสของการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืนตามนิยามคำว่าการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลกได้

ทุนทางสังคมตามแนวคิดของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นิยามไว้ว่า หมายถึง พลังที่มีอยู่ในชุมชนและสังคม ซึ่งเกิดจากการรวมตัวของกลุ่มคน เพื่อที่จะอยู่ร่วมกัน ทำงานร่วมกันบนพื้นฐานของความไว้เนื้อเชื่อใจ สายใยความผูกพัน และวัฒนธรรมที่ดีงามของสังคมไทย โดยมีองค์ประกอบ 3 ทุน ได้แก่

1) ทุนมนุษย์หมายถึง คนทั่วไปหรือผู้นำทางสังคม ที่มีความไว้เนื้อเชื่อใจ น้ำใจ เอื้ออาทรต่อเพื่อน มนุษย์ มีจิตสาธารณะ ให้ประโยชน์และทำตนเป็นประโยชน์ต่อสังคม
2) ทุนที่เป็นสถาบัน หมายถึง สถาบันหลักของชาติ ครอบครัว ศาสนา สถาบันการศึกษา สถาบันการเมือง
3) ทุนทางภูมิปัญญา และวัฒนธรรม หมายถึง ภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปวัฒนธรรม โดยจารีตประเพณีโบราณสถาน โบราณวัตถุ และวิถีการดำรงชีวิตความสัมพันธ์ของคน

ดังนั้น แนวทางการพัฒนาที่สำคัญคือ การสนับสนุนให้มีการสร้างทุนทางสังคมอย่างกว้างขวางในทุกพื้นที่ ทุกองค์กร และทุกเรื่อง ด้วยการดำเนินงานในด้าน

1) การพัฒนาและต่อยอดทุนทางสังคม
2) การสนับสนุนให้มีการจัดการและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ทุนทางสังคมและการสร้างภูมิคุ้มกันให้ทุนทางสังคม
3) การพัฒนากลไก ติดตามประเมินผล

กระบวนการทำงานชุมชนที่สำคัญคือ การทำแผนที่ทุนทางสังคมเพื่อสร้างการตระหนักรู้ และการสร้างความร่วมมือกันของทุกฝ่าย ในการนำทุนทางสังคมมาใช้ประโยชน์

การเรียนรู้ชุมชนเพื่อให้เกิดความชัดเจนของทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน จะทำให้เกิดความร่วมมือเกิดพลัง เกิดความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ แม้จะเป็นเรื่องสุขภาพหรือการเจ็บป่วย ให้บรรลุเป้าหมายได้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรจะปรับ

1) มุมมองหรือแนวคิดในการมองชุมชนจากการมองปัญหา มาเป็นการมองระบบความสัมพันธ์ความร่วมมือ พลัง เครือข่ายและความสามารถของชุมชน
2) การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลที่ผ่านมา ชุมชนมีการทำแฟ้มข้อมูลชุมชนโดยเขียนแผนที่เดินดิน ซึ่งน่าจะพัฒนาให้เกิดแผนที่ทุนสังคมที่แสดงภาพ ทรัพยากร แหล่งประโยชน์ ความสัมพันธ์ และวัฒนธรรม ตามวิถีและพื้นที่ของปรากฏการณ์ ที่เกิดหรือเป็นจริงในชุมชน การระบุทุนมนุษย์และศักยภาพ ความสามารถที่มีอยู่ในตัวคนหรือกลุ่มคน การระบุพลังในรูปของจำนวน และวิธีการตัดสินใจร่วมกัน ของคนในชุมชน จำแนกตามกลุ่มหรือองค์กรที่มีในชุมชน การระบุกฎกติกา ในการตัดสินใจ และการแบ่งปันผลประโยชน์ ซึ่งนำไปสู่การพัฒนา หรือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การระบุบทเรียน ประสบการณ์ ที่คนหรือกลุ่มคนในชุมชนได้ทำให้เกิดขึ้น หรือสรุปไว้ในรูปแบบต่างๆ ทางวัฒนธรรม เช่น การเล่าต่อๆ กันมา การจดบันทึก การสร้างสัญลักษณ์ อนุสรณ์ หรือสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ
3) การประเมินและนำข้อมูลมาใช้ จากข้อมูลโรงพยาบาลที่จัดทำขึ้นในรูปแบบตามองค์ประกอบของ Community Folder หรือ Family Folder ทำให้เห็นว่าการทำงานส่วนใหญ่ หรือเกือบทั้งหมด ขาดการประเมินข้อมูล และนำข้อมูลมาใช้ในการขับเคลื่อนชุมชน ขาดการนำข้อมูลมาใช้เพื่อเสริมพลังอำนาจชุมชน แต่กลับนำข้อมูลบางจุด บางประเด็นมาใช้จัดการอบรม หรือจัดทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือพยายามสร้างสุขภาพโดยใช้กลยุทธ์การลดพลังอำนาจ (Depower) ชุมชนมากกว่าการเสริมพลังอำนาจ (Empower) เป็นกลยุทธ์การทำงานชุมชน "แผนอุปถัมภ์" หรือ "ทำให้" มากกว่าการสร้างการเรียนรู้ การทำงานแบบมีส่วนร่วม เพื่อการสร้างเสริมพลังอำนาจ นอกจากนี้ยังขัดกับหลักในการทำงานชุมชนที่ว่า "การเริ่มต้นจากจุดที่ชุมชนเป็นหรือชุมชนมี"

ดังนั้นการทำงานร่วมกับชุมชนที่มีการทำแผนชุมชนแล้ว สิ่งควรจะพิจารณาจากข้อมูลในแผนชุมชนทั้งด้านรายจ่ายเรื่องการบริโภค เรื่องอาชีพ เรื่องการรักษาโรค และข้อมูลด้านรายรับ จากวิถีหรือแผนการประกอบอาชีพ น่าจะเป็นการทำงานชุมชนที่ถูกต้องในหลักการ "Start where people are" และยังสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาเพื่อต่อยอดทุนทางสังคม เพื่อสร้างการยั่งยืนตามแผนพัฒนาของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติอีกด้วย

แนวคิดการทำงานชุมชน ของกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย ได้จัดทำระบบมาตรฐานชุมชน (มชช.) ขึ้นโดยเชื่อว่าจะทำให้ชุมชนสามารถขับเคลื่อนพลังของชุมชนที่มีอยู่เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนและได้ด้วยกระบวนการเรียนรู้ กระบวนการมีส่วนร่วม โดยการเรียนรู้ด้วยตนเอง การกำหนดเป้าหมายทิศทางการพัฒนาด้วยตนเอง และประเมินความสำเร็จด้วยตนเอง เพื่อตอบได้ว่าคนในชุมชนมีศักยภาพพระดับใด และชุมชนเข้มแข็งหรือไม่

มชช.มีการจำแนกมิติคุณภาพของชุมชนไว้ 4 มิติ คือ

1) คุณภาพผู้นำ – ตาม มชช.ผู้นำควรมีความสามารถศักยภาพบริหารตนเอง การบริหารสังคม การบริหารงาน
2) คุณภาพกลุ่มในชุมชน – กลุ่มหรือองค์กรในชุมชนที่ดีควรมีโครงสร้างและกระบวนการทำงานที่ชัดเจนมีข้อตกลง มีกระบวนการ การมีการบริหารการเงินและทรัพยากรที่ชัดเจน ทั้งการจัดหา การจัดการ และการควบคุม ควรมีการพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรในการเรียนรู้ การพัฒนาทุนทางสังคม และการเชื่อมโยงกับกลุ่มหรือองค์กรอื่นๆ และควรมีการดูแลแบ่งปันผลประโยชน์ต่อสมาชิกเพื่อการแก้ปัญหา การปันผล และการจัดสวัสดิการ
3) คุณภาพเครือข่าย มีมิติคุณภาพที่คล้ายคลึงกับคุณภาพกลุ่ม
4) คุณภาพชุมชนโดยรวมเป็นการระบุให้ทบทวน ตรวจสอบชุมชนใน 7 ด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ ด้านการจัดการทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมในชุมชน ด้านศาสนา วัฒนธรรมประเพณี ด้านการพัฒนาคนในชุมชน ด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ด้านสุขภาพอนามัย และด้านการบริหารจัดการชุมชน โดยใช้ฐานข้อมูล ใช้แผนชุมชน ใช้ระบบการเป็นประชาธิปไตย และระบบสวัสดิการภายในชุมชน

มาตรฐานชุมชนด้านสุขภาพอนามัย มชช. ได้กำหนดองค์ประกอบไว้ 4 ด้าน คือ

1) ระบบโครงสร้างพื้นฐานเพื่อสุขภาพจากการมีส่วนร่วมของชุมชน
2) การจัดการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ
3) การป้องกันโรคประจำวัน
4) ความสามารถในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง

จากแนวคิดและข้อกำหนดของ มชช. จะเห็นได้ว่า ศักยภาพชุมชนด้านสุขภาพอนามัยไม่ได้มีแต่การทำกิจกรรมตามนโยบายของการสาธารณสุขตามที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและเครือข่ายดำเนินการอยู่ หากแต่เป็นการดำเนินงานที่เป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมเพื่อเกิดการจัดการทั้งโครงสร้างพื้นฐาน และด้านศักยภาพในการจัดการและสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเอง จึงจะทำให้เป้าหมายการพัฒนาชุมชนให้เกิดผลลัพธ์ "อยู่ดี มีสุข" ได้เกิดขึ้นจริง ที่ผ่านมาโรงพยาบาลยังไม่มีแนวคิด มุมมอง และเป้าหมายร่วมกับภาคีหลักของราชการ ที่ดำเนินการขับเคลื่อนชุมชนอยู่ในปัจจุบัน

ดังนั้น การพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ในการทำงานชุมชนแบบมีส่วนร่วม ต่อยอดจากทุนทางสังคม จึงเป็นเรื่องจำเป็น อนึ่ง เรื่องแผนชุมชนและการสร้างสุขภาพ เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการต่อยอดทุนทางสังคม ของชุมชนในโครงการนี้ได้ ทั้งนี้เพราะ

การทำแผน คือ กระบวนการคิด หรือเป็นกิจกรรมการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากคนในชุมชนที่มีการรวมตัวกันเพื่อจัดทำแผนขึ้นมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาชุมชนหรือท้องถิ่นให้เป็นไปตามความความต้องการและสามารถแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ร่วมกันได้ โดยคนในชุมชนมาร่วมกันคิด ร่วมกันกำหนดแนวทางและกิจกรรมการพัฒนาของชุมชน โดยคำนึงถึงศักยภาพ ทรัพยากร ภูมิปัญญา วิถีชีวิต วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก แผนชุมชน คือ ข้อตกลงร่วมของคนในชุมชน หรือหมู่บ้านว่า จะทำอะไร เมื่อไร อย่างไร

กระบวนการทำแผนชุมชน มีลักษณะที่เป็นธรรมชาติ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่แล้วในชุมชน หรือหมู่บ้านคือ เริ่มจากการพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูล ซึ่งอาจจะเป็นข้อมูลเรื่องครอบครัว การทำมาหากิน ทรัพยากร การเมือง ป่าไม้ ลำน้ำ ประเพณี วัฒนธรรม การพูดคุยกัน อาจเกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมร่วมกัน ที่งานประเพณี ศาลาวัด วงเหล้า วงกาแฟ ซึ่งถ้ามีการแลกเปลี่ยนถึงระดับหนึ่งจะทำให้เห็นภาพที่ชุมชนจะนำมาใช้ในการวางแผนได้ต่อไป

แผนงานที่รัฐสั่งให้ทำ คือ แผนที่เกิดขึ้นตามกลไกของทางราชการ หรือแนวคิดวิชาการ โดยมีกรรมการหมู่บ้าน ประชาคมหมู่บ้าน หรือ อบต.ทำแผนโดยกำหนดกรอบเวลา และมุ่งไปเพื่อการจัดการภาครัฐ

ความแตกต่างของแผนชุมชนกับแผนภาครัฐ

ประเด็นเปรียบเทียบ	แผนชุมชน	แผนภาครัฐ
1) เป้าหมายของแผน	ทำเพื่อพึ่งตนเอง	ทำเพื่อจัดสรรงบประมาณ
2) กรอบเวลา	ทำเรื่อยๆ จนเป็นวิถีปฏิบัติ	มีระยะเวลากำหนดแน่นอน
3) การมีส่วนร่วม	เปิด....ไม่จำกัด	มักจะมาจากผู้นำชุมชน
4) กระบวนการ	เริ่มจากการแสวงหาข้อมูลร่วมกัน	เริ่มจากนโยบายที่สั่งหรือกำหนดมา
5) การวางแผน	เริ่มจากฐานเดิม ที่ชุมชนมีอยู่ ทำเป็นทำได้	เริ่มจากงบประมาณที่ได้รับและเป้าหมายที่กำหนดมาให้

ดังนั้น การมีแผนชุมชนเป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงความเข้มแข็งและศักยภาพของชุมชน เป็นการทำงานร่วมกัน และการบูรณาการไปด้วยกัน ซึ่งในการบูรณาการนั้นในทางปฏิบัติการ มีได้ 3 ด้าน คือ

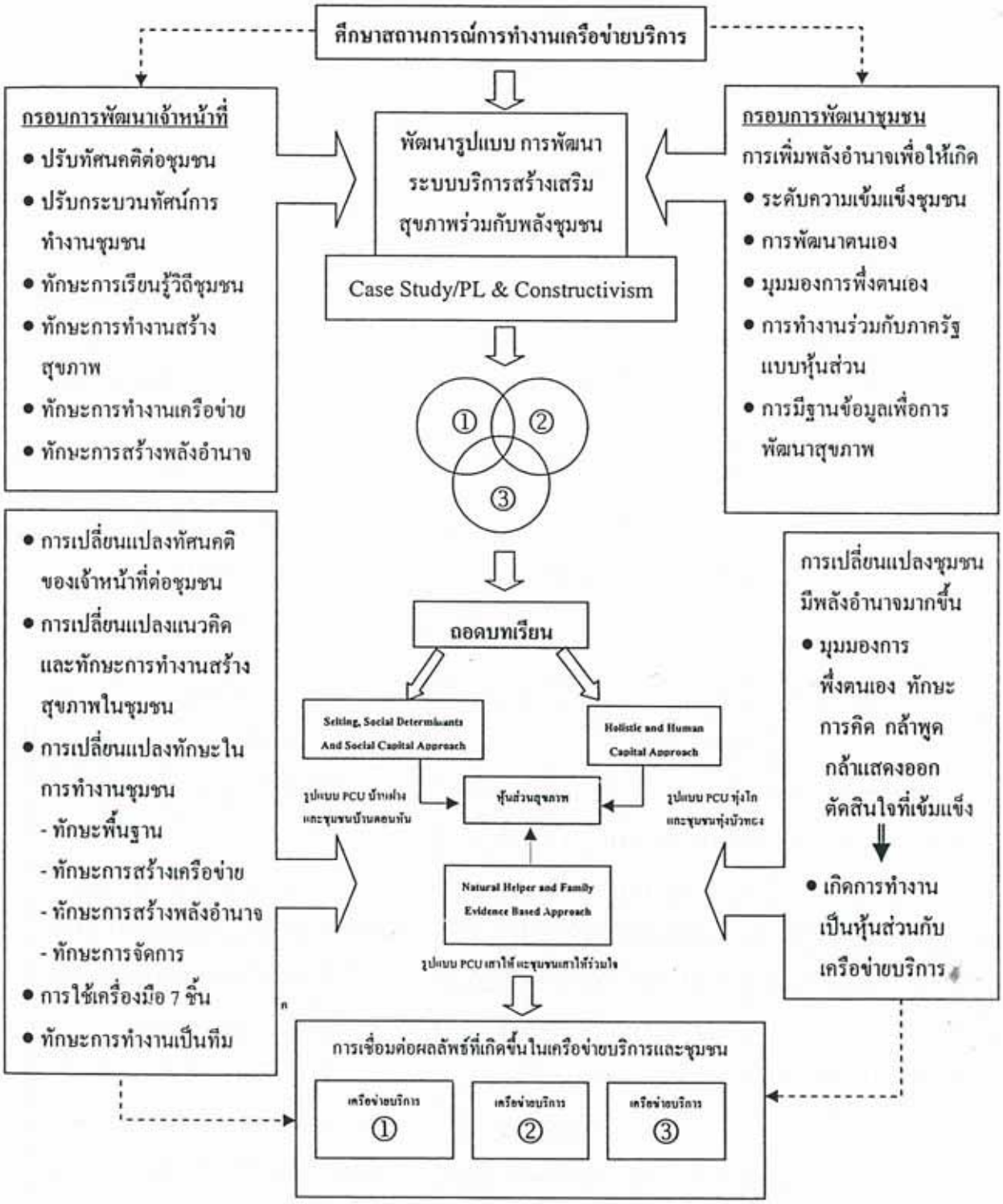
1) บูรณาการกลไกการทำงาน
2) บูรณาการกระบวนการจัดทำแผน
3) บูรณาการแผนงานและงบประมาณ โดยยึดพื้นที่เป็นขอบเขตของการบูรณาการ

โครงการนี้จึงระบุโอกาสในการพัฒนาเพื่อต่อยอดชุมชนที่มีแผนชุมชนอยู่แล้ว มาค้นหาจุดเชื่อมต่อของแผนชุมชนให้เกิดการบูรณาการในทางปฏิบัติและการจัดโครงสร้างเพื่อการสร้างสุขภาพได้

<u>ส่วนที่ 2</u> **การพัฒนารูปแบบเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน**
(อ้างอิงจากรายงานการถอดบทเรียนโครงการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน ตามสัญญาจ้างเลขที่ 3/2551โดย ดร.ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์)

1.ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการ
2.ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในชุมชน
3.รูปแบบเครือข่ายระบบบริการสร้างสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน

ภาพรวมในการพัฒนารูปแบบเครือข่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน



ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการ

เป้าหมายในการพัฒนาเครือข่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพ

การพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิด

1. ทัศนคติต่อชุมชน
2. วัฒนธรรมการเป็นผู้เชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่
3. ทักษะการทำงานชุมชน
4. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น
5. การค้นหาศักยภาพชุมชนเพื่อใช้ในการขับเคลื่อน
6. การสร้างการมีส่วนร่วมของมนุษย์ถึงขั้นการเป็นหุ้นส่วนที่แท้จริง

ผลการดำเนินงานของโครงการฯ ที่จัดทำกิจกรรมในรูปแบบการพัฒนา โดยใช้ต้นแบบคือทีมงานจากศูนย์สุขภาพชุมชนท้อแท้ และทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ผสมผสานกับการเรียนรู้ของชุมชนโดยตรง ทำให้เจ้าหน้าที่ระบุผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้เป็นประเด็นหลักๆ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของเจ้าหน้าที่ต่อชุมชน
2. การเปลี่ยนแปลงทักษะของเจ้าหน้าที่ในการทำงานชุมชน ทั้งที่เป็นทักษะพื้นฐาน ทักษะการสร้างเครือข่าย ทักษะการสร้างพลังอำนาจ ทักษะการจัดการ
3. การเปลี่ยนแปลงแนวคิด และทักษะการทำงานสร้างสุขภาพในชุมชน
4. การใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น เพื่อเรียนรู้ชุมชน

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการสุขภาพ

รายละเอียด	การเปลี่ยนแปลง
• **ทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อชุมชน** เจ้าหน้าที่จากเครือข่ายบริการทุกแห่งของโครงการไม่ว่าจะอยู่ที่โรงพยาบาลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนได้เรียนรู้เรื่องหลักการทำงานชุมชนมาแล้ว แต่ในทางปฏิบัติทุกคนยังมีความรู้สึกว่าจำเป็นต้องชี้แนะ ชุมชนยังมีความสามารถไม่พอหรือยังไม่สามารถทำได้ถูกต้องดังนั้นความรู้สึกดังกล่าวได้มีอิทธิพลในการทำงานร่วมกับชุมชนมาโดยตลอด	เจ้าหน้าที่ยอมรับว่าโครงการนี้มีความสำเร็จที่สำคัญคือ " การปรับความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อชุมชน " ดังคำพูด "ชุมชนคิดเอง เขาภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า ทำให้ชุมชนภาคภูมิใจ มีกำลังใจที่จะพัฒนา เขามีภูมิปัญญา เขาคิดอะไรไม่เหมือนกับเราและได้ผล มีการแบ่งทีมดีกว่าเรา" "ตั้งแต่ทำงานมาเพิ่งเข้าใจชาวบ้าน" "ชุมชนมีความหลากหลาย เขาจะหาทางออกได้ หน้าที่เราคือการสร้างพลัง กระตุ้น" สรุป ทัศนคติต่อชุมชนเป็นไปในทางบวก

• **ทักษะการทำงานชุมชน** ทักษะการทำงานชุมชนที่ทีมงานคิดว่ามีความสำคัญมากและทุกคนต้องทำเป็น คือ 1. ทักษะการฟัง 2. ทักษะการถาม 3. ทักษะการสังเกต 4. ทักษะการจด 5. ทักษะการเรียนรู้ 6. ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ 7. ทักษะการทำงานเป็นเครือข่าย 8. ทักษะการทำงานชุมชนเข้มแข็ง 9. ทักษะการสร้างเสริมพลังอำนาจ 10. ทักษะการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน	เจ้าหน้าที่มีทักษะการทำงานชุมชนที่เปลี่ยนไป 1.ทักษะการฟัง 2. ทักษะการถาม เห็นความสำคัญของการฟังและการถาม "เจ้าหน้าที่ทุกคนยอมรับว่าเดิมนั้นจะฟังไม่เป็น มักจะเข้าไปพูดเล่าเรื่องหรือโครงการที่ได้รับมอบหมายให้ชาวบ้านฟัง "โครงการนี้ทำให้เห็นความสำคัญของการฟังและการถาม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้" เดิมฟังน้อยมาก ทำงานให้ได้เป้า เราจะไม่ได้ยิน ตอนนี้ฟังมากขึ้น เรียนรู้มากขึ้น ก่อใช้คำถามว่าทำไม ตอนนี้ใช้ว่าอย่างไร เราถามมากขึ้น จดมากขึ้น เดิมจดเฉพาะ Key Word ที่ชอบ คือเห็นพ่อสำอางจด แล้วถอดบทเรียน ชาวบ้าน เราก็ต้องทำได้" 3.ทักษะการสังเกต " ตอนนี้เห็นคนมาประชุมมากขึ้น" " ตอนนี้เห็นคนเก่งมากขึ้น" 4.ทักษะการจด " จดมากขึ้น จากการไปพิษณุโลก ทำให้รู้สึกว่าต้องจดมีสมาธิ" 5.ทักษะการเรียนรู้ " แต่ก่อนไม่กล้าพูด ไม่กล้าถาม ตอนนี้ถามได้ ถามมากขึ้น" " เรามั่นใจโดยคิดว่าถ้าเราไม่รู้ เราจะเอากลับมาต่อไม่ได้" "ตอนนี้เมื่อถามจะได้คำตอบ ทำให้คิดต่อได้" 6.ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ " เดิมเคยนัดทางโทรศัพท์ เอาเวลาสะดวกเรา ตอนนี้เอาเวลาสะดวกชาวบ้าน ตอนนี้ต้องไปประชุมตอนกลางคืน ให้พ่อหลวงเป็นคนดำเนินการ มีการตั้งกติกา" 7.ทักษะการทำงานเป็นเครือข่าย " ตอนนี้เราติดต่อกับทีมอื่นบ่อยมาก แลกเปลี่ยนประสบการณ์บ่อยมาก " 8.ทักษะการทำงานชุมชนเข้มแข็งโดยใช้ทุนมนุษย์ทุนสังคม "ตอนแรกเรายังมองไม่ครบ คนเก่งยังมีอีก "

-	"แต่ก่อนมีอะไรเข้ามา ก็ให้ อสม.ไปบอกและให้เขาทำให้เป็นส่วนใหญ่ เราไปบอกชิ้นงานแล้วให้ชาวบ้านร่วมกับเรา แต่ตอนนี้เราเป็นคนกระตุ้น " "เป้าหมายการทำงานในชุมชนคือการทำให้ชุมชนเข้มแข็ง ชุมชนเป็นศูนย์เรียนรู้ " 9.ทักษะการสร้างเสริมพลังอำนาจ เจ้าหน้าที่สามารถระบุเหตุการณ์หรือกลยุทธ์การสร้างเสริมพลังอำนาจที่ตนเองนำไปใช้ได้ เช่น " ให้ชาวบ้านคิดก่อน แล้วมาเล่าให้ฟัง เราบอกว่าเยี่ยมเลย" " การถามที่เปิดโอกาสให้ทุกคนได้พูด การจัดที่ประชุมเป็นวงกลมเพื่อให้มีโอกาสมีส่วนร่วม การจดบันทึกความคิดทุกคนบนกระดานให้ทุกคนเห็นว่าสำคัญและการสื่อสารให้คนอื่นฟังและให้คนอื่นพูดจบก่อน" " การลดบทบาท คนที่คุมอำนาจ ทำให้คนอื่นรู้สึกว่าตนเองสำคัญขึ้น" " การทำงานที่หมู่ 3 เราให้ทดลองหันไปมอง ความภาคภูมิใจ ว่าเขาทำอะไรไปบ้าง ใช้ความภาคภูมิใจที่ชุมชนมีอยู่" " เรารู้ได้อย่างไรว่าชุมชนมีพลัง ดูจากการที่เขาคิดเอง คิดว่าทำต่อได้ ชาวบ้านส่วนใหญ่ได้ประโยชน์" " การเริ่มหาคนเก่ง คนจิตอาสาการนำประสบการณ์มาเล่ามาถ่ายทอดว่าคนในชุมชนอื่น เขาเก่งอะไร เขาแบ่งบทบาทอะไรบ้าง การใช้ตัวอย่างจริงจากสิ่งที่เราไปดู ทำให้เกิดพลังอยากทำ" 10.ทักษะการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน โครงการนี้สร้างการเป็นหุ้นส่วนโดย การทำให้ชุมชนและเจ้าหน้าที่เห็นพร้อมกัน มีการสื่อสารโดยตรง ชาวบ้านจะถามซอกแซก อาจารย์จะถามลึก ทำให้มองเห็นว่า เขามีภูมิปัญญา การเรียนรู้จากของจริง การประมวลความถนัดของชาวบ้าน การที่เจ้าหน้าที่แลกเปลี่ยนกับชาวบ้าน และเห็นชาวบ้านแลกเปลี่ยนระหว่างกันในรถระหว่างการเดินทางไป

	การดูงาน ในเวลาทานอาหาร ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความคิดว่า ตรงนี้จะสานต่ออะไร "การเรียนรู้ร่วมกัน แต่การตัดสินใจต้องเป็นของชาวบ้าน ชาวบ้านจึงขับเคลื่อนตัวเอง เราเป็นผู้สนับสนุน เราเปลี่ยนบทบาท"
• **ทักษะการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น** จากการเรียนรู้แก่นแท้ของเครื่องมือและนำไปพัฒนาต่อ โดยมีข้อสังเกตว่าเดิมเจ้าหน้าที่ทำการเก็บและจัดการข้อมูลตามชนิดของเครื่องมือแต่ขาดการวิเคราะห์ ประมวลและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	1) ปัจจุบันแผนที่เดินดินได้ถูกนำมาใช้ประโยชน์โดยมีการต่อยอดในลักษณะ - กรอกที่อยู่ของกลุ่มสร้างสุขภาพและองค์กรชุมชนเพื่อดูการกระจายและความหนาแน่นของสมาชิกกลุ่ม สะท้อนการมีส่วนร่วมและความครอบคลุมของกิจกรรม - จัดทำแผนที่คนป่วย/คนด้อยโอกาสในชุมชน - จัดทำแผนที่รายชื่อคนเก่ง ปราชญ์ชุมชน และระบบสุขภาพชุมชน เช่น ที่ตั้งแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่น - ระบุที่ตั้ง สถานที่ ที่มีการรวมกลุ่มของคนช่วงวัยต่างๆ หรือสถานที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หรืออุบัติเหตุ โดยภาพรวมจะเห็นได้ว่า ทีมงานเริ่มมองเห็นประโยชน์ของเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Visual Presentation มากขึ้น ง่ายต่อการนำเสนอให้กับชุมชนและต่อยอดให้เกิดเป็นหุ้นส่วนในการจัดทำแผนที่เดินดิน เช่น ที่ท้อแท้ ทุ่งบัวทอง ที่เสาไห้ ที่ดอนหัน และเกิดการเริ่มต้น เป็นหุ้นส่วนทางความคิดอีกด้วย 2. การทำประวัติชุมชน ประวัติชีวิต และผังเครือญาติได้ถูกนำมาเชื่อมโยงกันในการจัดทำข้อมูลบุคคลสำคัญของชุมชนว่าเป็น ผู้มีอิทธิพล ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้มีจิตสาธารณะ และผู้ด้อยโอกาส แล้วนำมาใช้ประโยชน์ในการบริการร่วมกัน ระหว่างชุมชนและเครือข่าย เพื่อแก้ในปัญหาของชุมชนได้อีกด้วย 3. โครงการนี้ใช้เทคนิค การค้นหาคนเก่ง มาเพิ่มจำนวนทุนมนุษย์ในชุมชน กลายเป็นการพัฒนาเทคนิคการทำประวัติชีวิตในการทำงานชุมชน

• ทักษะการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ -	เจ้าหน้าที่สรุปว่าโครงการนี้ ทำให้มุมมองเรื่องส่งเสริมสุขภาพเปลี่ยนไป "เดิมสิ่งที่คิด สิ่งที่ทำอยู่ คือการสร้างเสริมสุขภาพ ตอนนี้คิดว่า "ทำอย่างไรให้เขาทำเองได้" "เราคิดว่าสุขภาพแค่โรค โรคติดต่อต่างๆ จริงๆแล้ว มีเรื่องอื่นอีก เช่น ขยะเป็นต้น "
• ทักษะการทำงานเป็นทีม	เจ้าหน้าที่มองเห็นความสำคัญของการทำงานเป็นทีมว่าต้องใช้เทคนิควิธี 1.การถามกันก่อนการทำงาน 2.การตั้งประเด็น ตั้งเป้าหมายการทำงานในแต่ละวัน 3.การคุยกัน การปรับทีม ให้คนใหม่แทนคนเก่า 4. การทำงานและรายงานกระบวนการทำงานให้ทีมทราบ

ตารางที่ 2 แสดง ผลการเรียนรู้ตามการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ตารางแสดง ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความเชื่อมั่นในการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

ความเชื่อมั่นในการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	df	t	Sig (2 Tailed)
ก่อนการทดลอง	23	23.8696	10.80953	2.25394	22	10.590	.000
หลังการทดลอง	22	26.5909	5.24322	1.11786	21	23.787	.000

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความเชื่อมั่นในการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น แสดงให้เห็นว่า การอบรมทำให้เจ้าหน้าที่มีความเชื่อมั่นในการใช้เครื่องมือเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางแสดง ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องการทำงานชุมชนเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

ความรู้เรื่องการทำงานชุมชน	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	df	t	Sig (2Tailed)
ก่อนการทดลอง	23	7.2174	1.78266	.37171	22	19.417	.000
หลังการทดลอง	22	10.5000	1.65472	.35279	21	29.763	.000

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความรู้เรื่องการทำงานชุมชนของเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 23 คน แสดงให้เห็นว่าการอบรมทำให้เจ้าหน้าที่มีค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในชุมชน

เป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพชุมชน

การเพิ่มพลังชุมชนเพื่อให้เกิด

11. ระดับความเข้มแข็งของชุมชน

12. การพัฒนาตนเอง

13. มุมมองการพึ่งตนเอง

14. การมีฐานข้อมูลเพื่อการพัฒนาสุขภาพ

15. การทำงานร่วมกับภาครัฐแบบเป็นหุ้นส่วน

โครงการนี้ได้มีการดำเนินการสร้างพลังอำนาจแก่แกนนำและสมาชิกองค์กรชุมชน กลุ่มต่างๆ ในทุกพื้นที่ ก่อให้เกิดการทำงานเป็นหุ้นส่วนกับเครือข่ายบริการสุขภาพ เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญของโครงการที่เกิดขึ้นกับชุมชนและเครือข่ายบริการดังนี้

1) ลักษณะโครงการของชุมชนเปลี่ยนไป

2) การขับเคลื่อนชุมชนโดยการใช้ทุนมนุษย์ ทุนสังคม

3) แนวคิดการสร้างสุขภาพของชุมชน

4) รูปแบบความสำเร็จ ที่เป็นหุ้นส่วนบริการสุขภาพ

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในชุมชน

ชุมชน	ผลการดำเนินงาน
1.ชุมชนเสาไห้ร่วมใจ อ.เสาไห้ จ.สระบุรี	<u>โครงการพัฒนาชุมชน</u> โครงการพัฒนาของชุมชนมองเห็นภาพการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและรูปแบบการทำงานของชุมชนในการสร้างสุขภาพ ซึ่งแต่เดิมจะเป็นโครงการที่ <u>ทำตาม</u> คำแนะนำของเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการสุขภาพหรือตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นสำคัญ ต่อมาเมื่อมีการพัฒนาจากโครงการนี้ ทำให้โครงการที่ชุมชนเคยดำเนินการอยู่ แม้จะดูจากชื่อโครงการว่าเป็นโครงการเดิม แต่รายละเอียดของโครงการได้เปลี่ยนไป มีกิจกรรมในการติดตามตรวจสอบผลลัพธ์และหวังจะมองหา " ประโยชน์ " ของแกนนำ สมาชิกและเครือข่ายบริการมากขึ้น ในระยะสุดท้ายของโครงการ ชุมชนได้เกิดการตัดสินใจที่จะพัฒนาการทำงานชุมชนสร้างสุขภาพโดยใช้การ " จัดการ"ด้วยข้อมูล เพื่อช่วยให้เห็นภาพความสำเร็จที่ชัดเจนขึ้น ทั้งในเรื่องการสร้างสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลกันเองในชุมชนตรงตามหลักการของการทำงานสร้างสุขภาพนอกจากนี้ชุมชนยังมีการพัฒนาต่อยอดความสำเร็จในการสร้างสุขภาพ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ มาสู่การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมด้านอาหาร โภชนาการและการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ตามทุนทางสังคมที่ชุมชนมีอยู่ได้อย่างชัดเจน <u>ทุนมนุษย์</u> จากกรรมการชุมชนและหัวหน้าโครงการ 9 โครงการที่มีอยู่เดิมโครงการนี้ทำให้มีการรวมตัวคนเก่ง คนที่มีจิตสาธารณะเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนโดยเฉพาะ ผลจากการคัดเลือกคนไปศึกษาดูงานจากหมู่ 3 และหมู่ 4 จึงเกิดการสมานสามัคคี ระหว่างชุมชน เป็นการเสริมพลังอำนาจอย่างเต็มที่ <u>ทุนสังคม</u> โครงการนี้ได้มีการนำ "ความสามัคคี" ที่มีอยู่เดิม มาเป็นเครื่องมือในการร่วมคิด จนเกิดเป็นการดึงศักยภาพ และประสบการณ์ที่มีลักษณะเฉพาะของประชาชนในหมู่บ้าน คือ การเป็นข้าราชการ ทำให้เกิดกรรมใช้

	ประโยชน์ของความรู้ ความเข้าใจ เครือข่าย และทรัพยากรที่มีอยู่มาผสมผสานเป็นรูปแบบ การทำงานที่เป็นระบบ มีการใช้เทคโนโลยีของสมาชิก หรือแกนนำกลุ่มในการประมวลผลข้อมูลและการจัดทำแฟ้มครอบครัว เพื่อประโยชน์ในการทำงานสร้างสุขภาพของชุมชน **ทักษะการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน** ทักษะการคิด การตัดสินใจของแกนนำชุมชน และสมาชิกมีอยู่ในระดับสูงเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว แต่ทักษะมุมมองในเรื่องการสร้างสุขภาพและตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ได้ถูกนำมาใช้หลังจากการเข้าโครงการให้แก่แกนนำบางกลุ่ม นอกจากนี้ การสร้างสุขภาพโดยใช้ทุนมนุษย์ และทุนสังคม ได้ถูกทำให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น จนชุมชนสามารถผนึกกำลังขับเคลื่อนชุมชนข้างเคียงได้มากขึ้น **รูปแบบความสำเร็จ ที่เป็นหุ้นส่วนสุขภาพ** รูปแบบการเป็นหุ้นส่วนบริการด้วยจิตอาสาและฐานข้อมูลครอบครัว (Natural Helper and Family Evidence Based approach)
2.ชุมชนบ้านดอนหัน อ.บ้านฝาง จ.ขอนแก่น	**โครงการพัฒนาชุมชน** โครงการมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในเรื่องการสร้างสุขภาพ โดยเป็นโครงการขยายตัวด้านการเกษตร และโครงการตามประเพณี มาสู่การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม และสร้างเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม การพัฒนาโครสร้างทางกายภาพ และเศรษฐกิจของชุมชนยังคงอยู่ สะท้อนภาพการพัฒนาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ แบบองค์รวมให้เห็นได้ **ทุนมนุษย์** ชุมชนได้มีการพัฒนาทุนมนุษย์มานานแล้ว เนื่องจาก การเคร่งครัดในระเบียบประเพณี ชุมชนจึงมองเห็นทุนมนุษย์ด้านศาสนา ภูมิปัญหาชาวบ้านเป็นจุดตั้งต้น แต่จากการทำโครงการนี้ทำให้มีการพัฒนาทุนมนุษย์ที่เป็นสมาชิกของกลุ่มองค์กรชุมชนที่มีอยู่ ให้มีความสามารถในการคิดการสื่อสารได้ดีขึ้น ในช่วงท้ายของโครงการฯ แนวคิดการพัฒนาทุนมนุษย์ไปสู่กลุ่มเยาชนได้เกิดขึ้นกลายเป็นเป้าหมายของชุมชนต่อไป **ทุนสังคม** แม้ว่าทุนสังคมของชาวบ้านดอนหันจะมีมากในเรื่องความรัก ความเอื้ออาทร เป็นเครือญาติ ทุนทางสังคมด้านทรัพยากร สิ่งแวดล้อม ได้ถูกนำมาพัฒนา และใช้ประโยชน์ ดังเช่น โครงการหนองน้ำสร้างสุขภาพ และการ

	ดูแลความสะอาดในชุมชน ดังนั้นมิติทุนทางสังคม ได้ถูกนำมาใช้ และพัฒนาได้ครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยมีชาวชุมชน และองค์กรภาคีจากภายนอกเข้ามามีส่วนร่วมอย่างชัดเจน เป็นระบบ <u>ทักษะการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน</u> ทักษะการพัฒนาสุขภาพ และความเข้มแข็งของชุมชน มีจุดเน้นอยู่ที่การต่อยอดความสำเร็จของกลุ่มผักปลอดสารพิษ และเกษตรอินทรีย์ ตอลดจนการมองเห็นโอกาสในการพัฒนา เรื่องการบริหาร จัดการ ที่แกนนำ ชุมชนต้องการพัฒนาเป็นเบื้องต้นอยู่แล้ว จึงทำให้เกิดแนวคิดในการสร้างสุขภาพโดยเกษตรอินทรีย์ ผักปลอดสารพิษมาเป็น "โรงเรียนชาวนา"ร่วมกัน <u>รูปแบบความสำเร็จ ที่เป็นหุ้นส่วนบริการสุขภาพ</u> รูปแบบการเป็นหุ้นส่วนบริการด้วยหนองน้ำสร้างสุขภาพและโรงเรียนชาวนา (Setting, Social determinants and Social capital Approach)
3. ชุมชนทุ่งบัวทอง ต. บ่อนอก จ. ประจวบคีรีขันธ์	<u>โครงการพัฒนาชุมชน</u> โครงการพัฒนาของชุมชน มองเห็นภาพการเพิ่มในเชิงปริมาณจาก 7 เป็น 16 และเป็น 23 โครงการ หากพิจารณาในรายละเอียดและกระบวนการพัฒนา จะสะท้อนภาพความสำเร็จของการพัฒนาทุนมนุษย์ชุมชนแห่งนี้ได้ 1.การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนมีมากขึ้น โดยดูจาก ผู้รับผิดชอบในโครงการต่างๆมีการกระจายเพิ่มจำนวนจากแกนเดิมมากขึ้น 2.แนวคิดชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการเชื่อมโยงกับบริบทสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต อาชีพ สิ่งแวดล้อมในชุมชนเปลี่ยนไปมีความเป็นระเบียบทั้งนอกบ้านและในครัวเรือน นอกจากนี้ยังมีข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ชุมชนมีการตัดสินใจเลือกทำโครงการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสร้างสุขภาพ ภาครัฐจะแนะนำอย่างไร หากไม่สอดคล้องกับความต้องการชุมชนก็ตกไป 3.ผลลัพธ์การพัฒนาทุนมนุษย์ในเรื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจและพลังกลุ่ม ปรากฏอย่างชัดเจน ในส่วนของการตัดสินใจทำโครงการ " อาคารแพทย์แผนไทย ".ซึ่งเป็นโครงการที่ตั้งใจเดิมแต่ไม่ได้รับการพิจารณา แต่ระยะสุดท้าย ทีมงานมองเห็นแนวทางในการจัดการทุนทรัพยากรของชุมชนมาใช้ลงทุน เพื่อให้ทุนมนุษย์คือคุณฉิมซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสามารถเรื่องแพทย์แผนไทยใช้ศักยภาพมาขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพได้สำเร็จ

	4.ผลลัพธ์การพัฒนาทักษะการเรียนรู้แบบเชื่อมโยง ด้านเศรษฐกิจและด้านสุขภาพจากตัวอย่างของ "การพัฒนาสิ่งแวดล้อม"การสร้างอาชีพจากการทำกระถางและการสร้างสุขภาพของกลุ่มดอกไม้ดิน กลุ่มไร่สับปะรด เป็นต้น <u>ทุนมนุษย์</u> มีจำนวนคนเก่งมากขึ้นโดยคนเก่งเหล่านั้นมีจิตสาธารณะและสามารถสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนชุมชน ทั้งในส่วนของการมีส่วนร่วมของประชาคม การสร้างสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระยะต้น ระยะกลาง ระยะสิ้นสุดโครงการ ดังนี้ จำนวน 2 คน 18 คน และ เป็น 26 คน <u>ทุนสังคม</u> ชุมชนทุ่งบัวทองมีทุนเดิมของสังคมในเรื่องการเอื้ออาทรของวัยต่างๆ การเห็นคุณค่าของวัฒนธรรมและเด็กวัยรุ่น จนทำให้เกิดรวมกลุ่มคน 3 วัยและมีการขับเคลื่อนโดยสถาบันครอบครัวมากกว่าที่จะเป็นคนเก่งอย่างเดียว <u>ทักษะการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน</u> ในเรื่องการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลง จะเห็นได้ว่าชุมชนมีพัฒนาการที่ชัดเจนจากเดิม การนำเสนอข้อมูลชุมชน โดยการใช้ Flip Chart เล่าถึงประวัติความเป็นมาของชุมชน แต่เมื่อสิ้นสุดโครงการ ชุมชนใช้ Power Point นำเสนอจุดยืนของชุมชน ภาพในอดีต ภาพฝันหรือการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการพร้อมตัวชี้วัดและกระบวนการในการทำภาพฝันให้เป็นจริง โดยการทำงานของกลุ่มองค์กรชุมชน และภาคีเครือข่ายที่ชัดเจน และสามารถถอดบทเรียนความสำเร็จของตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรม แสดงพลังอำนาจและการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนอย่างมีศักดิ์ศรีได้จริง
	<u>รูปแบบความสำเร็จ ที่เป็นหุ้นส่วนสุขภาพ</u> รูปแบบการเป็นหุ้นส่วนบริการแบบองค์รวมเชื่อมโยงโดยคนสามวัย (Holistics and Human Capital approach)

3. รูปแบบเครือข่ายระบบบริการสร้างสุขภาพร่วมกับพลังชุมชนในพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย

3.1 รูปแบบของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเสาไห้ และชุมชนบ้านเสาไห้ร่วมใจ

3.2 รูปแบบของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบ้านฝาง และชุมชนบ้านดอนหัน

3.3 รูปแบบของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนทุ่งโก และชุมชนบ้านทุ่งบัวทอง

3.1 รูปแบบโรงพยาบาลเสาไห้ และชุมชนเสาไห้ : รูปแบบการเป็นหุ้นส่วนบริการด้วยจิตอาสาและฐานข้อมูลครอบครัว (Natural Helper and Family Evidence Based approach)

การทำงานของโรงพยาบาลเสาไห้ที่ผ่านมา รับผิดชอบโดย กลุ่มงานเวชปฏิบัติ เป็นการทำงานแนวดิ่ง คือส่งทีมงานลงไปในชุมชน เพื่อให้ชุมชนทำกิจกรรมตามนโยบาย และสอดคล้องกับโครงสร้างความรับผิดชอบของโรงพยาบาล

ชุมชนเสาไห้ร่วมใจ เป็นชุมชนในเขตเมือง ซึ่งมีประวัติความเป็นมาตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 มีกลุ่มคนอพยพมาจากเชียงแสน ตั้งรกรากริมแม่น้ำป่าสัก และเริ่มทำอาชีพการเกษตร มีการสื่อสาร กันด้วยภาษายวนและภาษากลาง มีประเพณีทำบุญกลางบ้าน ซึ่งจัดขึ้นทุกปีในช่วงเดือนเมษายน เมื่อมีการตัดถนนผ่านหมู่บ้านทำให้เกิดเป็นตลาดขึ้น ทำให้เกิดอาชีพต่าง ๆ เช่น ทอผ้า ซึ่งปัจจุบันมีการดำเนินการในรูปกลุ่มแม่บ้าน ปัจจุบันมีโรงงานเกิดขึ้นมากทำให้เปลี่ยนอาชีพมาทำโรงงานกันมากขึ้น

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีหมอกลางบ้าน ซึ่งเรียนรู้การแพทย์มาจากเรือนจำ และมีหมอแผนโบราณมีการใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วย ต่อมาได้เสียชีวิตและขาดการสืบทอด จึงมีแต่ระบบสาธารณสุขมูลฐาน มีการคัดเลือก ผสส. มาให้บริการกระจายข่าวสาร และต่อมากลายเป็น อสม. จำนวน 5 คน ซึ่งยังคงปฏิบัติหน้าที่ถึงปัจจุบัน

การทำงานร่วมกับชุมชนของกลุ่มงาน

ได้จัดทำบนพื้นฐานแนวคิดการมีส่วนร่วมโดยมีขั้นตอนคือ (1) ประชุมชี้แจงนโยบาย วัตถุประสงค์และวางแผน (2) สำรวจ Family folder (FF) (3) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในชุมชน (4) จัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (5) การบำบัดรักษาติดตามเยี่ยมบ้าน (6) การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพและสภาพแวดล้อมในชุมชน (7) จัดกิจกรรมโดยประชาชนมีส่วนร่วม (8) จัดตั้งกลุ่มสร้างสุขภาพในชุมชน (9) ประเมินผลประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลและสร้างสุขภาพ (10) สรุปผลการดำเนินการ

ผลการทำงานในขั้นที่ 1 มีประชาชนผู้นำชุมชนเข้าร่วมประชุม 21 คน โดยการแลกเปลี่ยนความเห็นเรื่อง "การมีสุขภาพดีต้องทำอย่างไร" แล้วนำประเด็นที่ได้รับไปประกอบในการวิเคราะห์ข้อมูล

จาก FF ประกอบกับ ข้อมูลนโยบายเรื่องหมู่บ้านสร้างสุขภาพ จนทำให้เกิดข้อคิดว่า "ชุมชน/หมู่บ้าน สร้างสุขภาพเฉลิมพระเกียรติมีปัญหา เช่น ขยะ กระถางต้นไม้ ต้นไม้ที่โตเกะกะ น้ำประปามีกลิ่น ท่อระบายน้ำมีน้ำขัง ขาดอุปกรณ์กีฬา ซึ่งปัญหาเหล่านี้ต้องประสานกับเทศบาลในการแก้ไข

ต่อมากิจกรรม "ตลาดนัดสุขภาพ" ถูกจัดขึ้นเพื่อให้ประชาชนได้แสวงหาความรู้ตามความสนใจ มีคนเข้าร่วม 62 คน และได้ทำการคัดกรองสุขภาพหาระดับน้ำตาล ความดันโลหิต ไขมันใต้ผิวหนัง ดัชนีมวลกาย ซึ่งมีการประเมินผลเก็บไว้

กิจกรรมแก้ปัญหายาเสพติด และกิจกรรมพัฒนาทักษะผู้นำในการแก้ปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม กิจกรรมกลุ่มแม่และเด็ก ทันตสาธารณสุข ป้องกันควบคุมไข้เลือดออก เลปโตสไปโรซิส โครงการสร้างสุขภาพดี สร้างสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ความรู้โรคเรื้อรัง ได้ถูกจัดขึ้นโดยให้ ประชาชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ของกลุ่มงานในการดำเนินงานในการสรุปผลโครงการฯ กลุ่มงานใช้ตัวชี้วัดตามโครงการเมืองไทยแข็งแรง โดยตัวชี้วัด (1) การออกกำลังกาย (2) อาหารปลอดภัย (3) ตลาดสด (4) สมาชิก to be number one (5) ผู้สูงอายุ (6) อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก (7) การตรวจปัสสาวะ ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป (8) ความรู้เรื่องการตรวจเต้านมของสตรีอายุ 35 ปี (9) พัฒนาการเด็กต่ำกว่า 6 ปี และ (10) โรงเรียนและศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์ การทำงานของกลุ่มงานค่อนข้างชัดเจนว่า ทำแผนการจัดตั้ง ไม่ใช่การขับเคลื่อน ไม่มีการใช้ข้อมูลบริบททางสังคมมาพิจารณาในการดำเนินงาน แต่ใช้นโยบายมาเป็นจุดเริ่มต้น เป็นการทำงานเพื่อตอบสนองนโยบาย และทำงานแบบคนนอก ขาดการสร้างสัมพันธ์ หรือเรียนรู้แนวคิด วิถีชุมชนแบบคนในชุมชน ดังนั้นระดับการมีส่วนร่วมจึงเป็นในระดับต่ำถึงต่ำมาก

ปัจจุบันเจ้าหน้าที่มีการปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อชุมชน และเริ่มชัดเจนเรื่องระดับการมีส่วนร่วม เจ้าหน้าที่มีทักษะการสร้างการมีส่วนร่วม และการเรียนรู้มากขึ้น ดังนั้นขั้นตอนการทำงานร่วมกับชุมชนจึงเปลี่ยนไป นอกจากนี้ เนื่องจากชุมชน มีความเข้มแข็ง มีจิตอาสาสูง ชุมชนจึงถอดบทเรียนจากความสำเร็จในกลุ่มออกกำลังกาย รักษ์สุขภาพ มาทำเป็น ระบบข้อมูลสุขภาพระดับครอบครัว และมีแผนการใช้ข้อมูลครอบครัวมาให้ทีมงานของชุมชนเอง จัดระบบการดูแลแบบองค์รวม ด้วยกำลังคน และกำลังทรัพยากรของชุมชนเอง อันจะนำไปสู่การวางแผนชุมชนพึ่งตนเอง ข้อมูลครอบครัวจะใช้เป็นเครื่องมือในการสานต่อกับภาครัฐ ภาคท้องถิ่นต่อไป บทเรียนที่สำคัญของชุมชนอีกเรื่องหนึ่ง คือเรื่องสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการเป็นชุมชนเขตเมือง ดังนั้นการดูแลสิ่งแวดล้อมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ชุมชนจะดำเนินการต่อ

โดยภาพรวมชุมชนนี้มีความเข้มแข็ง และเชื่อมต่อกับระบบเครือข่ายบริการอย่างเป็นหุ้นส่วน ด้วยการใช้ข้อมูลของชุมชนเอง เครือข่ายบริการ นอกจากจะได้ประโยชน์ในการที่ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้แล้ว ยังสามารถใช้ชุมชนแห่งนี้เป็นต้นแบบในการกระตุ้นให้ชุมชนข้างเคียงได้เกิดการเรียนรู้ และจัดระบบการสร้างสุขภาพของชุมชนได้ต่อไป

ตัวอย่างโครงการ **รูปแบบการเป็นหุ้นส่วนบริการด้วยจิตอาสาและฐานข้อมูลครอบครัว**
(Natural Helper and Family Evidence Based approach)

1. โครงการสุขภาวะชุมชนสร้างได้ด้วยแฟ้มครอบครัว

เริ่มจากแกนนำชุมชนที่มีจิตอาสา เดิมเป็นคนร่วมเต้นออกกำลังกายในหมู่บ้าน ต่อมาขันอาสาพัฒนาตัวเองไปเป็นคนนำเต้น ถามสมาชิกว่าเรามาเก็บข้อมูลกันดีไหม เป็นการบันทึกประวัติคนมาเต้นกับกลุ่มทุกคน อาจารย์วัฒนี ปุตระเศรณี ซึ่งเป็นแกนนำดังกล่าว เล่าว่า ประวัติสุขภาพของผู้มาร่วมออกกำลังกายนั้นเป็นเพียงส่วนบุคคลเท่านั้น รู้เพียงว่าออกกำลังกายแล้วเกิดอะไรขึ้น แต่การทำแฟ้มครอบครัวของทั้งชุมชน จะทำให้เราเห็นปัญหาทั้งหมด ว่าในบ้านของเขามีปัญหาอะไรไม่ได้อยู่แค่บุคคล รวมทั้งรู้ว่าได้ว่าชุมชนมีปัญหาอะไร จึงคิดทำการสำรวจ มีข้อมูล 2 ชุดคือประวัติบ้าน/ครอบครัว และประวัติบุคคล จากนั้นประชาคมชี้แจงให้เข้าใจว่าจะเอาข้อมูลของเขาไปทำอะไร พอได้ข้อมูลมา ก็มาวิเคราะห์ร่วมกัน จัดลำดับความสำคัญ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา ตัดสินใจร่วมกันว่าจะนำปัญหาใดมาแก้ไขก่อน แล้วทำแผนแก้ไขปัญหา มีการกำกับติดตามการดำเนินงาน สรุปประเมินผล

2. โครงการพฤติกรรมสุขภาพดีชีวีมีสุข

จากข้อมูลที่ได้นำไปสู่โครงการพฤติกรรมสุขภาพดีชีวีมีสุข มีทั้งหมด 5 โครงการย่อย กระจายแบ่งความรับผิดชอบได้แก่

1) แผนแก้ไขความปลอดภัยบนท้องถนน คุณสมลักษณ์ คงเพ็ชรศักดิ์ ผู้รับผิดชอบ
2) แผนการสร้างเสริมการออกกำลังภายในชุมชน อ.วัฒนี ปุตระเศรณี ผู้รับผิดชอบ
3) การควบคุมแมลง และสัตว์ป้องกันโรค คุณวารีรัตน์ รับผิดชอบ
4) แผนสุขาภิบาลที่พักอาศัย ผู้ใหญ่เข้า ทองแท้รับผิดชอบ
5) น้ำดื่ม น้ำใช้ในชุมชน คุณประสิทธิศรี รับผิดชอบ

3. โครงการหน้าบ้านน่ามอง

เป็นอีกโครงการหนึ่งที่ชุมชนได้พัฒนาต่อยอด หลังจากกลับจากการศึกษา ดูงานที่บ้านดอนหันซึ่งเป็นชุมชนที่มีวิถีชีวิตการเกษตร แล้วกลับมาทำหน้าบ้านน่ากิน เป็นสวนผักทุกคนกินได้ อาจารย์ประสาน แกนนำชุมชนที่มีจิตอาสา ได้สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยคิดคำขวัญและทำเป็นป้ายแจกทุกบ้าน ทุกบ้านมีสิทธิเลือกคำขวัญเองให้ตรงกับนิสัยใจคอ หรือพฤติกรรมของคนในบ้านนั้นให้มากที่สุด อาทิเช่น หน้าบ้านจะสวยด้วยมือเรา, สร้างสิ่งแวดล้อมในวันนี้เพื่อชีวิตที่ดีในวันหน้า เป็นต้นพร้อมกระตุ้นบรรยากาศโดยการจัดประกวดการตกแต่งหน้าบ้านน่ามอง

จะเห็นได้ว่าสิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นหลังเข้าโครงการ นอกจากโครงการที่ดำเนินการข้างต้นซึ่งใช้ฐานข้อมูลจากการสำรวจเป็นหลักแล้ว ชุมชนยังมีการขยายโครงการอื่นได้แก่ร้านค้าสวัสดิการชุมชน จำหน่ายข้าวสาร ของแห้ง งดจำหน่ายสุรา ยาสูบ เป็นรายได้ให้กับชุมชน และมีโครงการสวนครัวชุมชน ทุกคนกินได้ ณ บริเวณวัดเสาไห้ ใจกลางชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ เข้าไปช่วยงานชุมชน สามารถให้คำปรึกษา ลงมือทำด้วยกัน แกนนำชุมชนกล่าวว่า " ได้ปรึกษาเรื่องแบบสอบถามที่ต้องการข้อมูลให้มีความครอบคลุม อีกทั้งยังเป็นผู้ประสานงานในทุกเรื่องที่สามารถทำได้ เช่น ประสานการทำงานกับหน่วยงานต่างๆและยังเป็นผู้ประสานให้กับชุมชน ในบางกรณีที่เกิดความขัดแย้ง" ดังนั้นเมื่อนึกถึงศูนย์สุขภาพชุมชนหรือPCU จะนึกถึงความร่วมมือระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาล

บทบาทของหมออนามัย(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แห่ง PCU โรงพยาบาลเสาไห้) เปลี่ยนไปจากผู้สั่งการหรือ ผู้มาบอกให้ทำ เอานโยบายเป็นตัวตั้ง มาทีละเรื่องไม่เป็นองค์รวม ได้กลายมาเป็นผู้หนุนเสริมศักยภาพของชุมชน เริ่มมองเป้าหมายร่วมเป็นเรื่องเดียวกัน ติดตามผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้วยกันกับชาวบ้าน จะเห็นได้ว่าทักษะในการทำงานชุมชนเปลี่ยนไป เกิดนวัตกรรมในการทำงาน ช่องว่างลดลง และเกิดการทำงานที่เป็นหุ้นส่วนมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน

3.2 **รูปแบบศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านฝาง และชุมชนบ้านดอนหัน : รูปแบบการเป็นหุ้นส่วนบริการด้วยหนองน้ำสร้างสุขภาพและโรงเรียนชาวนา** (Setting, Social determinants and Social capital Approach)

ข้อมูลโรงพยาบาลบ้านฝาง

โรงพยาบาลบ้านฝางเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง พันธกิจในการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพระดับทุติยภูมิให้สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ โดยมีแนวคิด Patient Focus เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องครอบคลุม เพราะเจ้าหน้าที่ทำงานด้วยความรู้และทักษะระดับ Professional Standard เพื่อเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้ โรงพยาบาลมีนโยบายให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

เครือข่ายตำบลบ้านฝาง

วิสัยทัศน์ คือ เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับแนวหน้าในการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับของชุมชน

พันธกิจของเครือข่าย คือ

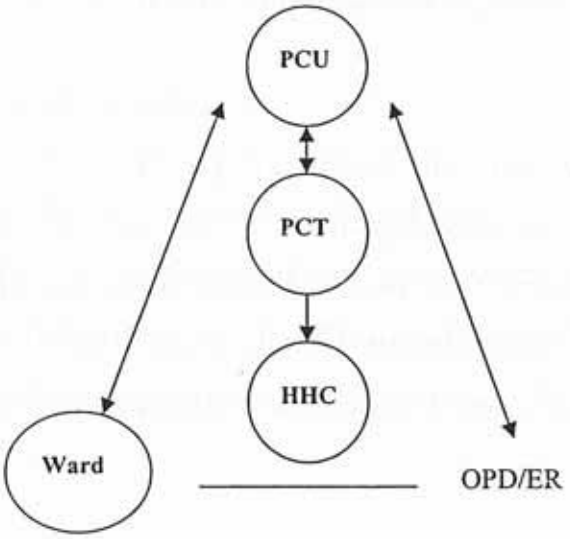
1) จัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ระดับทุติยภูมิคุณภาพให้สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่
2) พัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นองค์กรเรียนรู้

3) ส่งเสริมเครือข่ายการสร้างสุขภาพในระบบและชุมชน

เครือข่ายมียุทธศาสตร์สำคัญในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ คือ การจัดบริการสร้างสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ สร้างเครือข่ายสุขภาพเพื่อให้ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลตนเองได้ การเชื่อมต่อของโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยโครงสร้างกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลภาคประชาชน จากนโยบายให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการภาคประชาชน ซึ่งเป็นตัวแทนจากตำบลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนตนเอง

นอกจากนี้ยังมีการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลถึงชุมชนโดยคณะกรรมการชุดนี้ โดยไปประชาสัมพันธ์ให้คนในหมู่บ้านได้ทราบและนำไปปฏิบัติ ตลอดจนนำข้อมูลจากหมู่บ้านมาแจ้งให้โรงพยาบาลทราบ เช่น การจัดโครงการโรงอาหาร เรือนพักญาติ หรือโรงพยาบาลยิ้ม

การเชื่อมต่อโดยระบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน



กรอบแนวคิดที่โรงพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยใช้ทีม HHC ซึ่งรับข้อมูลจาก PCT และมีการประสานกับหน่วยบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งทั้ง 2 หน่วยบริการมีการประสานกับ PCU ที่ทำงานใกล้ชิดกับชุมชน

การเชื่อมต่อของเครือข่าย PCU บ้านฝางในโรงพยาบาลและชุมชน

การเชื่อมต่อทำโดยการเชื่อมข้อมูลจากทีม HHC มาสู่เจ้าหน้าที่ของ PCU ที่รับผิดชอบในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อออกเยี่ยมบ้านตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่เจ้าหน้าที่ PCU ใช้เพื่อทำความเข้าใจชุมชน คือ Community Folder เครื่องมือในการทำความเข้าใจผู้ป่วย คือ Family Folder และแบบติดตามการดูแลต่อเนื่อง

ข้อมูลชุมชนบ้านดอนหัน

ชุมชนบ้านดอนหันมีประวัติมาตั้งแต่ปี 2446 เดิมชื่อบ้านเหล่าชีแสะ ต่อมาเปลี่ยนเป็น บ้านดอนหัน ตามสภาพที่ตั้งซึ่งมีต้นหันขึ้นอยู่มากมาย มีการปกครองโดยแบ่งเป็น 2 หมู่บ้าน ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบสูง ดินร่วนปนทราย อุ้มน้ำไม่ดี ขาดความสมบูรณ์ พื้นที่ส่วนใหญ่ทำการเกษตร ประชาชนส่วนใหญ่ยังยึดอาชีพทำนาเป็นหลัก ทำได้ปีละ 1 ครั้ง มีการปลูกข้าวโพด ผักปลอดสารพิษ ปลูกหม่อนเลี้ยงไหม เห็ด เป็นอาชีพเสริมหลังการทำนา รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้างทั่วไป และโรงงาน

คนในหมู่บ้านมีการรวมตัวกันทำงานเป็นกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต กลุ่มผักปลอดสารพิษ กลุ่มปุ๋ยชีวภาพ เป็นต้น ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวเป็นแบบเครือญาติ นับถือกัน มีวัด 1 วัด ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ปฏิทินชุมชนเป็นวันตามศาสนา ชาวบ้านมีระบบการอยู่ร่วมกันช่วยกันคิดช่วยกันทำ เน้นการสร้างสุขภาพจากอาหารปลอดสารพิษ เศรษฐกิจพอเพียง ดูแลผู้พิการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากกลุ่มเบาหวาน มีความสำเร็จในเรื่องการคิดด้านการสร้างโรงกำจัดขยะ โดยมีเจ้าอาวาส อบต. และกลุ่มชาวบ้าน มาร่วมกันแก้ไขจนชนะ ต่อมามีการจัดทำแผนชุมชนขึ้น โดยกลุ่มชาวบ้านร่วมกันคิดร่วมกันทำจนสามารถกลายไปเป็นแผนพัฒนาชุมชน 3 ปี

การเชื่อมต่อระบบชุมชนกับเครือข่าย

เครือข่ายได้มีการจัดทำโครงการชุมชนร่วมใจแก้ไขปัญหาเบาหวานบ้านสระแก้ว โดยการทำงานร่วมกับ อสม. และแกนนำในหมู่บ้าน หลังจากการประชุมชี้แจงโครงการแล้ว จึงร่วมกันออกสำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วย ผู้ดูแล แล้วจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และทำการอบรมให้ อสม. และแกนนำที่มีศักยภาพในการแก้ปัญหาสาธารณสุข หลังจากการทำงานของกลุ่มนี้เกิดขึ้น โครงการชุมชนร่วมใจแก้ไขปัญหาเบาหวาน จึงถูกกำหนดอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ของเครือข่าย

รูปแบบการทำงานในปัจจุบัน

ชุมชนมีการเรียนรู้ที่เพิ่มมากขึ้นในการเชื่อมโยงวิถีชุมชน เข้าสู่ประเด็นสุขภาพ และเรื่องของการใช้ประโยชน์ทุนทรัพยากรของชุมชนสู่วิถีการสร้างสุขภาพ และอนุรักษ์วิถีชุมชน ชุมชนมีการลงมติที่จะใช้หนองน้ำ และที่สาธารณะประโยชน์ มาเป็นศูนย์รวมจิตใจ และใช้ประสบการณ์จากกลุ่มผักปลอดสารพิษมาเป็นเครื่องมือสร้างสุขภาพ โดยมีคำขวัญที่สื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในชุมชนที่ชุมชนคิดเองคือ "อย่าวางยาพิษกันเองเถอะ" หรือ "เราไม่วางยาพิษท่านหรอก" ชุมชนมีการเรียนรู้และทักษะในการต่อรอง จัดการสิ่งแวดล้อมของชุมชน โดยให้ทุกครัวเรือนมาร่วมกันจัดหนองน้ำ ปรับพื้นที่จัดทำถนน จัดทำระบบน้ำไหล โดยใช้การสูบน้ำด้วยจักรยานขาปั่น และมีการปลูกผักรอบหนองน้ำ เพื่อสร้างความสุขในครอบครัว เพื่อนบ้าน และยังใช้บริโภคได้ต่อไป เนื่องจากชุมชนมีวิถีเกษตร เป็นเครื่องมือในการสร้าง

ชีวิต ชุมชนจึงให้ความสำคัญต่อการอนุรักษ์วิถีชาวนา โดยการปรับพื้นที่เกษตรที่กลุ่มผักปลอดสารพิษ ใช้อยู่เดิม ให้เป็นโรงเรียนชาวนา นำมาพัฒนาให้เกิดการรักท้องถิ่น รักวิถีชีวิตชาวนา และรักที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้อื่นด้วย ผลจากพัฒนาการของชุมชนข้างต้น ผนวกกับทักษะที่เพิ่มขึ้นของเจ้าหน้าที่และโรงพยาบาลบ้านฝางเอง ทำให้เกิดทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน การใช้ทักษะการสนับสนุน การเรียนรู้ การสร้างการมีส่วนร่วม มาเป็นข้อตกลงในการอยู่ร่วมกัน ชาวบ้านเชื่อมั่นในการดูแลสร้างสุขภาพ ตรวจสอบสมรรถภาพทางกาย และภาวะสุขภาพได้เอง เครือข่ายบริการจะได้รับแจ้งจากชุมชน เมื่อต้องการการสนับสนุน แผนในชุมชนกลายเป็นแผนการให้บริการของโรงพยาบาล การใช้ทรัพยากรมนุษย์ในชุมชนขยายวงจากการใช้อสม. เพียงกลุ่มเดียว เป็นการทำงานร่วมกับทุกกลุ่มของชุมชน เน้นการทำงานที่เป็นหุ้นส่วนกับทุกภาคส่วนของชุมชน ตอกย้ำหลักการเสมอภาค และเท่าเทียมให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

ตัวอย่างโครงการ รูปแบบการเป็นหุ้นส่วนบริการด้วยหนองน้ำสร้างสุขภาพและโรงเรียนชาวนา (Setting, Social determinants and Social capital Approach)

1. โครงการโรงเรียนชาวนา
2. โครงการสวนสุขภาพชุมชนผักปลอดสารพิษ

1. โครงการโรงเรียนชาวนา

ที่มาของโรงเรียนชาวนา

ชาวบ้านรวมตัวกันจัดตั้งเป็นกลุ่มผักปลอดสารพิษบ้านดอนหัน หมู่ที่ 6 และ11 ตำบลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ได้ดำเนินกิจกรรมผลิตผักปลอดสารพิษระบบกลุ่มสู่ผู้บริโภคในชุมชนมาตั้งแต่ปี 2546 จนถึงปัจจุบัน เป็นเวลา 5 ปีแล้วด้วยเทคนิคหรือขบวนการผลิตที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้จนเป็นผลสำเร็จเป็นศูนย์การเรียนรู้ชุมชนด้านการเกษตรอินทรีย์อันดับหนึ่งของอำเภอบ้านฝาง มีผู้มาศึกษาดูงานทั้งในและนอกประเทศ กลุ่ม องค์กรนิสิต นักศึกษาจากหลายสถาบัน เป็นที่รู้จักแพร่หลาย เมื่อผลิตผักที่มีคุณภาพได้สำเร็จทางกลุ่มจึงมีแนวความคิดที่จะนำเอากระบวนการผลิตไปใช้ในนาข้าวหรือข้าวอินทรีย์ตั้งแต่ปี 2548 จนได้ข้าวพันธ์ดีและมีคุณค่า ปลอดภัยจากสารเคมี ได้ผลผลิตสูงและมีปริมาณมากต้นทุนต่ำ แกนนำชุมชนได้เล่าถึงเหตุจูงใจให้คิดทำโรงเรียนชาวนา ประการแรก คนใกล้ตัวในชุมชนเป็นเบาหวาน ต้องดูแลใกล้ชิด ให้เขาได้กินข้าวปลอดภัย ผักปลอดสารพิษ สุขภาพจะดีขึ้น ประการที่สองจากความรู้ที่มีอยู่ถ้าไม่ได้ถ่ายทอดละเลยความรู้นี้ จะทำให้เกิดปัญหากับชุมชน โดยเฉพาะเยาวชนรุ่นหลังๆ ในทุกพื้นที่ของประเทศไทยมีการทำนา พ่อแม่บางท่านอยากให้ลูกได้เรียนดีๆมีงานทำเป็นที่พึ่งหวังเมื่อยามแก่เฒ่า จึงขายที่ไร่นาส่งเสีย ถ้าลูกหลานไม่ประสบความสำเร็จ กลับมาไม่มีอะไร ไม่มีจุดยืน ปัญหาสังคมจะตามมา ดังนั้นชุมชนจึงคิดป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น โรงเรียนชาวนามีกลุ่มเป้าหมายหลักๆก็จะเป็นลูกหลานในชุมชน ในปี 2551 จะเป็นนักเรียนระดับประถม ป.1 – ป.6 แล้วเคลื่อนไปเป็นมัธยม ได้รับแหล่ง

งบประมาณสนับสนุนจากภาคีต่างๆอาทิเช่น สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอบ้านฝาง องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านฝาง ศูนย์บริการการศึกษานอกโรงเรียนอำเภอบ้านฝาง มหาวิทยาลัยขอนแก่น สิ่งที่จะปลูกฝังในโรงเรียนชาวนาแห่งนี้ ได้ประชาคมกัน คณะกรรมการหมู่บ้านได้ตกลงเห็นชอบให้ผสมผสาน หลายสิ่งหลายอย่างลงไปในหลักสูตรโดยมีเป้าหมาย ที่จะให้เยาวชนพลิกพื้นดินให้เป็นทรัพย์สิน ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ รู้กระบวนการผลิตข้าวที่มีคุณภาพต้นทุนต่ำ มีประโยชน์ได้ปริมาณมาก ลดการใช้สารเคมีและหันมาใช้วัตถุดิบจากธรรมชาติ กระบวนการผลิตจะถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นเพื่อความอยู่ดีมีสุขของชุมชน รักษาวัฒนธรรมประเพณีที่ดีงามไว้ยั่งยืนถาวรและห่างไกลจากสารเคมี สิ่งเสพติดเพื่อสุขภาพที่ดีมีสุขในครอบครัว นอกจากนี้ยังปลูกฝังจิตสำนึกให้เยาวชนหวงแหนรักถิ่นบ้านเกิด รวมทั้งได้ตระหนักเรื่องการสร้างสุขภาพพลานามัย ในกิจกรรมของโรงเรียนชาวนา ซึ่งจะเป็นการออกกำลังกายไปในตัวด้วย หมออนามัยแห่งศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบ้านฝาง ได้มีบทบาทและเข้าร่วมและสนับสนุนกิจกรรมนี้มาโดยตลอด ได้เข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือ วางแผนหลักสูตรได้สอดแทรกเรื่องความปลอดภัยในการทำนา ลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นขณะทำนาในทุกขั้นตอน ทำนาอย่างไรจึงจะปลอดภัยไม่ปวดไม่เมื่อย โรคภัยไข้เจ็บอะไรบ้างที่ต้องรู้จัก เฝ้าระวังและสามารถป้องกันตัวเองได้ในเบื้องต้นหรือความพร้อมของศูนย์ฝึกในการดูแลภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งผสมผสานการสร้างจิตสำนึกให้คำนึงเรื่องสิ่งแวดล้อมด้วย

2. โครงการสวนสุขภาพชุมชนผักปลอดสารพิษ

ชุมชนได้ลงมติให้ใช้หนองน้ำของชุมชนสร้างเป็นสวนสุขภาพผักปลอดสารพิษ ต้องการเห็นทุกครัวเรือนมาปลูกผักร่วมกัน มีผักกินทุกบ้าน ได้พบกันได้ปรึกษาหารือเรื่องต่างๆในชุมชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันได้มาใช้บริการ ก่อให้เกิดความรักความสามัคคี ผู้ใหญ่กล่าวว่า"พวกเราได้มาเห็นตะวันตกดินด้วยกัน แต่ก่อนต่างคนต่างอยู่ พบกันบ้างเป็นครั้งคราวตามที่ชุมชนนัดหมายหรืองานเทศกาล เดี๋ยวนี้ภาพเปลี่ยนไป ต่างคนต่างมาพบกัน บ้างเดิน-วิ่ง ปั่นจักรยานแล้วแต่ชอบใจ จักรยานของเราไม่ต้องใช้น้ำมัน เราใช้ช่างในหมู่บ้านดัดแปลงจากจักรยานเก่าๆ กลายเป็นศูนย์รวมใจ ต่อไปเราก็อยากรู้ว่าเราแข็งแรงปลอดภัยจริงหรือ จะให้หมออนามัยมาเจาะเลือดดูผลเป็นอย่างไรต้องรักษาไว้หรือปรับปรุงกันไป ชุมชนของเราได้สร้างภูมิคุ้มกันให้กับทุกคนในชุมชนทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านโรคภัยไข้เจ็บ วัฒนธรรม เบาหวานต้องน้อยลงที่เป็นแล้วก็ดูแลกันไป ชุมชนต้องอยู่ได้ อาทิเช่นกลุ่มเยาวชน เราให้รู้ทุกเรื่องที่ผู้ใหญ่ทำ เขาจะได้เข้าใจ รักษาไว้ให้ได้ว่าชุมชนของเรามีของดีอะไรบ้าง" หนองน้ำสร้างสุขภาพของชุมชนได้กลายเป็นที่พักผ่อนยามเหน็ดเหนื่อยจากทำไร่ทำนา เป็นที่ออกกำลังกาย ใจ และร่วมแก้ไขปัญหา สร้างความสุขร่วมกันในทุกมิติโดยชุมชนพร้อมภาคีภายนอกเข้ามามีส่วนร่วมอย่างชัดเจนและเป็นระบบ หมออนามัยแห่งศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบ้านฝาง ได้ถ่ายถอดเรื่องราวถึงประสบการณ์ที่ร่วมคิด ร่วมทำด้วยกัน คอยตั้งคำถามและกระตุ้นแกนนำชุมชนคิดถึงบางประเด็นที่สำคัญในบางเรื่อง บางจังหวะ ให้บทบาทชุมชนเขานำหน้า ซึ่งบางเรื่องชาวบ้านจะมีวิธี

แก้ปัญหาได้อย่างดียิ่ง ในขณะเดียวกันก็อาสาไปค้นหาความรู้ที่ถูกต้องมาให้ชาวบ้าน อาทิเช่น ชุมชนต้องการให้สวนสุขภาพมีหินไว้สำหรับเดินนวดฝ่าเท้า หมออนามัยเดิมยังขาดข้อมูลที่ชัดเจน จึงไปแสวงหาจากผู้รู้ที่มีประสบการณ์จนได้ขนาดหิน รูปร่างที่เหมาะสมไม่ก่อให้เกิดอันตราย หรือบางเรื่องก็ต้องถามชาวบ้านดังเช่น จะทำอย่างไรปริมาณน้ำรดผักจึงจะไม่มากเกินไป หรือฤดูที่มีน้ำมากเราควรปลูกผักอย่างไรจึงจะมีผักปลอดสารพิษที่เพียงพอต่อการบริโภค หมออนามัยค้นพบว่าการอยู่กันเท่าเทียม พึ่งพากันแล้วแต่โอกาสสามารถรวมพลังและดึงศักยภาพให้ชาวบ้านมารวมตัวกันได้อย่างมหัศจรรย์ วิชาการที่เรียนมากับวิชาชาวบ้านสามารถอยู่ร่วมกันได้ นอกจากนี้แกนนำชุมชนยังมีทักษะในการระดมทุนดังเช่นชาวบ้านหรือคนรุ่นหนุ่มสาวที่ไปทำงานต่างถิ่น ได้กลับมาบ้านเกิดในช่วงเทศกาล เห็นความเปลี่ยนแปลงชื่นชมที่ชุมชนสามารถมีสวนสุขภาพผักปลอดสารพิษเป็นของชุมชนเอง จึงได้ขอมีส่วนร่วมสมทบทุนพัฒนาให้ดีขึ้นเรื่อยๆไปอีก และยังสร้างความเป็นเจ้าของ "ถ้าสักวันคิดกลับมาอยู่บ้านเรายินดีต้อนรับ" ผู้ใหญ่แห่งบ้านดอนหันกล่าวให้ฟัง

จะเห็นได้ว่าชุมชนมีการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นมีการเชื่อมโยงวิถีชุมชนเข้าสู่ประเด็นสุขภาพ ตัวชี้วัดและเรื่องของการใช้ประโยชน์ทุนทรัพยากรของชุมชนที่มีอยู่สู่วิถีการสร้างสุขภาพเพื่อทุกคนในชุมชน และอนุรักษ์วิถีชุมชนให้คงไว้สืบไป

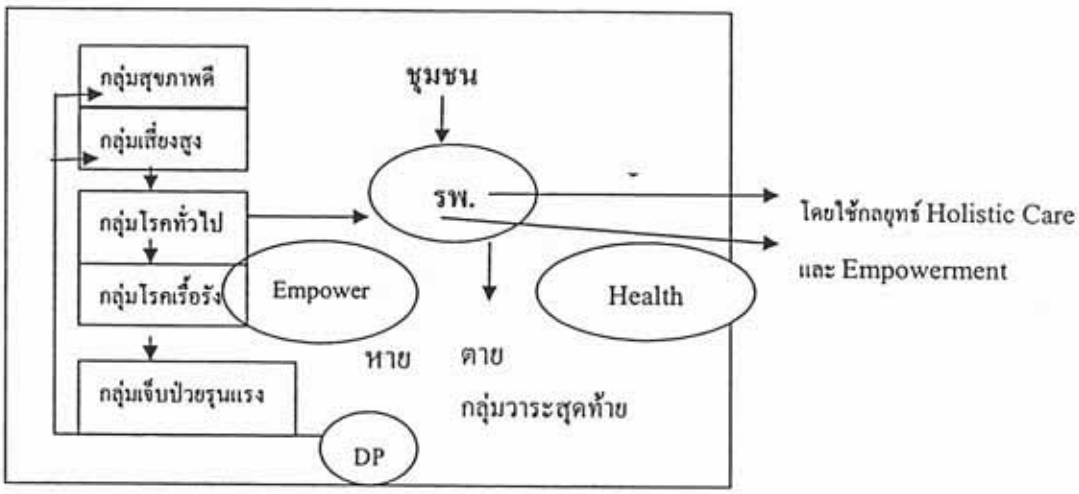
3.3 รูปแบบศูนย์สุขภาพชุมชนทุ่งโก โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ และชุมชนทุ่งบัวทอง : รูปแบบการเป็นหุ้นส่วนบริการแบบองค์รวมเชื่อมโยงโดยคนสามวัย (Holistics and Human Capital approach)

ข้อมูลโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

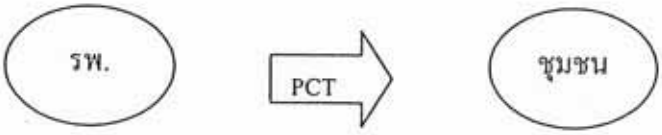
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ (โรงพยาบาลแม่ข่ายของสถานีอนามัยทุ่งโก)เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 303 เตียง มีแพทย์ 18 คน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ทั่วไป และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคผิวหนัง ประสาทศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ จักษุแพทย์ และรังสีแพทย์

วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล คือ การทำให้ประชาชนมั่นใจในคุณภาพ สร้างเสริมทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชน พัฒนาระบบบริการจัดการให้สอดคล้องกับการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

นอกจากนี้ยังมีการกำหนดวิสัยทัศน์ของสาธารณสุขอำเภอเมือง ว่าเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ด้วยการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของพลังภาคี ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดี โดยมีพันธกิจคือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริม สนับสนุน การทำวิจัย พัฒนานวตกรรมในการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการบริการสุขภาพพัฒนาการบริหารจัดการทรัพยากร ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สนับสนุนสถานประกอบการ การผลิตสมุนไพรอย่างมีคุณภาพ และมีมาตรฐานในการรับรอง



การเชื่อมต่อกับชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพ ทำโดยผ่าน PCT ดังแผนภูมิ



นอกจากนี้ระบบ OPD มีการจัดโครงการเรียนรู้การดูแลตนเองต่อปัญหาสาธารณสุขชุมชน เช่น เบาหวาน HT กลุ่ม IPD จัดบริการโครงการสร้างเสริมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยและครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวาน และโครงการเพิ่มคุณภาพการวางแผนจำหน่าย กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต มีการทำโครงการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย

ข้อมูลรูปแบบบริการที่จัดขึ้นในแต่ละแผนก เหมาะกับผู้รับบริการ และเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ หากเจ้าหน้าที่เข้าใจ และมีทักษะการทำงาน ส่งเสริมสุขภาพในการเสร้างการรับรู้ ทำงานแบบองค์รวม และการใช้ข้อมูลเชื่อมต่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง

รูปแบบการเชื่อมโยงกับชุมชน โดย CUP ได้กำหนดขั้นตอนการทำงาน ดังนี้

1. การศึกษาข้อมูล สภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
2. การวิเคราะห์ทุนทางสังคมที่จะช่วยเหลือชุมชน
3. การกำหนดกลุ่มเป้าหมายสร้างสุขภาพในชุมชน กลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยเรื้อรัง กลุ่มพิการ
4. การเสริมพลังอำนาจ เครือข่ายในชุมชน จัดทำแผนงานในการแก้ปัญหา การเชื่อมโยงกับชุมชน บ่อนอก

เนื่องจากชุมชนบ่อนอก เป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็ง มีแนวคิดในด้านการพัฒนาด้วยตนเอง โดยใช้ฐานข้อมูลชุมชนเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อน สร้างการมีส่วนร่วม ประชาชนมีปัญหาหนี้สิน และการถูกละเมิดสิทธิจากภาครัฐในกรณีโรงไฟฟ้า จึงมีการรวมตัวกันอย่างเข้มแข็ง เกิดเป็นรูปแบบคณะกรรมการและจัดทำการสำรวจ การวิเคราะห์ การจัดระบบข้อมูลในมิติต่าง ๆ ของชุมชนที่สะท้อนชีวิตความเป็นอยู่ในเรื่องรายรับ รายจ่าย หนี้สิน อาชีพ ตามการพัฒนาปัญหาสาธารณสุข ปัญหาสิ่งแวดล้อม และสาธารณูปโภคของชุมชน จนเกิดเป็นแผนในการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนภาคภูมิใจ คือ เรื่องการพัฒนาอาชีพ ข้าวโพดหมัก ปุ๋ยหมัก กลุ่มหมึก กะปิปลอดสารพิษ กลุ่มลูกประคบนวดสมุนไพร จัดตั้งกองทุนเพื่อกู้ยืม การเกิดคณะกรรมการศึกษาสนับสนุนทุนกีฬา การตั้งทีมแม่ครัว หรือลงแรงในการแก้ไขการพัฒนา และปัญหาสุขภาพที่ต้องการแก้ไข คือ เรื่องการคัดกรองเบาหวาน ความดันในกลุ่มเสี่ยง การป้องกันปราบปรามยาเสพติด และการป้องกันพิษสุนัขบ้า

ข้อมูลที่นำเสนอข้างต้น เป็นข้อมูลที่ชุมชนจัดทำขึ้น และนำมาใช้ในการพัฒนาชุมชนด้วยตนเอง ซึ่งมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกันทุนมนุษย์ อาชีพ เช่น การเลี้ยงสุนัข เลี้ยงโค ทำไร่ มีรายจ่ายจากอาหาร เช่น หมู อาหารทะเล เครื่องดื่มชูกำลัง ชูรส และบุหรี่ มีการซื้อปุ๋ยเคมี ยาฆ่าแมลง ยารักษาโรค นอกจากนี้ยังมีการจำแนกข้อมูลสุขภาพออกเป็นประชากรที่มีสุขภาพแข็งแรง ป่วยเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน โรคชรา ตลอดจนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการดูแลจาก อสม. และกิจกรรมที่สร้างสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การป้องกันโรคไข้เลือดออก พิษสุนัขบ้า การใช้สมุนไพร

ชุมชนยังมีแผนการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากแผนชุมชนในด้านการเติมน้ำมัน และการลดค่าใช้จ่าย เรื่องไข่ไก่และพัฒนาอาชีพฟาร์มไก่ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าชุมชนมีฐานคิดจากข้อมูลที่มีอยู่ และเจ้าหน้าที่สามารถกระตุ้นฐานคิดในการพัฒนาให้เข้ากับฐานคิดการสร้างสุขภาพ จะเป็นการทำงานรวมกันได้เต็มที่มากขึ้น พัฒนาต้นทุนเดิม เช่น การจำแนกคนตามสภาวะสุขภาพสู่การเฝ้าระวัง และตรวจสอบสภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ตลอดจนการผนวกแนวคิดการสร้างสุขภาพของไข่ไก่ การเฝ้าระวังควบคุมโรคจากการเลี้ยงไก่ ก็จะทำให้เกิดการทำงานสร้างสุขภาพ แผนองค์รวมและทำได้เองโดยประชาชน

ปัจจุบันชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเรียนรู้ในโครงการนี้ จนทำให้เกิดแนวคิดการสร้างสุขภาพ 3 วัย คือ คนแก่ คนทำงาน และเด็ก ในกลุ่มอาชีพ เช่น การทำดอกไม้ การทำปุ๋ยหมัก กลุ่มกลองยาว กลุ่มสมุนไพร มีการแบ่งพื้นที่สาธารณะประโยชน์ของชุมชนให้เป็นสถานที่รวมจิตใจ และเป็นที่ออกกำลังกาย เป็นศูนย์การเรียนรู้ มีการจัดการขยะ และสิ่งแวดล้อมให้ชุมชนดูสะอาดขึ้น ชุมชนมีกฎกติกาในการอยู่ร่วมกันอย่างเป็นมิตร และสามารถสร้างการมีส่วนร่วมได้มากขึ้น

นอกจากนี้ ชุมชนยังสามารถจัดระบบการเรียนรู้ให้กับกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มเด็กที่ทำกิจกรรมเลี้ยงกบ เลี้ยงปลา และสมุนไพร ให้เกิดเป็นการใช้ประโยชน์เพื่อการมีสุขภาพดี

เจ้าหน้าที่จากศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างใกล้ชิด มีการรับฟัง ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และมีบทบาทในการสนับสนุน ประสานงานมากขึ้น โดยมีชาวบ้านเป็นศูนย์กลาง มีการประสานกับเครือข่ายโดยใช้ข้อมูลชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง หรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ชุมชนเริ่มมีส่วนในการจัด ปรับข้อมูลชุมชนมาใช้ประโยชน์ในการทำงานร่วมกัน ชุมชนเริ่มมองเชื่อมโยงอาชีพกับสุขภาพ และตัวชี้วัดสุขภาพ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล เริ่มนำข้อมูลแผนที่เดินดิน มาใช้ประโยชน์ในการค้นหา คัดกรอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย ผู้มีสุขภาพดี หรือกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเริ่มมองเห็นว่า หากชุมชนมีระบบการอยู่ร่วมกันอย่างมีส่วนร่วม และคำนึงถึงสุขภาพเช่นนี้ การทำงานทั้งรักษา ส่งเสริม ฟื้นฟู และป้องกัน จะสำเร็จง่ายขึ้น ระยะต่อไปคือ การจัดทำข้อมูลสุขภาพชุมชน ซึ่งจะช่วยให้การเชื่อมต่อระหว่างชุมชน เครือข่ายบริการ ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

<u>ตัวอย่างโครงการ</u> **รูปแบบการเป็นหุ้นส่วนบริการแบบองค์รวมเชื่อมโยงโดยคนสามวัย**
(Holistics and Human Capital approach)

โครงการพัฒนากลุ่มกลองยาวเพื่อการสร้างสุขภาพ

แกนนำชุมชนได้เกิดประกายความคิดที่จะอนุรักษ์วัฒนธรรมของชุมชนไว้ โดยได้จากการที่โครงการวิจัยนี้ได้พาไปศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่จังหวัดพิษณุโลก ณ ชุมชนท้อแท้ จึงเกิดกลุ่มกลองยาว มีสมาชิก 25 คน เด็ก 21 คน ผู้ใหญ่ 4 คน มีวัตถุประสงค์ของกลุ่มคือ ต้องการที่จะอนุรักษ์วัฒนธรรมและสร้างเยาวชนให้เป็นคนดี ทั้งกาย ใจ และดำรงชีวิตในสังคมอย่างเป็นคนดี โดยผ่านกิจกรรมกลุ่มกลองยาว ซึ่งเป็นสิ่งที่เด็กๆสนใจ ในชุมชนมีครูกลองยาวที่มีความสามารถและเชี่ยวชาญ เป็นทุนมนุษย์ของชุมชนทุ่งบัวทอง ถ่ายทอดสืบสานกลองยาวแต่ได้หยุดไปประมาณ 5 ปี เนื่องจากครูและภรรยายังดูแลกลุ่มได้ไม่ทั่วถึง มีปัญหาวัยรุ่นเข้ามาเกี่ยวข้อง แกนนำได้จัดกิจกรรมให้กับกลุ่มโดยทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อครั้งก่อนผสมผสานกับปัญหาวัยรุ่นในปัจจุบัน กลุ่มกลองยาวจะฝึกตีกลองยาวหลังเลิกเรียน สิ่งที่สอดแทรกไว้ในกิจกรรมคือความรักความสามัคคี ความเอื้ออาทรต่อกัน กิจกรรมพี่ดูแลน้อง การอยู่ร่วมกันแบบประชาธิปไตยผลัดกันเป็นหัวหน้ากลุ่ม การรับฟังความคิดเห็น เคารพในกฎกติกาของกลุ่ม การเคารพผู้หลักผู้ใหญ่ เคารพครูบาอาจารย์ การรักษาสิ่งแวดล้อมความสะอาดของศูนย์การเรียนรู้ที่ใช้เป็นสถานที่ฝึกตีกลองและพบกันเป็นประจำ นอกจากนี้แกนนำยังฝึกให้เด็กร่วมดูแลสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน ไม่ทิ้งขยะบนท้องถนนที่สาธารณะ แกนนำได้กล่าวว่า"ไม่ว่าพวกเขาจะเติบโต ไปอยู่ที่ไหนเขาจะเป็นคนดีของสังคม " กลุ่มกลองยาวดำเนินงานเป็นทีมและมีที่ปรึกษา และมีพัฒนาการของความเข้มแข็ง พึ่งตนเองกลุ่มเริ่มตั้งเป็นกองทุนได้แล้ว และยังเกิดกลุ่มออมทรัพย์ของเยาวชนที่ได้เงินหลังจากแสดงหักค่าใช้จ่าย หักเข้ากองทุนแล้ว เด็กสามารถนำเงินมาฝากได้ เป็นการสร้างนิสัยการออมของเยาวชน นอกจากนี้ชาวบ้านจะมาร่วมด้วย นำอาหารเย็นมาเลี้ยงเด็ก บางรายก็บริจาคเป็นพืชผักในไร่สวนของตัวเองหรือเป็นเจ้าภาพ

สละทุนทรัพย์ พ่อแม่พี่น้องของเด็กจะมาร่วมวงกลองยาวด้วยหลังเลิกงาน มีความสุขและสบายใจที่ได้เห็นลูกหลานทำสิ่งดีๆ ไม่หนีไปเที่ยวเล่นตามมุมต่างๆบางครั้งจะเกิดอุบัติเหตุหรือมั่วสุมอย่างแต่ก่อนที่มีกลุ่มยาเสพติด ผู้สูงอายุก็จะมารวมกลุ่มสนทนากันเรื่องราวทั้งในอดีต ปัจจุบัน รวมทั้งการสนทนาธรรมะด้วย สำหรับเรื่องสุขภาพกลุ่มจะได้รับข้อมูล คำแนะนำจากหมออนามัย(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย) ซึ่งได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มกลองยาวตั้งแต่เริ่มต้น ร่วมสังเกตและรับรู้พัฒนาการของกลุ่ม ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา หนุนเสริมกิจกรรมกลุ่ม ดังตัวอย่างการดำเนินงานปรึกษาหารือระหว่างกลุ่มแกนนำและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้มีการคิดร่วมกัน ฝากซื้อ Ear plug จากกรุงเทพฯ เนื่องจากคิดถึงเรื่องสุขภาพการได้ยินของหูในขณะที่เล่นกลองยาว จะมีเสียงดังเกินไป อาจเป็นอันตรายได้ ก็ถือว่าเป็นตัวอย่าง การแสดงระดับการมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมรับผลประโยชน์ได้ นอกจากนี้แกนนำชุมชนยังให้ความเห็นว่าเมื่อนึกถึงสุขภาพจะนึกถึงคุณเรไร(เจ้าหน้าที่อนามัยทุ่งโก)เป็นอันดับแรกและนึกถึงการทำงานร่วมกันไม่เพียงแต่งานที่เกี่ยวกับสุขภาพเท่านั้น

ตารางที่ 4 แสดงการเชื่อมต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในเครือข่ายบริการและชุมชน

การเปลี่ยนแปลงในชุมชน	การเปลี่ยนแปลงในเจ้าหน้าที่	เครือข่ายบริการ
ทุ่งบัวทอง-การเป็นหุ้นส่วนบริการ บริการด้วยการสร้างสุขภาพคน 3 วัย และสังคมวัฒนธรรม	การสร้างสุขภาพโดยใช้แผนที่เดินดิน ผังเครือญาติ มาระบุปัจจัยเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง ทุนมนุษย์ ทุนสังคม ของชุมชน	การเรียนรู้วิถีชุมชนและสนับสนุนให้ชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจในการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพ ตรวจสอบผลลัพธ์การทำงานและเป็นต้นแบบในการทำงานชุมชนสร้างสุขภาพของจังหวัด เป็นศูนย์เรียนรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพื่อการเป็นโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ
บ้านดอนหัน - การเป็นหุ้นส่วนบริการด้วยหนองน้ำสร้างสุขภาพและโรงเรียนชาวนา	การถามมากขึ้นและให้ชุมชนตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายในการทำกิจกรรมหรือโครงการสร้างสุขภาพ	การทำงานสร้างสุขภาพ โดยใช้ "ศูนย์การเรียนรู้" ในชุมชน" เพื่อสาธิตวิถีการสร้างสุขภาพตามบริบทสังคม ทุนสังคม ของชุมชน และทำงานร่วมกับภาคีอื่นๆ ในชุมชน โดยมีชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อนภาคี

เสาไห้ร่วมใจ- การเป็นหุ้นส่วนด้วยจิตอาสาและฐานข้อมูลครอบครัว	การถามมากขึ้น การใช้ข้อมูลมากขึ้น	การใช้ข้อมูลร่วมกัน และเสริมพลังกันในการระบุปัญหาสุขภาพปัญหาพฤติกรรม และประเมินความก้าวหน้า และผลลัพธ์ในการสร้างสุขภาพ
ท้อแท้ - การขยายผลการทำงานชุมชนสร้างสุขภาพ	ถอดบทเรียน การเรียนรู้ของโครงการและนำไปทดลองใช้ในพื้นที่	การขยายผลการทำงานชุมชนสร้างสุขภาพ โดยเทคนิคการทัวร์ชุมชน และการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้วิถีสร้างสุขภาพ

จากรายงานการประเมินถอดบทเรียนยังพบอีกว่าโครงการนี้สามารถ ทบทวนผลงานได้ตามเกณฑ์ของ IOM (Institute of Medicine สหรัฐอเมริกา) ซึ่งจะเห็นได้ว่าเครือข่ายบริการทั้ง 3 แห่งได้มีระดับการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน กับชุมชนมากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้น่าจะเป็นผลจากการที่ชุมชนมีทักษะการคิด การตัดสินใจที่เข้มแข็งขึ้น และเจ้าหน้าที่เองก็มีทัศนคติทางบวกต่อชุมชน เชื่อมั่นในศักยภาพของชุมชนมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ จึงทำให้มีการปรับตัวของทั้ง 2 ฝ่าย จนเกิดการทำงานร่วมกันมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน สรุปเป็นตารางความสำเร็จทั้งการเป็นหุ้นส่วนและการทำงานสร้างสุขภาพดังนี้

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน และสร้างสุขภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพ ก่อน และหลังเข้าร่วมโครงการ

I ระดับการนิยาม และค้นหาคุณลักษณะของชุมชน	เครือข่ายเสาไห้		เครือข่ายบ้านฝาง		เครือข่ายทุ่งโก	
0 ไม่มีการดำเนินการ	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1 ใช้ข้อมูลประชากรของอำเภอ	✓					
2 ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งมีการสอบถามจากชุมชนอยู่บ้าง			✓		✓	
3 ชุมชนมีการจัดการทำข้อมูล ซึ่งระบุฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมของคนในชุมชน				✓		✓
4 มีการทำข้อมูลร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และชุมชนมีข้อมูลสมาชิกชุมชนทั้งรายละเอียด เรื่องที่อยู่ที่ติดต่อได้ด้วย		✓				
II ระดับการค้นหา และระบุปัญหาของชุมชน						
0 ใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยที่ไปใช้บริการ	✓					
1 หาประชามติจากเจ้าหน้าที่ และชุมชน						
2 ทบทวนข้อมูลทุติยภูมิ ชีวสถิติ ศึกษาระบาดวิทยาร่วมด้วย						
3 มีการใช้ฐานข้อมูลจำเพาะโรคใดโรคหนึ่ง ปัญหาใดปัญหาหนึ่งของชุมชน และเครือข่ายบริการ		✓	✓		✓	
4 การมีระบุปัญหาสุขภาพ ที่กว้าง และสัมพันธ์กับลักษณะ หรือบริบทชุมชน และระบบบริการ				✓		✓
III ระดับการปรับรูปแบบบริการเพื่อแก้ไขปัญหาชุมชน						
0 ไม่มีการปรับ						
1 ปรับตามนโนบายส่วนกลาง	✓		✓		✓	
2 ปรับตามปัญหาชุมชน แต่ขึ้นกับเงื่อนไขทรัพยากร	✓		✓		✓	
3 ปรับให้สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะของชุมชน และให้สถานบริการและชุมชนมีส่วนร่วม						
4 ปรับให้สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะ และปัจจัยเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย		✓		✓		✓
IV ระดับการกำกับ						
0 ประเมินจากผู้ใช้บริการในเครือข่าย	✓		✓		✓	
1 ดูผลลัพธ์ที่เกิดในชุมชน โดยใช้ความเป็นอัตนัยของผู้ให้บริการและแกนนำชุมชน						
2 ดูจากข้อมูล ชีวสถิติ						
3 ดูการเปลี่ยนแปลงจากข้อมูลของชุมชน						
4 ดูการเปลี่ยนแปลงจากกลุ่มเป้าหมายต่างๆ กลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง และดูทั้งผลกระทบทางบวก ทางลบ ของชุมชน และโครงการ		✓		✓		✓

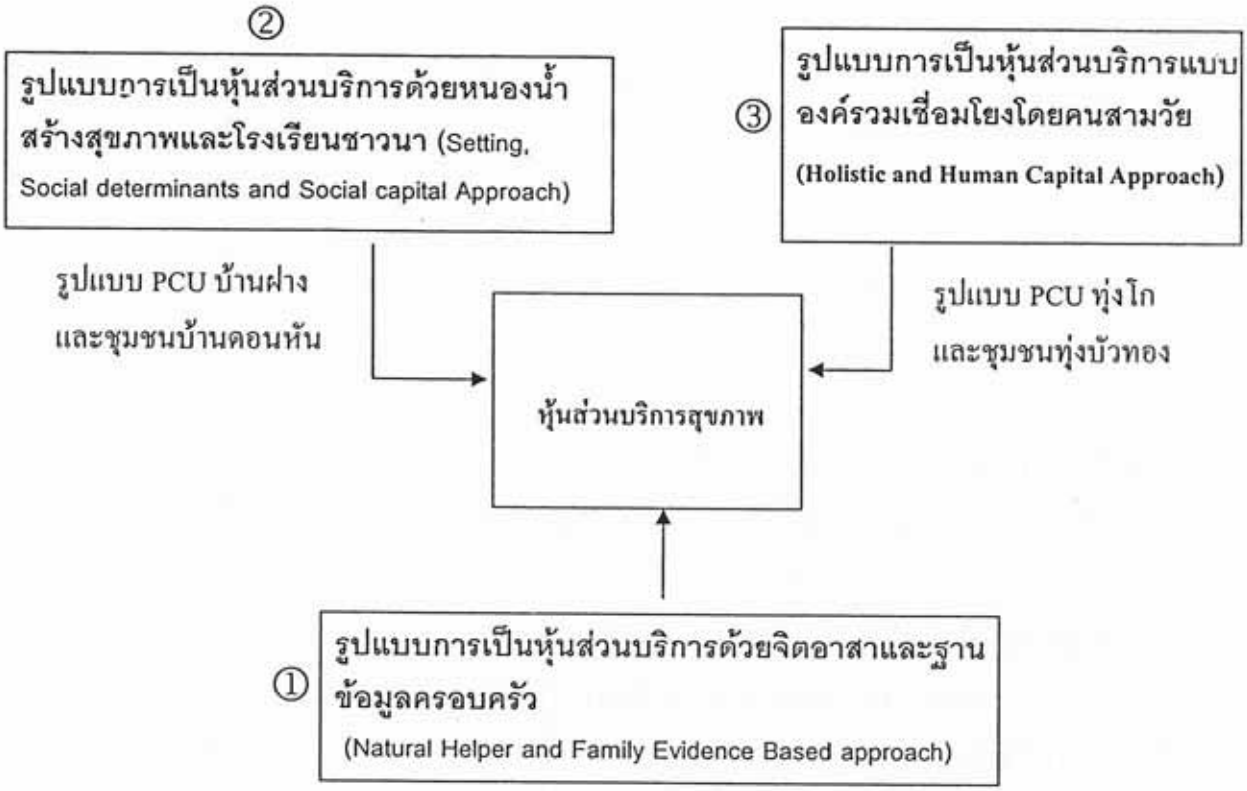
เครือข่ายบริการปฐมภูมิที่จะทำงานสร้างสุขภาพ ต้องมีการทำงานทั้ง 4 ลักษณะอยู่ในระดับ 3 ขึ้นไป จึงจะนับว่าเป็นการทำงานชุมชนสร้างสุขภาพและมีส่วนร่วมแบบเป็นหุ้นส่วน

นอกจากนี้ผู้ถอดบทเรียนยังให้ข้อเสนอแนะจากบทเรียนที่เกิดขึ้นในโครงการ

1. การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการทำงานสร้างสุขภาพในชุมชน ไม่เพียงการอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้เรื่องชุมชน/ทักษะการลงชุมชน/เครื่องมือ 7 ชิ้น (อ.โกมาตร) แต่หลักสูตรต้องมีกระบวนการปรับกระบวนทัศน์ ปรับทัศนคติการทำงานด้วย

2. ผู้นำองค์กรต้องมีความเข้าใจการทำงานชุมชน เพื่อจะได้สามารถเป็นที่ปรึกษา สนับสนุน/อำนวยความสะดวกได้อย่างเหมาะสม ขณะเดียวกันต้อง Empower ต้องการชื่นชมเมื่อเห็นการพัฒนา และหาทางต่อยอด ขยายผล คนอื่นๆ ในองค์กรต้องการสร้างบรรยากาศให้เกิดการเรียนรู้
3. รูปแบบการเรียนรู้ ที่สร้างขึ้นทั้งในกลุ่มเจ้าหน้าที่และชุมชน ไม่ควรมุ่งแต่ใช้ความรู้ (Explicit Knowledge) แล้วให้ไปลองทำจะไม่เกิดพลัง แต่ควรมีการปรับความคิด กระบวนทัศน์ เรียนรู้จากประสบการณ์ทั้งของตนเองและผู้อื่น (ดูงาน) ถอดบทเรียนจาก Tacit Knowledge ของชุมชนต้นแบบ เกิดประสบการณ์ตนเอง เรียนรู้ Explicit Knowledge ที่ทีมวิทยากรให้ที่โรงแรมอลิซาเบธ และตัวอย่างการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น หลังจากสร้างการเรียนรู้จากชุมชน การดูงาน การประชุมเชิงปฏิบัติการ ในขั้นตอนการลงมือทำ ควรจะมีพี่เลี้ยงในระยะแรกเพื่อเป็นที่ปรึกษา / เสริมแรง / สนับสนุน ในส่วนขาดหรือส่วนที่ต้องพัฒนา (Learning through Action) เพราะบางที่เจ้าหน้าที่รวบรวมข้อมูลกับประเด็นที่ได้เรียนรู้ แต่จัดการความรู้ไม่เป็น จึงต้องมีพี่เลี้ยง / ที่ปรึกษาคอยกระตุกกระตุ้น/ต่อยอด/ชี้ทางสว่าง จะเกิดกำลังใจ อยากทำต่อ หากมีการชื่นชม เสริมพลังตอนกำลังมีไฟ จะเกิดพลังในการขับเคลื่อนสูง (ตีเหล็กเมื่อร้อน) เมื่อลองทำเกิดการเรียนรู้ และได้มีโอกาสมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคนอื่น จะเกิดการต่อยอดการเรียนรู้ เกิดการพัฒนา ที่เรียกว่าหมุนเกลียวความรู้ เกิดพลังอำนาจ เช่น โครงการนี้เกิดรูปแบบการทำงานใหม่ๆ เมื่อมีการถ่ายทอดและได้รับคำแนะนำจากผู้อื่นได้คำชื่นชม ก็จะกลับไปพัฒนาต่อเรื่อยๆ เรียนรู้พัฒนา ทั้งนี้ เมื่อกลับสู่องค์กร ผู้นำในองค์กรต้องมีส่วนร่วมสนับสนุนให้เกิดการถ่ายทอดความรู้จากการอบรม จากประสบการณ์ เพื่อขยายวงเรียนรู้สู่ทีมงานจะได้มีคนเก่งเพิ่มขึ้น มีทีมงานเข้มแข็งก็จะสามารถพัฒนางานสร้างสุขภาพได้อย่างยั่งยืน
4. พลังทำงานควรมีการสรุปองค์ความรู้ที่จำเป็นในการทำงานสร้างสุขภาพ เพื่อให้เป็นชุมชน / แหล่งความรู้ ให้การทำงานชุมชนได้เรียนรู้ต่อ ถ้าจะให้ดีควรมีบันทึก รายงาน และสื่อที่มีประสิทธิภาพ เพราะถ้าทำสื่อที่กระตุ้นอารมณ์ ความรู้สึกได้ด้วยจะเกิดแรงบันดาลใจไปกระตุ้นให้เกิดความอยากที่จะเรียนรู้ต่อ หาข้อมูลต่อได้ด้วย
5. การทำงานชุมชน เป็นงานที่หนักต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ที่มีจิตสาธารณะ หากมีการเสริมแรงให้ขวัญและกำลังใจ จะทำให้เกิดแรงจูงใจ ให้ตัดสินใจที่จะมาทำงานชุมชนมากขึ้น ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความเฉพาะรางวัลหรือเงิน แต่หมายรวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรการจัดบรรยากาศให้เกิดการเรียนรู้
6. การทำงานสร้างสุขภาพในชุมชนต้องตั้งเป้าหมายแรกคือ การสร้างให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง เรียนรู้เป็นก่อน จึงจะสามารถเสริมพลังอำนาจ เชื่อมโยงไปสู่การสร้างสุขภาพในชุมชน การสร้างสุขภาพในชุมชนเป็นการทำงานเชิงกระบวนการเพื่อขับเคลื่อนชุมชน มากกว่าการจัดกิจกรรมในชุมชนในประเด็นต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การจัดสิ่งแวดล้อม

รูปแบบการเป็นหุ้นส่วนบริการสุขภาพร่วมกับชุมชน



รูปแบบในการเป็นหุ้นส่วนบริการสุขภาพมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ขึ้นอยู่กับทุนเดิมของชุมชนแห่งนั้น ผสมผสานความร่วมมือและทักษะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำงานชุมชนซึ่งมีเป้าหมายร่วมกันในการก้าวไปสู่คำว่าสุขภาวะชุมชน

ตารางที่ 6 แสดงการเป็นหุ้นส่วนบริการสุขภาพของโครงการนี้

คุณลักษณะที่สำคัญของความเป็นหุ้นส่วน (ที่ทำให้เกิดความยั่งยืน)	การเป็นหุ้นส่วนบริการของแต่ละพื้นที่
○ มีเป้าหมายร่วมกัน ○ มีความสนใจร่วมกัน ○ มีประโยชน์ร่วมกัน ○ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ○ มีการสนับสนุนด้านบิหารจัดการ ○ มีบทบาทและความรับผิดชอบชัดเจน ○ มีส่วนร่วมของหุ้นส่วนแบบ	**ชุมชนเสาไห้ร่วมใจ-ศูนย์สุขภาพชุมชนเสาไห้** ภาพของการเป็นหุ้นส่วนบริการ เกิดจากการใช้ทรัพยากรข้อมูล การเปิดเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลและมุมมองอย่างเป็นรูปธรรม เจ้าหน้าที่จากศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเสาไห้ได้ปรับบทบาทในการอยู่ร่วมกัน ฟัง ถาม สังเกต จดบันทึกและเชื่อมโยงมากขึ้น ช่วยกันคิดและใช้ข้อมูลร่วมกัน เสริมพลังกันใน

กระตือรือร้น (Active participation)	การระบุปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การประเมินความก้าวหน้าและผลลัพธ์ในการสร้างสุขภาพชุมชน **ชุมชนบ้านดอนหัน-ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านฝ้าย** เดิมเจ้าหน้าที่มีการทำงานร่วมกันในระดับหนึ่ง หลังจากที่เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะมากขึ้น ได้ปรับบทบาทตัวเอง สร้างความสัมพันธ์แบบคนในเข้าถึงอย่างเข้าใจ ส่งเสริมให้มีเวทีการทำงาน การตัดสินใจของชุมชน จึงเกิดการทำงานแบบหุ้นส่วนบริการโดยใช้ "ศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน" เพื่อสาธิตวิถีการสร้างสุขภาพตามบริบทสังคม ทุนสังคมของชุมชน และมีการทำงานร่วมกับภาคีอื่นๆ โดยมีชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อนภาคี ดังเช่นโครงการสวนสุขภาพชุมชน โครงการโรงเรียนชาวนา เป็นต้น **ชุมชนทุ่งบัวทอง- ศูนย์สุขภาพชุมชนทุ่งโก** ชาวชุมชนจับมือกันพัฒนาชุมชน ดูแลกันโดยใช้ทรัพยากรและสถานที่ร่วมกัน การดึงทรัพยากรมนุษย์มาช่วยกัน จนมีการโยงใยเครือข่ายเกิดเป็นความสำเร็จแบบหุ้นส่วนในชุมชนกันเอง เจ้าหน้าที่จากศูนย์สุขภาพชุมชนลงไปทำงานด้วยความเข้าใจ ความไว้วางใจในบริบทของชุมชน เรียนรู้วิถีชุมชน และสนับสนุนให้ชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจในการขับเคลื่อนการพัฒนาและการสร้างสุขภาพ ตรวจสอบผลลัพธ์ การทำงานในลักษณะเช่นนี้ช่วยทำให้เกิดการเป็นหุ้นส่วนการทำงานที่มุ่งเป้าหมายร่วมกันคือสุขภาพชุมชน ดังเช่นรูปแบบการสร้างสุขภาพคน 3 วัย

โดยสรุปโครงการพัฒนารูปแบบเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชนเป็นโครงการที่ทำให้เกิดรูปแบบการสร้างสุขภาพโดยชุมชนเป็นหุ้นส่วนกับเครือข่ายบริการ จากผลการพัฒนาพบว่าเครือข่ายบริการสุขภาพทั้ง 3 แห่งมีระดับการทำงานเป็นหุ้นส่วนกับชุมชนมากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้เป็นผลจากการที่ชุมชนมีทักษะการคิด การตัดสินใจ มีความเข้มแข็งขึ้น มองเห็นทุนเดิมของชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองก็ได้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติทางบวกต่อชุมชน เชื่อมั่นในในศักยภาพของชุมชนมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ จึงทำให้มีการปรับตัวทั้ง 2 ฝ่ายจนทำให้การทำงานร่วมกันและมีความสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้นตามลำดับ โครงการนี้นอกจากจะทำให้เกิดการสร้างสุขภาพที่ประเทศไทยดำเนินการโดยใช้แนวทางตามประกาศออตาวาแล้ว ยังได้พัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาพตามประกาศกรุงเทพ (Bangkok Charter for Health Promotion) ที่เน้นความสำคัญของปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อการสร้างสุขภาพและสอดคล้องกับนิยามการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

บทที่ 5
การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน เป็นการวิจัยที่ใช้รูปแบบของการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาและรูปแบบเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน โดยการกระตุ้นเสริมพลังอำนาจชุมชนให้มีความเข้มแข็งสามารถบริหารจัดการระบบสุขภาพชุมชนได้ พร้อมกับพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อมุ่งหวังที่จะให้เกิดรูปแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนและหุ้นส่วนเครือข่ายของระบบบริการสุขภาพ และได้สรุปผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

<u>ส่วนที่ 1</u> การศึกษาสถานการณ์การทำงานของเครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับชุมชน ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพื้นที่จริง วิเคราะห์จากเอกสารและสนทนากลุ่มในกลุ่มเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการจากชุมชน (Focus group) จากกลุ่มเป้าหมาย 4 ภาค

จากการศึกษาสถานการณ์การทำงานของเครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับชุมชนโดยมีกระบวนการศึกษาทั้งในโรงพยาบาลแม่ข่าย ศูนย์สุขภาพชุมชนและชุมชนในพื้นที่เขตความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพดังกล่าว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลในโครงการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน โดย ดร.ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ พบว่า จากจำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านตามเกณฑ์คุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(พรพ.) จำนวน 24 แห่ง มีจำนวน 10 แห่งที่มีภาพรวมที่ดีในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและการทำงานชุมชน โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีวิสัยทัศน์เป็นไปด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีการปรับพันธกิจและเป้าหมายให้สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ได้เริ่มมองเห็นความจำเป็นที่จะต้องจัดโครงสร้างให้เกิดการเชื่อมต่อกันทั้งเครือข่าย สำหรับในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีจุดเชื่อมต่อส่วนใหญ่อยู่ในฝ่ายเวชกรรมสังคม ส่วนโรงพยาบาลขนาดเล็กอยู่ที่งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนหรือศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีเทคนิคการเชื่อมต่อคล้ายคลึงกัน คือการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อย่างไรก็ตามโครงสร้างที่สร้างขึ้นไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจาก

1. ด้านตัวชี้วัดความสำเร็จยังใช้ตัวชี้วัด ด้านการเกิดโรค และประสิทธิผลการรักษา
2. ด้านทีมงาน ศักยภาพทีมงานในการเชื่อมต่อกับชุมชน ในการขับเคลื่อนชุมชมยังมีขีดจำกัด โดยเฉพาะประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูลชุมชน (เครื่องมือ 7 ชิ้น) และเทคนิคการขับเคลื่อนชุมชนด้วยทุนทางสังคม การขับเคลื่อนชุมชน จากศักยภาพที่ชุมชนมีหรือเป็น การเริ่มต้นพัฒนาจากมุมในชุมชน เช่น แผนชุมชน เจ้าหน้าที่ที่ทำงานชุมชนยังใช้กรอบการทำงานแบบตนเองเป็นผู้เชี่ยวชาญ ทำงานแบบคนนอกชุมชนลงไปจัดกระทำชุมชนราวกับว่าชุมชน

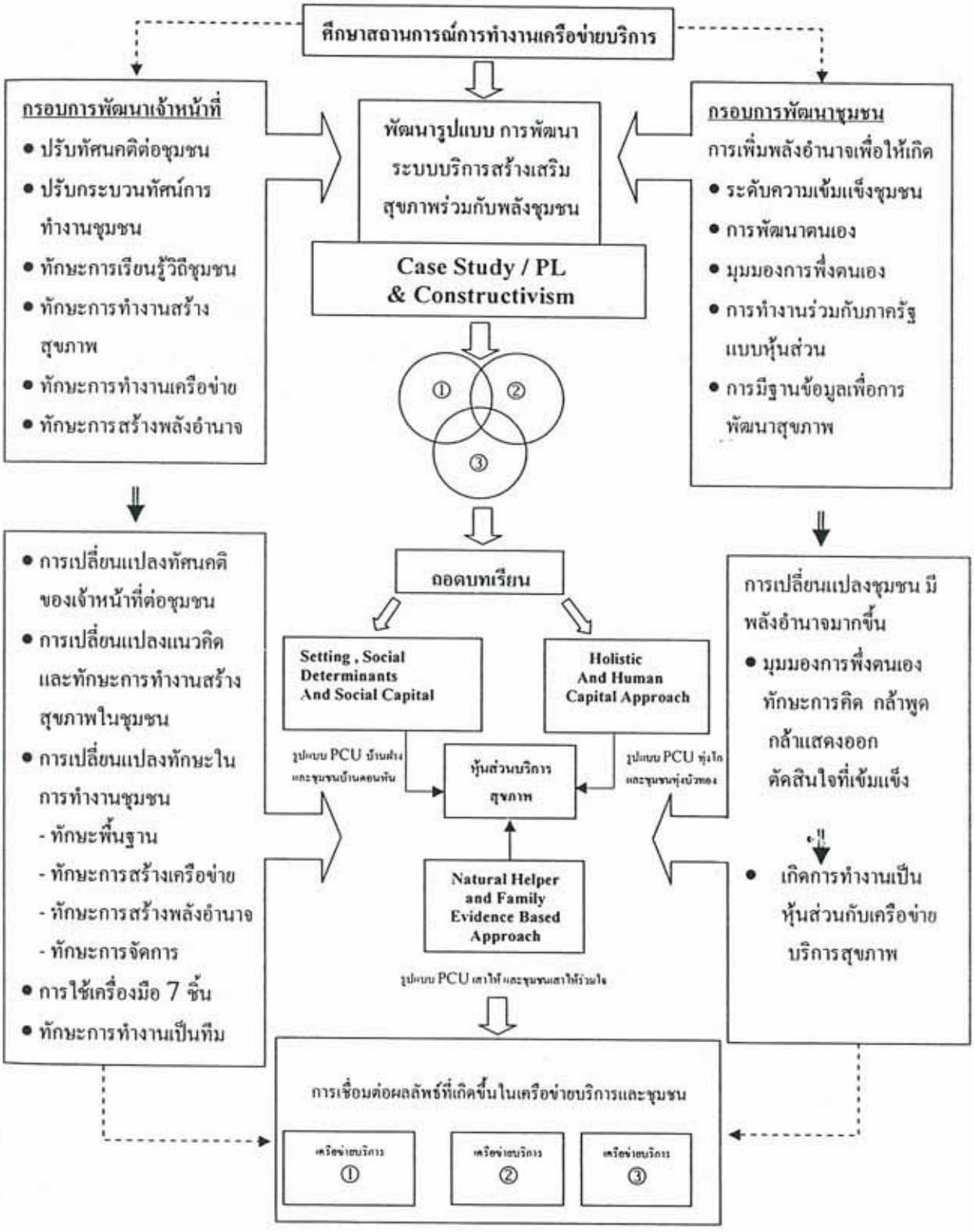
อ่อนด้อยในศักยภาพ และขาดแคลนซึ่งทรัพยากรและความรู้ เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจในบริบททางสังคมที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพ พฤติกรม และวิถีชีวิต ไม่สามารถนำข้อมูลที่จัดเก็บด้วยเครื่องมือการทำงานชุมชนที่กระทรวงกำหนดขึ้นให้เกิดประโยชน์สูงสุด ไม่สามารถทำงานชุมชนในเชิงการขับเคลื่อนเป็นภาคีหุ้นส่วน หรือการสร้างสุขภาพร่วมกันตามวิถีชุมชนได้ ยังขาดทักษะสำคัญในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การเอื้ออำนวย (Facilitate) การสร้างการมีส่วนร่วม (Participatory Learning) การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) การสนับสนุน (Enable) และต่อรองเชื่อมประสาน (Mediate) การใช้กระบวนการค้นหาและจัดทำแผนที่ทางสังคม (social capital and resource map) การวางแผนการขับเคลื่อน (Community Mobilization) และจัดทำแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome mapping) เพื่อดูผลเชิงกระบวนการและผลลัพธ์สุดท้าย คือภาวะสุขภาพ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นโอกาสของการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืนตามนิยามคำว่าการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลกได้

และเมื่อนำข้อมูลการทำงานร่วมกับชุมชนมาพิจารณาเปรียบเทียบ พบว่า ชุมชนที่โรงพยาบาลและเครือข่ายบริการในโครงการทำงานร่วมด้วยในขณะนี้ มีความแตกต่างในศักยภาพอย่างเห็นได้ชัด ในเรื่องระดับความ สามารถหรือความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาตนเองของชุมชน มุมมองในการพึ่งพาตนเองและการทำงานร่วมกับภาคี การยอมรับ ระบบบริการสาธารณสุข วัฒนธรรมของการเป็นผู้เชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ชุมชนยังไม่เริ่มการทำงานแบบหุ้นส่วนที่แท้จริง ดังเช่นการทำงานร่วมกับภาคีอื่นๆ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะมีการพัฒนาทั้งในส่วนของชุมชนและโรงพยาบาล ในส่วนของชุมชนน่าจะมีการส่งเสริมพัฒนาการใช้ฐานข้อมูลชุมชนเพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาพและปรับวิถีชีวิตของชุมชน และในส่วนของโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน จำเป็นต้องปรับทักษะการทำงานชุมชน ตั้งแต่การใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น การค้นหาศักยภาพของชุมชน เพื่อใช้ในการขับเคลื่อน และการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนให้ถึงระดับการเป็นหุ้นส่วนที่แท้จริงและยั่งยืน

<u>ส่วนที่ 2</u> การพัฒนารูปแบบเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน

เมื่อนำผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนที่ 1 ของโครงการทำให้เห็นโอกาสพัฒนารูปแบบที่มีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยมีหลักการพัฒนาโครงการในส่วนที่ 2 ซึ่งจะใช้ชุมชนเป็นตัวตั้งตน เป็นศูนย์กลางการพัฒนาบนความแตกต่างกันตามบริบท ต่อเติมจากทุนเดิมที่ชุมชนมีหรือเป็น และเชื่อมั่นในศักยภาพความสามารถของคนในการเรียนรู้เพื่อเป้าหมายเดียวกันคือ สุขภาวะ ผลลัพธ์หรือบทเรียนที่เกิดจากวิถีคิดของชุมชนจะนำมาใช้กระตุ้นการเรียนรู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 แห่ง

ภาพรวมในการพัฒนารูปแบบเครือข่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน



ผลการดำเนินงาน

จากการพัฒนาศักยภาพ สร้างเสริมพลังอำนาจชุมชนและพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สร้างการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆดังกล่าวข้างต้นในบทที่ 3 ได้ปรับมุมมองหรือแนวคิดในการมองชุมชนจากการมองปัญหา มาเป็นการมองระบบความสัมพันธ์ ความร่วมมือ พลังเครือข่ายและความสามารถของชุมชน เกิดการเรียนรู้ชุมชนที่ทำให้เกิดความชัดเจนของทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน จนทำให้เกิดความร่วมมือ เกิดความสามารถในการทำสิ่งต่างๆแม้แต่เป็นเรื่องสุขภาพ การเจ็บป่วยให้บรรลุเป้าหมายได้ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนและเครือข่ายบริการแบบหุ้นส่วน ในพื้นที่กลุ่มเป้าหมายดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. รูปแบบของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบ้านฝาง และชุมชนบ้านดอนหัน จังหวัดขอนแก่น
2. รูปแบบของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเสาไห้ และชุมชนบ้านเสาไห้ร่วมใจ จังหวัดสระบุรี
3. รูปแบบของเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนทุ่งโกและชุมชนบ้านทุ่งบัวทอง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

รูปแบบเครือข่ายระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับพลังชุมชน

เครือข่ายบริการสุขภาพและชุมชน	การเปลี่ยนแปลงและเกิดรูปแบบการทำงานในปัจจุบัน
2.1 เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเสาไห้และชุมชนบ้านเสาไห้ร่วมใจ จังหวัดสระบุรี **เกิดรูปแบบการเป็นหุ้นส่วนบริการด้วยจิตอาสาและฐานข้อมูลครอบครัว** (Natural Helper and Family Evidence Based approach) รูปแบบการสร้างสุขภาพที่ผ่านมา ได้มีการใช้ทุนมนุษย์ที่มีอยู่ในชุมชนมาขับเคลื่อนให้เกิดโครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและระยะท้ายของโครงการ ชุมชนได้เกิดการตัดสินใจที่จะพัฒนาการทำงานชุมชนสร้างสุขภาพโดยใช้ " การจัดการ" ด้วย**ข้อมูลเพื่อช่วยให้เห็นภาพความสำเร็จที่ชัดเจนขึ้น** ทั้งในเรื่องการสร้างสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลกันเองในชุมชน ซึ่งตรงตามหลักการของการทำงานสร้างสุขภาพ ดังตัวอย่างโครงการ 1. โครงการสุขภาพสร้างได้ด้วยแฟ้มประจำครอบครัว 2. โครงการพฤติกรรมสุขภาพดีชีวีมีสุข 3. โครงการหน้าบ้านน่ามอง	การทำงานของกลุ่มงานภาพเดิมค่อนข้างชัดเจนว่า ทำแผนการจัดตั้ง ไม่ใช่การขับเคลื่อน ไม่มีการใช้ข้อมูลบริบททางสังคมมาพิจารณาในการดำเนินงาน แต่ใช้นโยบายมาเป็นจุดเริ่มต้น ซึ่งเป็นการทำงานเพื่อตอบสนองนโยบาย และทำงานแบบคนนอก ขาดการสร้างสัมพันธ์ หรือเรียนรู้แนวคิด วิถีชุมชนแบบคนในชุมชน ดังนั้นระดับการมีส่วนร่วมจึงเป็นในระดับต่ำถึงต่ำมาก ปัจจุบันเจ้าหน้าที่มีการปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อชุมชน และเริ่มชัดเจนเรื่องระดับการมีส่วนร่วม เจ้าหน้าที่มีทักษะการสร้างการการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้มากขึ้น ดังนั้นขั้นตอนการทำงานร่วมกับชุมชนจึงเปลี่ยนไป นอกจากนี้เนื่องจากชุมชนมีความเข้มแข็ง มีจิตอาสาสูง ชุมชนจึงถอดบทเรียนจากความสำเร็จในกลุ่มออกกำลังกาย รักษ์สุขภาพ มาทำเป็น**ระบบข้อมูลสุขภาพ** ระดับครอบครัว และมีแผนการใช้ข้อมูลครอบครัวมาให้ทีมงานของชุมชนเองจัดระบบการดูแลแบบองค์รวม ด้วยกำลังคนและกำลังทรัพยากรของชุมชนเอง อันจะนำไปสู่การวางแผนชุมชนพึ่งตนเอง ข้อมูลครอบครัวจะใช้เป็นเครื่องมือในการสานต่อกับภาครัฐ ภาคท้องถิ่นต่อไป บทเรียนที่สำคัญของชุมชนอีกเรื่องหนึ่ง คือเรื่องสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการเป็นชุมชนเขตเมือง ดังนั้นการดูแลสิ่งแวดล้อมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ชุมชนจะดำเนินการต่อ โดยภาพรวมชุมชนนี้มีความเข้มแข็ง และเชื่อมต่อกับระบบเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างเป็น **หุ้นส่วน** ด้วยการใช้ข้อมูลของชุมชนเอง เครือข่ายบริการสุขภาพ

-	นอกจากจะได้ประโยชน์ในการที่ชุมชนสามารถดูแลตนเอ ได้แล้ว ยังยังสามารถใช้ชุมชนแห่งนี้เป็นต้นแบบในก กระตุ้นให้ชุมชนข้างเคียงได้เกิดการเรียนรู้ และจัดระบบ การสร้างสุขภาพของชุมชนได้ต่อไป
2.2 เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบ้านฝางและชุมชนบ้านดอนหัน จังหวัดขอนแก่น เกิดรูปแบบการเป็นหุ้นส่วนบริการด้วยหนองน้ำสร้างสุขภาพและโรงเรียนชาวนา (Setting, Social determinants and Social capital Approach) *" โรงเรียนชาวนามิ ได้สร้างแต่เพียงชาวนา แต่สร้างเด็กไทย ลูกหลานชาวนาแห่งชุมชน บ้านดอนหันให้เป็นคนคุณภาพ รักบ้านเกิด รักและเข้าใจวิถีชีวิตชาวนา รู้คุณค่าชาวนาไทย วัฒนธรรมจะอนุรักษ์สืบไปรุ่นต่อรุ่น เพื่อ ความสุขของครอบครัว ชุมชน พร้อมได้ปลูก จิตสำนึกรักที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น "*	ชุมชนมีการเรียนรู้ที่เพิ่มมากขึ้นในการเชื่อมโยงวิถีชุมชนเข้าสู่ประเด็นสุขภาพ และเรื่องของการใช้ประโยชน์ทุนทรัพยากรของชุมชนสู่วิถีการสร้างสุขภาพ และอนุรักษ์วิถีชุมชน ชุมชนได้มีการลงมติที่จะใช้หนองน้ำและที่สาธารณะประโยชน์มาเป็นศูนย์รวมจิตใจ และใช้ประสบการณ์จากกลุ่มผักปลอดสารพิษ มาเป็นเครื่องมือสร้างสุขภาพ โดยมีคำขวัญที่สื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในชุมชนที่ชุมชนคิดเองคือ"อย่าวางยาพิษกันเองเถอะ" หรือ"เราไม่วางยาพิษท่านหรอก" ชุมชนมีการเรียนรู้และมีทักษะในการต่อรอง จัดการสิ่งแวดล้อมของชุมชน โดยให้ทุกครัวเรือนมาร่วมกันจัดหนองน้ำปรับพื้นที่จัดทำถนน จัดทำระบบน้ำไหล โดยใช้การสูบน้ำด้วยจักรยานขาปั่น และมีการปลูกผักรอบหนองน้ำ เพื่อสร้างความสุขในครอบครัว เพื่อนบ้าน และยังใช้บริโภคได้ต่อไป เนื่องจากชุมชนมีวิถีเกษตร เป็นเครื่องมือในการสร้างชีวิต ชุมชนจึงให้ความสำคัญต่อการอนุรักษ์วิถีชาวนาโดยการปรับพื้นที่เกษตรที่กลุ่มผักปลอดสารพิษใช้อยู่เดิมให้เป็นโรงเรียนชาวนานำมาพัฒนาให้เกิดการรักท้องถิ่น รักวิถีชีวิตชาวนา และรักที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้อื่นด้วย ผลจาก การพัฒนาการของชุมชนข้างต้น ผนวกกับทักษะเพิ่มขึ้นในการทำงานชุมชนของทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและโรงพยาบาลบ้านฝางเอง ทำให้เกิดทำงาน **แบบเป็นหุ้นส่วน** การใช้ทักษะการสนับสนุน การเรียนรู้ การเรียนเรียนรู้ การสร้างการมีส่วนร่วมมาเป็นข้อตกลง

	ในการอยู่ร่วมกัน ชาวบ้านเชื่อมั่นในการดูแลสร้างสุขภาพ ตรวจสอบสมรรถภาพทางกาย และภาวะสุขภาพได้เอง เครือข่ายบริการจะได้รับแจ้งจากชุมชน เมื่อชุมชนต้องการสนับสนุน แผนในชุมชนกลายเป็นแผนการให้บริการของโรงพยาบาล การใช้ทรัพยากรมนุษย์ในชุมชนขยายวงจากการใช้ อสม. แต่เพียงกลุ่มเดียวกลายมาเป็นการทำงานร่วมกับทุกกลุ่มของชุมชนเน้นการทำงานที่เป็นหุ้นส่วนกับทุกภาคส่วนของชุมชนตอกย้ำหลักการเสมอภาค และเท่าเทียมให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น
2.3 เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านทุ่งโก และชุมชนบ้านทุ่งบัวทอง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เกิด <u>รูปแบบการเป็นหุ้นส่วนบริการแบบองค์รวมเชื่อมโยงโดยคนสามวัย</u> (Holistics and Human Capital approach) ***" เมื่อลูกหลานมาตีกลอง พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ก็จะมาดู ชื่นชมและมีความสุขที่ได้เห็นพวกเขาทำได้ แทนที่จะไปวิ่งเล่น มั่วสุม รู้สึกสบายใจเวลาไปทำงาน ผู้สูงอายุจับกลุ่มสนทนาธรรมะและ เรื่องทั่วไป ถามความเก่า คลายเหงาได้ เมื่อเขาถึงวัยอันควร เขาจะคิดได้ดูแลตนเองได้ไม่ทำความเดือดร้อนให้ใคร อยู่ที่ไหนก็อยู่ก็ได้ หมออนามัยเข้ามาร่วมกับเรา ดูแลสุขภาพอนามัยร่วมกันในทุกกลุ่มวัยตรงนี้ได้เลย " แกนนำชุมชนกล่าวไว้***	ปัจจุบันชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเรียนรู้ในโครงการนี้ จนทำให้เกิดแนวคิดการสร้างสุขภาพ 3 วัยคือ คนแก่ คนทำงานและเด็กในกลุ่มอาชีพ เช่น การทำดอกไม้ การทำปุ๋ยหมัก กลุ่มกลองยาว กลุ่มสมุนไพร มีการแบ่งพื้นที่สาธารณะประโยชน์ของชุมชนให้เป็นสถานรวมใจและเป็นที่ออกกำลังกาย เป็นศูนย์การเรียนรู้ มีการจัดการขยะ และสิ่งแวดล้อมให้ชุมชนดูสะอาดขึ้น ชุมชนได้จัดทำกฎกติกาในการอยู่ร่วมกันอย่างเป็นมิตร และสามารถสร้างการมีส่วนร่วมได้มากขึ้น นอกจากนี้ชุมชนยังสามารถจัดระบบการเรียนรู้ให้กับกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มเด็กที่ทำกิจกรรมเลี้ยงกบ เลี้ยงปลา และสมุนไพร ให้เกิดเป็นการใช้ประโยชน์เพื่อการมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่จากศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างใกล้ชิด มีการรับฟัง ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และมีบทบาทในการสนับสนุน ประสานงานมากขึ้น โดยมีชาวบ้านเป็นศูนย์กลาง มีการประสานกับเครือข่ายโดยใช้ข้อมูลชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง หรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ชุมชนเริ่มมีส่วนในการปรับข้อมูลชุมชนมาใช้ประโยชน์ในการทำงานร่วมกัน ชุมชน

-	เริ่มมองเชื่อมโยงอาชีพกับสุขภาพ และตัวชี้วัดสุขภาพ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล เริ่มนำข้อมูลแผนที่เดินดิน มาใช้ประโยชน์ในการค้นหา คัดกรอง และปรับเปลี่ยน พฤติกรรมผู้ป่วย ผู้มีสุขภาพดี หรือกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเริ่มมองเห็นว่า หากชุมชนมีระบบ การอยู่ร่วมกันอย่างมีส่วนร่วม และคำนึงถึงสุขภาพเช่นนี้ การทำงานทั้งรักษา ส่งเสริม ฟื้นฟู และป้องกัน จะสำเร็จ ง่ายขึ้นระยะต่อไปคือ การจัดทำข้อมูลสุขภาพชุมชน ซึ่งจะช่วยให้การเชื่อมต่อระหว่างชุมชนเครือข่ายบริการ สุขภาพทำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การอภิปรายผล

จากข้อมูลผลการวิจัยทั้ง 2 ส่วนจะเห็นได้ว่าการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกิดจากการเรียนรู้ในโครงการนี้และการพัฒนาศักยภาพชุมชนไปสู่ความเข้มแข็ง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานร่วมกับชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีความเป็นแบบหุ้นส่วนหรือการสร้างสุขภาพร่วมกันตามบริบท วิถีชีวิตชุมชน ดังกลุ่มเป้าหมายที่1 เกิดรูปแบบการเป็นหุ้นส่วนบริการด้วยจิตอาสาและฐานข้อมูลครอบครัว (Natural Helper and Family Evidence Based approach) กลุ่มเป้าหมายที่ 2 เกิด รูปแบบการเป็นหุ้นส่วนบริการด้วยหนองน้ำสร้างสุขภาพและโรงเรียนชาวนา (Setting, Social determinants and Social capital Approach)และกลุ่มเป้าหมายที่ 3 เกิดรูปแบบการเป็นหุ้นส่วนบริการแบบองค์รวมเชื่อมโยงโดยคนสามวัย (Holistics and Human Capital approach) ซึ่งมีความแตกต่างกันตามทุนทางสังคมเดิมและบริบทของชุมชนนั้นๆ เป็นการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้าน

1. การปรับกระบวนทัศน์ในการทำงานชุมชนจากเดิม สู่การใช้ทุนทางสังคมในการขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Planned Change)

2. การปรับบทบาทในการทำงานร่วมกับชุมชน และภาคีอื่น ๆ ด้วยการใช้ฐานข้อมูล และข้อตกลงที่เกี่ยวข้องกับชุมชนเป็นสำคัญ หรือ มากกว่านโยบายเป็นสำคัญ

3. ทักษะการทำงานชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพ

จากผลการวิจัยดังกล่าว ตั้งเป็นข้อสังเกตได้ว่าถ้ากระทรวงสาธารณสุขผลิตบุคลากรให้มีความพร้อม มีขีดความสามารถเชิงสมรรถนะ (Competency) ในการทำงานชุมชนแบบขับเคลื่อนชุมชน เป็นหุ้นส่วนที่แท้จริง ไม่ครอบงำชุมชน สร้างเสริมพลังอำนาจชุมชน (Empowerment) ให้เข้มแข็ง ก็จะส่งผลต่อการสร้างสุขภาวะของชุมชน เกิดการเชื่อมโยง ขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเองและหุ้นส่วนเครือข่ายระบบบริการสุขภาพทั้งของโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งตรงกับเป้าหมายหลักที่สำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - 2554) คือ การสร้างระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง และมีความสอดคล้องกับคำกล่าวของศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี ในการประชุมวิชาการ Primary Care ระดับประเทศ ครั้งที่ 2 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา ซึ่งได้เสนอ 7 กลยุทธ์ ระบบสุขภาพชุมชนเยียวยาสังคม " 100 กว่าปีที่ผ่านมาระบบสาธารณสุขไทยยังล้มเหลวเพราะมัวแต่พัฒนาต่อยอด จนทำให้ละเลยชุมชนที่เป็นฐานรากสำคัญ ฐานของระบบสุขภาพที่แท้จริงคือชุมชนที่แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ " ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ในการเปิดพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหาและร่วมกำหนดนโยบายกับองค์กรภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพโดยรวม รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากเวทีสานเสวนาผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนั้นโครงการนี้จึงขอให้ข้อเสนอแนะเชิงขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ที่สำคัญดังต่อไปนี้

1.การผลิตบุคลากรสำหรับการทำงานชุมชน ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อความยั่งยืนในการสร้างสุขภาพและเกิดทำงานร่วมกันแบบพหุภาคีโดยมีชุมชนเป็นแกนหลักและมีความเป็นเจ้าของ จึงควรเร่งทบทวนกระบวนการผลิตบุคลากรสาธารณสุขทุกประเภทที่มีส่วนร่วมในการทำงานชุมชน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติงานด่านหน้าใกล้ชิดกับชาวบ้าน ณ สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนโดยเร็วที่สุด โดยต้องระบุประเด็นสำคัญ ที่ต้องสร้างการเรียนรู้ในการทำงานชุมชน

2.พัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานชุมชนในปัจจุบันทุกแห่ง ควรเร่งสร้างการเรียนรู้ให้กับบุคลากรสาธารณสุขทั้งเครือข่ายบริการ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด่านหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นสถานบริการที่เน้นใกล้บ้าน ใกล้ใจ มีความใกล้ชิดกับชุมชน ให้ปรับเปลี่ยนบทบาทจากเดิมที่เป็นผู้กระทำ ไปเป็นผู้ที่หนุนเสริมสนับสนุนชุมชนในเขตรับผิดชอบที่จะก้าวไปสู่ความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน แบบภาคีหุ้นส่วนที่แท้จริง โดยต้องระบุประเด็นสำคัญที่ต้องสร้างการเรียนรู้ในการทำงานชุมชน อาจจะเริ่มจากการมีเครือข่ายบริการต้นแบบประจำภูมิภาคเป็นศูนย์การเรียนรู้ ทำหน้าที่สร้างการเรียนรู้ประจำเครือข่ายนั้นๆและมีการเชื่อมโยงกับส่วนกลาง กระตุ้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ต่อยอดการพัฒนา หมุนเกลียวความรู้ให้เกิดพลังอำนาจ ซึ่งแกนกลางในการบริหารจัดการควรเป็นกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

โดยเฉพาะเครือข่ายบริการและชุมชนใน 3 แห่งที่อยู่ในโครงการนี้ สามารถเป็นต้นแบบการสร้างสุขภาพโดยชุมชนด้วยคุณลักษณะที่แตกต่างกัน สมควรพัฒนาต่อยอดให้ก้าวไปสู่ความเป็นหุ้นส่วนจากการทำงานร่วมกัน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่สามารถระบุถึงการติดตามผลลัพธ์ที่เป็นตัวชี้วัดของชุมชนสร้างสุขภาพที่ชุมชนสามารถติดตามตรวจสอบได้เอง

3. ควรสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP Board) เนื่องจากแม่ข่ายมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายไปสู่ทีมลูกข่าย และการสร้างเป้าหมายร่วมกันทั้งเครือข่ายบริการ ทั้งโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย ระบุแผนกลยุทธ์ที่ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ชุมชนเข็มแข็งสามารถบริหารจัดการสุขภาพของชุมชนได้ในเบื้องต้น รวมทั้งการจัดทำแผนงบประมาณประจำปีและติดตามผลการดำเนินงานในแต่ละไตรมาสให้สอดคล้องกับกลยุทธ์ดังกล่าว นอกจากนี้ผู้บริหารเครือข่าย ควรมีความเข้าใจในการทำงานชุมชน เพื่อเป็นที่ปรึกษาให้กำลังใจ สนับสนุน อำนวยความสะดวกและประสานเชื่อมโยง สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ขยายผลสู่ทีมงานเพื่อเสริมพลังในการร่วมสร้างสุขภาพชุมชนอย่างเป็นระบบ

4.เกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพ ทั้งระดับโรงพยาบาลและระดับศูนย์สุขภาพชุมชน ควรทบทวนเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้ในการรับรองให้มีความชัดเจนทั้งประเด็นการทำงานชุมชนแบบสร้างเสริมพลังอำนาจและการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ต้องสร้างความเข้าใจที่ตรงกันว่าการสร้างสุขภาพนั้นต้องทำโดยและทำด้วยกันกับประชาชน ในลำดับขั้นของการพัฒนาที่ต้องใช้ระดับการมีส่วนร่วมที่สูง รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมทั้งเครือข่าย ทั้งใน นอกโรงพยาบาลและชุมชน การทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้มุ่งเน้นที่ชุมชนเข้มแข็งเป็นเป้าหมายแรก สร้างการเรียนรู้ พัฒนาต่อยอดเสริมพลังอำนาจเชื่อมโยงไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ

5. ระบบการตรวจราชการ นิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุข ควรพิจารณาประเด็นการควบคุมกำกับ การติดตามประเมินผลงานของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP Board) ในเชิงการขับเคลื่อนทางสังคม (Social Planned Change)ไปสู่การมีสุขภาพดี ซึ่งจะเป็นการเชื่อมโยงนโยบายจากส่วนกลางและปัญหาในพื้นที่ ให้เป็นเรื่องเดียวกัน ควรต้องมีการศึกษาเชิงลึกในวิธีการรายละเอียดต่อไป

บรรณานุกรม

กาญจนา แก้วเทพ. (2538). **เครื่องมือการทำงานแนววัฒนธรรมชุมชน.** สภาคาทอลิคแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา.

กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. (2549) . **ระบบมาตรฐานชุมชน(มชช.)** เครื่องมือสร้างการเรียนรู้และพัฒนาสู่การแก้จนได้จริงหรือ (เอกสารเผยแพร่บนอินเตอร์เนต).

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.(2550). **วิถีชุมชน คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผลและสนุก.**จัดพิมพ์โดยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

ชัชวาลย์ ทองดีเลิศและคณะ. (2549). **การวิเคราะห์และประเมินชุมชนในสถานการณ์โลกาภิวัตน์.**จัดพิมพ์โดยสถาบันส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน.

ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์.(2544) . **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ.**

ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์และคณะ.(2548). **การพัฒนาพลังเครือข่ายยุติธรรมชุมชน.** บริษัทพิมพ์ดีการพิมพ์ : กรุงเทพฯ.

ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์.(2543). **กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม.** ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ.(2546). **กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา.** กรุงเทพมหานคร : อุษาการพิมพ์.

ประเวศ วะสี. "**เสนอ 7 กลยุทธ์ระบบสุขภาพชุมชนเยียวยาสังคม**" ในเก็บตก ผลึกอุดมการณ์จากการประชุมวิชาการ Primary Care ระดับประเทศครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 22-23 กุมภาพันธ์ 2550 ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา. หน้า 1-5

ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล.**การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติที่เป็นเลิศของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน.** กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.(2550). **พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชชาติ.** พิมพ์ครั้งที่ 1.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข . (2550). **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ.** ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550 – 2554.

สถาบันพระปกเกล้า.(2545).**โครงการขยายผลเพื่อนำตัวชี้วัดการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีระดับองค์กรไปสู่การปฏิบัติ.**

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ.(2545). **รูปแบบการดำเนินงานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 1 : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.(2545) . **การเรียนรู้เรื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ.**

อุทัยวรรณ กาญจนกามล . " **การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก.**" ในเชียงใหม่ทันตแพทยสาร 19 (ฉบับพิเศษ) , 2547. หน้า 6 -10

อเนก นาคะบุตร.(2541).ใน **ชุมชนเข้มแข็ง: ทุนทางทางสังคมของไทย**(หน้า 7) หนังสือชุดชุมชนเข้มแข็งลำดับที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม.

ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม.(2541). ใน **ชุมชนเข้มแข็ง: ทุนทางทางสังคมของไทย**(หน้า 8) หนังสือชุดชุมชนเข้มแข็งลำดับที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม.

World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in Globalized World. 2005 www.who.int/healthpromotion/conferences.