



R2R

สานสู่ การเรียนรู้

ในงานประจำ





สานสุข
การเรียนรู้

ในงานประจำ





สานสุขการเรียนรู้ในงานประจำ



ISBN	978-974-11-1509-9
พิมพ์ครั้งที่ 1	มีถุยายน 2554 จำนวน 2,000 เล่ม
ที่ปรึกษา	ศ. นพ.วิจารณ์ พานิช นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
บรรณาธิการ	รศ. นพ.เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ นพ.อัศวินทร์ นิยมมานิตย์ นพ.กุลธร เทพมงคล
กองบรรณาธิการ	ลดาทิพย์ สุวรรณ สรินยา งามทิพย์วัฒนา รวีวรรณ กิตติพลวงษ์วนิช
ประสานงาน	รวีวรรณ กิตติพลวงษ์วนิช สุฤดี โกศัยเนตร ณัฐกฤตา เกลี้ยงสิน

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

R2R สานสุขการเรียนรู้ในงานประจำ.-- กรุงเทพฯ : ยูเนียน ครีเอชั่น, 2554. 196 หน้า.

1. วิจัย. 2. สาธารณสุข - วิจัย. I. ชื่อเรื่อง.

610.72

จัดทำโดย โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 2 ถนนพราหมณ์ แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0-2419-9425-6 โทรสาร 0-2418-3296
www.si.mahidol.ac.th/r2r

สนับสนุนการพิมพ์โดย แผนงานพัฒนาเครือข่ายวิจัยในรูปแบบงานวิจัยจากงานประจำ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ 88/39 กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์: 0-2832-9200 โทรสาร: 0-2832-9201-2
<http://r2r.hsri.or.th>

จัดรูปเล่มและพิมพ์ที่ บริษัท ยูเนียน ครีเอชั่น จำกัด
240/37 ถนนเจริญสุขุมวิท แขวงบ้านช่างหล่อ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 0-2866-3002-3 0-2848-9704-5
e-mail: union.creation@gmail.com

ราคา 275 บาท



คำนิยาม

หนังสือ “R2R สถานสุขการเรียนรู้ในงานประจำ” จัดทำเพื่อใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนขบวนการและเครือข่าย R2R ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ตรงของผู้ที่ได้สัมผัสกิจกรรม R2R จากหลากหลายบทบาทหลากหลายมิติ

การทำความเข้าใจ R2R หรืออธิบาย R2R ไม่สามารถทำได้โดยการกำหนดนิยามสั้นๆ เพราะ R2R เป็นกิจกรรมที่มีความซับซ้อนสูงมาก ภาพที่เห็นจากต่างมุมหรือต่างบทบาทอาจเป็นคนละภาพ และที่จริง ความพยายามทำความเข้าใจ R2R “เพื่อรู้” ไม่มีความหมาย หรือ ไม่มีความสำคัญ เราต้องการทำความเข้าใจ R2R เพื่อลงมือทำ เพื่อให้รู้ว่าวิธีเริ่ม “เข้ามวย” R2R ได้อย่างไรบ้าง วิธีที่เหมาะสมต่อสภาพหรือบริบทการทำงานของเราเองเป็นอย่างไร แล้วจึงลงมือทำเพื่อจะเรียนรู้ R2R

ดังนั้น การทำความเข้าใจ R2R จึงต้องทำผ่านผู้ที่ลงมือทำหรือมีประสบการณ์ตรง ดังที่นำเสนอในหนังสือเล่มนี้ จะเห็นว่าผู้ที่มีประสบการณ์ของความสำเร็จจะมีความภาคภูมิใจสูงมาก เนื่องจากความสำเร็จนั้นมาจากความกล้าลองทำสิ่งที่ตนไม่คุ้นเคย ไม่เคยคิดว่าจะทำได้มาก่อน และตอนเริ่มทำก็ไม่มี ความมั่นใจในผลสำเร็จ แต่เมื่อกล้าเริ่ม อดทนฟันฝ่า ปรับปรุงเปลี่ยนแปลง โดยอาจต้องหาความรู้เพิ่มเติม หรือได้รับคำชี้แนะจากพี่เลี้ยง ในอีกหลายขั้นตอน จนในที่สุดบรรลุผลสำเร็จ ปิติสุขจะเกิด ยิ่งเป็นผลงานที่สร้างคุณค่าแก่ผู้ใช้บริการและญาติ ทำให้บริการมีคุณภาพสูงขึ้น ผู้ใช้บริการแสดงความชื่นชมผลงาน ยิ่งให้มีความสุขความภาคภูมิใจ

เรื่องราวของเจ้าของผลงานวิจัย R2R ในหนังสือเล่มนี้แต่ละเรื่องจึงมีความจำเพาะ อ่านแล้วสนุก ได้ข้อคิดแตกต่างกันออกไป มีเคล็ดลับหรือปัจจัยความสำเร็จที่แตกต่างกัน



ที่จริงชื่อ R2R (Routine to Research: งานวิจัยจากงานประจำ) นั้น เป้าหมายหลักไม่ใช่ผลงานวิจัย แต่เป็นการพัฒนาคนหน่วยงาน หรือคนที่ทำงานประจำให้เป็น “**ผู้ทำงานด้วยความรู้**” (Knowledge Worker) โดยการเปลี่ยนงานประจำของตนเองให้เป็น “**งานพัฒนา**” และเมื่อการทำงานพัฒนานั้นมีการตั้งเจตยอย่างชัดเจน มีการเก็บข้อมูลอย่างมีแบบแผน และนำมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ สังเคราะห์ได้เป็นความรู้ใหม่ขึ้นเล็กๆ งานพัฒนานั้นก็กลายเป็นงานวิจัย ผู้ทำงานประจำก็ได้ผลงานวิจัย แต่ที่มีคุณค่ายิ่งกว่างานวิจัยคือผลที่ตกอยู่แก่ผู้ใช้บริการ จากการที่งานประจำนั้นๆ ได้รับการปรับปรุงให้มีคุณภาพสูงขึ้น นั่นคืองาน R2R มีผลต่อการพัฒนางานประจำ

เมื่อมีการพัฒนางานประจำตามแนวทาง R2R ก็หมายความว่าหน่วยงานเกิดการพัฒนา R2R จึงเป็นทั้งเครื่องมือพัฒนางาน และพัฒนาหน่วยงานไปพร้อมๆ กัน หน่วยงานที่มีการทำ R2R กันอย่างคึกคักกว้างขวาง จึงมีบรรยากาศแตกต่างจากหน่วยงานทั่วไปคือ มีความคึกคัก มีความสุข และมีบรรยากาศของการเปลี่ยนแปลง โดยที่สมาชิกของหน่วยงานไม่กลัวการเปลี่ยนแปลง แต่กลับทำตัวเป็นผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงเสียเอง เป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลงเล็กๆ ณ จุดหน้างานของแต่ละคน แต่ละกลุ่ม หรือแต่ละทีมงาน โดยมีทีมจัดการหรือประสานงาน R2R ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกและส่งเสริมให้เดินไปตามแนวทางที่เป็นเป้าหมายใหญ่ขององค์กร โดยมุ่งที่ประโยชน์ของผู้ใช้บริการเป็นเป้าหมายหลัก

R2R จึงเป็นเครื่องมือพัฒนาคน พัฒนางาน และพัฒนาองค์กรสุดยอดของ R2R คือ เป็นเครื่องมือพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรให้เป็นองค์กรที่มีพลวัตไม่หยุดนิ่ง มีการริเริ่มสร้างการเปลี่ยนแปลงในทุกระดับ ทุกส่วนขององค์กร อาศัยการสร้างการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นเครื่องมือของการเรียนรู้ และเป็นการเรียนรู้โดยการใช้ความรู้และสร้างความรู้ไปพร้อมๆ กัน เป็นความรู้ที่แนบแน่นอยู่กับงานและอยู่กับคน เมื่อสภาพเช่นนี้ดำเนินไปอย่างกว้างขวาง และอย่างต่อเนื่องยั่งยืน องค์กรก็จะเข้าสู่สภาพของ “**องค์กรเรียนรู้**” (Learning Organization)

จะเห็นว่าการวิจัยเป็นเพียงมิติหนึ่งของ R2R จริงๆ แล้ว R2R มีความซับซ้อนมากจนอธิบายแบบสรุปได้ยากมาก แต่ทำให้เข้าใจได้ง่ายโดยการเล่าเรื่องราวความสำเร็จของผู้เคยผ่านประสบการณ์ตรง ดังปรากฏในหนังสือเล่มนี้ และเมื่ออ่านหนังสือเล่มนี้แล้ว จะเห็นว่าอีกมิติหนึ่งของ R2R คือเครื่องมือที่ทำให้เกิด Happy Workplace

ผลงานวิจัยจาก R2R โดยทั่วไปเป็นผลงานเล็กๆ ณ จุดของผู้ปฏิบัติงานหรือทีมงานเล็กๆ เป็นหลักแต่จะเห็นว่าบางเรื่องราวในหนังสือเล่มนี้เริ่มจากการตั้งคำถามเพื่อพัฒนางานประจำ ณ จุดเล็กๆ แต่เมื่อมีการคิดเป็นระบบเชื่อมโยงไปยังงานอื่น หรือส่วนงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และมีทีมสนับสนุนอำนวยความสะดวกต่อ R2R อย่างเหมาะสม การริเริ่มจากจุดเล็กๆ คนเล็กคนน้อยกลายเป็นผลงานที่ยิ่งใหญ่ ดังกรณีตัวอย่างเรื่อง “**การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัดหัวใจที่ได้รับยา Warfarin**” ของ **คุณดุขฎิ อารยะวงศ์ชัย** แห่งโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

R2R เป็นการเดินทาง (Journey) ที่ไม่มีจุดสิ้นสุด ไม่มีจบ เป็นกิจกรรมที่ทำได้ต่อเนื่อง มีประเด็นหรือเครื่องมือให้หยิบยกมาใช้ เอามาสร้างความรู้ สร้างผลงาน สร้าง CQI (Continuous Quality Improvement) ได้ไม่รู้จบ ดังกรณีของทีม R2R ของศิริราชนำเอา Lean มาผสมกับ R2R เกิดการพัฒนายกระดับวิธีพัฒนางานประจำให้ง่ายขึ้นไปอีก ซึ่งน่าจะเป็นหนังสือเล่มถัดไป

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช

16 มิถุนายน 2554



คำนำ

ในช่วงเวลา 4 ปีที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้มีโอกาสร่วมสนับสนุนการทำงานวิจัยจากงานประจำ (Routine to Research: R2R) โดยการทำงานอย่างใกล้ชิดร่วมกับทีมนักวิชาการของคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ด้วยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เราได้เห็นพัฒนาการของงานอย่างต่อเนื่อง

ความฝันของ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ ผู้จัดการแผนงานวิจัย R2R ที่อยากเห็น “R2R ทั้งแผ่นดิน” ก็เริ่มเป็นจริงอย่างน้อย “แนวคิด R2R” ก็ได้รับความนิยมนำไปแพร่หลายไปทั่วประเทศ ไม่มีใครในวงการสาธารณสุขที่ไม่รู้จัก R2R แต่การผลักดันให้แนวคิดเปลี่ยนเป็น “ปฏิบัติการจริง” เป็นเรื่องยากและท้าทายยิ่งกว่า

และเป็นเป้าหมายที่แผนงานวิจัย R2R ต้องการจะไปให้ถึงยุทธศาสตร์ที่แผนงานวิจัย R2R ใช้คือ การสร้าง Node และ Network ให้เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ เพื่อเป็นทัพหน้า หรือ “หัวเรือใหญ่” ในการสนับสนุน “ชุมชนคนรัก R2R (community of R2R practice)” และแผนงานฯ ก็ได้เริ่มดำเนินการอย่างจริงจังในปีที่ 2 และ 3 จนปัจจุบันเครือข่ายต่างๆ ได้เริ่มก่อตัวขึ้นเป็นรูปเป็นร่าง เป็นการรวมตัวของคนรัก R2R ในพื้นที่อย่างแท้จริง มีการตั้งชื่อเรียกเครือข่ายต่างๆ นานา เพื่อสะท้อนเอกลักษณ์ของพื้นที่นั้นๆ

หนังสือเล่มนี้ นอกจากจะตอกย้ำแนวคิดและยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบสุขภาพผ่านเครื่องมือ R2R ของเหล่า “กุนซื่อ” แล้ว ยังพยายามถ่ายทอด ประสบการณ์ของผู้มีบทบาทสำคัญในการก่อตั้งเครือข่ายในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นบุคคลที่จะมีส่วนทำให้ “ปฏิบัติการ R2R ทั้งแผ่นดิน” เกิดขึ้นได้จริง

ประสบการณ์ของแต่ละท่านได้สะท้อนให้เห็นถึงแรงบันดาลใจและความเข้าใจถึงแก่นแท้ของงาน R2R ที่มีส่วนช่วยผลักดันให้การสร้างเครือข่ายแต่ละแห่งเกิดขึ้นได้ภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน ปฏิบัติการในการสร้างเครือข่ายของ “หัวเรือใหญ่” เหล่านี้ถือเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญ และเป็นบทเรียนสำหรับการสร้างเครือข่ายใหม่ๆ ในอนาคต

ขอขอบคุณทุกท่านที่ได้มีส่วนช่วยถ่ายทอดความเห็น ประสบการณ์ และบทเรียนดีๆ เพื่อบันทึกไว้ในหนังสือเล่มนี้ หวังว่าทุกท่านที่ได้มีโอกาสอ่านหนังสือเล่มนี้ จะเป็นผู้มีส่วนถ่ายทอดประสบการณ์ของท่านในการร่วมผลักดันงาน R2R ในโอกาสต่อไป

นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มิถุนายน 2554



จากใจ กองบรรณาธิการ

กว่า 2 ปีแล้วที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และทีม R2R ศิริราช ได้พยายามและทุ่มเทอย่างมากที่จะผลักดันให้เกิดเครือข่าย R2R ครอบคลุมทั่วประเทศ ด้วยการสร้างแม่ข่าย (Node) และเครือข่าย (INN) ให้เกิดขึ้นในพื้นที่ต่าง ๆ จนปัจจุบันมีเครือข่ายที่ได้ก่อร่างสร้างรูปขึ้นมาแล้วอย่างน้อย 7 เครือข่าย

เพื่อให้ทุกท่านได้ทราบถึงที่มาของการสร้างเครือข่าย R2R ทั่วประเทศ และทราบถึงกระบวนการในการผลักดันเครือข่าย ตลอดจนแนวคิดของผู้ดำเนินงาน ทั้งในระดับผู้บริหาร และระดับปฏิบัติการเราจึงได้จัดทำหนังสือ **“R2R สถานสุขการเรียนรู้ในงานประจำ”** เล่มนี้ขึ้นมาเพื่อเป็นคู่มือให้ทุกท่านได้ศึกษารายละเอียด และได้ใช้เป็นแนวทางหากต้องการกระโดดเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการสานต่อปณิธานร่วมกัน

เนื้อหาภายในเล่ม เราได้จัดแบ่งเป็นหมวดหมู่ให้เข้าใจง่ายและเห็นภาพชัดเจนทั้งหมด 4 หมวด คือ 1) **หมวดคุณสมบัติผู้วางโครงสร้างเครือข่าย R2R** เป็นการแสดงทัศนะของอาจารย์ผู้ใหญ่มาก่อนการต่อ R2R มาตั้งแต่ต้นเกี่ยวกับการวางรากฐานเครือข่าย R2R ทั่วประเทศ 2) **หมวดทหารเสือผู้บุกเบิกเครือข่าย R2R** เป็นการแสดงมุมมองของทีม R2R ศิริราชในการลงพื้นที่เพื่อผลักดันให้เกิดเครือข่าย R2R อย่างเป็นรูปธรรม 3) **หมวดหัวเรือใหญ่ในการเชื่อม เครือข่าย R2R** เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างประธานเครือข่ายรุ่นบุกเบิก R2R ภาคตะวันออก ภาคอีสาน และภาคใต้ และ 4) **หมวดยอดนักวิจัย R2R** ผู้มุ่งมั่นพัฒนางานประจำที่รวบรวมนักวิจัย R2R ฝีมือดีที่มีความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาหน้างาน และสามารถพัฒนางานประจำให้มีคุณภาพมาเล่าประสบการณ์ในการทำวิจัย R2R ให้ฟัง

พวกเราทีมกองบรรณาธิการทุกคนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือ **“R2R สถานสุขการเรียนรู้ในงานประจำ”** จะเป็นคู่มือที่ครอบคลุมสำหรับทุกท่าน เพื่อจะได้เดินไปด้วยกัน และไปถึงจุดหมายที่เราตั้งไว้ร่วมกัน นั่นคือ

“งานประจำได้รับการพัฒนา ประชาชนผู้มารับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด องค์กรเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และระบบสาธารณสุขของประเทศมีประสิทธิภาพทัดเทียมสากล”

ทีมกองบรรณาธิการ

มิถุนายน 2554

สารบัญ

ทุนซื้อ

พู่ทางโครงสร้างเครือข่าย R2R

เครือข่าย R2R ก้าวหน้าฝึกกำลัง ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช	2
วัฒนธรรมการใช้ความรู้...คู่มือสร้างเครือข่าย R2R นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	11
Area-Based Research ฐานสำคัญของการสร้างเครือข่าย R2R นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	21

ทหารเสือ

พื้บุกเบิกเครือข่าย R2R

ฝันให้ชัด คิดให้ดัง ทำให้ได้ ไปให้ถึง นายแพทย์อัครินทร์ นิยมมานิตย์	32
เรียนรู้จุดร่วมจากความแตกต่าง รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ	45
Mapping จำเป็นสำหรับนักเดินทาง R2R นายแพทย์กุลธร เทพมงคล	59



หัวใจใหญ่

ในการเชื่อมเครือข่าย R2R

ประธานเครือข่าย R2R ภาคตะวันออก นายแพทย์ทง ประสานพานิช	70
ประธานเครือข่าย R2R ภาคใต้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ไพโรจน์ บุญลักษณะศิริ	79
ประธานเครือข่าย R2R ภาคอีสาน-นครชัยบุรีรินทร์ นายแพทย์ชัยสิทธิ์ มัทวานนท์	89

ยอดนักวิจัย R2R

มุ่งมั่นพัฒนางานประจำ

ผู้ก่อตั้งทีมสหสาขาวิชา เพื่อช่วยเหลือคนไข้โรคหลอดเลือดสมองตีบ แพทย์หญิงสุวรรณา ธรรมสุภาพงค์	101
หมอไข้ปริศนาอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างการถือศีลอด แพทย์หญิงจันทิรา ลีลาไพบูลย์	123
ผู้เชื่อมโยงบริการไร้รอยต่อเชิงรุกทางจักษุสู่ผู้ป่วยโรคตา นายแพทย์ณัฐชัย นิธิอภิญญาสกุล	137
พยาบาลไข้ปัญหาระยะเวลาการคงสภาพปราศจากเชื้อ ของชุดอุปกรณ์ทางการแพทย์ สายทิพย์ อานโพธิ์ทอง	151
ผู้เชื่อมเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยา Warfarin ดุชนี อารยะวงศ์ชัย	169





กุนชื้อ

พู่ทางโครงสร้างเครือข่าย R2R



ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช



เครือข่าย R2R
ก้าวหน้าพนักกำลัง

เป็นเวลากว่า 7 ปีแล้วที่ R2R ถูกนำมาเป็น
เครื่องมือในการพัฒนางานประจำ จนกลายเป็น
แบรนด์ฮิตติดตลาดไปทั่วทุกหัวระแหง

จนกระทั่งปัจจุบัน R2R เริ่มขยายงานสร้าง
เครือข่าย R2R ทั่วประเทศ ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
การขับเคลื่อนการพัฒนางานบริการด้านสาธารณสุข
ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช ผู้มีบทบาท
สำคัญต่อ R2R มาตั้งแต่ต้น ได้แสดงทัศนะถึงทิศทาง
ในอนาคตของ R2R ให้ฟังค่ะ



เครือข่าย R2R เชื่อมโยงระบบสาธารณสุขไทย

เพราะต้องการเปลี่ยนความเบื่อหน่ายจำเจให้กลายเป็นความมีชีวิตชีวา สำหรับคนทำงาน และเชื่อมโยงบุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศให้หันหน้ามา แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน โดยมีเป้าหมายให้ระบบสาธารณสุขไทยได้รับการพัฒนา ยิ่งๆ ขึ้นไป ด้วยเหตุนี้องค์ความรู้ของ R2R จึงถูกนำมาพัฒนาต่อยอดจน กลายเป็นเครือข่าย R2R ในปัจจุบัน ทั้งนี้ เพื่อปูพื้นฐานอันเข้มแข็งให้ระบบ สาธารณสุขไทยในอนาคต ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์อติบยางถึงที่มา ที่ไปของยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนเครือข่าย R2R ให้ฟังว่า

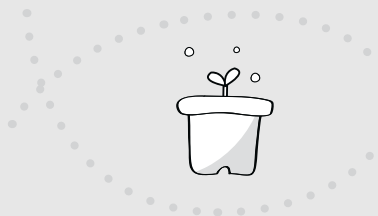
“เครือข่าย R2R เป็นยุทธศาสตร์ที่เราวางไว้ในการทำงานว่า เราต้องการ ที่จะให้เกิดการนำงานประจำมาพัฒนาคน พัฒนางาน พัฒนาองค์กร โดยชักชวนกันทำเป็นแบบกึ่งงานวิจัย หรือถ้าเก่งแล้วก็ทำเป็นงานวิจัยขึ้นมา พัฒนาขึ้นให้ได้ประโยชน์กันทั่วประเทศ ส่วนวิธีการในการทำก็จะไม่เหมือน อย่างที่คนคุ้นเคยทั่วไป โดยเฉพาะยิ่งในวงราชการ และกระทรวงศึกษาธิการ ที่ส่วนกลางเป็นผู้กำหนดให้ว่าต้องทำอะไร แล้วก็ส่งข้อกำหนดให้ส่วนปลาย ดำเนินการตามคำสั่ง”

“แต่เราไม่ทำอย่างนั้น เพราะเราคิดต่าง นี่คือหัวใจของ R2R เลยก็ว่าได้ การที่เราขยาย R2R มาเป็นเครือข่าย เพราะเราเชื่อว่าทุกส่วนของระบบ สุขภาพมีความคิดสร้างสรรค์ มีความสามารถที่จะคิดพัฒนางานขึ้นเองได้ การทำงานร่วมกันหรือสัมพันธ์กันเป็นเครือข่ายหมายความว่าไม่มีใครสั่งใคร แต่ละหน่วยงานที่เป็นสมาชิกของเครือข่าย มีอิสระที่จะคิดเอง ตัดสินใจเอง นี่คือสิ่งที่ต่างจากที่ปฏิบัติกันโดยทั่วไป”

“ในเรื่องการสร้างเครือข่าย R2R ตอนแรกที่ทำให้เราก็ไม่มั่นใจว่า มันจะเกิดได้จริงไหม แต่ตอนนี้เราเห็นเลยว่าเครือข่าย R2R เกิดขึ้น และได้ผลอย่างน่าแปลกใจ คนทำงานเกิดความกระตือรือร้น เห็นประโยชน์ เห็นคุณค่า และมีกลุ่มที่จะเข้ามาจัดการในแต่ละส่วนในแต่ละภูมิภาค ซึ่งทำให้เราแปลกใจว่า มันมาได้ขนาดนี้เสียหรือ”

“ส่วนหนึ่งต้องชื่นชม สวรส. ที่คอยเชื่อมโยงกับฝ่ายต่างๆ ในส่วนปลาย ด้วยระบบบริการที่ดี และทางศิริราชด้วยที่เป็นผู้ดูแลทางวิชาการจนเป็นที่ น่าเชื่อถือด้วยการจัด workshop ให้คนที่มาจากโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ โดยมีเงื่อนไขว่าต้องมาเป็นทีม อย่างน้อยโรงพยาบาลละ 3 คน เมื่อใช้วิธีอย่างนี้ คนที่เข้ามาเรียนรู้วิธีการ เรียนรู้เรื่องราวของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ เขาก็ จะเข้าใจได้ว่า R2R ไม่ยากนะ สามารถทำได้ทุกระดับ แล้วก็เกิดแรงบันดาลใจ ไปขับเคลื่อน และนำ R2R ใช้ประโยชน์ในโรงพยาบาลของตัวเอง”

“พูดง่าย ๆ ก็คือ ยุทธศาสตร์การทำงาน หรือแม้แต่ขีดความสามารถ ในการทำงานมันเหมาะสมนะ มันถูกต้อง ที่ผ่านมามีเงินที่สูญเสีย ไปเยอะมาก เป็นพันล้าน หมื่นล้านในหลายโครงการ แต่สังคมก็ไม่ค่อย ได้รับประโยชน์ หรือได้รับแต่ก็ไม่คุ้มค่า แต่ในโครงการนี้เราจะเห็นว่าใช้ ทรัพยากรน้อยมาก แต่สร้างประโยชน์ให้แก่สังคมได้อย่างมากมาย เพราะเราเคารพความเป็นมนุษย์ เราเชื่อว่ามนุษย์ในทุกจุดมีความคิด สร้างสรรค์ได้ มีขีดความสามารถ พูดง่าย ๆ ว่าเป็นการคืนอำนาจให้กับคนทำงาน อันนี้ผมว่าน่าสนใจมากนะครับ”





เครือข่ายก็ต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ประโยค “คนเดียวหัวหาย สองคนเพื่อนตาย สามคนสบาย” จะช่วยขยายความให้กับรูปแบบการดำเนินงานของเครือข่าย R2R ได้เป็นอย่างดี เพราะยิ่งร่วมมือร่วมใจกันมากเท่าไร การดำเนินงานของเครือข่าย R2R ยิ่งเข้มแข็งและมีประสิทธิผลมากเท่านั้น ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ อธิบายถึงหลักสำคัญในการสร้างเครือข่ายที่ดีให้ฟังว่า

“สำหรับลักษณะเครือข่ายที่ดี อันดับแรกต้องไม่ใช่แค่พูดกันเฉยๆ แต่ต้องลงมือทำแล้วก็มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยไม่จำเป็นต้องจัดเวทีหรือเชิญคนมาอย่างเป็นทางการก็ได้ ตอนที่เราเห็นคือในแต่ละองค์กรจะติดต่อกันเอง แล้วก็อาจจะเชิญคนที่มีประสบการณ์จากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งไปเล่าให้อีกแห่งหนึ่งฟังว่าทำอย่างไรจึงประสบความสำเร็จ มีเคล็ดลับอะไรบ้าง คือจะแชร์ทั้งแรงบันดาลใจ ตัวเทคนิค วิธีการ รายละเอียด ไปจนถึงเรื่องวิธีการรักษา และวิธีลอบใจกัน นั่นคือลักษณะของเครือข่ายที่ดี ส่วนเครือข่ายที่ไม่ดีคือ รอให้ศูนย์กลางเป็นผู้จัดทุกอย่าง รอความช่วยเหลือ ไม่ช่วยเหลือตนเอง”

“ต้องบอกว่าเรื่องกลยุทธ์เครือข่ายเป็นวิธีที่เรานำมาใช้เพื่อที่จะกระจาย R2R ออกไปอย่างรวดเร็ว พุดง่าย ๆ ก็คือว่าเป็นการสร้างความสัมพันธ์แบบเท่าเทียมกัน ช่างในลึกๆ แล้ว R2R คือการมองเห็นความสำคัญของงานที่ทำอยู่ทุกๆ วัน เห็นคุณค่า และขีดความสามารถของคนทำงานประจำ ซึ่งมองอีกมุมหนึ่งก็คือคุณค่าของความเป็นมนุษย์ เชื่อมั่นว่าด้านดีของความเป็นมนุษย์คือ การมีความริเริ่มสร้างสรรค์”

“ซึ่งการที่จะเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ได้นั้น ต้องไม่มองงานประจำเป็นลบ เป็นภาระน่าเบื่อ หรือมองว่าตัวเองต่ำต้อย แต่ต้องมองเป็นเชิงบวกว่า ตัวเองมีศักยภาพ มีโอกาสที่จะทำประโยชน์ คือเรียนรู้มากขึ้น ขวนขวายขึ้น อีกหน่อย งานประจำก็จะช่วยให้ตัวเองเก่งขึ้น ทำประโยชน์ได้มากขึ้น หลักการพวกนี้มันจะฝังอยู่ในกระบวนการของ R2R นะครับ ซึ่งถ้ามองจากมุมหนึ่งมันก็คือ KM (Knowledge Management) คือ การจัดการความรู้นั่นเอง”

“เพราะฉะนั้น นอกจากมองเรื่องเครือข่าย (Networking) แล้ว มันก็จะมี หลักการอื่นๆ เข้ามาแฝงอยู่เยอะ เช่น หลักการเรื่องการจัดการรูปแบบ เช่น ที่โรงพยาบาลศิริราชเป็นแม่แบบให้คนข้างนอกมองว่า เห็นไหม องค์กรใหญ่ขนาดนี้ งบประมาณปีหนึ่งๆ เป็นหมื่นล้าน ทำงานกว้างขวางซับซ้อนมาก เขายังใช้ R2R เป็นส่วนหนึ่งเท่านั้นนะ ไม่ได้ใช้ทั้งหมดของกระบวนการ เพื่อที่จะทำให้องค์กรเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นองค์กรที่มีวัฒนธรรมของการพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง เป็นวัฒนธรรมที่ทุกๆ คนเป็นคนสำคัญหมดเลย คนเล็กคนน้อยทั้งหลายก็สามารถมีผลงานที่น่ายกย่องได้ ไม่ว่าใครก็ตาม”

“การที่ความสำเร็จจะเกิดขึ้นได้นั้น ไม่ใช่แค่การเป็นเครือข่ายเท่านั้น แต่มันมีองค์ประกอบอีกเยอะมากเลยนะครับ ซึ่งโรงพยาบาลต่างๆ ก็สามารถจะลองสร้างระบบขึ้นมาใช้เองได้ โดยที่ศิริราชก็เป็นตัวอย่างให้เห็นส่วนหนึ่ง แต่ถ้าเราไปดูที่อื่น โรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งที่อยู่ในเครือข่ายหรือไม่ได้อยู่ก็ตาม เราก็อาจจะมองเห็นจุดดีของเขาที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ประโยชน์ได้อีกเหมือนกันนะครับ เพราะฉะนั้น ประเด็นก็คือว่าตัวหลักการไม่ได้หยุดอยู่เพียงแค่นั้น มันสามารถที่จะหยิบออกมาใช้ได้ในสถานการณ์ต่างๆ ในบริบทต่างๆ ได้อย่างไม่จำกัด นี่คือข้อดีของระบบ R2R ในตัวของมันเอง และในยุทธศาสตร์ของทีมที่เราทำงานอยู่”





คน...ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนเครือข่าย R2R

การที่เครือข่าย R2R ดำเนินไปได้ด้วยดีอย่างชนิดที่เรียกว่า “เกินความคาดหมาย” นั้น ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ได้วิเคราะห์ให้ฟังว่ามีหลายปัจจัยที่คอยสนับสนุนการก้าวเดินของระบบเครือข่าย R2R

“ผมคิดว่าส่วนหนึ่งที่ทำให้ระบบเครือข่าย R2R ดำเนินไปได้ด้วยดี ชนิดเกินความคาดหมายนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากท่าทีและขีดความสามารถที่เหมาะสมของคนที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นทีมศิริราชเองก็ตาม หรือทีมอาจารย์จาก สวรส. ก็ตาม ซึ่งล้วนแต่มีทักษะทั้งทางด้านเครือข่าย และทักษะทางด้านการไปเกื้อหนุนคนอื่น ในขณะที่เดียวกันก็มีทักษะ มีความรู้เกี่ยวกับเรื่อง การวิจัย และเรื่องกระบวนการวิจัย ทำให้เรื่องวิจัยซึ่งคนคิดว่ายากดูง่ายขึ้น”



“ที่โรงพยาบาลศิริราชมีทรัพยากรเยอะมาก แต่การจัดกระจายกันอยู่
ดังนั้น การไปเป็นที่ปรึกษา หรือไปยกย่องให้เกิดการยอมรับคนที่เก่งๆ เหล่านั้น
แล้วเชื่อมโยงให้มาช่วยแนะนำผู้ดำเนินการ R2R ได้เกิดประโยชน์มหาศาล
แต่ในบางเรื่องศิริราชเองก็ยังมีข้อจำกัดในเรื่องขององค์ความรู้ โดยเฉพาะเรื่อง
ทางด้าน biomedical บางเรื่องซึ่งต้องขอคำแนะนำจากองค์กรข้างนอก
ดังนั้น เมื่อคนศิริราชไปเอ่ยปากขอความช่วยเหลือ หรือชื่นชมคนข้างนอก
ก็จะรู้สึกหัวใจพองโตได้รับเกียรติว่า โอ้โฮ นี่ขนาดศิริราชยังมาขอ
ความช่วยเหลือ ขอคำแนะนำจากเขาละ เขาก็จะรู้สึกภูมิใจ หัวใจพองโต และให้
ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี”

“เห็นไหมครับ นี่ถือเป็นศาสตร์ในการจัดการความรู้อย่างหนึ่ง
เหมือนกันนะ เมื่อมอบอำนาจให้คนทำงานประจำได้มีโอกาสสร้างสรรค์
ทั้งหมดนี้มันเป็นความพอดี แล้วก็ก็เป็นวิธีทำงานในกระบวนการที่ตรงกันข้าม
กับที่ใช้โดยทั่วไป ซึ่งโดยทั่วไปจะมีคำสั่งและการควบคุมมาจากส่วนกลาง คือ
ให้ส่วนกลางเป็นผู้มีอำนาจ แล้วค่อยกระจายออกมาหาคนหน้างานอีกที
แต่สิ่งที่เรากำลังทำอยู่เป็นการเพิ่มอำนาจให้แก่คนหน้างานโดยตรง แต่ใน
การเอื้ออำนาจนั้นก็ไม่ได้แปลว่า เขาจะทำได้เองทั้งหมด ต้องเข้าไปหนุน
ไปช่วยเหลือแบบ Empowerment”



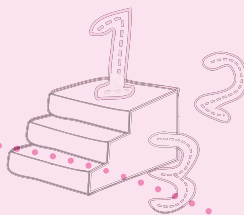


เครือข่าย R2R เริ่มต้นดีมีชัยไปกว่าครึ่ง

แม้ว่าการสร้างเครือข่ายจะสร้างความพอใจให้กับทุกฝ่ายอย่างเกินความคาดหมาย ด้วยเพราะไม่คาดฝันว่าจะสามารถก้าวกระโดดมาได้ไกลขนาดนี้ในช่วงระยะเวลาเพียงไม่นาน ทว่าศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ให้ข้อสังเกตว่า

“ผมว่าตอนนี้เครือข่าย R2R อยู่ในระดับเริ่มต้น แต่เป็นการเริ่มต้นที่ดี ซึ่งเราก็ต้องดูต่อไปว่า เครือข่ายที่ส่วนภูมิภาคต่างๆ เขาทำไปได้แค่ไหน พุดง่าย ๆ ก็คือว่า มันมีความไม่แน่นอน ไม่ชัดเจนอยู่ในตัว เราต้องทำแบบระมัดระวังแล้วก็เรียนรู้ไป ปรับไป มันจะไม่เหมือนกับคำสั่งและการควบคุมที่มีพิมพ์เขียว ซึ่งมีความแน่นอน จนกระทั่งกระดุกกระดิกไม่ได้ คนทำงานขาดความเป็นอิสระ ขาดความมั่นใจในตัวเอง”

“ความคาดหวังสูงสุดของเราในอนาคตคือ อยากให้ผู้รับบริการได้ประโยชน์จาก R2R มากที่สุด ถัดลงมาก็คือคนทำงานเอง อยากให้เขาเป็นคนที่มีความสุข มีความมั่นใจในตัวเอง ภูมิใจในตัวเอง เรียนรู้อยู่ตลอดเวลา เรียนรู้จากการทำงาน มองการทำงานประจำเป็นความสุข เป็นโอกาส คือพุดง่าย ๆ ว่าการทำงานมันเป็นธรรมชาติ เหมือนเป็นการปฏิบัติธรรมในการทำงานประจำ ตัวเขาเองก็จะมีมีความสุข แล้วก็ปลดปล่อยความสุขนั้นให้กับคนรอบข้าง สังคมเราก็จะดีขึ้นนะ องค์กรก็เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)”



“แต่อย่าคิดว่า R2R เป็นทุกสิ่งทุกอย่างนะครับ อันนี้ต้องระวัง มันเป็นส่วนหนึ่งของทั้งหมด ยังต้องมีย่ออย่างอื่นเข้ามาประกอบเยอะแยะ ถ้าไปดูที่ศิริราชเราจะเห็นตัวอย่างได้อย่างชัดเจน ศิริราชใช้เครื่องมืออีกมากมายในการที่จะทำให้เกิดบรรยากาศอย่างนั้น”

“โดยส่วนตัวแล้วผมอยากให้มีการสื่อสาร (**Communication**) กันมากขึ้นนะ อยากให้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร หรือไอซีที (ICT: Information and Communication Technology) ซึ่งมันจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยไม่ต้องเจอกันโดยตรง ไม่ต้องเสียเวลาเดินทางไกลๆ เพื่อไปหากัน ยุคนี้ไอซีทีทรงพลังยิ่งใหญ่มาก เพราะฉะนั้น ถ้ารู้จักใช้ประโยชน์จากมันก็จะทำให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น ซึ่งจะต้องหาทางให้คนฝึกขีดความสามารถทางด้านไอซีที **พูดง่าย ๆ ก็คือการสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญของ R2R** การลงมือปฏิบัติทำให้เกิดประสบการณ์แล้วเอาประสบการณ์นั้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน จะเกิดพลังอย่างสูงสุด”

เมื่อศักยภาพของคนหน่วยงานมาผนึกกำลังกับองค์ความรู้ของ R2R จนกลายเป็นเครือข่ายโยงใยไปทั่วประเทศ เชื่อแน่ว่าการขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขไทยให้ก้าวหน้าและเข้มแข็ง เพื่อรับใช้สังคมไทยได้ดียิ่งขึ้น จะไม่ใช่เรื่องที่เพ้อฝันหรือเกินเอื้อมอย่างแน่นอน



นายแพทย์พงษ์พิบูลย์ จงอุดมสุข



วัฒนธรรมการใช้ความรู้...
คู่มือสร้างเครือข่าย R2R

จากการเริ่มต้นด้วยความไม่มั่นใจในอดีต แต่มีเพียงความมุ่งมั่นและตั้งใจที่อยากพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้ดีขึ้น จากความซุกซลักในการดำเนินงาน เนื่องด้วยเป็นงานใหม่ แต่ปัจจุบันผลสะท้อนกลับของกระแส R2R กลับให้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจชนิดเกินความคาดหมาย และไม่ใช่ว่าภาพฝันอีกต่อไป

แต่กว่าจะมาถึงวันนี้ ในฐานะผู้อยู่เบื้องหลังมองภาพรวมอยู่มุมสูง และคอยผลักดันนโยบาย R2R ให้กระจายไปทั่วประเทศอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา **นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข** ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้แสดงมุมมองในการขับเคลื่อนเครือข่าย R2R ของ สวรส. ให้สมาชิก R2R ทั่วประเทศฟังค่ะ



สวรส. และกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนเครือข่าย R2R

เป็นที่ทราบกันดีว่า ปัจจุบันกระแส R2R ได้แพร่กระจายไปทั่วประเทศ โดยเฉพาะในแวดวงสุขภาพเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงผู้คนในวงการอื่นๆ ที่ต้องการพัฒนางานประจำให้ดีขึ้นด้วย นายแพทย์พงษ์พิสุทธ์กล่าวว่า

“สวรส. ได้มีโอกาสนำเสนอแนวคิด R2R ในที่ประชุมของผู้บริหารหน่วยงานวิจัยต่างๆ ทั่วประเทศ และก็เป็นเรื่องน่ายินดีที่ R2R ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง การที่ R2R แพร่หลายเป็นที่นิยมมากขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นเพราะพลังและศักยภาพของแนวคิด R2R ที่ค่อนข้างจะสอดคล้องกับปัญหาที่คนทำงานส่วนใหญ่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน”

“แม้ว่าการดำเนินงาน R2R จะไปได้ด้วยดีและเป็นที่น่าพอใจ แต่เราก็คงพบปัญหาอยู่บ้างในเรื่องของการตีความสาระสำคัญของ R2R ที่อาจแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ซึ่งเป็นประเด็นหนึ่งที่ สวรส. กับทีมงาน R2R กำลังช่วยกันดูด้วยว่า ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันนั้นจะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระยะยาวหรือไม่ เช่น บางแห่งอาจจะให้ความสำคัญกับระเบียบวิธีวิจัยมากเกินไป จนทำให้ลืมนึกถึงเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องระเบียบวิธีวิจัย แต่อยากจะเข้าร่วมในการทำงานวิจัย R2R ทำให้คนปฏิบัติงานเกิดความท้อแท้ หดกำลังใจไป”

“เราไม่อยากให้งานวิจัย R2R เริ่มต้นจากประเด็นในเรื่องเทคนิคทางวิชาการ เพราะจะทำให้คนที่ไม่มีพื้นฐานความรู้ด้านนี้คิดว่าเป็นงานยาก เป้าหมายสำคัญของเราคือ ต้องการให้ทุกคนเรียนรู้ไปพร้อมๆ กับงานที่ตัวเองรับผิดชอบ ซึ่งถือเป็นกระบวนการสำคัญที่ต้องยึดไว้ เพราะเราต้องการสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นภายในองค์กร และภายในชุมชนทางด้านสุขภาพทุกๆ ระดับ”



4 เครื่องมือในการสร้างเครือข่าย R2R

กว่าที่กระแส R2R จะเดินทางมายืนอยู่ในจุดที่ใครๆ ก็รู้จัก จนกระทั่งไต่บันไดขึ้นไปสู่ระดับเครือข่ายทั่วประเทศในปัจจุบันนั้น นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์กล่าวว่ากระบวนการสำคัญในการผลักดันให้เกิดเครือข่าย R2R มีอยู่ 4 ข้อ

“หนึ่ง คือ พัฒนาเครื่องมือในการจัดการกับความรู้ ทั้งความรู้ประเภทฝังแน่น (Tacit Knowledge) และความรู้เชิงประจักษ์ (Explicit Knowledge) ซึ่งความรู้เชิงประจักษ์ส่วนหนึ่งก็ได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ อย่างเป็นระบบ สนับสนุนให้ผู้คนที่ได้เรียนรู้จากข้อมูลต่างๆ ที่อยู่ใกล้ตัวให้ได้มากที่สุด ซึ่งแม้ไม่ได้สร้างความเปลี่ยนแปลงขึ้นมาในทันทีทันใด แต่เป็นการค่อยๆ สะสมความรู้ และพัฒนาการไปอย่างต่อเนื่อง”

“เราไม่คาดหวังว่าจะให้คนที่เดิมไม่รู้อะไรเลย อยู่ๆ ก็สามารถทำงานวิจัยและตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการได้ทันที นั่นไม่ใช่เป้าหมายหลักแน่นอนที่เราพยายามผลักดันสนับสนุนให้เกิดงานวิจัย R2R ก็เพื่อพัฒนางานและพัฒนาคนในระบบให้ดีขึ้น นี่เป็นความตั้งใจของทีมงานและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เรื่องผลงานทางวิชาการที่สามารถเผยแพร่ได้นั้น เราจะให้ความสำคัญมากขึ้นในระยะเวลาต่อไป”

“สอง คือ การสร้าง Node (แม่ข่าย) ที่จะเข้าไปช่วยสนับสนุนผู้ที่สนใจ R2R ที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ คือ ถ้าเขามีความตั้งใจที่จะทำแล้ว การมีคนที่เข้าใจและคอยสนับสนุนอย่างใกล้ชิด จะเอื้อให้เกิดการทำงานและการพัฒนาที่ต่อเนื่องยาวนานได้ ดังนั้น การที่เราสร้าง Node ขึ้นในระดับพื้นที่ ก็จะเป็นกลไกสนับสนุนสำหรับพื้นที่และบุคคลที่อยากจะเริ่มต้นให้สามารถเริ่มต้นนับหนึ่งได้ โดยมีโอกาสที่จะจัดการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ต่างๆ ขึ้นในระดับพื้นที่ด้วย ตรงนี้จะขึ้นไปมากกว่าแค่การรอให้มีการจัดเวทีวิชาการขึ้นในส่วนกลาง ซึ่งเราสามารถจัดได้แค่ปีละครั้งเท่านั้น”

“สาม คือ การสร้างระบบสนับสนุนส่วนกลาง ซึ่งทีมงาน R2R ส่วนกลาง รับผิดชอบภารกิจหลักกว่า จะเสริมสร้างพลังและความเข้มแข็งของ Node ต่างๆ ขึ้นมาได้อย่างไร เป็นการช่วยเหลือกันเป็นทอดๆ Node ก็ช่วยเหลือคนในเครือข่าย ทีมงานส่วนกลางก็ไปช่วยเหลือ Node และจัดกระบวนการเรียนรู้ระหว่าง Node ต่างๆ ขึ้นมา ซึ่งในเดือนพฤศจิกายนปีที่แล้ว เราก็ได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่าง Node ต่างๆ ขึ้น และในเร็วๆ นี้ก็คงจะมีการจัดขึ้นมาอย่างเดียวกัน เพื่อที่จะร้อยเรียง Node ต่างๆ เข้าด้วยกันให้เกิดพลังเครือข่าย”

“สี่ คือ การสร้างมูลค่าเพิ่มจากงานวิจัย R2R ที่มีอยู่ งานวิจัย R2R ทั้งหลายเปรียบเสมือนเพชรพลอย ซึ่งเราสามารถนำมาเจียรระไนให้เกิดความงดงาม และมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น สามารถผลักดันให้เกิดผลกระทบที่กว้างขวางมากขึ้นกว่าในระดับหน่วยงาน สิ่งที่เราพยายามจะทำก็คือ การรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ผลงานวิจัย R2R เพื่อนำไปสู่การผลักดันในระดับนโยบาย ซึ่งเราก็ได้เริ่มทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เป็นหน่วยงานในระดับชาติที่มีความสนใจที่จะนำเอางาน R2R ไปสู่การตัดสินใจในประเด็นที่สำคัญๆ”



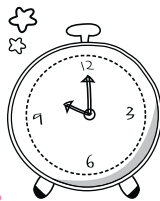
งานจะเดินหน้า ทุกคนต้องร่วมมือกัน

นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์กล่าวว่า การที่เครือข่ายจะดำเนินไปได้ด้วยดีนั้น “คน” ในฐานะผู้สนับสนุนก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนเช่นเดียวกัน และนี่คือคุณสมบัติของการทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนที่ดี

“อันดับแรก คนที่จะไปสนับสนุนคนในเครือข่ายให้เข้าใจกระบวนการของ R2R ได้นั้น ต้องมีความรู้ความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการทำงานวิจัย R2R มากพอสมควร เปรียบเหมือนกับการตกปลา นั่นคือ การที่เราจะไปช่วยให้คนตกปลาเป็น คนที่ไปสอนก็ต้องตกปลาเองได้แล้ว จึงจะไปแนะนำได้ว่าจริง ๆ แล้วการที่จะตกปลาให้ได้ปลานั้นจะต้องทำอย่างไร”

“อันดับที่สอง คือ การสนับสนุนผู้อื่นในลักษณะที่สร้างกระบวนการเรียนรู้ขึ้นมาด้วยกัน ไม่ใช่เป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ในลักษณะที่เป็นครูหรือลูกศิษย์ เราพยายามที่จะเสริมสร้างแนวคิดที่ว่า ทุกคนสามารถเรียนรู้จากกันและกันได้ เพราะทุกคนจะมีจุดแข็งและประสบการณ์ที่มีคุณค่าในตัวเอง คนที่จะเป็น Node และจะเข้าไปสนับสนุนคนอื่น ควรมีทัศนคติว่าจริง ๆ แล้วนี่คือกระบวนการเรียนรู้หนึ่งของ Node เช่นเดียวกัน ไม่ใช่กระบวนการไปถ่ายทอดความรู้เพียงอย่างเดียว”

“เมื่อทุกคนมีทัศนคติแบบนี้แล้ว ต่างคนก็จะต่างมอบน้ำมือและเรียนรู้จากกันและกัน เป็นวิธีการทำงานที่สำคัญที่จะทำให้ทุกฝ่ายนั้นรู้สึกว่าคุณค่า และทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทั้งจาก Node และเครือข่าย ทุกฝ่ายได้เรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยเคารพในคุณค่าของกันและกัน”



“อันดับที่สาม คือ เรื่องของเวลา คนที่จะเป็น Node ได้จะต้องมีเวลาจัดการกับกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเวลาที่จะมาจากหลายปัจจัย ส่วนหนึ่งคือผู้บริหารที่อยู่ในหน่วยงานที่เป็น Node ควรให้การสนับสนุนด้วย ถ้าผู้บริหารไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ คนที่เป็น Node ก็คงจะทำงานนี้ได้ไม่สะดวกเท่าไรนัก ส่วนเรื่องทรัพยากรที่จะไปจัดกระบวนการต่างๆ นั้น สวรรส. จะเข้าไปช่วยสนับสนุนอีกแรงหนึ่ง แต่ก็จะเป็นในรูปของการช่วยเหลือทรัพยากรของในแต่ละพื้นที่เท่านั้น ไม่ใช่การช่วยเหลือทั้งหมด เพราะวัตถุประสงค์ของเราคือ ต้องการให้แต่ละพื้นที่รู้จักพึ่งพาตนเอง”



เครือข่าย R2R ต้องการวัฒนธรรมการใช้ความรู้

ในมุมมองของนายแพทย์พิสุทธิเห็นว่า นอกจากปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนเครือข่าย R2R ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น วัฒนธรรมการใช้ความรู้ก็เป็นเช่นกัน โดยอธิบายเพิ่มเติมว่า

“ต้องยอมรับว่า วัฒนธรรมการใช้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญในการขับเคลื่อน R2R ถ้าเราสามารถสร้างวัฒนธรรมการใช้ความรู้ การใช้ข้อมูลในการตัดสินใจให้เกิดขึ้นในทุกๆ ระดับ จะช่วยขับเคลื่อนระบบทั้งระบบและประเทศชาติได้ และจะนำไปสู่การพัฒนาอย่างก้าวกระโดดได้ในระยะต่อไป งาน R2R ส่วนหนึ่งเป็นการพยายามสร้างความรู้เพื่อนำไปสู่การยกระดับงานประจำที่แต่ละคนดูแลอยู่ให้ได้รับการพัฒนาที่ดีขึ้น ซึ่งในกรณีที่เป็นสถานพยาบาล ประชาชนจะได้รับการบริการที่ดีขึ้น”

“จริงๆ แล้วส่วนหนึ่งของงาน R2R คือ การผลักดันให้เกิดวัฒนธรรมการใช้ความรู้ไปพร้อมๆ กันด้วย ไม่ใช่เป็นเพียงแค่เครื่องมือในการสร้างความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนางานแต่อย่างเดียว การขับเคลื่อนงาน R2R ทั้งหมดก็คือการขับเคลื่อนให้เกิดวัฒนธรรมของการใช้ความรู้ในระบบสุขภาพในภาพรวมด้วย ซึ่งถือเป็นเป้าหมายใหญ่ของเรา”

“ผมคิดว่าถ้าเรามีวัฒนธรรมการใช้ความรู้เกิดขึ้นมาแล้ว เรื่องอื่นจะกลายเป็นเรื่องรองเลยครับ เพราะถ้าความคิด ทักษะ และวัฒนธรรมเกิดขึ้นมาในลักษณะที่เอื้อต่อการพัฒนาแล้ว เรื่องอื่นๆ เป็นเรื่อง que จัดการได้ทั้งสิ้น ไม่ใช่เรื่องที่เราจะต้องวิตกกังวลเลย ดังนั้น การสร้างวัฒนธรรม ทักษะคิด และการทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องตรงนี้เป็นเรื่องที่สำคัญมาก”



การตระหนักถึงความไม่รู้ จะทำให้คนเกิดความพยายาม

ปัจจุบัน วัฒนธรรมความรู้ได้กลายเป็นพื้นฐานสำคัญของการสร้างงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการสร้างวัฒนธรรมความรู้ในทักษะของนายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์คือ

“หลายครั้งเราจะเห็นว่าผู้คนจะเรียกหาความรู้ เรียกหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจ เมื่อเขาเหล่านั้นรู้สึกว่เรื่องที่กำลังจะเข้าไปยุ่งเกี่ยวหรือตัดสินใจนั้นค่อนข้างจะยาก ชนิดที่เรียกว่าความรู้ทั้งหมดที่ตัวเองเคยมีและประสบการณ์ที่ตัวเองเคยได้จากการทำงานมาทั้งหมด ตอบคำถามที่เขา กำลังเผชิญอยู่ไม่ได้ ดังนั้น ปัญหาที่มีความซับซ้อนมาก จะทำให้ทุกคนเริ่มเรียกหาความรู้ เพราะเริ่มไม่มั่นใจว่ความรู้ที่ตัวเองมีอยู่นั้นมากเพียงพอหรือเปล่า ผมคิดว่าเราต้องทำให้ทุกคนตระหนักว่ตอนนี้ปัญหาเรื่องสุขภาพมีความซับซ้อนมากกว่าที่ทุกคนเห็นและประสบมาในอดีต ถ้าทุกคนเห็นความซับซ้อนของปัญหา ทุกคนจะรู้เลยว่าตัวเองยังไม่ฉลาดพอ ยังขาดประสบการณ์และความรู้อยู่อีกมากที่จะจัดการกับปัญหาตรงนั้น”

“คนเราเมื่อรู้ตัวว่ไม่รู้ จะทำให้เกิดความพยายามไขว่คว้าหาความรู้ แต่ถ้าเราคิดว่าตัวเองฉลาด รู้ไปหมดทุกอย่าง ตรงนี้จะเป็นปัญหามากในการที่จะขับเคลื่อนการพัฒนาโดยใช้ความรู้ ดังนั้น เราต้องทำให้ผู้คนรู้สึกอ่อนน้อมถ่อมตนมากขึ้นว่ตัวเราเองเล็กน้อย เรารู้เล็กน้อยปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่นๆ ที่เรากำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบันมันซับซ้อนกว่าที่เราเห็นและรู้จักมากมายมหาศาล”



เมื่อมีพลังและศักยภาพ ระบบจะขับเคลื่อนด้วยตัวเอง

แม้ภาพรวมของการผลักดันเครือข่าย R2R จะให้ผลลัพธ์ชนิดเกินความคาดหมาย แต่ก็ยังมีจุดอ่อนที่จะต้องพัฒนาให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป และนี่คือความคาดหวังเกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่าย R2R ทั่วประเทศของนายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์

“ผมคิดว่าเมื่อกระบวนการใช้ความรู้กลายเป็นวัฒนธรรมแล้ว เราก็จะเห็นกลไกจัดการความรู้เกิดขึ้น และฝังเข้าไปอยู่ในส่วนหนึ่งของทุกๆ องค์การ กลไกการจัดการความรู้ขณะนี้บางหน่วยงานอาจจะเรียกว่า หน่วยวิจัยภายในโรงพยาบาล บางองค์การอาจจะเรียกด้วยชื่ออื่น แต่เป็นกลไกที่จัดการวิเคราะห์สภาพปัญหา หาวิธีการแก้ไขปัญหา โดยที่อยู่กับข้อมูลและข้อเท็จจริงต่างๆ อย่างเป็นระบบ ซึ่งตรงนี้จะช่วยทำให้ทุกหน่วยงานที่มีกลไกต่างๆ ดังกล่าวสามารถขับเคลื่อนมุ่งสู่เป้าหมายต่าง ๆ ที่หน่วยงานต้องการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น”

“สังคมเราขณะนี้เข้าสู่การเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ เราก็อยากให้ผู้คนทั้งหลายช่วยกันทำให้หน่วยงานของตัวเองเป็นหน่วยงานแห่งการเรียนรู้เช่นเดียวกัน ด้วยวิธีการแบบนี้เราจะสามารถสร้างเครือข่ายของหน่วยงานที่มีความรู้ต่างๆ เชื่อมโยงกันเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและมีการขับเคลื่อนตัวเองอย่างมีประสิทธิภาพได้ในอนาคต”

“ระบบจะขับเคลื่อนตัวของมันเองโดยอัตโนมัติด้วยศักยภาพและพลังจากภายใน คนในระบบของเรามีทั้งพลังและสติปัญญา ถ้าคนเรามีโอกาสได้เรียนรู้และทำในสิ่งที่ยากจะทำภายใต้ความรู้ที่ตัวเองได้ค้นคว้าหามา แทนที่จะเป็นการทำงานภายใต้การสั่งการ หรือรับคำสั่งมา ระบบจะมีพลังอย่างมากในการที่จะเคลื่อนตัวไปข้างหน้า เพราะเขารู้ว่าสิ่งที่ตัวเองทำนั้นจะเดินไปสู่เป้าหมายอะไร ไม่ใช่รู้ว่าตัวเองต้องทำเพราะว่ามีใครสั่งให้ทำ ดังนั้นระบบโดยรวมจะเคลื่อนตัวไปได้อย่างมีพลังและมีความยั่งยืนในระยะยาว”

“อีกประเด็นที่เป็นความตั้งใจของ สวรส. คือ ภายใต้กระบวนการขับเคลื่อน
ตรงนี้ เราจะมีโอกาสพัฒนาคนจำนวนหนึ่งที่มีศักยภาพ และสนใจที่จะ
มองการสร้างความรู้ในระดับที่เป็นภาพรวมที่เรียกว่าความรู้เชิงระบบของ
ประเทศไปพร้อมๆ กัน คนเหล่านี้สามารถเข้ามาช่วยในกระบวนการ
กำหนดทิศทางและช่วยกันพัฒนาความรู้ในการมองภาพรวมของประเทศว่า
ระบบสุขภาพของเราจะไปในทิศทางไหน อย่างไร นอกเหนือจากหน่วยงาน
แต่ละหน่วยงานจะขับเคลื่อนไป การวางกรอบใหญ่ของประเทศที่ในที่สุดแล้ว
อาจจะต้องทำควบคู่ไปกับการผลักดันจากระดับรากฐานด้วย สองส่วนนี้เป็น
ส่วนที่ต้องทำควบคู่กันไป”

“และผมก็หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เราจะมีโอกาสได้ผลิตนักวิจัยจำนวนหนึ่ง
ทำงานวิจัย R2R จนกระทั่งมีความเชี่ยวชาญ มีความเข้าใจเชิงระบบมากขึ้น
และสามารถยกระดับขึ้นมาทำงานวิจัยเชิงระบบที่มองภาพใหญ่ของประเทศได้ใน
อนาคตเช่นเดียวกัน”





ใครๆ ก็สามารถทำงานวิจัยได้

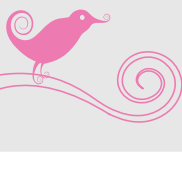
สุดท้ายนี้ นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ได้ฝากแง่คิดไปยังสมาชิก R2R ทั่วประเทศ ว่า...

“ฐานคิดอันดับแรกตอนที่เราริเริ่มต้นทำงาน R2R คือ ไม่ว่าใครก็ทำงานวิจัย R2R ได้ เป็นฐานคิดที่บอกเป็นนัยว่า บุคคลสร้างความรู้ไม่ใช่คนกลุ่มหนึ่งที่เราเรียกว่านักวิชาการและนักวิจัยเท่านั้น ใครๆ ก็สร้างความรู้ได้ เพราะฉะนั้นเราไม่ควรจำกัดบทบาทการสร้างความรู้ให้อยู่ในวงของคนที่มีความน้อยนิดกันอีกต่อไป”

“ต่อมาคือ อย่าไปติดกับดักในเรื่องของระเบียบวิธีวิจัยจนกระทั่งลืมนึกไปว่า กระบวนการสร้างความรู้ที่สำคัญคือ กระบวนการเรียนรู้ของผู้คนนั่นเอง เราสามารถเรียนรู้ได้ในหลากหลายรูปแบบ ในระยะเริ่มแรกก็อย่าเพิ่งตกใจไปกับระเบียบวิธีวิจัยจนกระทั่งลืมนึกไปว่าจริงๆ แล้วเราสามารถเรียนรู้ได้ด้วยวิธีการแบบง่าย ๆ ซึ่งตรงนี้ก็有一部分หนึ่งที่เราพยายามจะผลักดันให้ได้เรียนรู้ และฝึกในเรื่องทักษะเรียนรู้ที่หลากหลายเพิ่มมากขึ้นต่อไป”

“ในที่สุดแล้ว สวรส. คงต้องให้ความสำคัญกับระเบียบวิธีวิจัย แต่อาจทำหลังจากที่แต่ละคนได้ผ่านประสบการณ์การบริหารจัดการความรู้ และเรียนรู้จากงานประจำที่ตัวเองดำเนินการไปสักระยะหนึ่ง ตรงนี้ก็จะเป็นส่วนเสริมที่เราพยายามจะจัดกระบวนการเสริมเพิ่มเติมให้ในโอกาสต่อไป”
นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์กล่าว

จากภาพฝันเมื่อครั้งวันวาน วันนี้ R2R คือภาพจริงที่ชัดเจนจนก่อเกิดเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง และจะยิ่งมั่นคงมากขึ้นในอนาคต



นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์



Area-Based Research ฐานสำคัญของการสร้าง เครือข่าย R2R

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา คำว่าพื้นที่ของการวิจัย (Area-Based Research) คงเป็นที่คุ้นหูของใครหลายคน ซึ่งเจ้าของแนวคิดนี้ไม่ใช่ใครที่ไหน หากคือ **นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์** เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) นั่นเอง

นายแพทย์สมศักดิ์เป็นหนึ่งในบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการผลักดัน R2R จนเป็นที่รู้จักไปทั่วประเทศ ทั้งยังเฝ้าติดตามความเคลื่อนไหวของการดำเนินไปของ R2R อย่างใกล้ชิด วันนี้มีอีกหนึ่งภารกิจให้นายแพทย์สมศักดิ์ร่วมผลักดัน นั่นคือการสร้างเครือข่าย R2R ให้กระจายไปในวงกว้างมากขึ้น



Area-Based Research แนวคิดเดียวกับ R2R

“ถ้าพูดถึงเรื่องการขับเคลื่อน R2R ผมชอบคิดถึงสมัยที่ สวรรส. พยายามส่งเสริม Area-Based Research”

นายแพทย์สมศักดิ์ เกริ่นนำ ก่อนจะอธิบายเพิ่มเติมว่า...

“แนวคิดของ R2R และ Area-Based Research ใกล้เคียงกันมาก คือการทำงานวิจัยควรมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองการพัฒนางาน หรือถ้าพูดกลับกันก็คือ การทำงานที่ดีต้องมีการวิจัยคู่ขนานกันไปด้วย เพื่อบอกว่าการทำงานวิจัยไม่ได้มีเป้าหมายเพียงแค่ตอบสนองการพัฒนา นโยบายและระบบสาธารณสุขของประเทศเท่านั้น แต่มีเป้าหมายเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาในพื้นที่ด้วย”

“ถ้ากลับไปดูแผนของ สวรรส. ในยุคแรกๆ จะมีแผน Area-Based Research สมัยนั้นผมโชคดีที่ได้ **นายแพทย์ยงยุทธ ขจรธรรม** มาเป็นนักวิชาการหลัก เพื่อไปช่วยพัฒนาโครงการในพื้นที่ต่างจังหวัด อาจารย์ยงยุทธเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัยก็จริง แต่มีความเข้าใจเรื่องบริการอยู่พอสมควร โดยตัวชี้วัดที่สำคัญคือ ต้องเริ่มจากโจทย์ที่มีความเกี่ยวพันและเป็นประโยชน์ต่อการทำงาน”

“แต่ปัญหาอย่างหนึ่งของเราคือ นอกจากอาจารย์ยงยุทธแล้ว การหาคนอื่นมาช่วยยังเป็นเรื่องยากอยู่ เพราะส่วนใหญ่ยังเข้าใจเรื่องนี้น้อย พอเราไปถึงมหาวิทยาลัยมาช่วย ก็มีการตีความว่าเราอยากให้มาช่วยพัฒนานักวิจัย ซึ่งเป็นเรื่องแปลกในแง่ที่ว่า เขาไม่ได้มองเห็นมุมของการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือว่าเขาอาจจะไม่ถนัดในการตั้งโจทย์เพื่อแก้ปัญหา เขาอาจถนัดในเรื่องการฝึกอบรมนักวิจัย แล้วให้นักวิจัยไปหาโจทย์เอาเอง พอนักวิจัยตั้งโจทย์เป็นทำวิจัยเสร็จก็จะมีคนเอาไปใช้ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิด อาจารย์มหาวิทยาลัยมักเชื่อว่าถ้าอบรมวิธีการวิจัยแล้ว คนทำงานก็จะตั้งคำถามวิจัยได้ถูกต้องเอง แล้วทุกอย่างก็จะเกิดตามมาเอง ซึ่งเป็นการมองโลกในแง่ดีจนเกินไป”

“ส่วนหนึ่งก็ต้องยอมรับนะครับว่า สมัยแรกๆ ที่เราส่งเสริมเรื่องนี้ยังมีคนสนใจไม่มากนัก ขนาดเราให้ทุนด้วยนะ เราก็เลยต้องใช้วิธีการทำงานเชิงรุก คือไปเจาะดูว่าโรงพยาบาลใหญ่ๆ หรือสาธารณสุขจังหวัดที่เข้มแข็งเขาสนใจแค่ไหน แล้วเราจะไปช่วยเขาได้อย่างไร แต่ก็เห็นชัดว่ามันขึ้นอยู่กับตัวผู้บริหารเยอะมาก งาน R2R ที่เกิดขึ้นยุคแรกๆ ส่วนหนึ่งเกิดจากผู้บริหารต้องการอยากให้เกิด ผมขอยกตัวอย่าง **นายแพทย์ทรงกิจ อติวานิชพงศ์** ซึ่งเป็นสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ปากน้ำ ท่านเชิญให้เราไปทำวิจัยเพื่อหาจำนวนประชากรปากน้ำว่ามีเท่าไร เพราะปากน้ำเป็นเมืองคนงาน การที่จะดูแลอนามัยแม่และเด็ก หรือฉีดวัคซีนให้เด็ก ถ้าไม่รู้จำนวนประชากรที่แท้จริงก็จะวางแผนจัดกำลังคนและจัดงบประมาณไม่ถูกต้อง หรือจัดหน่วยบริการได้ไม่ดี ซึ่งนี่ก็เป็นตัวอย่างที่เคยทำมาแล้ว”



สวรส. และศิริราชพนักงำนกำลังพลักดันเครือข่าย

แม้จะไม่ได้ลงไปลุยในพื้นที่เอง แต่นายแพทย์สมศักดิ์ก็ยังคงเฝ้าติดตามและเอาใจช่วยการดำเนินงานของ R2R อย่างต่อเนื่อง ในฐานะที่ปรึกษาร่วมกับอาจารย์ผู้ใหญ่อีกหลายท่าน

“พอมาถึงยุคที่ สวรส. มาโปรโมต R2R ในช่วงหลังๆ ผมก็เฝ้าติดตามดูนะ และก็เห็นว่าความเข้าใจและความสนใจของโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นไปในเรื่องการทำวิจัยอยู่ แต่ผมก็ดีใจที่ สวรส. เข้ามาติดต่อที่มศิริราชไปเป็นผู้สนับสนุนหลัก ผมมองว่า สวรส. โชคดีเหมือนที่ผมได้อาจารย์ยังยุทธมาช่วยนั่นแหละ เนื่องจากที่มศิริราชมีความเข้าใจดี เพราะมีประสบการณ์จริงในโรงพยาบาลศิริราช และที่มศิริราชยังทำให้เห็นด้วยว่าการทำ R2R ที่แท้จริงคือการทำให้เกิดการพัฒนาองค์กร พัฒนางาน ไม่ใช่การทำให้เกิดงานวิจัยเท่านั้น คนทำงานก็ได้มีโอกาสถามตัวเอง สะสมประสบการณ์ว่าการทำงานวิจัยภายใต้การนำไปใช้ประโยชน์มันมีข้อแลกเปลี่ยนระหว่างงานคุณภาพของงาน และกระบวนการทำการวิจัยกับการใช้ประโยชน์มากน้อยแค่ไหน ผมคิดว่าประสบการณ์พวกนี้สำคัญมากที่ทำให้เกิดการซึมซับในเรื่อง R2R ได้”

“สองปีที่ผ่านมา สรรพ. จัดการประชุมวิชาการ R2R ระดับชาติไป 3 ครั้ง ซึ่งในประเด็นที่ว่า R2R คือการเคลื่อนไหวเพื่อพัฒนางานและพัฒนาองค์กร ยังถูกพูดถึงอยู่พอสมควร แต่ผมเข้าใจว่าการรับรู้และการเอาไปปฏิบัติจริง อาจจะยังไม่มากเท่าที่ควร เพราะอาจจะยังขาดการจัดการอย่างจริงจังในระดับ องค์กร ผมอยากเห็นหน่วยงานในระบบสุขภาพทุกหน่วยงานเมืองครีที่เข้ามา สนับสนุนการสร้างความรู้เพื่อนำไปพัฒนางาน คล้ายๆ ที่ศิริราชมีหน่วย R2R นั้นแหละครับ พุดง่าย ๆ ก็คือ หน่วยสนับสนุนการสร้างความรู้เพื่อการ พัฒนางาน หรือหน่วยสนับสนุนการพัฒนางานโดยใช้ความรู้ ซึ่งอาจจะ เป็น หน่วยเดียวกันกับหน่วยพัฒนาคุณภาพก็ได้”

“สำหรับหน่วยพัฒนาโครงสร้างนั้น ตามสถานบริการสาธารณสุข ก็ยังมีไม่มาก ผมคิดว่าอย่างน้อยๆ น่าจะมีที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือ โรงพยาบาลอำเภอ ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงสถานีอนามัยได้ด้วย เรียกว่า CUP (Contracting Unit for Primary Care) ซึ่งทุก CUP ควรมีหน่วยสนับสนุน การจัดการและสร้างความรู้เพื่อพัฒนางาน”

“CUP ในที่นี้คือ หน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการปฐมภูมิ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลขนาดต่างๆ ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลเอกชน โดยหน่วยงาน เหล่านี้น่าจะเป็นหน่วยสำคัญ ถ้าเรามีหน่วยจัดการสนับสนุนคล้ายๆ ที่ โรงพยาบาลศิริราชตั้งหน่วย R2R ขึ้นมา ทุกหน่วยงานต้องมีต้นแบบที่ดี มีกระบวนการทำงานที่ถูกต้องเหมาะสมด้วยนะครับ งาน R2R ก็น่าจะถูก ขับเคลื่อนไปได้อย่างมั่นคง ซึ่งผมจะย้ำอยู่เสมอว่าอย่าไปเริ่มต้นจากวิธีการ ให้ทุนวิจัยและฝึกอบรมการวิจัยเท่านั้น แต่ให้เริ่มต้นจากการชักชวน ผู้คนในหน่วยงานมาคุยกันว่ามีปัญหาอะไรที่อยากพัฒนา มีเรื่องอะไรที่ อยากจะทำได้ดีขึ้น แล้วถ้าทำได้ดีขึ้น มันควรจะมีการสร้างความรู้อะไร หรือทำวิจัยอะไรบ้าง ซึ่งผมเห็นว่าส่วนนี้ยังมีน้อยอยู่”





โมเดลที่นี้จะช่วยขับเคลื่อนงาน

ในฐานะที่ปรึกษาซึ่งเฝ้าติดตามความเคลื่อนไหวของ R2R มาโดยตลอด นายแพทย์สมศักดิ์กล่าวว่า อยากเห็นเครือข่าย R2R ในระดับประเทศเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง โดยมีศิริราชเป็นต้นแบบ

“ต้นแบบในที่นี้ไม่ได้หมายความว่า ทุกหน่วยงานต้องเลียนแบบที่มศิริราช หรือที่มศิริราชต้องออกไปสอนให้ทุกคนนะครับ แต่เป็นต้นแบบที่ทำได้ง่ายๆ นั่นคือการสร้างเครือข่าย INN ตามที่พวกเราเคยคุยกัน เช่น สวรส. อาจจะตั้งหน่วยกลางขึ้นมาหนึ่งหน่วย และหน่วยงานกลางนั้นก็ไปส่งเสริมให้เกิดการรวมตัวกัน ซึ่งถ้าจะให้ดีก็ต้องมีตัวโปรโมเตอร์ในระดับภาคที่เรียกว่า Node ซึ่ง Node ก็คือแกนของเครือข่าย และ Node ก็ไปทำให้ Individual หรือตัวบุคคลเกิดการเคลื่อนไหวอีกทอดหนึ่ง”

“ดังนั้น ภารกิจของ Node คือทำให้เกิดหน่วยจัดการที่เข้มแข็ง ซึ่งวิธีการทำให้เกิดหน่วยจัดการที่เข้มแข็งก็มีสองวิธี คือ **หนึ่ง** ไปส่งเสริมหรือไปช่วยเขา **สอง** ไม่ต้องไปช่วยหรอก แต่จัดให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดการกระตุ้นซึ่งกันและกัน เพราะฉะนั้น Node ก็จะมีภารกิจที่สำคัญมาก นั่นคือทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จนถึงขั้นที่เห็นวิธีการจัดการ”

“นอกจากนี้ Node ไม่ใช่แค่ผู้จัดให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องวิธีการทำวิจัยเท่านั้น แต่เน้นในเรื่องการจัดการด้วย ผมคิดว่าเราแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการทำวิจัยอยู่เยอะ ความจริงมันมีสามด้านใหญ่ๆ คือการทำวิจัย การใช้ประโยชน์จากการวิจัย และการจัดระบบจัดการเพื่อสนับสนุนให้เกิดสองเรื่องแรก ซึ่งตอนนี้เราขยับอันแรกได้ดีพอสมควร อันที่สองนี้ยังพอเกิดขึ้นบ้าง อันที่สามนี้น้อยสุด แต่ก็อย่างที่บอกนั่นแหละครับว่า กลวิธีก็ยังเป็นการทำงานผ่าน Node แต่เราก็ต้องทำให้ Node เข้าใจบทบาทและเป้าหมายตรงนี้ร่วมกันกับเราให้ได้เสียก่อน”

“อีกข้อหนึ่งที่ผมคิดว่าเป็นข้อดีคือ ที่ผ่านมามีสองหน่วยงานที่เริ่มสนใจและอยากเข้ามาช่วยส่งเสริมการดำเนินงานของเรา คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และผู้ตรวจราชการ ผมเข้าใจว่าสองหน่วยงานนี้เข้ามาสนใจและอยากส่งเสริม R2R แต่อาจจะด้วยเหตุผล และเป้าหมายที่แตกต่างกัน นิดหน่อย ฝ่าย สปสช. อยากเข้ามาส่งเสริมเพราะเชื่อว่าถ้ามีการวิจัยที่ดีจะทำให้เกิดการพัฒนาระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด R2R นิดหน่อย คือไม่ได้ทำวิจัยเพื่อให้เกิดการวิจัย แต่ทำวิจัยเพื่อนำไปใช้พัฒนางาน”

“ส่วนฝั่งผู้ตรวจราชการ ผมเข้าใจว่าก็อาจจะคิดคล้ายๆ กันนะ แต่เขาอาจจะติดอยู่กับคำว่า การส่งเสริมความสามารถทางวิชาการ พูดย่างๆ คือว่าเขาอาจจะยังไม่เห็น หรือไม่กล้าเน้นมากกว่างานวิจัยต้องนำไปใช้ประโยชน์ เขาอาจจะอยากเห็น R2R มาทำให้เจ้าหน้าที่มีงานวิจัยมากขึ้น เอาไปเลื่อนขั้นได้ดีขึ้น ผมก็หวังว่าทางสำนักตรวจราชการจะเข้ามามีส่วนร่วมทำให้เกิดแนวคิดที่ว่า การวิจัยสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาเป็น ไม่ได้นำไปใช้เพื่อโปรโมตตัวเอง”

“ผมขอวกกลับมาที่ สปสช. นิดหนึ่ง ความเข้าใจของ สปสช. ว่างานวิจัยต้องนำไปใช้พัฒนาระบบนั้น เป็นทั้งข้อพึงระวังและข้อพึงดีใจ ที่ว่าข้อพึงดีใจคือ ถ้า สปสช. สนใจ ทางหน่วยบริการซึ่งเป็นคู่สัญญากับ สปสช. ก็อาจจะมีโอกาสที่จะตื่นตัว และได้รับการสนับสนุนมากขึ้น ส่วนข้อพึงระวังมีสองข้อ **หนึ่ง** คือ สปสช. มองว่าการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบนั้นเป็นการพัฒนาระดับใหญ่ แต่อย่างที่ว่า R2R พยายามจะบอกว่าการทำวิจัยเพื่อพัฒนามันเป็นระดับพื้นที่ และระดับองค์กรนะ ไม่ใช่ภาคใหญ่ พอเวลาผ่านไปชักพักผู้บริหารไม่สนใจ เพราะไม่ได้ส่งผลต่อประโยชน์ของเขา อันนี้ก็ข้อพึงระวัง”

“**สอง** ที่พึงระวังมาก คือ เวลาที่ สปสช. สนใจนั้น จะมีเครื่องมือที่สำคัญคือ เงิน สปสช. เป็นหน่วยให้ทุน ให้เงินซื้อบริการ แต่สิ่งที่เราต้องการในการทำงาน R2R ให้สำเร็จนั้นไม่ใช่เงิน แต่เป็นเรื่องของความเข้าใจและการจัดระบบ การจัดระบบ ก็ต้องใช้เงินนิดหน่อย เช่น มีหน่วยส่งเสริม อย่างปีแรกหน่วยส่งเสริมก็ต้องจ้างคนมาทำงาน ไม่ใช่เงินให้ทุนวิจัย แต่ สปสช. อาจจะนึกว่าตัวเองต้องมาให้ทุนวิจัย จะได้เกิดงานวิจัย ผมคิดว่าการให้ทุนจากภายนอกองค์กรคงไม่ถูกกับ R2R เท่าไร”

“เพราะถ้าพูดตามทฤษฎีแล้ว เราอยากเห็นการให้ทุนทำงานวิจัยจากข้างในองค์กรของแต่ละแห่งเอง แน่แน่นอนว่าที่ไหนที่ยากจน เงินบำรุงก็น้อย เพราะมันเป็นพื้นที่ที่ขาดแคลนจริง ๆ การให้เงินอีกก้อนหนึ่งเพื่อไปส่งเสริมงานวิจัยผมคิดว่าก็โอเคนะ แต่ถ้าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่มีเงินอยู่แล้ว การส่งเสริมงานวิจัยโดยใช้เงินข้างในก็จะถือว่าเป็นหลักการที่ดี เพราะจะทำให้โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขเหล่านั้นเริ่มคิดมากขึ้นว่า ตัวเองจะลงทุนเพื่อการวิจัยมากน้อยแค่ไหน”

“เพราะมันเกิดประโยชน์กับตัวเอง ไม่ใช่ลงทุนเพราะว่าลูกน้องได้ผลงานไปเลื่อนขั้น พอให้เงินไปลงทุนเขาเสร็จแล้วก็จะพูดได้ว่าไหนดูซิ เอาเงินไปลงทุนได้ประโยชน์จริงหรือเปล่า พัฒนางานได้จริงไหม เหมือนที่เราได้ยินว่า แค่งานวิจัยหนึ่งชิ้นที่ศิริราชก็ประหยัดได้ตั้งปีละเก้าล้าน ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีที่ผมอยากเห็นการจัดการแบบนี้”

“นอกจากนี้ เรายังอยากเห็นความเชื่อมโยงของการนำเอางานวิจัยไปใช้ ถ้าคนข้างนอกมาให้ทุนวิจัยอยู่เรื่อย ๆ คนข้างในก็จะเฉย ๆ กันหมด ไม่มีความกระตือรือร้น เพราะนึกว่าเป็นการส่งงานวิจัยไปประกวดเพื่อให้ได้ทุนมา ซึ่งมันไม่ใช่อย่างนั้น มันเป็นการลงทุนวิจัยเพื่อจะได้เอางานมาใช้ประโยชน์ในงานประจำของตัวเอง อย่างที่บอกก็คือว่า ถ้าเขาต้องจ่ายเงินค่าวิจัยเอง มันจะทำให้เขาเห็นคุณค่าในสิ่งที่เขาทำ มันเป็นเทคนิคของการจัดการที่ดีอย่างหนึ่ง เพราะถ้าไม่เข้าใจตรงนี้ก็จะเป็นไปเที่ยวหาเงินข้างนอกเพื่อทำวิจัย คุณยิ่งหาเงินข้างนอกได้คุณยิ่งเก่งอะไรแบบนี้ อันนั้นเป็นวิธีคิดของการทำงานวิจัยเชิงวิชาการ ไม่ใช่งานวิจัยเพื่อพัฒนางาน การจะพัฒนาข้างในต้องเป็นการลงทุนในองค์กร”

Area-Based Research กับ การสร้างเครือข่าย R2R

นอกจากนี้ นายแพทย์สมศักดิ์ยังได้กล่าวถึงบทบาทการสนับสนุนการขับเคลื่อนเครือข่าย R2R ของ สวรส. ไว้ได้อย่างน่าสนใจว่า

“อย่างที่เราเห็นว่างานวิจัย R2R ต้องสามารถนำกลับมาใช้พัฒนา
งานประจำได้ และควรจะต้องเกิดในระดับพื้นที่ ซึ่งประเด็นนี้ สวรรส. เข้าใจดี
และ สวรรส. เองก็ยังมีหน้าที่ในการส่งเสริมงานวิจัยเพื่อไปเปลี่ยนทั้งหมด
ผมคิดว่าแนวคิดนี้ไม่เคยเปลี่ยนเลยตั้งแต่มีแผน Area-Based Research
มา ซึ่งผู้บริหาร สวรรส. ที่ผ่านมา รวมทั้ง **นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข**
ผู้บริหารคนล่าสุดของ สวรรส. ก็พยายามส่งเสริม R2R อย่างต่อเนื่อง แต่สิ่งที่
อาจจะยังเห็นแตกต่างกันอยู่เป็นเรื่องของรายละเอียดในการทำงาน เช่น การ
สร้างให้เกิดหน่วยส่งเสริมการวิจัยตรงนี้ก็อาจจะเริ่มเห็นต่างกันแล้วว่าจำเป็นไหม
ซึ่งผมคิดว่าไม่ใช่เรื่องสำคัญ เพราะถ้าพูดกันให้โอเวอร์เข้าไว้คือ ทั้งประเทศมี
หน่วยเดียวก็อาจจะจัดการไม่ไหว หน่วยบริการทุกหน่วย มีของตัวเอง
ก็อาจจะมากไป เป็นไปได้ว่ามันอาจจะมียะไรสักอย่างอยู่ตรงกลาง เช่น Node
เป็นตัวสนับสนุนและดูแลสมาชิกทุกคนเลย เป็นต้น”

“คำว่าดูแลในที่นี้คือ เป็นตัวส่งเสริมนะครับ แนนอนว่าจุดอ่อนของโมเดลนี้
ก็อาจจะคล้ายๆ โมเดลส่วนกลาง คือ Node มีความสามารถพอไหมที่จะเข้าไป
ประสานงานกับแต่ละองค์กร เพราะถ้ายึดตามแนวคิดที่ผมเล่ามาทั้งหมดจะ
เห็นชัดเลยว่า ถ้าหน่วยงานมีการจัดตั้งเอง มีการจัดการเองเป้าหมายองค์กร
หรือว่าประโยชน์ที่ได้กับองค์กรก็จะถูกนำมาดู ซึ่งชัดเจนมาก ถ้าหน่วยงาน
ข้างนอกไปสนับสนุนให้เห็นว่าเรื่องนี้สำคัญ ตัวองค์กรบอกว่าไม่เห็นสำคัญเลย
เข้าไปส่งเสริมเขา แต่เขาจะนำไปใช้ประโยชน์ก็ไม่ได้”

“แต่ถ้า Node เก่ง ก็จะไปคุยกับผู้บริหารด้วย ผู้บริหารในที่นี้ไม่ได้หมายถึง
ผู้บริหารระดับสูงเท่านั้นนะครับ จะเป็นหัวหน้าหน่วย หัวหน้าแผนก หัวหน้า
ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการส่งเสริมสุขภาพ ก็ถือเป็นผู้บริหารด้วยทั้งนั้น
ถ้าเข้าไปคุยกับบุคคลเหล่านี้มันก็จะโอเค แต่ถ้า Node ไม่เข้าใจ ไปคุยกับผู้บริหาร
ก็ไม่ได้ โยงไปถึงคนหน้างานก็ไม่ได้ มันก็จะเป็นการจัดการที่ผิดไปจากต้นแบบ
ผมคิดว่าถ้า Node ไม่สามารถไปคุยกับทุกหน่วยได้ ก็ควรจัดเวทีให้คุยกัน
และเข้าไปคุยกับหน่วยงานย่อยแทน”

“สำหรับในโรงพยาบาลต่างๆ ผมคิดว่า สวรรส. ยังคงกันไม่ชัดเจนเท่าไรว่าอยากเห็นถึงขั้นนั้นไหม แล้วเป็นการทำงานในโมเดลที่ใช้หรือเปล่า แต่ทั้งนี้ผมก็ฝากให้ทีม R2R กลางช่วยดูแลด้วยนะครับ ในฐานะเป็นการทำงานแทนสวรรส. ผมคิดว่าประสบการณ์ของทีมศิริราชจะมีส่วนช่วยได้เยอะในการหาต้นแบบที่เหมาะสมสำหรับ Node แต่การที่ Node จะทำอะไรมากน้อยแค่ไหนเพียงใดนั้นคงต้องแล้วแต่ความพร้อมและข้อเท็จจริง มันไม่มีอะไรผิดไม่มีอะไรถูกหรอกครับ”



สร้าง Node ให้เข้มแข็งต้องร่วมแรงร่วมใจ

นายแพทย์สมศักดิ์แนะนำว่า การที่จะสร้าง Node ให้เข้มแข็งนั้น ทุกฝ่ายต้องร่วมแรงร่วมใจ และต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง

“ผมคิดว่าวิธีที่ง่ายที่สุดในการสร้าง Node ให้เข้มแข็งคือ จัดให้มีการเจอกันเป็นระยะๆ ถ้าเราเชื่อเรื่องการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะเป็นวิธีการขับเคลื่อนให้คนหาแนวทางที่เหมาะสมและสอดคล้อง ผมคิดว่าการจัดให้มีการประชุมสม่ำเสมอเป็นกิจกรรมสำคัญ และที่มากกว่านั้นคือการจัดการประชุม ก็จะเป็นโอกาสในการต่อยอดถึงเป้าหมายร่วม”

“เป้าหมายร่วมในที่นี้ไม่ได้แปลว่าแค่เป้าหมายใหญ่ๆ นะครับ แต่หมายถึงว่าเราอยากเห็นกลไกส่งเสริมเชิงรุกในทุกองค์กรใช้ไหม ถ้าไม่ใช่ ลองขยับมาเป็นทุกเขตไหม ขยับมาเป็นทุก Node ใหม่ ทุกเครือข่ายใหม่ แต่ Node ต้องทำหน้าที่นี้ ต้องไปส่งเสริมนะครับ ผมคิดว่าการมาคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน การส่งเสริมเชิงรุกแปลว่าอะไร ทำอะไรได้บ้าง เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดที่ทำได้ ถ้ามากกว่านั้นก็ไปจัดอบรม หรือทำคู่มือด้วยกัน”

“ถ้าหน่วยงาน R2R กลางสามารถจัดให้คนมาคุยกันได้ แล้วเขาก็ไปหาวิธีทำงานเขาเอง แล้วก็มีกรอบในการประเมิน เพื่อให้เห็นว่ามันเกิดขึ้นจริงหรือเปล่า ทีม R2R จัดเวทีเสวนาก็สร้างระบบข้อมูลเพื่อให้เห็นว่ามันเป็นไปตามนั้นหรือยัง อาจจะทำอีกระดับหนึ่งว่ามันดีหรือยัง หรือไม่ดีตรงไหน เป็นการสร้างการขับเคลื่อนงานผ่านการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดจากหลักการทั่วไปของข้อมูลจำนวนหนึ่ง เพื่อทำให้การเรียนรู้มันสนุกขึ้น”



งานจะสำเร็จถ้าคิดถึงส่วนรวม

นายแพทย์สมศักดิ์ฝากถึงสมาชิก R2R และเครือข่าย R2R ทั่วประเทศทุกคนว่า

“อย่าลืมว่าทั้งหมดที่เราทำอยู่นี้ เรากำลังพยายามทำให้หน่วยงานข้างล่างเข้มแข็ง เราไม่ได้มาทำตามความอยากของแต่ละคน เราต้องเข้าใจร่วมกันก่อนว่าเป้าหมายทำให้ฐานข้างล่างเข้มแข็ง ถ้าเราเชื่อว่าฐานข้างล่างเข้มแข็งแล้ว คนทำงานตอบโจทย์ตัวเองได้ การทำงานจะดีขึ้นชาวบ้านจะได้รับประโยชน์แล้ว ประเทศก็จะได้ประโยชน์ไปด้วย เพราะว่าการใช้ทรัพยากร จะมีประสิทธิภาพมากขึ้นคุณภาพดีขึ้น”

“ผลที่เกิดจาก R2R เราอ้างอิงเสมอว่ามีสามอย่าง คือ ชาวบ้านได้ประโยชน์ องค์กรได้ประโยชน์ คนทำงานได้ประโยชน์ ชาวบ้านได้ประโยชน์ในที่นี้ก็คือ ได้รับการบริการที่ดีขึ้น เร็วขึ้น ใช้ทรัพยากรมีประสิทธิภาพ ประหยัดเงิน คนทำงานได้ประโยชน์ก็คือว่า เกิดการเรียนรู้ เกิดความสุขในการทำงาน ไม่หนักมากจนเกินไป ส่วนองค์กรได้ประโยชน์คือ ชื่อเสียงดีขึ้น เป็นที่ยอมรับมากขึ้น อีกอันหนึ่งก็คือว่า บรรดาพ่อยกแม่ยกทั้งหลายที่สนใจ ก็อย่าลืมคุยกันเป็นระยะเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปรับเป้าหมายให้ตรงกัน”

“ผมคิดว่าคนทำงานส่วนใหญ่อยากให้งานวิจัยเกิดประโยชน์แน่ แต่บางส่วนเขาอาจจะยังไม่เข้าใจ เพราะยังไม่เห็นตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม เขาเห็นแต่ตัวอย่างที่ทำวิจัยเสร็จก็ไปนำเสนอแล้วก็ได้รางวัล ได้ตีพิมพ์ ได้เลื่อนขั้น แล้วนึกว่ามันคงได้ประโยชน์แล้ว สักวันหนึ่งคงมีใครที่เอาไปใช้ประโยชน์”

“แต่ถ้าเขาได้เห็นในสิ่งที่เราพยายามช่วยกันทำอยู่ เขารู้ว่าจริง ๆ แล้วประโยชน์ของการทำงานวิจัย R2R มันมากกว่านั้น มันไม่ใช่แค่ตีพิมพ์แล้วรอให้คนเอาไปใช้ต่อ หรือบางทีตีพิมพ์ก็อาจจะไม่ได้เอาไปใช้ประโยชน์เลย รางวัลก็อาจจะไม่ได้ ผมอยากจะบอกว่า ถ้าทำวิจัยแล้วไม่ได้รางวัลก็ไม่ใช่ไร”

“เพราะเราไม่ได้ทำงานเพื่อประกวดเอารางวัล แต่เราทำงานเพื่อพัฒนาตัวเอง” นายแพทย์สมศักดิ์กล่าวสรุป

ทหารเสือ

พื้บุกเบิกเครือข่าย R2R



นายแพทย์อัครินทร์ นิมนานนิตย์



ฟันให้ชัด คิดให้ตั้ง
ทำให้ได้ ไปให้ถึง

ทุกครั้งที่ R2R มีการจัดกิจกรรมต่างๆ หรือ
ผุดยุทธศาสตร์การทำงานใหม่ขึ้นมา นายแพทย์
อัครินทร์ นิมนานนิตย์ ผู้จัดการโครงการพัฒนางาน
ประจำสู่งานวิจัยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มักจะมีส่วนร่วมในฐานะทัพหน้าเสมอ ล่าสุดกับการ
สร้างเครือข่าย R2R ก็มีชื่อของนายแพทย์อัครินทร์
เป็นหนึ่งในแกนหลักที่อยู่ทัพหน้าด้วย

บทบาทหน้าที่ที่ได้รับจะเหมือนหรือแตกต่าง
จากที่เคยทำมาก่อนหน้านี้มากนักน้อยแค่ไหน
นายแพทย์อัครินทร์พร้อมแล้วที่จะมาเผยแผนงาน
ให้เราฟังค่ะ



เครือข่าย R2R ความสัมพันธ์แนวราบ

ย้อนกลับไปเมื่อปลายปี 2551 กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้ลงนามร่วมกันในความร่วมมือทางวิชาการ MOU (Memorandum of Understanding) ซึ่งการผึกกำลังดังกล่าวของ 4 องค์กรยักษ์ใหญ่แห่งวงการสาธารณสุขไทยเป็นที่จับตามองของหลาย ๆ ฝ่าย และเป็นการส่งสัญญาณว่า การเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุขไทยกำลังจะมาถึง นายแพทย์อัศรินทร์เล่าถึงที่มาของความร่วมมือดังกล่าวให้ฟังว่า

“วัตถุประสงค์ของการลงนาม MOU ร่วมกันคือ ทุกฝ่ายต่างมีความเห็นตรงกันว่า R2R น่าจะเป็นประโยชน์กับประเทศไทย และต้องการทำให้เกิดระบบเครือข่าย R2R เกิดการถ่ายทอดความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน โดยมีเป้าหมายให้ในแต่ละพื้นที่สามารถทำงานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาหน้างานได้ด้วยตัวเอง และในขณะเดียวกันก็เป็นการเพิ่มศักยภาพให้กับตัวผู้ปฏิบัติงานเองด้วย ตอนแรกเราก็กังไม่รู้ว่ามันจะออกมาในรูปแบบไหน แต่เราก็โชคดีที่ได้แนวทางจาก **ท่านอาจารย์ประเวศ วะสี** และ **ท่านอาจารย์วิจารณ์ พานิช** ซึ่งทั้งสองท่านแนะนำว่าควรจะทำในลักษณะ INN model ประกอบไปด้วย I-Individual (ตัวบุคคล) N-Node (แม่ข่าย) และ N-Network (กลุ่มบุคคลที่รวมตัวเป็นเครือข่าย)”

“โดยการสนับสนุนให้องค์กรต่าง ๆ ทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ที่มีการทำงานวิจัย R2R อยู่แล้วรวมตัวกันเป็นเครือข่ายขึ้นมา ร่วมกันสนับสนุนการทำงานซึ่งกันและกัน โดยมี Node ซึ่งเป็นองค์กรที่เข้มแข็งกว่าทำหน้าที่เป็นเหมือนหัวหมูทะลวงฟันเป็นกองสนับสนุน แต่ทุกคนในเครือข่ายก็ต้องสนับสนุนให้ Node อยู่ให้ได้ด้วยนะครับ”

“ยกตัวอย่างเช่น ตอนนี้หลายโรงพยาบาลในภาคตะวันออกได้รวมตัวกันเป็นเครือข่าย R2R ภาคตะวันออกขึ้นมา โดยมีโรงพยาบาลสมเด็จพระปกเกล้า จันทบุรียื่นได้รับเป็น Node โดยที่ทุกคนมีความสำคัญเท่ากันหมด คือก่อนอื่นต้องเข้าใจก่อนว่า Node ไม่ใช่หัวหน้านะครับ แต่ Node คือพี่ใหญ่ ที่จะคอยสนับสนุนน้องๆ ซึ่งก็หมายถึงสมาชิกในเครือข่ายนั่นเอง ในขณะเดียวกันน้องๆ เองก็ต้องสนับสนุนพี่ใหญ่ด้วย เป็นความสัมพันธ์เชิงแนวราบ”



เริ่มก้าวใหม่ ทุกฝ่ายต้องเรียนรู้ไปพร้อมกับ

ตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา นายแพทย์อัครินทร์และทีมงานมีความเชี่ยวชาญด้านการผลักดันงานวิจัย R2R ในฐานะคุณอำนวย อีกทั้งยังลงพื้นที่ไปเป็นวิทยากรให้กับองค์กรที่สนใจนำ R2R เข้าไปพัฒนาการทำงานประจำให้เกิดประสิทธิผล แต่ทว่าการสร้างเครือข่าย R2R นั้นถือเป็นงานใหม่ ซึ่งนายแพทย์อัครินทร์กล่าวว่าทุกคนทุกฝ่ายต้องเรียนรู้ไปพร้อมกัน

“ผมกับอาจารย์เชิดชัย (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดชัย นพณิจารัสเลิศ) คิดตรงกันว่าเราต้องเข้าไปช่วยแต่ละเครือข่ายในลักษณะสนับสนุนให้คนทำงานได้ ไม่ใช่เข้าไปแบบหัวหน้า แต่เข้าไปอย่างเพื่อนอย่างกัลยาณมิตร ซึ่งเราก็ใช้แนวทางว่าเราเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาที่เข้าไปสนับสนุนให้เขาทำงานกันให้ได้ แต่เราไม่ใช่ตัวทำปฏิกิริยา ไม่ใช่ที่เราลงไปทำเองนะครับ”

“ตอนที่สนับสนุนเครือข่ายภาคตะวันออก เราเดินสายกันเยอะเหมือนกัน แต่พอดีว่าตัวแนวคิดของ R2R เป็นที่ยอมรับในระดับหนึ่งในวงการศึกษาสาธารณสุขไทยอยู่แล้ว พอเราเข้าไปคุยที่ไหน แบรนด์ R2R รวมทั้งตัวอย่างความสำเร็จต่างๆ ที่เคยมีจากการทำวิจัยที่ศิริราชทำให้การขับเคลื่อนทำงานง่ายขึ้น เราสามารถเข้าไปพบกับผู้อำนวยการของโรงพยาบาลต่างๆ ได้อย่างราบรื่น ระหว่างนั้นก็ชวนโรงพยาบาลต่างๆ เข้ามาตั้งเป็นเครือข่ายร่วมกันด้วย”

“ตอนนั้นเครือข่ายที่เกิดขึ้นมีอย่างน้อย 4 เครือข่าย คือ ภาคอีสาน ภาคใต้ ภาคตะวันออก และภาคกลาง เมื่อเครือข่ายเกิดขึ้นมาแล้ว เป็นโครงสร้างที่สามารถจัดประชุม หรือจัดกิจกรรมอะไรต่างๆ ได้ ทีมสนับสนุนจากส่วนกลางก็จะไปสนับสนุนการดำเนินการ หรือให้คำปรึกษาต่างๆ ได้ แต่อย่างหนึ่งที่ทีมส่วนกลางจะไม่ให้การสนับสนุนคือทุนวิจัย ทั้งนี้เพราะการทำ R2R เป็นเรื่องของการพัฒนาหน่วยงานและของพื้นที่ จึงควรจะเป็นเรื่องที่แต่ละองค์กร แต่ละหน่วยงานต้องลงทุนด้วย”

“ก้าวต่อไปจากนี้คือ ทำให้เครือข่ายต่างๆ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่างเครือข่ายเอง ซึ่งก็เริ่มทำไปแล้ว ประเด็นที่ทำทนายขณะนั้นคือทางเครือข่ายเองจะสนับสนุนให้ตัวบุคคลในแต่ละเครือข่ายนั้นสร้างงานวิจัย R2R ได้อย่างไร ข้อนี้สำคัญมาก เพราะผลของการมีเครือข่ายนั้นควรทำให้เกิดผลดีทั้งผลระยะสั้นและผลระยะยาว ควรทำให้ทุกคนเห็นเพื่อเกิดแรงบันดาลใจว่า การรวมเป็นเครือข่ายนั้นดีอย่างไรบ้าง สามารถสนับสนุนงานวิจัยแบบไหนได้บ้าง และยังสนับสนุนให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันได้ด้วยนะ ไม่ใช่ว่าจัดตั้งแล้วมีแต่ชื่อเครือข่ายแต่ไม่ได้มีการทำงานจริง”

“ทีมงานส่วนกลางอยากจะไปช่วยสนับสนุนศักยภาพของเครือข่ายให้แข็งแกร่งขึ้นเรื่อยๆ โดยเรื่องหลักๆ ที่ส่วนกลางจะเข้าไปสนับสนุนอย่างจริงจัง ก็คงเป็นเรื่องของการตั้งคำถามวิจัย เพื่อจะนำไปสู่ผลการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีกับทุกคนใช้ ผู้รับบริการ และผู้ปฏิบัติงานเอง ส่วนในขั้นตอนการออกแบบวิธีวิจัย และการทำงานวิจัยนั้นคงไม่ใช่เรื่องซับซ้อนมากมาย ซึ่งในเครือข่ายเองก็จะช่วยเหลือกันต่อไปครับ”



ใช้กลยุทธ์ผลักดันทั้งแบบเชิงรุกและเชิงรับ

หลังจากได้แนวทางในการสร้างเครือข่ายมาจากอาจารย์ผู้ใหญ่มากแล้ว สิ่งที่น่าายแพทย์อัศวินทร์และทีมงานนำมาขับเคลื่อนในช่วงเริ่มต้นก็คือ การจัดอบรมเคล็ดลับการเป็นคุณอำนวย (Facilitator) ให้กับโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในลักษณะเชิงรุกและเชิงรับ

“ต้องยอมรับว่า ตอนแรกที่เราเริ่มทำเราก็ไม่รู้หรอกว่าองค์กรไหนสนใจบ้าง ก็มีบางองค์กรเชิญทีม R2R ศิริราชไปเป็นวิทยากรให้ ดังนั้น ทีมงานกลาง R2R ก็เลยขมิกลางด้วยการเปิดการจัดอบรมเชิญชวนทีมจากองค์กรภายนอกที่สนใจอยากสนับสนุนงานวิจัย R2R ในองค์กรของตนเข้ามาอบรมการเป็นคุณอำนวย ซึ่งก็ทำให้เราได้ทราบว่ามืองค์กรใดบ้างที่สนใจจริงๆ และเป็น การแอบดูตัว ‘ว่าที่คุณอำนวย’ ในการสร้างเครือข่ายกันด้วยครับ”

“จากการอบรมสำหรับคุณอำนวย R2R ที่ศิริราช ทำให้ทราบว่า กลุ่มคุณอำนวยที่มุ่งมั่นผลักดันงานวิจัย R2R อยู่ที่องค์กรใดบ้าง ซึ่งนั่นจะทำให้การสนับสนุนจากส่วนกลางทำงานได้ง่ายขึ้น และสามารถทราบว่า จะติดต่อไปยังคุณอำนวยคนใดได้บ้าง ซึ่งตรงนี้มีมาตรการดูตัวกันหลายอย่างจริงๆ ต้องบอกว่า ตอนที่มาอบรมคุณอำนวยที่ศิริราชเราก็ค่อนข้างกังวล เพราะไม่ทราบว่าควรเริ่มต้นอย่างไรถึงจะได้ผลดี ท่านอาจารย์วิจารณ์กับอาจารย์ผู้ใหญ่หลายๆ ท่านก็ให้คำแนะนำว่า ถ้าอยากรู้ว่าในแต่ละพื้นที่ เขาเอาจริงไหม ต้องเก็บเงินค่าอบรมด้วยนะ เพราะเป็นตัวช่วยกรองว่าองค์กรใดมีการลงทุนเพื่อสนับสนุนอย่างจริงจัง”



“เมื่อได้คำแนะนำมาก็มาปรึกษากันในที่ม และได้ข้อตกลงว่าเราจะเก็บเงินเป็นค่าลงทะเบียน คือเก็บเฉพาะค่าที่เข้ามาฝึกอบรมในศิริราช 3 วัน แต่เราก็ไม่ได้เก็บสูงมากนะครับ เราแค่ต้องการวัดว่าทีมที่มาอบรมนั้นให้ค่ามันสัญญาณระดับหนึ่ง ว่ามาเพราะสนใจจริงๆ แล้วมีโรงพยาบาลให้การสนับสนุนมาด้วย เราเปิดอบรมมา 3 รุ่นแล้ว ถึงตอนนี้มีโรงพยาบาลที่มาอบรมกับเราทั้งหมด 18 โรงพยาบาลแล้วครับ”

“มีหลายๆ แห่งเหมือนกันนะครับที่ผู้ตรวจราชการเขตให้การสนับสนุนในระดับนโยบายเองเลย อย่างทางภาคตะวันออก เกิดการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม และชัดเจนมาก แล้วก็มิจิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน มีการประชุมโดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายของเขาเอง และเร็วๆ นี้กำลังจะจัดอบรมกรรมการที่ทำวิจัยในคน ไม่ใช่แค่การไปอบรมเพื่อให้คนรู้เรื่องของการวิจัยในคนเท่านั้นนะครับ แต่อบรมคนที่จะไปทำงานเป็นคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยด้วย เพื่อที่จะได้ทำงานอยู่ในหน่วยงานและเครือข่ายได้เลย ส่วนทางภาคใต้ก็เริ่มจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ ถือว่าเป็นสัญญาณที่ดีครับ”





อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในบางพื้นที่จะมีการดำเนินการเรื่องเครือข่ายไปบ้างแล้ว แต่นายแพทย์อัครินทร์และทีมงานก็ยังพบอุปสรรคในการผลักดันเครือข่ายอยู่บ้างพอสมควร

“ผมคิดว่าความแตกต่างทางวัฒนธรรมและธรรมชาติของคนในแต่ละพื้นที่มีผลต่อการขับเคลื่อนเครือข่ายเยอะเลยครับ และยังขึ้นอยู่กับเวลาที่เราเข้าไปช่วย ไปชวนกันตั้งเครือข่ายในแต่ละพื้นที่ก็จะเสนอเองว่ามีต้นทุนเดิมอะไรอยู่บ้าง อย่างทางบริบทภาคตะวันออก เท่าที่ทราบมีการรวมตัวกันทางวิชาการเพียงหลวมๆ นะครับ แต่คุณอำนวยหลายท่านจากหลายองค์กรก็สามารถร่วมกันทำงาน อีกทั้งร่วมกันประสานงานกับทางผู้ตรวจราชการเขต ซึ่งให้การสนับสนุนเป็นอย่างดีได้ ในขณะที่ภาคใต้ก็มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็น Node ซึ่งต่อยอดจากการรวมตัวกันของสถาบันพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)”

“โชคดีที่ สพช. ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เอง เพราะฉะนั้น เขาก็เลยอาศัยโครงสร้างการทำงานตรงนี้ทำงานคู่ไปด้วยกันเลย ซึ่ง สพช. ก็เป็นหนึ่งในภาคีของการทำงาน R2R ส่วนกลางอยู่แล้วด้วย ก็เลยใช้หลักการนั้นในการชวนสมาชิกเข้ามาร่วมกัน เป็นบริบทการทำงานที่ต่างไปจากทางภาคตะวันออก ซึ่งขณะนี้ทางเครือข่าย R2R ภาคใต้ก็กำลังติดต่อเข้ามาว่า กำลังจะมีกิจกรรมต่อไป โดยมีเป้าหมายชัดเจนว่าอยากให้เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเทคนิคการทำงานในเครือข่ายภาคใต้ด้วยกัน ในขณะที่ภาคอีสานก็มีรวมตัวเป็นเครือข่ายในระดับหนึ่งอยู่แล้ว เช่น นครชัยบุรินทร์ (จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์) ซึ่งที่ผ่านมา มีการจัดประชุมวิชาการและการทำงานหลายๆ อย่างร่วมกันอยู่แล้ว ดังนั้นหน้าที่ของทีม R2R กลางคือการเข้าไปสนับสนุนเสริมให้เครือข่ายนี้แข็งแรงและขยายตัวมากขึ้น”

“เครือข่ายภาคกลางฝั่งตะวันตกได้พบปะพูดคุยประชุมกันไปเมื่อเร็วๆ นี้เอง โดยเครือข่ายที่กำลังจะเกิดขึ้นมีโรงพยาบาล สถานพยาบาล และหน่วยงานบริหารทางสาธารณสุขต่างๆ ในจังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี และนครปฐม ขณะนี้กำลังมีการประสานงานระหว่างกัน ซึ่งจุดเริ่มต้นที่สำคัญเกิดขึ้นเมื่อโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรีส่งบุคลากรเข้ามาอบรมการเป็นคุณอำนวยที่ศิริราช และทีมงานที่มารู้สึกว่าแนวคิดการวิจัย R2R น่าจะใช้ได้ดี จึงติดต่อชักชวนทางสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เข้ามาร่วมด้วยเท่าที่ทราบทางสาธารณสุขจังหวัดจะเป็นแกนนำในการรวมเครือข่ายบริเวณรอบๆ นั้นเลย สำหรับภาคเหนือก็กำลังจะเข้ามา”



เครือข่ายจะเดินกันได้ต้องสื่อสารให้เข้าใจแนวคิด R2R ให้ตรงกัน

เนื่องจากการสร้างเครือข่าย R2R นั้น มีขอบเขตกว้างกว่างานวิจัยที่เคยทำในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จึงเป็นความท้าทายในอีกรูปแบบหนึ่ง แต่ด้วยความเป็นมืออาชีพ นายแพทย์อัครินทร์และทีมงานก็มีวิธีรับมือกับปัญหาได้อย่างไม่ยากเย็นนัก

“ผมคิดว่าความท้าทายที่เจอส่วนใหญ่เป็นเรื่องคนนะ คือถ้าคนยังไม่เข้าใจแนวคิด R2R อย่างถ่องแท้ ก็จะคิดว่าการสนับสนุนในรูปแบบ INN เป็นเพียงแค่การตั้งเครือข่ายวิจัยขึ้นมาเฉยๆ ผลก็คือมีงานวิจัยเยอะๆ แต่มันก็อาจจะไม่ได้เปลี่ยนแปลงอะไรให้โลกใบนี้ดีขึ้น ไม่ได้เปลี่ยนแปลงแม้กระทั่งให้ในแต่ละหน่วยงานทำงานได้ดีขึ้น หรือแม้กระทั่งคนทำงานวิจัยไม่ได้เปลี่ยนแปลงให้การทำงานของตัวเองดีขึ้น ผมว่านั่นไม่ใช่เป้าหมายการสร้างเครือข่ายวิจัย R2R แน่ๆ เครือข่ายเกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ผมว่าถ้ามองเพียงจำนวนผลงานวิจัยอย่างเดียวคงจะไม่พอ เพราะฉะนั้น ทีมสนับสนุนกลางก็ต้องหมั่นทำความเข้าใจร่วมกันกับแต่ละเครือข่ายให้ตรงกัน เพื่อทำให้การทำงานไปได้เร็ว ผมคิดว่าเป็นโชคดีของเราที่แนวคิด R2R เป็นที่รู้จักกันมากในระดับหนึ่งอยู่แล้ว”

“นอกจากนี้ การสร้างเครือข่ายต้องไม่เป็นเพียงเครือข่ายประจำภาค เท่านั้น การสร้างเครือข่ายในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานเดียวกันก็สำคัญ เช่นกัน นั่นคือ individual ต้องแข็งแรงนะ ไม่ใช่ไปรวมในเครือข่ายข้างนอก แต่ภายในโรงพยาบาลกลับไม่เกิดการพัฒนา ถ้าเป็นแบบนี้การรวมตัวของ เครือข่ายคงไม่ได้ช่วยสนับสนุนให้เกิดการวิจัย R2R ได้มากเท่าไร ดังนั้น จึงควรมีการจัดการในหลายระดับ มีการบริหารในโรงพยาบาลแล้วก็ต้อง สนับสนุนให้ individual เกิดการพัฒนาด้วย เช่น หากในโรงพยาบาลที่เข้ามา ร่วมกันเป็น Node คนที่เป็น Node ก็ควรเกิดการทำงานวิจัยเพื่อสนับสนุน การทำงานของโรงพยาบาลของตัวเองด้วยเช่นกัน”

“หรืออีกนัยหนึ่งคือการร่วมเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายนั้นจะต้องเป็น ประโยชน์กับ individual ด้วย ไม่ใช่ individual ไปเป็นประโยชน์กับเครือข่าย อย่างเดียว การสร้างเครือข่ายขึ้นมาต้องไปทำให้ individual ได้รับประโยชน์ ด้วย ผมคิดว่าเป็นเรื่องน่ายินดีนะครับ ที่มีคนเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้มา คู่กัน ทำให้งานคึกคักและเดินไปด้วยกัน ไม่อย่างนั้นการรวมตัวเครือข่ายก็ จะเป็นไปในลักษณะที่ทำแต่งงานข้างนอก แต่ไม่สนใจทำงานข้างใน ซึ่งก็คง ไม่ใช่เป้าหมายในการสร้างเครือข่ายวิจัย R2R”

“อย่างทีมศิริราชเองในการไปช่วยสร้างเครือข่ายข้างนอก เราก็ไม่ได้ ทิ้งงานข้างในนะครับ เราคุยกันภายในทีมตลอดว่า ทำอย่างไรที่จะทำให้เกิด ประโยชน์สูงสุดกับองค์กรด้วย ซึ่งในขณะที่ทีมงานไปช่วยเหลือองค์กรข้างนอก เราก็ต้องเน้นด้วยว่าบุคลากรของศิริราชจะได้มีโอกาสไปร่วมแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ทำงาน และได้ไปเรียนรู้ร่วมกับหน่วยงานอื่น ซึ่งก็เหมือนเป็น เวทีให้บุคลากรของศิริราชด้วยเช่นกัน เพื่อให้ นำความรู้กลับมาใช้พัฒนางาน ในศิริราชให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป เมื่อมีการจัดอบรมคุณอำนวยที่ศิริราช เราก็ชวน บุคลากรศิริราชเข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ด้วยนะครับ เราพยายามจัดการให้เกิดการทำงานทั้งในและนอกศิริราชที่สมดุลกัน”



ส่งแรงกระตุ้นเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเกิดเครือข่าย R2R เป็นไปแบบวูบวาบฉาบฉวย เป็นเพียงกระแสช่วงระยะเวลาหนึ่งสั้นๆ แล้วก็เงียบหายไปไวเหมือนไฟไหม้ฟาง นายแพทย์อัครินทร์แสดงทัศนะว่า

“การผลักดันให้เกิดการสร้างเครือข่ายอย่างต่อเนื่องนั้น ทีมกลาง ต้องช่วยกันอย่างต่อเนื่องด้วย คงต้องมีช่วงการติดตามอย่างกัลยาณมิตร แบบไม่ใช้การไปติดตามงาน แต่เข้าไปในลักษณะเยี่ยมเยียน ให้การสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือในส่วนที่เขายังขาดอยู่ เพื่อไม่ให้เหมือนไฟไหม้ฟาง ที่กระตือรือร้นเฉพาะช่วงแรกๆ แต่ค่อยๆ แผ่วหายไปในกลางคัน ผมไม่อยากให้เป็นแบบนั้นครับ”

“แม้แต่การที่เราสนับสนุนงานวิจัย R2R ในศิริราชก็เหมือนกัน แม้ว่าจะมาปรึกษามาคูยอะไรกันเสร็จเรียบร้อยแล้ว แต่ถ้าไม่มี booster หรือการ follow up นัดพบกันต่อเนื่อง ทั้งทีมสนับสนุนและทีมวิจัยก็จะลืมๆ กันไป ทีมสนับสนุนเอง ก็อาจจะลืมไปแล้วว่าเคยให้คำปรึกษาอะไร ทีมผู้วิจัยเองก็กลับไปยุ่งกับงานประจำที่หนักหน่วง แล้วโครงการวิจัยก็ถูกวางไว้ ผมว่ามันน่าเสียดายนะครับ เพราะฉะนั้น การสรรหาผู้ร่วมเป็นทีมสนับสนุนหรือคุณอำนวยที่จะเข้ามาทำงานตรงนี้สำคัญมากนะครับ ต้องเป็นคนที่มีความตั้งใจสาธารณะระดับหนึ่ง และต้องมีอิทธิบาท 4 นั่นคือ ฉันทะ วิริยะ จิตตะ และวิมังสาด้วยนะครับ”



“จากการดำเนินงานการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายมาได้ระยะหนึ่งแล้ว ถ้าให้คิดเทียบกับแผนที่เราทำในปีที่แล้ว ผมคิดว่าสามารถทำให้เกิดเครือข่ายได้มากกว่าที่คิดไว้ในตอนแรกนะครับ เพราะเพียงปีเดียวมีเครือข่ายเพิ่มขึ้นมากจนน่าประหลาดใจ อย่างน้อยก็ 4 เครือข่าย และกำลังจะมีเครือข่ายที่ 5 และ 6 เร็วๆ นี้ แต่ผมแอบกังวลนิดหนึ่งเหมือนกันว่ามันขยายตัวเร็วเกินไปหรือไม่ บางแห่งเห็นองค์กรอื่นมี R2R วูบแรกก็อาจจะคิดว่าองค์กรเราต้องมีบ้าง”

“ในอนาคตทั้งทีมงานกลางและเครือข่ายคงต้องช่วยกันดูแล้วว่า การมีอยู่ของ R2R ในแต่ละแห่งนั้นมันเกิดประโยชน์อะไรบ้าง ผมคิดว่านี่สำคัญมากนะครับ กลัวว่าจะเป็นแฟชั่นเดียวเดี๋ยวก็หยุด เหมือนช่วงหนึ่งที่มีการสนับสนุนให้หน่วยงานต่างๆ ขอการรับรอง ISO ทำ ISO ทั่วไปหมด แต่อาจจะขาดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในหน่วยงาน ไม่ใช่ ISO ไม่ดีนะครับ แต่พอคนทำตาม กระแส เหลือกันเฉพาะช่วงแรกๆ ไม่เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องก็ไม่เกิดประโยชน์เต็มที่ไม่เกิดความยั่งยืน ในกรณีของ R2R ผมคิดว่าคงขับเคลื่อนต่อไปเรื่อยๆ ให้เกิดการพัฒนา ถ้าถามว่าสำเร็จขนาดไหนในปีที่แล้ว การตั้งเครือข่ายคิดว่าเกินคาด แต่ส่วนในเรื่องอื่นๆ ผมก็คิดว่าเราประสบความสำเร็จมาระดับหนึ่ง แต่ยังมีอะไรให้เราพัฒนาได้อีกเยอะครับ”



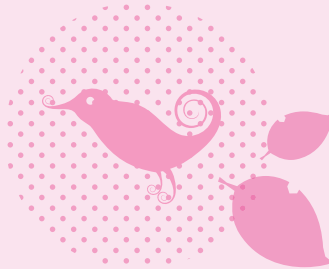


Node...ตัววัดความสำเร็จ

การขยายตัวแบบก้าวกระโดดของเครือข่าย R2R ทำให้นายแพทย์อัครินทร์ และทีมงานคาดหวังว่าระบบสาธารณสุขไทยจะได้รับการพัฒนาไปอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อที่ประชาชนผู้เข้ารับบริการจะได้รับการดูแลที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

“ตัวชี้วัดความสำเร็จสำหรับผมในช่วงนี้ ส่วนหนึ่งคือจำนวน Node ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งต้องยอมรับว่าตอนแรกๆ ที่เราได้โจทย์นี้มาเราก็มีินๆ งงๆ เหมือนกันนะ เพราะที่ผ่านมาส่วใหญ่เราก็ทำงานอยู่แต่ในศิริราชตลอด ไม่ค่อยออกไปข้างนอกเท่าไร แต่พอลงมือทำ ปรากฏว่ากระแสตอบรับมันดีเกินคาด แล้วก็จำนวน Node ก็มากเกินกว่าที่เราคิดไว้ จึงทำให้เรารู้สึกมีความหวังว่า ยังไงซะเราต้องไปได้อีกไกล”

“ผมคิดว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดเครือข่ายเร็วขนาดนี้คือ **ความพร้อม** แน่หน่อกว่าทุกอย่างไม่ได้เกิดขึ้นสำเร็จในปีเดียว มันมีอะไรที่ดำเนินการมาก่อนหน้านั้น ซึ่งประเด็นหนึ่งของความสำเร็จคือ **การมีตัวอย่างความสำเร็จ** ที่เคยนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทั้งในของศิริราชเอง ในโรงพยาบาลสโธร ในโรงพยาบาลหาดใหญ่และที่อื่นๆ พอที่อื่นเห็นตัวอย่างความสำเร็จก็ทำให้เกิดความสนใจอยากเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำไปต่อยอดในองค์กรของเขา ทำให้เกิดการขยายออกไปอย่างต่อเนื่อง”



“การที่ได้คุยกับคนที่ประสบความสำเร็จและเคยประสบความสำเร็จแล้ว จะทำให้เข้าใจกันง่ายขึ้น ส่วนตัวแล้วผมคิดว่าความสำเร็จของเราเกิดจากการที่เรามียุทธศาสตร์ในการทำงานที่ดี อย่างเช่นการที่เราได้แนวคิดวิธีการทำงานอย่างยอดเยี่ยมจากกรรมการนโยบายหลายท่าน โดยเฉพาะท่าน อาจารย์วิจารณ์ อาจารย์สมศักดิ์ และอาจารย์พงษ์พิสุทธิ์ที่ช่วยให้แนวคิดไว้ แต่เหนือสิ่งอื่นใดเลยนะ ปัจจัยของความสำเร็จในระยะนี้จริง ๆ คือเป้าหมายในการทำงานแบบ **R2R** ซึ่งเป็นเรื่องดี ถ้าเป้าหมายไม่ดี คือแนวคิด R2R นั้นไม่ดี การทำงานก็คงไปไม่ถึงไหน”

“ผมอยากฝากถึงท่านที่ทำงานอยู่ในด้านหน้า หรือหน่วยงานทุกท่านว่า ถ้าประสงค์อยากให้มีเครือข่ายวิจัย R2R ให้คิดตั้งๆ แล้วก็มองไปรอบๆ ว่า องค์กรหรือพื้นที่นั้นมีต้นทุนเดิมอะไรบ้าง ถ้ารู้สึว่าการมีเครือข่ายน่าจะดี ก็ร่วมแรงร่วมใจทำเลย นั่นคือ เมื่อคิดแล้วต้องลงมือด้วย ถ้าแค่คิดแต่ไม่ลงมือทำก็ไม่มีทางเกิดการเปลี่ยนแปลง เหมือนอย่างที่ท่านอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร บอกไว้ว่ามี vision แล้วต้องมี action ด้วย คือคิดแล้วให้ลงมือ กล้าๆ ทำไปเลย อย่ามัวแต่จดๆ จ้องๆ ผมว่าคนส่วนใหญ่จะมีความคิดที่บรรเจิด ซึ่งการลงมือทำจริงย่อมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี ”

“ถ้าอยากให้งานสำเร็จ ต้องคิดให้ตั้ง และต้องลงมือทำด้วยนะครับ”



รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดชัย นพพนธ์จรัสเลิศ



เรียนรู้ดูรวม
จากความแตกต่าง

ปราชญ์ชาวจีนกล่าวเอาไว้ว่า “หนทางยาวไกล
นับหมื่นลี้ ย่อมเริ่มต้นด้วยก้าวแรกเสมอ”

ก้าวแรกของ R2R ได้เริ่มออกเดินไปแล้วเมื่อ
หลายปีก่อน แม้จะเจออุปสรรคบ้าง แต่ทุกก้าวที่
ย่างเดินก็ไม่เคยทอดทิ้งถอดใจ ส่วนก้าวใหม่เพิ่งเริ่มต้น
ออกเดินได้ไม่นาน ก็เป็นก้าวที่มุ่งมั่นไม่แพ้ก้าวไหนๆ

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดชัย
นพพนธ์จรัสเลิศ หัวหน้าโครงการสนับสนุนการ
พัฒนางานประจำสู่งานวิจัยระดับประเทศสถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข (สวรส.) หนึ่งในหัวขบวนที่ร่วม

ออกเดินทางในครั้งนี้จะมาเล่าให้ฟังว่าแต่ละก้าวที่ออกเดินของชาว R2R นั้นเป็นอย่างไรบ้าง



INN model: ต้นแบบของเครือข่าย R2R

นายแพทย์เชิดชัยเล่าให้ความรู้ให้ฟังว่า เจตนารมณ์แรกเริ่มของการทำวิจัย R2R คือต้องการให้ R2R เป็นเครื่องมือในการพัฒนาบุคลากร โดยใช้แนวคิดแบบงานวิจัยมาใช้ในการแก้ปัญหาทางานประจำ และทำให้การบริการดีขึ้น นายแพทย์เชิดชัยเล่าถึงการสร้างเครือข่าย R2R ทั่วประเทศที่ต่อยอดจากแนวความคิดเดิมให้ฟังว่า

“จากประสบการณ์การทำ R2R ที่ศิริราช เราพบประโยชน์ของ R2R ไม่ใช่เพียงแค่ได้ผลงานวิจัยเท่านั้น แต่ตลอดระยะทางของกระบวนการทำวิจัย ตั้งแต่การค้นหาคำถาม การสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ การตั้งคำถาม การออกแบบ รูปแบบการวิจัย ตลอดจนการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้เรียนรู้และทำให้เปลี่ยนวิธีคิดในการทำงาน มีทัศนคติที่ดีต่องานประจำ นอกจากนี้ ผลลัพธ์ของงานวิจัยมีการนำไปสู่การพัฒนางานประจำอย่างแท้จริง เป็นกระบวนการในการขับเคลื่อนองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้ดี ซึ่งอาจารย์วิจารณ์ และอาจารย์สมศักดิ์มองว่าเป็นปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ และไม่อยากให้แนวคิดของ R2R จำกัดอยู่เฉพาะในศิริราช น่าจะนำแนวคิดนี้ไปเผยแพร่ให้กว้างขวางขึ้นในบริบทอื่นๆ จึงมีการลงนามร่วมมือทางวิชาการร่วมกันระหว่างคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และกระทรวงสาธารณสุขขึ้น”

“จากนั้นก็ตั้งเป็นโครงการสนับสนุนให้เกิดงานวิจัย R2R ขึ้นทั่วประเทศ โดยมีทีมศิริราชเป็นกรรมการด้วย มีท่านอาจารย์วิจารณ์และอาจารย์สมศักดิ์ เป็นที่ปรึกษา มีอาจารย์พงษ์พิสุทธิ์เป็นประธาน นอกจากนี้ก็มีอาจารย์หลายๆ ท่านจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น และจากสถานพยาบาลต่างๆ ที่มีประสบการณ์เรื่อง R2R มาแล้ว เข้าร่วมเป็นกรรมการด้วย”

“โจทย์ใหญ่ข้อหนึ่งของเราคือ เราจะเผยแพร่แนวคิด R2R และมีหน่วยสนับสนุน R2R ที่มีความเข้มแข็งและยั่งยืนได้อย่างไร เพื่อทำให้เกิด R2R ทั่วประเทศเหมือนกับที่เราทำในศิริราชได้อย่างไร จะว่าไปแล้วการทำให้เกิดกระแสนี้ไม่ยากหรอก แต่การช่วยให้เขาสามารถทำได้ และมีระบบสนับสนุนอย่างยั่งยืนต่างหากที่มันยากกว่า”

“นั่นจึงเป็นที่มาของแนวคิดเรื่อง INN model ของอาจารย์วิจารณ์ I คือ Individual ซึ่งก็คือบุคลากร (Individual Person) ที่สนใจในงาน R2R ของสถานบริการนั้นๆ รวมตัวกันในหน่วยงานของตัวเอง กลายเป็น Individual organization เช่น ในโรงพยาบาลชุมชน ในโรงพยาบาลจังหวัด เป็นต้น N ตัวแรกคือ Node (แม่ข่าย) คือ Individual organization ที่มีความพร้อมในบริเวณละแวกใกล้เคียงกัน ถ้าที่ไหนมีความพร้อมมากที่สุดก็ให้เป็น Node ส่วน N ตัวที่สองก็คือ Network (เครือข่าย) ก็คือรวม Individual โดยที่มี Node ที่มีความพร้อมรวมสมัครพรรคพวกกันแล้วสร้าง Network ขึ้นมา”

“เมื่อมีเครือข่าย INN เกิดขึ้น ก็จะมีการ share resource กันจาก ความชำนาญเฉพาะด้านของแต่ละหน่วยงาน ทำให้เกิดเป็นเครือข่าย ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการทำงานวิจัย R2R ในแต่ละสถานบริการได้ด้วย คือมันไม่ใช่การทำงานซ้ำซ้อน แต่เป็นการทำให้ Individual เข้มแข็งขึ้น ทำงานได้ง่ายขึ้น มีพลังมากขึ้น โดยหน้าที่ของทีมศิริราชก็ต้องออกไปตามพื้นที่ต่างๆ เพื่อขยายแนวคิดนี้ ถ้าคนรวมตัวเป็น INN Network ตรงนี้เมื่อไร ก็จะมีการสนับสนุนจากส่วนกลาง เช่น จะมีทีมจากศิริราชและเครือข่ายอื่นๆ ที่ประสบความสำเร็จแล้วไปช่วย”

“ที่ผ่านมาเรามีกิจกรรมเพื่อเพิ่มศักยภาพของเครือข่าย เช่น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องเคล็ดลัษณคุณอำนวย R2R ที่บ้านผู้หว่าน จ.นครปฐม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เพิ่มความรู้เพื่อให้ แต่ละโรงพยาบาลในเครือข่ายนั้นๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน นอกจากนั้น ก็จะมีการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมศักยภาพของคุณอำนวยที่ส่วนกลาง เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นปัญหาในการทำงาน เครือข่ายมีวิธีการแก้ปัญหาอย่างไร โดยเราจะเชิญชวนเครือข่ายและสนับสนุนงบประมาณการจัดให้ สรุปก็คือ แนวคิดของเครือข่าย R2R คือ การทำให้เครือข่ายเข้มแข็งขึ้นในระยะยาว และไปช่วยสนับสนุนนักวิจัย R2R ในพื้นที่เอง”



เพื่อความยั่งยืนต้องเลือกคนที่มีจิตตรงกับ R2R

“การสร้างเครือข่าย R2R มันยากตรงที่ว่าเราจะไปหาใคร จะติดต่ออย่างไร จะรู้ได้อย่างไรว่าเขาอยากทำ และจะรู้ได้อย่างไรว่ามันจะยั่งยืน”

นายแพทย์เชิดชัยเกริ่นถึงการเริ่มต้นในการสร้างเครือข่าย R2R ก่อนจะขยายความว่า...

“จากประสบการณ์ที่เราทำ R2R เราพบว่าสิ่งสำคัญที่สุดคือ การหาคนที่ มีจิตตรงกับงานและอยากจะทำจริงๆ งานมันถึงจะยั่งยืน แต่ถ้าเป็น ลักษณะของ Oficial network เช่น ถ้าไปติดต่อโดยตรงแบบเป็นทางการกับ ผู้อำนวยการ โดยเขียนจดหมายไปแจ้งวัตถุประสงค์ว่าเราอยากทำเครือข่าย R2R ผู้อำนวยการก็อาจจะเห็นด้วย แล้วส่งใครก็ได้ที่อาจจะไม่ได้สนใจ เรื่อง R2R มา เราก็อาจจะได้เครือข่ายเร็วขึ้น แต่มันอาจจะไม่ยั่งยืน แล้วสุดท้าย ก็หยุดกลางคัน ทำต่อไม่ได้”

“ดังนั้น คนจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก เราจึงจัด Workshop R2R ขึ้นที่ ศิริราช เพื่อดูความสนใจของคนที่จะมาร่วมทำกิจกรรม โดยเราตั้งกฎเกณฑ์ไว้ว่า ต้องมาเป็นทีม ทีมละ 3-5 คน และควรมีหลากหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือฝ่ายไหนก็ได้ แต่ขอให้มาเป็นทีม ที่สำคัญ คนที่มาต้องสนใจอยากทำ R2R ซึ่ง Workshop ของเราก็จะมีตั้งแต่ R2R หมายถึงอะไร การปฏิบัติเป็นอย่างไร แล้วเวลาที่เราสันนิษฐานให้เกิด R2R หรือกิจกรรมที่เราทำการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เรียกว่า Success story telling เป็นอย่างไร ทีมวิจัยเราไปติดตามผลอย่างไร นำผลสำเร็จของผู้วิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างไร พาไปดูที่หน่วยงานด้วย เขาจะได้เห็นภาพกระบวนการทั้งหมดอย่างแท้จริง ตั้งแต่แนวคิด กระบวนการสนับสนุน ตลอดจนเห็นผลที่เกิดกับคนใช้อย่างแท้จริง นอกจากนี้เราก็มีกิจกรรม Workshop เพื่อพัฒนาศักยภาพให้คุณอำนวยด้วย”

“2 เวทีนี้จึงเป็นโอกาสที่ทำให้เรารู้จักว่า กลุ่มคนเหล่านี้สนใจ R2R แล้วเขามีแนวคิดอย่างไร เมื่อรู้จักแล้วเราก็เริ่มจากคนกลุ่มนี้เลย ตอนแรกเราก็พบว่ากลุ่มทางภาคตะวันออกสนใจกันเยอะ เราก็เลยถือโอกาสนี้ทำความรู้จักกัน แล้วก็ชักชวนให้ร่วมกันสร้างเครือข่ายภาคตะวันออกขึ้น จากนั้นศิริราชก็เดินสายไปเยี่ยมในแต่ละโรงพยาบาล ไปพูดคุยกับท่านผู้อำนวยการ และทีม R2R ที่เรารู้จักอยู่แล้ว คือ โรงพยาบาลชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เมื่อทุกฝ่ายเข้าใจตรงกัน เราก็ร่วมกันจัดทำเป็นเครือข่าย R2R ภาคตะวันออกขึ้นมา”



“ซึ่งเราได้รับผลตอบแทนค่อนข้างดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่าง ๆ สนใจ จึงเริ่มจัดการประชุมตัวแทนและเครือข่ายของโรงพยาบาลในภาคอื่น ๆ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันบ้าง เช่น ในภาคอีสาน เราพบว่าเขาก็มีเครือข่ายงานวิจัยของเขาอยู่แล้ว เราแค่ไปนำเสนอไอเดียว่ามารวมเป็นเครือข่ายของ R2R ใหม่ พูดให้เขาเห็นว่าจะมีประโยชน์ในการเชื่อมโยงกันอย่างไร ทำให้เราได้เครือข่ายในภาคอีสานด้วย เป็นเครือข่ายนครชัยบุรินทร์ ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลชัยภูมิ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์”

“อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกระแส R2R ค่อนข้างชัดเจน และเป็นที่ยอมรับอยู่แล้ว จึงทำให้เราทำงานง่ายขึ้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเองก็ให้ความสำคัญ มีการนำเสนอเป็นโครงการไปสู่สาธารณสุขเขต ทำให้เครือข่ายเป็นทางการมากขึ้น มีการรองรับ และถือเป็นภาระงาน รวมทั้งยังมีงบประมาณสนับสนุนให้ด้วย โดยเฉพาะภาคตะวันออก ซึ่งผมคิดว่าเป็นเรื่องที่ดี”

“ส่วนภาคใต้ทีมของ **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ไพโรจน์ บุญลักษณ์ศิริ** ซึ่งสนใจเรื่อง R2R และมาเข้า Workshop ที่ศิริราช รวมถึงการฝึกอบรมคุณอำนวยที่บ้านผู้หว่านด้วย พออาจารย์กลับไปก็ไปรวบรวมสมาชิกเพื่อก่อตั้งเครือข่าย R2R ต่อมาก็เริ่มมีที่ภาคกลางกับภาคเหนือ ซึ่งเราพบว่าจุดสำคัญคือ **คน** ถ้าเราหาคนที่สนใจจริงๆ ก็สามารถที่จะประยุกต์หรือทำให้เป็นรูปธรรมได้ง่ายกว่า ผมคิดว่านั่นเป็นจุดสำคัญของความยั่งยืน”





ร่วมเรียนรู้งานใหม่ไปด้วยกัน

การทำงาน R2R จนประสบความสำเร็จในช่วง 6-7 ปีที่ผ่านมาการันตีได้เป็นอย่างดีว่า นายแพทย์เชิดชัยและทีมงานมีความเชี่ยวชาญและรู้วิธีแก้ปัญหาอย่างมืออาชีพ แต่เมื่อต้องมาเจองานใหม่ซึ่งท้าทายความสามารถอย่างเครือข่าย R2R นายแพทย์เชิดชัยยอมรับว่า เขาและทีมงานก็ไม่ต่างจากนักเรียนใหม่ที่ยังต้องเรียนรู้อะไรอีกเยอะ

“ต้องยอมรับว่า ในการสร้างเครือข่าย R2R ทั่วประเทศ เราเองก็ยังไม่รู้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่ดี หรือไม่ดี ก็อาศัยทำไป เรียนรู้ไปด้วยกัน แต่ในเบื้องต้นเราก็อยากให้มีสัก 2-3 โรงพยาบาลมาร่วมกันก่อน จะขนาดใหญ่หรือขนาดกลางก็ได้ ส่วนในอนาคตจะมีสมาชิกเพิ่มก็ไม่เป็นไร แต่เราไม่ได้ละทิ้งเครือข่ายเดิมที่มีอยู่ก่อนในระดับจังหวัดนะครับ เพียงแต่ไปเชื่อมโยงกับเครือข่ายของภูมิภาค เป็นการทำให้เครือข่ายที่มีอยู่เชื่อมโยงกัน โดยมีทางส่วนกลางมาช่วยประสานและส่งเสริมในแนวราบ เพื่อให้เครือข่ายระดับจังหวัดเข้มแข็งขึ้น”

“สำหรับเรื่องงบประมาณในการสนับสนุน เริ่มต้นเราไม่ได้กำหนดว่าเครือข่ายนี้ต้องได้เงินเท่าไร แต่เราเน้นสนับสนุนตามกิจกรรม ถ้าเครือข่ายได้จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับสิ่งที่เราเห็นด้วย เช่น กิจกรรมในเรื่องของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ้าเครือข่ายมีขนาดใหญ่ ผู้เข้าร่วมเยอะ งบประมาณที่เราให้ก็จะใหญ่ไปตามกิจกรรมนั้นๆ”



“ผมคิดว่าการสร้างเครือข่ายมันขึ้นอยู่กับเวลาด้วยนะครับ ตอนนี้องค์กรสุขภาพตื่นตัวในเรื่องของ HA และมีความรู้ความเข้าใจเรื่องของการพัฒนาคุณภาพพอสมควร บวกกับ 2-3 ปีมาที่มีการประชาสัมพันธ์ R2R มากขึ้น ทั้งงานประชุมวิชาการ และงาน National forum ทำให้ทุกคนเริ่มเข้าใจหรือเคยได้ยินคำว่า R2R มาบ้างแล้ว และมันก็เผยแพร่ไปสู่ทั้งระดับผู้วิจัยและผู้บริหารด้วย”

“ส่วนวิธีที่จะทำให้เครือข่ายยั่งยืนนั้น ผมคิดว่าสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับเครือข่ายต้องไปในลักษณะที่เป็นแนวราบ ไม่มีใครอยู่เหนือใคร ไม่มีคำสั่ง มีเพียงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเสนอแนะ เครือข่ายต้องเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายกันเอง ไม่ใช่มาจากส่วนกลางอย่างเดียว”

“เป็นการแชร์แนวคิดกันทำให้เครือข่ายเข้มแข็งได้ในแนวราบเดียวกัน ไม่ใช่เราไปครอบงำหรือเป็นคนไปทำแทน ผมคิดว่าแนวทางต้องชัดเจน และถ้าจะให้เกิดความยั่งยืนก็คือ ต้องมีความสำเร็จเกิดขึ้นในแต่ละเครือข่าย อาจจะไม่ต้องใหญ่มาก แต่ใน 1-2 ปีแรกควรจะต้องมีกิจกรรม หรือความสำเร็จเกิดขึ้น เพื่อให้คนในเครือข่ายรู้สึกว่ามีเครือข่ายแล้วดียังไง”





งานจะเดินหน้า ผู้บริหารมีส่วนสำคัญ

นอกจากนี้ นายแพทย์เชิดชัยยังกล่าวต่ออีกว่า การสร้างเครือข่าย R2R จะเดินหน้าไปได้อย่างราบรื่นมากน้อยแค่ไหนนั้น ผู้บริหารมีส่วนสำคัญมาก เพราะถ้าผู้บริหารเปิดไฟเขียวการทำงานก็จะง่ายขึ้น

“ถ้ามีความสำเร็จเกิดขึ้น ผู้บริหารก็จะเห็นว่า การมีเครือข่ายมันดีนะ ผลงานนำไปสู่การปฏิบัติในงานได้จริง ๆ ส่งผลดีต่อผู้รับบริการ และต่อองค์กรจริง ๆ ซึ่งผมคิดว่าถ้าเริ่มมีให้เร็ว มันจะเป็นปัจจัยสำคัญอย่างมากที่จะทำให้เกิดความยั่งยืน เป็นสิ่งที่เราคิดว่าจะต้องเป็น Key success factor อันหนึ่งอย่างไก็ตาม นอกจากการให้การสนับสนุนที่ดีแล้ว ผู้บริหารต้องเข้าใจแนวทางของ R2R ด้วยว่า R2R คือเครื่องมือพัฒนาคนเพื่อให้คนพัฒนางานในระยะยาว แล้วคนที่เกิดการเรียนรู้เกิดการพัฒนา ก็จะกลายเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ตัวชี้วัดของการทำ R2R ไม่ใช่จำนวนผลงานที่ดีพิมพ์ มันเป็นเพียงผลพลอยได้เท่านั้น”

“เมื่อผู้บริหารเข้าใจในแนวทางของ R2R และรู้ว่าสำคัญแล้ว ผู้บริหารจะรู้เองว่าการสนับสนุนตั้งแต่การจัดสรรทรัพยากรบุคคลในการที่จะมารับผิดชอบในเรื่องของ R2R การจัดสรรเวลา และทุนวิจัย ให้เหมาะสมตามบริบทขององค์กรต้องทำอย่างไร”

“ผมคิดว่าตัวชี้วัดที่ชัดเจนเลยก็คือ เมื่อมีการทำงาน R2R ในองค์กร ผลการวิจัยที่ออกมาจาก R2R ได้ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงานประจำที่ดีขึ้น (Practice) หรือไม่ มีกี่โครงการ และการเปลี่ยนแปลง Practice นั้นอยู่ในระดับไหน เช่น ในระดับหน่วยตัวเอง ในระดับโรงพยาบาล ในระดับจังหวัด ในระดับภูมิภาค ในระดับประเทศ ในระดับนานาชาติ ผมคิดว่า Impact ตรงนี้มหาศาล มีความหมายมากกว่า Impact factor เวลาเราตีพิมพ์ ซึ่งถ้าวัดและสื่อออกมาให้ได้ตรงนี้จะทำให้เห็นถึงคุณค่าที่แท้จริงของ R2R”



ตั้งไปก็พร้อมแล้วออกเดินอย่างมั่นคง

แม้ว่าการสร้างเครือข่าย R2R จะเกิดขึ้นได้ไม่นานนัก แต่ผลลัพธ์ที่ออกมาแบบก้าวกระโดดก็เป็นสิ่งแสดงอย่างหนึ่งว่า การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างดี แต่กระนั้นเมื่อให้ประเมินผลการทำงานที่ผ่านมา นายแพทย์เชิดชัย กล่าวอย่างถ่อมตัวว่า

“ผมคิดว่าตอนนี้เรายังอยู่ในระดับเริ่มต้น ระดับตั้งไข่อยู่นะครับ (หัวเราะ) พุดง่าย ๆ ก็คืออยู่ในระดับลุกขึ้นยืน กำลังฝึกที่จะเดินก้าวไปข้างหน้า ตอนนี้ผมคิดว่าเป็นนิมิตรหมายที่ดี อย่างน้อยก็เริ่มมีการตั้งเครือข่ายกันขึ้นแล้ว จากนั้นต่อไปเราก็ต้องมาช่วยกันคิดว่าจะทำอย่างไรให้เครือข่ายออกก้าวเดินได้ ไม่จำเป็นต้องเดินเร็วมาก แต่ขอให้มันคงและเข้มแข็ง คือมันเป็นเรื่องของการพัฒนาองค์ความรู้ การเรียนรู้ เพราะฉะนั้น มันเร่งไม่ได้ ซึ่งตอนนี้เรามีทั้งหมด 5 เครือข่าย คือ ภาคตะวันออก ภาคอีสาน (2 เครือข่าย) และภาคใต้ และที่กำลังจะเกิดขึ้นก็คือภาคกลางกับภาคเหนือครับ”

“โจทย์ของเราก็คือ เราควรจะทำให้การสนับสนุนอย่างไรให้เขาเข้มแข็งขึ้น ต้องไม่ทำให้เขารู้สึกว่าเป็นภาระมาก เพราะเขาก็มีงานประจำของเขาอยู่แล้ว และต้องทำให้เขารู้สึกว่า มันจะทำให้เขาเรียนรู้ทุกวันและเข้าใจ R2R ลึกซึ้งมากขึ้น ผมคิดว่าในช่วงแรกๆ อย่าเร่งเกินไป เพราะถ้าเราเร่งเกินไป เดี่ยวล้มไม่เป็นท่า จะทำให้เสียโอกาส แต่เราควรจะมีพื้นฐานให้แน่น แล้วค่อยก้าวเดินไป แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันไป แชรประสบการณ์กันไป และเพิ่มเติมสิ่งที่ขาดในแต่ละเครือข่าย จากส่วนกลางบ้าง จากเครือข่ายบ้าง เมื่อบุคลากรพร้อม สถานการณ์พร้อม เขาก็เข้มแข็งขึ้น เดี่ยวเขาก็ออกวิ่งเองครับ จากประสบการณ์ของศิริราชใน 2 ปีแรก ก็เป็นช่วงทำความเข้าใจกัน หลังจากนั้นมันเริ่มเดินหน้าของมันไปเอง และมีคนสนใจเข้ามามากขึ้น”



เรียนรู้จรร่วมจากความแตกต่าง

จากการลงไปลุยในพื้นที่แต่ละแห่ง สิ่งที่นายแพทย์เชิดชัยและทีมงานได้เรียนรู้ก็คือ ความแตกต่างของแต่ละภูมิภาค

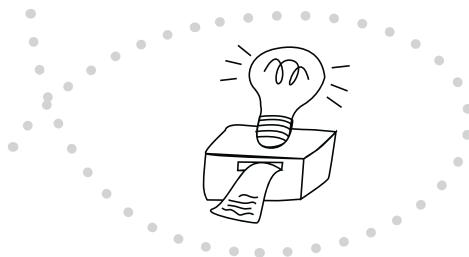
“แต่ละภูมิภาคมีวัฒนธรรม วิธีคิด และการรวมกลุ่มวิจัยที่แตกต่างกัน แต่เราไม่ได้มองว่าสิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคนะครับ เรามองว่านั่นคือจุดที่เราจะเริ่มต่อยอดสิ่งที่มีอยู่ เพราะแนวคิดของเราชัดเจนอยู่แล้วว่าเราจะไม่สร้างอะไรใหม่ แต่จะเริ่มในสิ่งที่มีอยู่แล้ว และต่อยอดให้มันเข้มข้นขึ้น ยกตัวอย่างเช่น ในภาคอีสาน เขาก็มีวัฒนธรรมในเรื่องของการรวมกลุ่มทำวิจัยที่เข้มข้นอยู่แล้ว เราก็ต่อยอดจากกลุ่มวิจัยที่รวมตัวเป็นเครือข่าย แล้วก็ใช้แนวคิด R2R มันจะทำให้ทำงานเร็ว เพียงแต่ว่าเราอาจจะต้องมีเวลามานั่งจูนกันนิดหน่อยว่าผลลัพธ์งานวิจัยมันเป็นผลพลอยได้ แต่จะอย่างไรให้แนวคิดของการพัฒนางานบุคลากรนำผลงานวิจัยกลับไปสู่การปฏิบัติ แล้วก่อให้เกิดการเรียนรู้ภายในหน่วยงานหรือองค์กรนั้นๆ”



“ในขณะที่ภาคใต้เองก็มีกลุ่มนักวิจัยส่วนหนึ่งที่เป็นลักษณะของระดับชุมชนอยู่แล้ว **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ไพโรจน์ บุญลักษณะศิริ** ก็ไปสนับสนุนไปเชื่อมโยงให้ตั้งเป็นกลุ่ม R2R ขึ้นมา แทนที่จะไปเริ่มจากศูนย์ เราก็ไปเริ่มจากตรงนั้น แล้วก็ไปต่อยอดจากสิ่งที่มีอยู่แล้ว ส่วนภาคตะวันออกก็มีเครือข่าย R2R ในแต่ละหน่วยงานอยู่แล้ว เพียงแต่จับมาคุยกันแล้วก็ทำให้เป็นเครือข่ายมันก็จะง่าย เราใช้วิธีเรียนรู้จากวัฒนธรรมพื้นฐานที่มีอยู่ เพราะเราไม่รู้ว่าจะอะไรดีที่สุด แล้วมันไม่มีอะไรที่เป็นสื่อกลางสำหรับทุกแห่ง มันมีแต่แนวทาง R2R ขึ้นอยู่กับว่าในแต่ละแห่งนั้นมีบริบทเป็นอย่างไร”

“อุปสรรคเล็กๆ น้อยๆ ในการลงพื้นที่คือ เรื่องของระยะทางของแต่ละเครือข่ายซึ่งอยู่ไกล การเดินทางก็ต้องใช้เวลา บางแห่งก็เดินทางยาก อีกอย่างคือเรื่องเวลาที่เรามีอยู่ เรายังมีภาระงานที่ศิริราช ซึ่งเป็นอุปสรรคที่เกิดจากตัวเรามากที่สุด ส่วนปัญหาอื่นๆ ผมคิดว่าน่าจะเป็นธรรมชาติของงานที่เราต้องทำอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการสื่อสารอย่างไรให้เครือข่ายผู้บริหาร ตลอดจนผู้สนับสนุนงานวิจัยเข้าใจว่า R2R คืออะไร”

“นอกจากการเดินทางไปลงพื้นที่จริงแล้ว เราก็ติดต่อกันทางอินเทอร์เน็ต ทางเว็บไซต์ ทางอีเมล หรือเฟซบุ๊ก แต่หลายๆ เรื่องนี้ก็ต้องมีการไปประชุม มีการพูดคุยกัน โดยเฉพาะในเครือข่ายที่เกิดขึ้นใหม่ ในช่วงแรกเราก็จะไปร่วมประชุมด้วย ไปร่วมชี้แนะ มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เราก็อาจจะต้องไปในช่วงแรกๆ แต่หลังจากนั้นเครือข่ายนี้ก็จะมาสามารถแชร์ซึ่งกันและกันได้ ในอนาคต ผมคิดว่าในช่วงแรกเราคงจะต้องเหนื่อยหน่อย แต่ผมว่ามันก็คุ้มนะครับ”





เครือข่ายขับเคลื่อน คนทำงานขับเคลื่อน

เป็นธรรมดาที่ว่าธรรมชาติของแต่ละคนแต่ละที่นั้น ย่อมไม่เหมือนกัน ยิ่งแตกต่างกันมากเท่าไร ความซับซ้อนของการทำงานก็ยิ่งมีมากขึ้น กระนั้น นายแพทย์เชิดชัยและทีมงานก็ไม่ท้อ และยังคงมีภาพฝันถึงการดำเนินไปของเครือข่าย R2R อย่างเข้มแข็งในอนาคต

“การที่ธรรมชาติของแต่ละเครือข่ายไม่เหมือนกัน ทำให้พัฒนาการของเครือข่ายในแต่ละภูมิภาคแตกต่างกัน แต่ยังเฝ้าดูแนวทางของ R2R ก็ยังเหมือนเดิม ยังเป็นแกนหลักให้ทุกคนยึดถือปฏิบัติเหมือนกัน สิ่งที่เราอยากเห็นคือแต่ละเครือข่ายมีกิจกรรม มีการเชื่อมโยงไปสู่เครือข่ายระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ทำให้เครือข่ายเข้มแข็งขึ้น และมี Impact ซึ่งสามารถโยงตั้งแต่สถานอนามัยถึงโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ ตลอดจนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขเขต และ สปสช. ที่แก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่นั้นๆ”

“เมื่อมีเครือข่ายไหนที่เข้มแข็งขึ้นเครือข่ายอื่นๆ ก็มาเรียนรู้กัน เกิดการเชื่อมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน เป็นลักษณะของปลาตัว คือ ไม่มีใครเป็นหัวหน้า ไม่มีใครเป็นลูกน้อง ทุกคนอยู่ในแนวระนาบเดียวกันหมด แล้วก็แชร์ประสบการณ์แลกเปลี่ยนกัน ไม่มีกองบัญชาการ ไม่มีอะไรทั้งสิ้น มีแต่แนวทางของ R2R ผมคิดว่าวิธีนี้นั้นทำให้เกิดแนวคิดเยอะแยะมากมาย และได้เรียนรู้อะไรใหม่ๆ ซึ่งอาจจะดีกว่าที่เราคิดตั้งแต่แรกก็ได้ ผมคิดว่าตรงนี้นั้นเป็นภาพที่เราอยากให้เห็น”

“จากประสบการณ์ของศิริราชก็มีบทเรียนที่เราทำแล้วมันไม่เวิร์ค พอได้มีโอกาสมาแชร์กันจะทำให้ทุกคนเข้าใจ แน่หนอว่ามีบางเรื่องเราจะเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้ แต่ละแห่งจะเรียนรู้เองว่ามันเวิร์คกับเขาไหม ในเบื้องต้นอาจต้องมีการลอกเลียนแบบกันบ้าง เหมือนกับเป็นโมเดลบางอย่างที่เขาอาจต้องทดลองดู ถ้าเกิดเขาลองแล้วไม่เวิร์ค แล้วไม่มีการมาแลกเปลี่ยนกัน มันก็อาจจะค่อยๆ ตายลงได้ ในฐานะส่วนกลาง เราจะไม่ทอดทิ้ง เราจะพยายามเดินไปด้วยกัน เรียนรู้ไปด้วยกัน แชรซึ่งกันและกัน สนับสนุนซึ่งกันและกัน แล้วก็ให้กำลังใจ ซึ่งกันและกันมากกว่า”

“ผมคิดว่าภายในปีหน้าเครือข่าย R2R คงมีครบทุกภาค เมื่อมีสมาชิกมากขึ้นในเครือข่ายเองก็ต้องมีเครือข่ายย่อยๆ ที่ไปจัดกิจกรรมแล้วมีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ผมคิดว่ามันก็เป็นเครือข่ายใยแมงมุมทั่วประเทศ น่าจะเป็นโมเดลที่เหมาะสม พุดง่าย ๆ คือ ใยแมงมุมลงไปถึงระดับอำเภอ ตำบล เพื่อสร้างเครือข่ายที่มันคงในทุกระดับ ซึ่งตรงนั้นเราไม่ได้เร่ง แล้วแต่ธรรมชาติของแต่ละแห่ง แล้วค่อยเล่าความสำเร็จต่อเนื่องกันไป เพราะการได้เจอบุคคลได้เจอเพื่อนที่มีแนวคิดคล้ายๆ กัน และทำอะไรที่มันเป็นประโยชน์ผมคิดว่าน่าจะแฮปปี้” นายแพทย์เชิดชัยกล่าวทิ้งท้าย

แม้จะยังไม่มีใครรู้และสรุปว่า การเดินทางครั้งนี้จะไกลก็หมีนลี่ หรือจะสิ้นสุดที่ตรงไหน แต่เชื่อว่าสิ่งหนึ่งที่ทุกคนรู้เหมือนกันคือว่า ทุกคนกำลังเดินไปสู่จุดมุ่งหมายเดียวกัน



นายแพทย์กุลกร เทพมงคล



Mapping จำเป็นสำหรับนักเดินทาง R2R

คงไม่มีใครปฏิเสธว่า ทุกครั้งที่เราเริ่มออกเดินทาง
ไปในเส้นทางสายใหม่ที่ไม่คุ้นเคย “แผนที่” ถือเป็น
ตัวช่วยสำคัญที่จะพาเราไปให้ถึงจุดหมายปลายทาง
โดยไม่หลง

สำหรับการรกรูยทางเพื่อสร้างเครือข่าย R2R
ให้แพร่กระจายไปทั่วประเทศ ก็จำเป็นต้องพึ่งพา
แผนที่เช่นเดียวกัน ดังนั้น Mapping จึงถูกนำมาเป็น
ตัวช่วยในการเดินทางของชาว R2R บนถนนสาย
ที่เรียกว่า “เครือข่าย” แต่ด้วยความที่ mapping
ยังเป็นเรื่องใหม่ จึงต้องมีทีมงานคอยดูแลเรื่องนี้
โดยเฉพาะ

แล้ว mapping ของ R2R จะมีหน้าตาเป็นอย่างไร มีความสำคัญในแง่ไหน และ mapping จะเอื้อให้การทำงานของเครือข่าย R2R ดำเนินไปในทิศทางใด ไปฟัง **นายแพทย์กุลธร เทพมงคล** ผู้ช่วยผู้จัดการโครงการพัฒนางานประจำ สู่งานวิจัยอธิบายพร้อมกันเลยคะ



Mapping แผนที่ของชาว R2R

เดิมนั้นหลายคนรับรู้ว่าการวิจัย R2R คือการนำปัญหาหน้างานมา ตั้งเป็นคำถามวิจัย เพื่อหาคำตอบกลับไปแก้ไขปัญหานั้นๆ แต่เมื่อมันได้ขึ้น ต่อไปของการขยายงานวิจัย R2R คือการสร้างเครือข่ายเพื่อโยงใยบุคลากร ทางการแพทย์ให้เชื่อมโยงถึงกัน Mapping จึงถูกนำมาเป็นเครื่องมือใหม่ และกำลังเป็นประเด็นให้หลายฝ่ายได้ร่วมกันขบคิด นายแพทย์กุลธรเล่าถึงที่ มาของการทำ Mapping ให้ฟังว่า

“การทำ Mapping เริ่มมาจากการที่ศิริราชร่วมมือกับ สวรส. โดยมี หลักการว่าต้องการช่วยบริหารทรัพยากร แนวความคิด และสร้างแรงกระตุ้น ให้แต่ละองค์กรสร้างงานวิจัยขึ้นมา แต่ประเด็นสำคัญคือแต่ละแห่งขาด ทรัพยากรบุคคล เช่น อาจารย์แพทย์ พยาบาล หรือพี่เลี้ยงงานวิจัย เราจึงเห็นตรงกันว่า ถ้าเราสามารถดึงบุคลากร สำคัญในแต่ละองค์กร หรือ ในแต่ละท้องถิ่นขึ้นมาได้ และสามารถสร้างเครือข่ายขึ้นมาจะคล้ายๆ เป็น การสร้างแผนที่ของทรัพยากรบุคคล เราก็เลยเรียกว่า Mapping เช่น สมมติว่า ถ้าคนที่ต้องการทำวิจัยอยู่อำเภอนี้ จังหวัดนี้ จะมีพี่เลี้ยงอยู่ใกล้ที่สุดตรงไหน”

“นอกเหนือจากหลักการดังกล่าว และการประชาสัมพันธ์ให้มีแรงกระตุ้น แล้ว ก็ต้องมีทรัพยากรบุคคลที่อยู่ในแต่ละพื้นที่ที่จะช่วยจัดการ สนับสนุน ให้กำลังใจ สนับสนุนด้านวิชาการ ด้านระบาดวิทยา รวมถึงการจัดการ ดีพิมพ์ผลงานเผยแพร่ด้วย”

“ตอนนี้เราเพิ่งเริ่มต้นครับ ยังอยู่ในขั้นตอนการสร้างเป็น Google map อยู่เลย ซึ่งเราได้ข้อมูลมาจากสองแหล่งคือ **หนึ่ง** ได้มาจากการที่อาจารย์ อัครินทร์และอาจารย์เชิดชัย ลงพื้นที่ไปตามสถานที่ต่างๆ **สอง** ได้จากงานประชุมวิชาการประจำปีของ R2R ที่ สวรส. จัดขึ้นเมื่อเดือนกรกฎาคม 2553 โดยเรามีแบบสอบถามให้ผู้เข้าประชุมแต่ละท่านตอบว่าในการทำงานวิจัยของเขานั้นมีใครเป็นที่ปรึกษาบ้าง ทั้งในองค์กร และนอกองค์กรของเขา รายชื่อเหล่านั้นแหละครับที่เราจะดูว่าใครได้รับการอ้างอิงถึงบ้าง อยู่ในพื้นที่ไหน เราก็ลงบันทึกไปตามสถานที่ ซึ่งข้อมูลที่ได้อีกก็จะมอบให้อาจารย์ อัครินทร์และอาจารย์เชิดชัยเป็นคนเข้าไปติดต่อต่อไป”



แม้จะยาก...แต่สามารถจัดการได้

ด้วยความที่เป็นงานใหม่ที่ยังไม่มีใครทำมาก่อน การเริ่มต้นของ Mapping จึงถือว่ายากพอสมควร แต่กระนั้นก็ไม่ใช่ว่าเรื่องที่เหลือยากกว่าแรงในการจัดการ นายแพทย์กุลธรกล่าวว่า

“ต้องยอมรับครับว่าการทำ Mapping นั้นยาก ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเรื่องของฐานข้อมูลด้วย ผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละท่านใช้แบบสอบถามเป็นทั้งตัวอิเล็กทรอนิกส์ และตัวแบบคำถาม ซึ่งมีข้อมูลส่วนนี้ค่อนข้างเยอะ”

“เมื่อได้ข้อมูลมาแล้ว ขั้นตอนต่อไปก็ต้องประชุมในทีม R2R กลางกันก่อนว่าจะออกไปที่ไหนบ้าง เช่น ภาคเหนือ ภาคอีสาน และภาคกลาง และในแต่ละภาคมีโรงพยาบาลไหนอยู่บ้าง และนำเสนอข้อมูลออกไปว่ามีพี่เลี้ยงคนไหนที่อยู่ในท้องถิ่นของเขา และมีการตามเข้าไปรวมกลุ่มนั้นๆ ด้วยหรือเปล่า หรืออยู่ข้างนอก คือถ้าเขาเข้าประชุมในกลุ่มเราก็สามารถเข้าไปติดต่อได้เลย จะค่อนข้างง่าย แต่ถ้ายังไม่เคย เราคงต้องหาวิธีดูว่าปริมาณงานของคนวิจัย มากน้อยแค่ไหน ทรัพยากรบุคคลพร้อมไหม”

“นี่เป็นการสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายด้านวิชาการ เพราะเครือข่ายที่อาจารย์อัครินทร์และอาจารย์เชิดชัยเคยไปทำเป็นเครือข่ายด้านการบริหาร ไม่ใช่เครือข่ายสนับสนุนด้านวิชาการโดยตรง ถ้าทำได้ทั้งสองส่วนมันจะช่วยเสริมกันได้ครับ เป็นการหาคนที่มาสนับสนุนทางด้านวิชาการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคนเดียวกัน แต่ว่าอาจจะไม่พอ เพราะคนที่ทำด้านเครือข่ายนั้นทำคนเดียวไม่ได้อยู่แล้ว อาจจะมีผู้ช่วย ผู้จัดการเครือข่าย หรือผู้ช่วยด้านวิชาการ ซึ่งก็จะมีหลายระดับลงไป เราคาดว่าคงมีหลายโรงพยาบาลที่เดียวที่อาจจะมีความเฉพาะผู้ประสานงานด้านเครือข่าย แต่ยังไม่เห็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ”



Approach อย่างไรก็ได้พา

เนื่องจากการทำ Mapping ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น เพราะอยู่ในขั้นตอนเตรียมข้อมูล อย่างไรก็ตาม ในอนาคตต้องมีการวางแผนงานร่วมกันเพื่อเข้าไปติดต่อคนในแต่ละพื้นที่ นายแพทย์กุลธรรอธิบายในประเด็นนี้ว่า

“ตอนแรกที่เราคิดสร้าง Mapping ขึ้นมา มี Node อยู่แค่ 2-3 กลุ่มเองครับ แต่ตอนนี้ขยายออกมาเป็นเกือบ 6 กลุ่มแล้ว ซึ่ง Node ที่อาจารย์อัครินทร์และอาจารย์เชิดชัยออกไปเยี่ยม ก็ล้วนแต่คุ้นเคยกัน ดังนั้นการที่เรารู้ตัวบุคคลกันอยู่แล้ว จึงค่อนข้างง่ายในการทำงาน แต่ Node ที่จะเข้าไปครั้งต่อไปอาจจะต้องมีข้อมูลตรงนั้นิดหนึ่ง ซึ่งเราก็ต้องมาคุยกันอีกทีว่าจะเข้าไปติดต่ออย่างไร”

“สำหรับผมคิดว่าการเข้าไปติดต่อต้องไม่ใช่การไปเพิ่มภาระงานให้กับคนทำงาน ควรจะเข้าไปในลักษณะที่ว่า ในฐานะที่เราเป็นส่วนกลาง เราจะสนับสนุนและช่วยเหลือเพิ่มเติมเขาอย่างไรได้บ้าง เช่น จัดกิจกรรมให้ช่วยคิดกระบวนการด้านการบริหาร หรือจัดกระบวนการ Workshop นอกจากนี้ อาจจะมีการเชิญวิทยากรมาให้ความรู้”

“ก่อนที่จะเราจะเข้าไปสร้างแรงจูงใจให้เกิดการสร้างงานวิจัยในแต่ละภาคนั้น ก่อนอื่นเราต้องมีข้อมูลเพื่อไปติดต่อกับผู้นำในแต่ละพื้นที่ เพื่อสอบถามและเชื่อมโยงให้เห็นภาพของทรัพยากรบุคคลในพื้นที่ ซึ่งจะทำหน้าที่ cluster facilitator ช่วยเหลือทั้งในแง่วิชาการ ให้กำลังใจ และดูแลการประสานงานเพื่อให้งานวิจัยสำเร็จ”



อุปสรรคของงานคือข้อมูลไม่ครอบคลุม

นายแพทย์กุลธรเล่าให้ฟังด้วยท่าที่สบายๆ ว่า ระหว่างที่เก็บข้อมูลทำ mapping อยู่เนี่ย เจออุปสรรคบ้างเล็กน้อย ก่อนที่จะขยายความให้ฟังเพิ่มเติมว่า

“ปัญหาที่เราเจอเป็นเรื่องของข้อมูลครับ ข้อมูลส่วนใหญ่เราได้รับมาจากผู้วิจัย แต่เราคาดหวังว่าจะได้ข้อมูลจากพี่เลี้ยง และข้อมูลจากผู้บริหารด้วย ซึ่งอาจจะเป็นธรรมชาติของคนที่มาประชุมอยู่แล้วว่า สองกลุ่มหลังนี้จะน้อยกว่า ซึ่งเขาอาจจะมีความคิดที่แตกต่างออกไป หรือให้ชื่อที่แตกต่างออกไปจากอันนี้ก็ได้อะไร เราก็เลยวางแผนไว้อีกขั้นว่าต้องหาตัวบุคคลอีกสองกลุ่ม แล้วส่งแบบสอบถามไปอีกรอบหนึ่ง”



“ตอนนี้เราพบว่ามียหลายหน่วยงานที่เดียวที่อาจารย์อัครินทร์และอาจารย์เชิดชัยได้ลงพื้นที่ และเห็นว่าเขายังขาดบุคลากรที่สนับสนุนทางวิชาการในพื้นที่ บาง Node ยังอยากให้ส่วนกลางเป็นวิทยากร การพึ่งพาตัวเองยังน้อยอยู่”

“ถ้าเขาสร้างกลุ่มมาแล้ว บุคลากรหรือการสนับสนุนน่าจะมาจากกลุ่มที่พึ่งตนเองได้แล้ว และหากตรงไหนไม่พอเราก็อาจจะแชร์แต่ละ Node กันได้ แต่มีอยู่หลาย Node เหมือนกันที่ไม่มีเลย ซึ่งตรงนั้นเรามองว่าจริงๆ เราก็ต้องหาให้เขาหรือเขาต้องพยายามช่วยหาก่อน คือคงเป็นไปได้เลยที่พึ่งพาวิทยากรจากนอกหน่วยงานทุกครั้ง”

“จากข้อมูลในแบบสอบถามที่เราให้เขาตอบเข้ามา ยังมีบางส่วนที่เขาอาจจะไม่มั่นใจว่าเขาสามารถเป็นพี่เลี้ยงที่ดีได้ ทั้งที่ความจริงแล้วเขาเคยเป็นพี่เลี้ยงมาแล้วด้วยซ้ำ และมีอีกบางส่วนที่แม้จะเพิ่งเริ่ม แต่เขาก็แนะนำคนอื่นให้เราได้รับ”

“โดยส่วนตัวแล้วผมคิดว่างานวิจัยมีหลายระดับ ระดับต้นๆ ผมว่าไม่น่ามีปัญหา คือมีคำแนะนำจากคนที่เคยทำแค่นั้นก็น่าจะพอ ไม่จำเป็นจะต้องถึงขนาดเป็นอาจารย์สอนทางด้านระบาดวิทยาหรือว่าเป็นอาจารย์เชี่ยวชาญทางระเบียบวิธีวิจัยโดยตรง แต่ในงานวิจัยสักร้อยงาน หรือสัก 10-20 งาน อาจจะมียงานวิจัยหนึ่งที่มีนัยต้องการระเบียบวิธีใช้ที่ค่อนข้างลึกซึ้ง”





ทิศทางของ mapping ในอนาคต

จากการที่มีเครือข่ายที่ค่อนข้างคุ้นเคยกันเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ทำให้สามารถลงไปตรวจสอบข้อมูลได้เลย ซึ่งช่วยเอื้อต่อการทำ Mapping ได้มาก โดยส่วนตัวแล้วนายแพทย์กุลธรรอยากให้ Mapping เสร็จเป็นรูปร่าง และสามารถใช้งานได้อย่างแท้จริง

“ในอนาคตผมคาดหวังว่า Mapping น่าจะช่วยในการขยายเครือข่าย R2R ได้เยอะมากครับ เพราะว่าปัญหาหลักตอนนี้ของ Node เท่าที่ผมทราบก็คือ เรื่องของการขาดบุคลากร ขาดพี่เลี้ยง สำหรับจำนวนคนในแต่ละ Node คงต้องคุยกันอีกที ผมคิดว่าคงขึ้นอยู่กับว่าจำนวนงานวิจัยและจำนวนผู้วิจัย มีเยอะมากน้อยแค่ไหน นอกจากนี้ จากข้อมูลในแบบสอบถามเราก็พบว่า ธรรมชาติของคนแต่ละพื้นที่นั้นต่างกัน แต่ละโรงพยาบาลต้องการพี่เลี้ยง ไม่เหมือนกัน ถ้าเป็นระดับที่ดูแลคนไข้ซับซ้อนหน่อย เช่น โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป เขาจะต้องการพี่เลี้ยงน้อยกว่าโรงพยาบาลชุมชนกับสถานีนอนามัย”

“อาจจะเป็นไปได้ว่าในหน่วยเขามีบุคลากรให้การสนับสนุนด้านวิจัย พอสมควรอยู่บ้างแล้ว เขาอาจจะต้องการกิจกรรมจากส่วนกลางมากกว่า แต่คนที่ต้องการมากจริง ๆ คือโรงพยาบาลชุมชนกับสถานีนอนามัย ซึ่งข้อมูลในแบบสอบถามมีผลออกมาเหมือนกันว่าเขาขาดพี่เลี้ยง และขาดกิจกรรม ซึ่งเราต้องให้ความสำคัญกับการหาบุคคลที่จะมาสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชนด้วย”



นายแพทย์กุลธรกล่าวเพิ่มเติมว่า “โครงการนี้เกิดจากความร่วมมือกันกับ สวรส. ต้องบอกว่า สวรส. มีบทบาทและเป็นผู้ร่วมงานที่สำคัญมาก ตั้งแต่เรื่องการริเริ่มแนวคิดร่วมกัน เรื่องการทำงานเรื่องแบบสอบถาม เรื่องของที่ระลึก และเรื่องการนำข้อมูลขึ้นเว็บไซต์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมสะดวกในการคีย์ข้อมูลเข้ามา ส่วนหนึ่งอาจเพราะว่า สวรส. มี mapping อยู่บ้างแล้วบางส่วน กระบวนการของ สวรส. จะมีผู้จัดการงานวิจัยอยู่เหมือนกัน ซึ่งต้องติดต่อทำวิจัยอยู่หลายงานพอสมควรจึงจะได้ข้อมูลตรงนี้มา โดยทาง สวรส. เองก็มีข้อมูลและรายชื่อของที่ปรึกษาเหมือนที่เรามีอยู่เหมือนกันครับ”

“ตอนนี้สิ่งที่ผมอยากได้คือ ในส่วนของพี่เลี้ยงกับผู้อำนวยความสะดวก ส่วนหนึ่งเราอาจจะออกแบบสอบถามหรือโทรศัพท์ไปถามอีกครั้งหนึ่งว่าเขาแนะนำใครบ้าง และแนะนำกิจกรรมแบบไหนบ้าง อีกส่วนหนึ่งคือ ตอนที่ประชุมกรรมการบริหารกลาง เราอยากให้มีคนเสนอขึ้นมาเยอะๆ ว่ามีรายชื่อใครบ้าง และอีกส่วนหนึ่งก็คือที่กำลังจะประชุมกันในเร็วๆ นี้ โดย สวรส. จัดการประชุมจากคนที่ได้รางวัลจากปีที่ผ่านมา มา ซึ่งถ้าเรามองก็คือเป็นพี่เลี้ยงระดับดีเยี่ยม จากนั้นอาจารย์อัศวรินทร์ อาจารย์เชิดชัย และผมก็จะไปเข้าไป approach ได้อีกส่วนหนึ่ง”



“สำหรับเรื่องที่ว่าพื้นที่ไหนเหมาะที่จะเป็น Node ตรงนี้ผมก็เคยเรียนกับ สวรรส. แล้วครับ ผมเคยคุยกับอาจารย์สมบูรณ์ (ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สมบูรณ์ เทียนทอง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น) รู้สึกว่า อาจารย์จะเป็นแม่บ้านมา 3 ปีแล้วมั้งครับ อาจารย์เคยพยายามจะจับประเด็นนี้ ขึ้นมาใหม่ คือรวมคนที่ประสบความสำเร็จทั้ง 3 ปีขึ้นมา แล้วก็พยายามจะให้การสนับสนุนต่อเพราะไม่อยากให้ได้รางวัลอย่างเดียวแล้วก็หายไป เหมือนเป็น พี่เลี้ยงไปในตัวด้วยครับ”

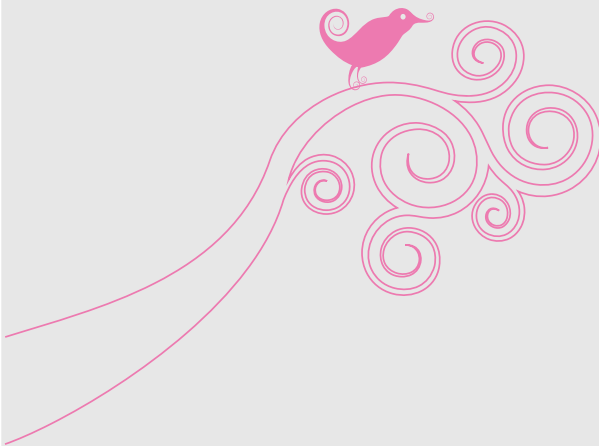
“ตอนนี้ข้อมูลเรายังไม่เสร็จ ถ้าข้อมูลตรงนั้นเสร็จแล้วก็คงนำไปเสนอ ในคณะกรรมการซึ่งมีอาจารย์หลายๆ ท่านของ สวรรส. อยู่ด้วย คิดว่าคงขอ เอามาผสมผสานกันกับฐานข้อมูล ซึ่ง สวรรส. มีอยู่”

“คาดว่าคงเป็นข้อมูลของพี่เลี้ยงที่สนใจในการดูกลุ่มโรคต่างๆ และ อาจจะดึงผู้วิจัยที่มีประสบการณ์เข้ามาร่วมทีมด้วย เขาก็จะเป็นเครือข่ายของเขาเองได้ กลุ่มนักวิจัยก็จะมีกลุ่มเพื่อนนักวิจัยด้วยกัน ส่วนกลุ่มพี่เลี้ยงก็จะมี กลุ่มเพื่อนพี่เลี้ยงเหมือนกัน ถ้าสร้างเครือข่ายได้ก็จะเข้มแข็งมากขึ้น พี่เลี้ยง คนนี้คุยกับนักวิจัยคนไหน ถ้ารู้สึกไม่มั่นใจในเรื่องที่กำลังทำอยู่ เขาก็อาจจะ โทรศัพท์หาพี่เลี้ยงอีกคนหนึ่งได้ มันก็จะเป็นการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน คล้ายๆ มีเครือข่ายของพี่เลี้ยงนั้นแหละครับ”



“ผมอยากเห็น Mapping กับเครือข่าย R2R เดินไปด้วยกันเป็นลักษณะ
แหวนรอบ ที่เราเห็นอยู่ก็คือการสร้างเครือข่าย **เพราะว่าเครือข่ายจะเป็นการให้
พึ่งตัวเองได้ดีมากที่สุด** และทำให้เขารู้สึกมั่นใจด้วย **อีกส่วนหนึ่งก็คือผม
อยากเห็นนักวิจัยหน้าใหม่เข้ามามากขึ้น** ส่วนตัวผมยังมีความเชื่อว่าพี่เลี้ยง
จะเกิดได้ก็ต้องมีคนทำวิจัยหน้าใหม่เข้ามามากขึ้นเรื่อยๆ ครับ” นายแพทย์กุลธร
กล่าวทิ้งท้าย

ตอนนี้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกำลังร่วมมือร่วมใจกันร่างแผนที่เพื่อให้
เป็นรูปเป็นร่างในเร็ววันอย่างขะมักเขม้น และหากแผนที่ชิ้นนี้เสร็จสมบูรณ์
แน่นอนว่าต้องถูกนำมาช่วยชี้ทางให้นักเดินทาง R2R ทุกคนได้ใช้เป็น
หลักยึดต่อไปในอนาคต





หัวเรือใหญ่

ในการเชื่อมเครือข่าย R2R



นายแพทย์ทอง ประสานพานิช



ประธานเครือข่าย
R2R ภาคตะวันออก



R2R คืออะไร...

นี่คือคำถามแรกที่เกิดขึ้นมาในใจของ **นายแพทย์ทอง ประสานพานิช** กุมารแพทย์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เมื่อครั้งที่กลุ่มพยาบาลเข้ามาเสนอแนวคิดว่าจะอยากจะทำวิจัย R2R หลังจากที่ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลส่งเขาไปเข้าร่วมประชุมในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย (R2R Forum) ครั้งที่ 1 ในปี 2551 ที่ สวรส. จัดขึ้น และอยากให้เขาเป็นที่ปรึกษาโครงการให้

แม้จะเป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการทำวิจัยเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว แต่เมื่อได้รับโจทย์ใหม่ที่ไม่เคยรู้จักมาก่อนแบบนี้ นายแพทย์ทงจึงต้องทำการบ้านด้วยการไปค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อตีโจทย์ R2R ให้แตก และเขาก็ไปเจอบทความของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช ทำให้เขาได้พบว่าแนวทางของ R2R นั้นใกล้เคียงกับงานวิจัยที่เขากำลังทำอยู่

ปัจจุบัน นายแพทย์ทงก้าวเข้ามาสู่วงการ R2R อย่างเต็มตัว และล่าสุดยังได้รับเสียงโหวตจากเพื่อนสมาชิกให้เป็นประธานเครือข่าย R2R ภาคตะวันออกอีกด้วย วันนี้นายแพทย์ทงจะมาเล่าถึงการตั้งเครือข่าย R2R ภายใต้การนำทีมของเขาให้ฟังกันค่ะ

ตกร:โดพลอยโจนเข้าสู่เส้นทาง R2R



ตั้งแต่เริ่มบรรจุเข้าทำงานที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า นายแพทย์ทงก็มุ่งมั่นกับการทำงานวิจัยเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ทั้งยังรับเป็นที่ปรึกษาให้ทีมวิจัยในโรงพยาบาลพระปกเกล้าควบคู่ไปด้วย

“เดิมที่ผมทำงานวิจัยอยู่แล้วครับ เริ่มทำมาตั้งแต่ปี 2528 จนถึงปัจจุบันก็เขียนโน้ตเขียนนี้มาเรื่อยๆ จำได้ว่าตอนที่ผมมาทำงานที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าใหม่ๆ มีเด็กป่วยเป็นไข้มาลาเรียเยอะมาก ผมอยากรู้ว่ามาลาเรียในเด็กมีอาการเป็นยังไง มีปัญหามากน้อยแค่ไหน จึงไปค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมและทำเป็นงานวิจัยขึ้นมา แต่ผลการวิจัยก็ไม่ค่อยส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานประจำเท่าไร”

“หลังจากนั้นผมก็ทำงานวิจัยมาเรื่อยๆ โดยใช้ปัญหาจากหน่วยงานเป็นหลัก ถ้าอยากรู้อะไรเกี่ยวกับงานที่เราทำก็นำมาเป็นหัวข้อวิจัย เวลาที่มีเจ้าหน้าที่พยาบาลสนใจอยากทำงานวิจัยก็มาถามผมว่าจะทำงานวิจัยอะไรดี ผมก็ตอบไปว่าก็เอางานที่เราทำประจำนั่นแหละ เจอปัญหาอะไร เราก็เอามาไปค้นคว้าดู พัฒนาเป็นหัวข้อการทำวิจัยได้”



R2R อยู่ในงานประจำ

การทำวิจัยของนายแพทย์ทงในสมัยก่อนเป็นการลองผิดลองถูกด้วยตัวเอง จนกระทั่งเขามาอ่านเจอในบทความของศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิจารณ์พานิช

“ผมอ่านบทความของอาจารย์วิจารณ์แล้วชอบมาก ที่บอกว่าการทำวิจัย R2R นั้นต้องเริ่มต้นจากงานที่เราทำประจำทุกวันนี้แหละ จึงรับมาประยุกต์ เข้ากับการทำวิจัยของผม เพราะมันมีหลักการเดียวกัน เป็นการนำปัญหา หน่วยงานมาทำวิจัย เพื่อกลับไปพัฒนางานประจำอีกที”

“หลังกลับจากประชุม การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่ งานวิจัย (Routine to Research) ครั้งที่ 1 ปี 2551 พยาบาลกลุ่ม ที่ไปประชุมกลับมาก็มาปรึกษาผมประมาณเดือนตุลาคม ผมก็ลองศึกษา รายละเอียดมาเรื่อยๆ จนถึงประมาณเดือนธันวาคม คือผมชอบแนวทางของ R2R นะ และคิดว่าเราจะทำงาน R2R ซึ่งจะไม่จำกัดวงอยู่เฉพาะในกลุ่ม พยาบาลเท่านั้น ควรจะขยายไปทั้งโรงพยาบาลเลยจะดีกว่า เราก็เลยตั้งกลุ่ม ขึ้นมาคือ กลุ่ม R2R โรงพยาบาลพระปกเกล้าเมื่อประมาณต้นปี 2552 ครับ”

“การทำงานของกลุ่มเราจะรวมเอาคนหลายๆ ฝ่ายมาทำงานด้วยกัน พอกกลุ่มใหญ่ขึ้น คราวนี้ผมก็ไม่ใช้ที่ปรึกษาเฉพาะของพยาบาลแล้ว กลุ่มจึง แต่งตั้งให้ผมเป็นหัวเรือใหญ่ เรารวมกลุ่มกันทำมาเรื่อยๆ ถ้าใครอยากทำงานวิจัย ขึ้นไหน เราก็จะช่วยเป็นที่ปรึกษาให้เขา”



ขยายผล R2R สู่เครือข่ายภาคตะวันออก

เมื่อกระแส R2R ติดตลาดในโรงพยาบาลพระปกเกล้าจนเกิดเป็น กลุ่มคนทำงานที่เข้มแข็งแล้ว กลุ่ม R2R ของโรงพยาบาลพระปกเกล้าก็ได้รับ การทาบตามจากทีม R2R ศิริราชและ สวรส. ให้จัดตั้งเครือข่าย R2R ภาคตะวันออกขึ้น

“กลุ่ม R2R ของพระปกเกล้าเป็นการรวมกลุ่มกันเอง พอเรารวมกลุ่มกันได้สักพัก ผมก็คิดว่าจะทำอย่างไรให้กลุ่มของเราเป็นที่ยอมรับ ก็พอดีกับที่ทางทีมศิริราช และ สวรส. มาเดินสายลงพื้นที่ในภาคตะวันออกและบอกว่าอยากจะทำเครือข่าย R2R โดยไปเดินสาย Road show เกี่ยวกับจินตนาการเครือข่าย INN ที่โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โรงพยาบาลระยองจนมาถึงโรงพยาบาลพระปกเกล้า”

“ตอนที่อาจารย์อัศวรินทร์และอาจารย์เชิดชัยให้แนวคิดเรื่องการทำเครือข่ายมา เราก็ยังงงๆ อยู่ ไม่คิดว่าทีมศิริราชจะมาเลือกเรา เพราะกลุ่มเราเพิ่งเริ่มต้นมาได้ประมาณครึ่งปี แต่มองอีกมุมหนึ่งก็คิดว่าเป็นเรื่องดีที่จะได้ขยายเครือข่าย R2R ของเราออกไปนอกโรงพยาบาล ซึ่งเราก็ทำของเราเรื่อยๆ จนถึงเดือนพฤศจิกายน จนอาจารย์เชิดชัยมีจดหมายมาอีกครั้งหนึ่งเพื่อเชิญเราไปร่วมอบรมโครงการ ‘เคล็ดไม่ลับคุณอำนวย’ ที่บ้านผู้หว่าน จ.นครปฐม”

“ในงานนั้นอาจารย์อัศวรินทร์และอาจารย์เชิดชัยก็บอกให้พวกเรา ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า มารวมตัวกันเพื่อตั้งเครือข่าย R2R ขึ้น ตอนนั้นเราก็ยังงงๆ อยู่ นึกไม่ออกว่าการตั้งเครือข่ายจะต้องทำยังไง ในที่ประชุมก็บอกว่า เอาน่า ลองตั้งกันไปก่อน ช่วยกันเราคงได้ประโยชน์จากตรงนี้ เพราะได้ทำงานร่วมกัน ในทีมก็เลือกผมเป็นประธานกลุ่ม จะเรียกว่าจับพลัดจับผลูก็ได้ครับ (หัวเราะ) เมื่อได้รับความไว้วางใจจากทุกคน ผมก็บอกไปว่ายินดีทำ และประกาศในที่ประชุมว่าเราจะจัดตั้งเครือข่าย R2R ภาคตะวันออกขึ้นร่วมกัน”

“อาจารย์เชิดชัยและอาจารย์อัศวรินทร์เคยบอกเราไว้ตั้งแต่แรกแล้วว่าอยากได้เครือข่ายตามที่อาจารย์วิจารณ์ พานิชเคยพูดเอาไว้ นั่นคือ INN ซึ่งประกอบไปด้วย I-Individual (ตัวบุคคล) N-Node (แม่ข่าย) และ N-Network (กลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเป็นเครือข่าย) เพื่อขยายงาน R2R ให้มันกระจายออกไป”

“เมื่อได้โจทย์มา กลุ่มเราก็มาศึกษาร่วมกัน ก็พอเข้าใจแนวคิดของอาจารย์ วิจารณ์ แต่สำหรับแนวทางการทำเครือข่ายเราก็ตกอยู่ งงๆ กันอยู่ พอกลับมาแล้วผมก็ยังงงใหญ่เลย ไม่รู้จะทำยังไง กลุ่มมีมติให้ผมเป็นประธาน ผมก็เป็น แต่ผมก็ยังไม่รู้เลยว่าการทำงานมันต้องทำอะไร ที่ผ่านมาก็เป็นแค่การรวมกลุ่มกันเฉยๆ”

“ผมก็กลับมาคิดว่าจะทำยังไงให้ผู้อำนวยการเข้าใจในสิ่งที่เรากำลังทำอยู่ ก็เลยทำรายงานเสนอผู้อำนวยการเรื่องที่เราไปประชุมมา ด้วยการทำเป็น โครงการเครือข่าย R2R ภาคตะวันออก โดยก่อตั้งคณะกรรมการขึ้นมา มีหลักการและเหตุผลอย่างไรเราก็เขียนไป ผู้อำนวยการอ่านแล้วก็เห็นด้วย และนำโครงการที่ผมเขียนนี้ไปเข้าที่ประชุมเขต 9 ซึ่งสาเหตุที่ผู้อำนวยการนำ โครงการของผมไปเล่าในที่ประชุม เพราะท่านเห็นว่าโครงการที่ผมเขียนมันยังไม่ครอบคลุมหน่วยงานทุกหน่วยงานในเขต 9 เพื่อมีใครอยากทำร่วมกับเรา”

“พอผู้อำนวยการพูดในที่ประชุมปีบ ทุกคนในที่ประชุมก็เห็นด้วย เราก็ได้แนวร่วมมาอีก คือโรงพยาบาลตราด พอประชุมเสร็จ ผู้อำนวยการก็ มาบอกผมว่าโครงการนี้ผู้ตรวจการเห็นชอบด้วยนะ อยากให้ดำเนินงานต่อ และถ้าเครือข่ายเราอยากได้งบประมาณก็มาขอได้ อันนี้ก็คือจุดเริ่มต้นการ สร้างเครือข่าย ที่นี้เครือข่ายเราผู้ใหญ่ก็รับรู้แล้ว เราก็นำข่าวนี้อาจารย์ กรรมการในกลุ่ม เขาก็ดีใจว่าเราไม่ใช่กรรมการเถื่อนแล้ว (หัวเราะ)”
นายแพทย์ทองกล่าวติดตลก

สร้างเครือข่ายไม่ง่าย...แต่ไม่ยาก

ที่ผ่านมาเครือข่าย R2R ภาคตะวันออกได้ร่วมกันจัดกิจกรรมและแลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างกัน ทั้งในด้านการทำวิจัยและการสนับสนุนทีมคุณอำนวยกันมา บ้างแล้ว นายแพทย์ทองเล่าให้ฟังว่า



“เมื่อรวมกลุ่มกันได้แล้วเราก็จัดประชุมครั้งแรกที่โรงพยาบาลชลบุรี ตอนนั้นเราก็กังวลว่าลักษณะของกรรมการเครือข่ายจะเป็นยังไง ก็ได้ข้อสรุปว่าน่าจะมีกลุ่มกรรมการ โดยให้แต่ละหน่วยงานส่งตัวแทนมาประมาณ 3 คนเพื่อเป็นกรรมการ แล้วก็ตั้งคณะทำงานกัน ตอนแรกเราให้กติกาอย่างนั้น เราก็แบ่งงานกันว่าใครจะทำอะไรยังไงบ้าง แต่พอดูแล้วงานมันโตขึ้น ซึ่ง 3 คนมันก็ไม่พอแล้ว เลยกลายเป็นกลุ่มใหญ่พอสมควร ประมาณสัก 30 คนได้ก็ช่วยกันทำงานไป”

“เราวางแผนไว้ว่าในช่วงแรกเราจะรวมกลุ่มทำงานตั้งกติกา และวางแผนงานเราประชุมกันทั้งหมด 4 ครั้ง โดยให้ชลบุรีเป็นเจ้าภาพครั้งที่ 1 พอครั้งที่ 2 ก็ไปประชุมที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ครั้งที่ 3 ให้โรงพยาบาลระยองเป็นเจ้าภาพ และครั้งที่ 4 ก็มาประชุมกันที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าโดยออกมาเป็นลักษณะของ คณะกรรมการทำงาน มีตัวแทนทำงานแล้วก็มีแผนยุทธศาสตร์ในการทำงานอย่างชัดเจนหลังจากที่เราประชุม 4 ครั้ง”

เวลา...อุปสรรคสำคัญของการทำงาน

โดยภาพรวมถือว่าการดำเนินงานของเครือข่าย R2R ภาคตะวันออกเป็นไปได้ดีด้วยดี แต่ก็ยังมีอุปสรรคในการทำงานร่วมกันนั่นคือ “เวลา”

“ผมเข้าใจว่าแต่ละโรงพยาบาลมีภาระหน้าที่ให้รับผิดชอบ จึงทำให้การประชุมอาจจะยังไม่เข้ารูปเข้ารอยเท่าที่ควร ซึ่งทุกคนก็พยายามจนเวลาให้ตรงกันอยู่ ถ้าพูดกันตรงๆ ก็คือ การทำงานเครือข่ายต้องมีการโยกย้ายความสัณฐานระหว่างกัน ด้วยการพบปะพูดคุยกัน เพื่อหาแนวทางในการทำงานร่วมกันถึงจะเรียกได้ว่าเครือข่าย ซึ่งปัญหาเรื่องเวลากำลังเป็นปัญหาข้อที่หนึ่งเลยที่หนักใจมากที่สุด ปัญหาข้อต่อมาคือ เวลาเราไปประชุมเราใช้เวลาของราชการไป ซึ่งเราก็หวั่นเหมือนกันว่าเราจะต้องลางาน ต้องมีการทำหนังสือขอเชิญประชุมเครือข่ายอย่างเป็นทางการ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของทางราชการพอสมควร”

“การเดินทางไปร่วมกิจกรรมของเครือข่ายข้ามจังหวัดก็เป็นอีกหนึ่งปัญหา บางกิจกรรมเราอยากให้คนไปร่วมเยอะๆ แต่ติดปัญหาที่ว่าถ้าส่งคนเข้าร่วมเยอะ หน่วยงานก็จะขาดคนทำงานประจำซึ่งเราอยากให้ไปมาก เพราะจะเป็น การกระตุ้นให้อยากทำงานวิจัย การรวมตัวกันไปเยอะๆ กลับมาจะสามารถ นำมาบอกเล่ากันต่อไปได้เยอะตามไปด้วยไปซัก 5-10 คนจะดีมาก”

“แต่หลังๆ เราถามความสมัครใจ ใครอยากไปก็ทำเรื่องลา ต้อง แลกเวรไปกันเอง ซึ่งเราภูมิใจนะ ที่มีคนสมัครใจไปกับเราเยอะ เคยมีคนไป กับเราเกือบ 20 คนนะ ซึ่งถือว่าเยอะมาก ทำให้เรารู้สึกมีกำลังใจในการ ทำงาน ถึงจะโดนต่อว่าหลังจากกลับมาว่าทำผิดระเบียบราชการ แต่เราก็ ทำหน้ายิ้มๆ เพราะเราไปทำงานเพื่อส่วนรวม ซึ่งความจริงเราน่าจะได้รับ คำชมแทนนะ (หัวเราะ)”

แม้จะยังมีอุปสรรคให้ต้องฝ่าฟันกันอีกเยอะ แต่หัวเรือใหญ่อย่างนายแพทย์ ทนงก็ไม่เคยท้อ เพราะผลตอบรับที่ได้กลับมาแต่ละครั้งที่ได้ไปประชุมงาน ร่วมกันทำให้เขาชื่นใจได้เสมอ

“ทุกครั้งที่กลับจากประชุมเครือข่าย ก็จะถามคนที่เข้าร่วมประชุมว่าเป็น ยังไงบ้าง เจ้าหน้าที่ที่ไปด้วยก็จะพูดเป็นเสียงเดียวกันว่า ดีมากเลย ไม่นึกเลยว่าจะได้ประโยชน์แบบนี้ ถึงกลับมาจะโดนตำหนิเรื่องกฎระเบียบ ราชการเกี่ยวกับการขอเดินทางเข้าร่วมประชุม แต่ก็สบายใจมาก เพราะผลตอบ รับกลับมาดีเกินคาด มันเป็นกำลังใจมากกว่าที่จะท้อครับ”

กับ R2R ศิริราชและ สวรส. คือแรงผลักดันสำคัญ

นายแพทย์ทนงเล่าว่า การรวมเครือข่าย R2R ภาคตะวันออกขึ้นมา ทำให้ คนตื่นตัวกับการทำงานวิจัย R2R มากขึ้น ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องยกความดีความชอบ ให้กับแนวคิดของ R2R



“ต้องบอกว่าที่การดำเนินงานของเราเดินมาได้ถึงขั้นนี้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะว่า แนวทางของ R2R ชัดเจนอยู่แล้ว ส่วนเรื่องเครือข่าย มันก็จะไปช่วยกระตุ้นกระแส R2R จะได้เกิดผลงาน R2R ในเครือข่ายให้มากขึ้นในเรื่องของเครือข่ายผมคิดว่าน่าจะเป็นในลักษณะของการประสานงานกันช่วยเหลือกันมากกว่า แต่ว่ามันจะช่วยในงานประจำให้ดีขึ้นมัย มันก็ขึ้นอยู่กับ R2R ของแต่ละแห่งด้วย”

“ผมต้องขอบคุณทางทีม R2R ศิริราชและ สวรส. มากที่เข้ามาสนับสนุนและเป็นพี่ปรึกษา เพราะถ้าไม่มีทีม R2R ศิริราชและ สวรส. ก็ไม่มีเครือข่าย R2R ภาคตะวันออก โดยเฉพาะทาง สวรส. ช่วยเราเยอะมากเลย ทั้งเรื่องการสนับสนุนงบประมาณ และอีกอย่างที่เราได้จาก สวรส. คือ ได้อนุมัติโควต้าให้เราเข้าฝึกอบรมในกิจกรรมที่จัด และอีกหน่วยงานที่สนับสนุนเราก็คือหน่วยงานของทางราชการ เช่น นำเรื่องของเราไปพูดในที่ประชุมเขต และเรื่องงบประมาณก็สนับสนุนเราพอสมควร แล้วก็ยังมีทาง สปสช. ที่ให้งบประมาณเรามาสองแสนบาท ก็อยากจะขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วยครับ”

กลุ่มของเรา...จะไม่โดดเดี่ยว

ในอนาคต ทิศทางของเครือข่าย R2R ภาคตะวันออกจะเป็นอย่างไร นี่คือความสนใจของประธานเครือข่ายค่ะ

“ในแง่ของเครือข่ายเราก็คิดไว้ว่าในช่วงกลางปีหน้า เราจะมีการประชุมร่วมกันระหว่างเครือข่ายอื่นๆ แล้วก็ที่จะจัดกิจกรรมของคุณอำนวยในเดือนกันยายนปีนี้ เราก็เชิญวิทยากรจากเครือข่ายทางใต้มาร่วมด้วยเป็นการแลกเปลี่ยนวิทยากรกัน จะได้มีความสัมพันธ์กันมากขึ้น เราก็ได้ประโยชน์ที่วิทยากรด้วย และได้สัมพันธ์ภาพด้วย”

“ความคาดหวังของผมก็คือ ผมอยากให้มีการทำงานร่วมกันในลักษณะ
เครือข่ายอย่างนี้ มันจะดีมาก อย่างตอนที่ผมทำเฉพาะในโรงพยาบาลเอง
ผมก็ทำไปเรื่อย ไม่รู้ว่าคนอื่นเขาทำงานกันยังไง เพราะผมไม่ได้ไปยุ่งเกี่ยวกับเขา
ตอนนี้เป็นเครือข่ายก็รู้สึกไม่เดียวดาย เวลาไปเจอกันก็ถามไถ่เป็นยังงี้บ้าง
ที่นั่นจัดกิจกรรมกัน เป็นยังงี้บ้าง มันดูแล้วคึกคัก รู้สึกว่าไม่โดดเดี่ยว”

“แต่ผมก็อยากให้พวกเรามีการสื่อสารกันมากกว่านี้ อย่างเช่นถ้า
โรงพยาบาลไหนทำกิจกรรม ผมไม่อยากจะมันจบแล้วจบเลย อยากให้มีการ
เรียบเรียงและเขียนออกมาเป็นบทสรุปของกิจกรรมนั้นๆ ออกมา”

“ยกตัวอย่างที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า เวลาเราจัดกิจกรรมอะไรขึ้นก็ตาม
ผมก็สรุปกิจกรรมที่ทำนั้นมาแล้วโพสต์ลงในเว็บไซต์ให้ทุกคนในโรงพยาบาล
ได้อ่านกัน ผมว่ามันเป็นการสื่อสารกัน ผมอยากให้เครือข่าย R2R ของเราเกิด
การสื่อสารกันในลักษณะอย่างนี้ด้วย จะได้เป็นการกระตุ้นกันและกันด้วย
นี่ก็เป็นสิ่งที่คาดหวังไว้ว่าจะให้เกิดในเครือข่ายเรา”

“สิ่งที่ผมอยากฝากไว้คือ การทำงานเครือข่าย การรวมตัวกัน การประชุมกัน
หรือการวางแผนทำอะไรกันก็ดี ความสัมพันธ์กันเป็นเรื่องสำคัญ ถ้าผู้ใหญ่
ของแต่ละหน่วยงานไม่เห็นความสำคัญของตรงนี้ เครือข่ายคงเดินไปได้ยาก
ตรงนี้ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารมากเลย ผู้บริหารมีส่วนสำคัญ”

“ตอนนี้ก็คิดว่าจะทำยังไงให้ผู้บริหารหน่วยงานของเครือข่ายเราเห็นความ
สำคัญ และสนับสนุนกิจกรรมของเครือข่าย ถ้าเราได้รับการสนับสนุนก็จะมี
กำลังใจในการทำงานมากขึ้น นี่คือสิ่งที่ผมอยากจะฝากไว้ครับ” นายแพทย์ทอง
กล่าวทิ้งท้ายในที่สุด

**หนทางของเครือข่าย R2R ภาคตะวันออกยังอีกยาวไกล แต่เชื่อเหลือ
เกินว่าด้วยพลังใจที่เข้มแข็ง และแรงสนับสนุนที่ได้รับจากทั่วทุกสารทิศ
จะเป็นแรงผลักดันสำคัญให้นายแพทย์ทองพาเครือข่าย R2R ภาคตะวันออก
ให้ทะยานไปสู่จุดหมายที่วางไว้ได้ในที่สุด**

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ไพโรจน์ บุญลักษณะศิริ



ประธานเครือข่าย R2R ภาคใต้

ปลายปี 2552 มีการรวมพลคน R2R จากทั่วประเทศขึ้น ณ บ้านผู้หว่าน จังหวัดนครปฐม เพื่อร่วมระดมสมองและผนึกกำลังคุณอำนวยให้เข้มแข็งขึ้นหนึ่งในนั้นมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ไพโรจน์ บุญลักษณะศิริ รวมอยู่ด้วย

จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เข้มข้นและอัดแน่นไปด้วยเนื้อหาของ R2R แบบเจาะลึกตั้งแต่ต้นจนจบทำให้ได้รู้จักกัลยาณมิตรที่มีแนวคิดที่อยากจะพัฒนาระบบสาธารณสุขของไทยให้มีคุณภาพมากขึ้นเหมือนกันส่งผลให้วันนี้ นายแพทย์ไพโรจน์ ผู้จัดการโครงการ R2R ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้ผันตัวเองมาเป็นประธานเครือข่าย R2R ภาคใต้เพิ่มขึ้นอีกหนึ่งตำแหน่ง

R2R



เกือบ 1 ปีที่ผ่านมา เส้นทางสร้างเครือข่าย R2R ภาคใต้เป็นอย่างไรบ้าง
ไปร่วมย้อนรอยกันเลย



เส้นทางสร้างเครือข่าย R2R ภาคใต้

หากจะบอกว่าเส้นทางก่อตั้งเครือข่าย R2R ภาคใต้คล้ายนิยายชีวิต
เข้มข้นที่ต้องติดตามกันยาวๆ และเนื้อเรื่องพลิกผันหักมุมตลอดก็คงไม่ผิดนัก
เพราะการก่อตั้งที่มดังกล่าว ไม่ใช่แค่การรวมตัวแบ่งงานกันทำแล้วก็จะจบ
หากมีรายละเอียดยืดเยื้อมากมายกว่านั้น นายแพทย์ไพโรจน์คนต้นเรื่อง
เล่าถึงที่มาของการสร้างเครือข่าย R2R ภาคใต้ให้ฟังว่า

“เดิมที่โรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ของเขตภาคใต้ตอนล่าง
ที่ได้พยายามพัฒนาชมรมส่งเสริมงานวิจัยให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมี
ความสนใจด้านนี้ให้มากขึ้น และเมื่อ 2-3 ปีก่อนกระแส R2R ได้กระจาย
ครอบคลุมไปทั่วประเทศมากขึ้นรวมถึงภาคใต้ด้วย ผมจึงลองนำแนวคิดของ
R2R เข้ามาพัฒนาระบบการทำงานของโรงพยาบาลหาดใหญ่ดู เพราะผมเห็นว่า
แนวคิดของ R2R มีการเน้นงานวิจัยที่ใกล้ตัวคนหน้างานจริง ๆ จึงรวบรวม
ทีมเล็กๆ ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ก่อน จากนั้นเราก็ไปเข้าประชุมการนำ
เสนอผลงาน R2R ครั้งที่ 1 จัดโดย สวรส. ที่กรุงเทพฯ เมื่อตอนปี 2551”

“ผมพบว่าในงานวันนั้นมีกระแสของ R2R ไหลบ่าตลบอบอวลไปทั่วงาน
เมื่อนักวิจัยคนหน้างานที่เป็นคอเดียวกันมาพบกันอย่างคับคั่งจนแน่นห้อง
ประชุม เรียกว่าหอบประชุมแทบแตกก็ว่าได้ (หัวเราะ) ทำให้ผมประทับใจมาก
จึงกลับมาสร้างกระแส R2R ต่อที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งก็พบว่า มีเจ้าหน้าที่
ให้ความสนใจค่อนข้างมาก”



“แต่ก็ยังมีบางคนที่ไม่เข้าใจถึงแนวคิดของ R2R บางคนก็สงสัยว่าเป็นเครื่องมือใหม่หรือเปล่า ฟังแค่ชื่ออย่างเดียวก็นึกไม่เข้าใจว่าคืออะไร พอเขาเข้ามาฟังจึงเข้าใจ และสนใจมากขึ้นเพราะ R2R มีวัตถุประสงค์และทิศทางของการสร้างงานวิจัยที่ชัดเจน ที่สำคัญ **เป็นการทวงคืนอำนาจการสร้างองค์ความรู้ให้กลับมาอยู่ในมือของพนักงานที่อยู่หน้างานเอง**”

เมื่อคนหน่วยงานส่วนใหญ่เปิดใจรับ R2R แล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการผลักดันให้ R2R ติดตลาดในองค์กรมากยิ่งขึ้น นั่นคือการก่อตั้งคลินิก R2R ขึ้น



แรกเริ่มก่อร่างสร้างเครือข่าย

เพื่อให้ R2R ติดตลาด ติดตาม และติดตามคนหน่วยงานมากขึ้น นายแพทย์ไพโรจน์และทีมงานได้รวบรวมทีมจากชมรมวิจัยที่มีอยู่เดิมในโรงพยาบาลหาดใหญ่มาจัดตั้งเป็นหน่วย R2R ของโรงพยาบาลขึ้น

“ต้องบอกว่าเราโชคดีมากที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลหาดใหญ่เปิดโอกาสให้ดำเนินการได้ และสนับสนุนอย่างเต็มที่ โดยมีหนังสือแต่งตั้งคณะกรรมการจากโรงพยาบาลอย่างเป็นทางการ มีคลินิก R2R เพื่อให้คำปรึกษา หลังจากนั้นก็เข้าร่วมอบรมการเป็นพี่เลี้ยง R2R กับทีมศิริราชรุ่นที่ 1 ได้รู้จัก อาจารย์เชิดชัย นพณิจำรัสเลิศ อาจารย์อัครินทร์ นิมมานนิตย์ และอาจารย์จรรยาพร ศรีศัลักษณ์”

“จากการอบรมครั้งนั้น เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้อาจารย์ทั้งสามท่านรู้จักผมด้วย จึงได้มีการติดต่อให้ทางโรงพยาบาลหาดใหญ่ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่อๆ มาอีก ได้แก่ การอบรมการเป็นคุณอำนวย R2R ครั้งที่ 1 ที่บ้านผู้หว่าน จังหวัดนครปฐม รู้สึกผมจะได้เข้าร่วมเป็นครั้งที่ 1 ซะหลายงานเลยนะ (หัวเราะ)”

ในงานสัมมนาครั้งนี้เอง ที่เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างเครือข่าย R2R ของทั่วประเทศเกิดขึ้น รวมทั้งเครือข่าย R2R ภาคใต้ด้วย นายแพทย์ไพโรจน์เล่าว่า

“ผมคิดว่าการจัดสัมมนาคุณอำนวยส่งผลให้เกิดผลกำไรอย่างมากเลยนะ ได้ข่าวว่าทีมผู้จัดยังคงยิ้มแก้มป่องจนถึงทุกวันนี้ เพราะในงานสัมมนาครั้งนั้น มีการประกาศจัดตั้งเครือข่าย R2R ภาคตะวันออกขึ้นก่อน โดยมีการรวมกันของ 4 จังหวัด และมี สสจ. จังหวัดชลบุรีเป็นแกนนำ แต่ไม่เหมือนแกนนำทางการเมืองนะครับ เพราะไม่มีความรุนแรงใดๆ เกิดขึ้น มีแต่ความรักและความสามัคคี (ยิ้ม)”

“ตอนนั้นผมเองก็ฟังและรับรู้ไว้อยู่ๆ และลองพูดคุยกันเล่นๆ กับทีมงานของเราเอง ว่าภาคใต้เราไม่ใหญ่...แต่ยาวนะ (หัวเราะ) ถ้าจะตั้งเครือข่ายบ้างคงยาก เพราะการติดต่อต่างๆ คงลำบาก ไม่รู้จะเริ่มจากตรงไหนและไม่รู้จะหาใครเป็นแกนนำ จะทำอย่างภาคตะวันออกคงไม่ได้อยู่แล้ว เราไม่ได้ทำงานอยู่ใน สสจ. และไม่รู้จะไปเริ่มจาก สสจ. ภาคใต้ตรงไหนด้วย ไม่รู้ว่าภาคใต้เรามีเครือข่ายอะไร ทำนองนี้อยู่แล้วบ้างหรือไม่ ถ้าไปจับมือกับของที่มีอยู่แล้วน่าจะดีกว่า”

เจตนารมณ์ในการก่อตั้งเครือข่าย R2R ภาคใต้ยังคงลูกโซ่อยู่ในใจของนายแพทย์ไพโรจน์ตลอดเวลา เขารอจังหวะเวลาที่เหมาะสม และพยายามมองรอบทิศ คิครอบด้านว่าจะทำอย่างไร เพื่อให้เกิดเครือข่ายดังกล่าวขึ้นมา เพราะถ้ามีเครือข่าย R2R ของภาคใต้เอง การพัฒนาระบบสาธารณสุขในดินแดนด้ามขวานของไทยให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐานมากขึ้นก็คงไม่ไกลเกินฝัน

แม้ว่าภาพการก่อกำเนิดของเครือข่าย R2R จะแจ่มชัดในมโนภาพแค่ไหนก็ตาม แต่นายแพทย์ไพโรจน์ก็ไม่ลืมที่จะเตือนตัวเองให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนอยู่เสมอว่า...

“ถ้ามันสุดมือสอย ก็ต้องปล่อยมันไป...” นายแพทย์ไพโรจน์กล่าว



ใครว่า...ปฏิกิริยาไม่มีจริง

เมื่อย้อนมองไปถึงช่วงแรกที่เริ่มก่อตั้งโครงการ R2R ในโรงพยาบาลหาดใหญ่ที่ทุลักทุเล ทำให้นายแพทย์ไฟโรจน์ไม่ลืมที่จะเผื่อใจไว้สำหรับความผิดพลาด หากโครงการสร้างเครือข่าย R2R ภาคใต้จะกลายเป็นการคว้าน้ำเหลว เขาวางปัญหาที่ยังขบคิดไม่แตกเอาไว้ รอเวลาเพื่อให้มันตกตะกอน

กระทั่งวันหนึ่ง นายแพทย์ไฟโรจน์มีโอกาสดำเนินการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับ **แพทย์หญิงหทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล** หมอทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลหาดใหญ่ และเป็นนักระบาดวิทยาที่เขาเชิญมาร่วมทีมด้วย นายแพทย์ไฟโรจน์เล่าให้ฟังว่า

“วันนั้นหมอหทัยทิพย์บอกผมว่า ทางเวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งทำงานติดต่อกับโรงพยาบาลชุมชนอยู่แล้ว มีเครือข่ายการพัฒนางานบริการสุขภาพชุมชนอยู่เหมือนกัน ทั้งกลุ่มแพทย์และพยาบาล แต่ที่มียาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมีเครือข่ายที่ใหญ่กว่ากลุ่มแพทย์ ผมจึงมองเห็นว่า ถ้าอย่างนั้นก็ดีสิ ถ้าเราได้เข้าเป็นเครือข่ายกับกลุ่มนี้เราก็จะมีเครือข่ายได้บ้าง แต่เราจะไปติดต่อกับเขาอย่างไร ยุ่งยากกับเราเกินไปหรือเปล่า ตอนนั้นก็แค่บอกตัวเองว่า ถ้าพยายามอย่างเต็มที่ แล้วก็ต้องปล่อยมันเป็นไป ตามที่พุทธสุภาษิตที่ว่า ถ้ามั่นสุดมือสอย ก็ต้องปล่อยมันไปอีกครั้ง”

เมื่อแนวโน้มของความผิดพลาดมีมากกว่าสมหวัง นายแพทย์ไฟโรจน์จึงเริ่มปล่อยวาง จนวันต่อมาแพทย์หญิงหทัยทิพย์เข้ามาบอกด้วยความตื่นเต้นและเปี่ยมไปด้วยความหวัง

“ตอนแรกผมตั้งใจแล้วนะ คิดว่าตำนานเรื่องนี้คงจบการสนทนาแต่เพียงแค่นี้ (หัวเราะ) แต่แล้วปาฏิหาริย์ก็เกิดขึ้น หมอหทัยทิพย์ก็กลับมาบอกผมต่อว่ามีเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในนามสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) ภาคใต้ ชื่อ **ฟ็อมมรรัตน์ ลัมเฮง** ซึ่งเป็นพยาบาลของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลหาดใหญ่เรานี่เอง หมอหทัยทิพย์ก็เชียร์ให้ผมลองไปคุยกับพี่เขาดู เพราะเขาก็เคยจัดอบรมให้เครือข่ายเกี่ยวกับการพัฒนางานต่างๆ อยู่ทุกปีอยู่แล้ว เราอยู่ใกล้กัน ในโรงพยาบาลเดียวกันเอง ไม่น่าจะยาก ผมจึงตัดสินใจไปคุยกับฟ็อมมรรัตน์ และนี่เองคือจุดกำเนิดของการก่อตั้งเครือข่าย R2R ภาคใต้ของเรา”

“หลังจากนั้นผมก็ไปพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับฟ็อมมรรัตน์อยู่เรื่อยๆ ถึง ความเป็นไปได้ของการใส่ความคิด R2R ให้กับเครือข่ายและก่อตั้งเครือข่าย R2R ภาคใต้ขึ้น โดยเริ่มจากสิ่งที่เรามีอยู่แล้ว เช่น กลุ่มสถานพยาบาลและโรงพยาบาลปฐมภูมิ จากนั้นจึงค่อยขยายสู่โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ต่อไป **ตอนนั้นความคิดการใช้ยุทธศาสตร์ปาล์มเมืองแบบเหมาเจ็ดตุ๊กก็แวบเข้ามาในหัวผมทันที** ซึ่งฟ็อมมรรัตน์ก็เห็นด้วย”
นายแพทย์ไพโรจน์เล่าให้เราฟังถึงที่มาของการก่อตั้งเครือข่าย R2R

R2R มาจากอะไร

แม้จะเป็นบทบาทใหม่ที่เพิ่งรับเพิ่มเข้ามาในชีวิตการทำงานด้านสาธารณสุข แต่นายแพทย์ไพโรจน์กลับนึกสนุก เขาจึงมุ่งมั่นที่จะเดินหน้าผลักดันการสร้างเครือข่าย R2R ภาคใต้อย่างเต็มที่ แม้จะมีเสียงคัดค้านและไม่เห็นด้วยบ้างก็ตาม

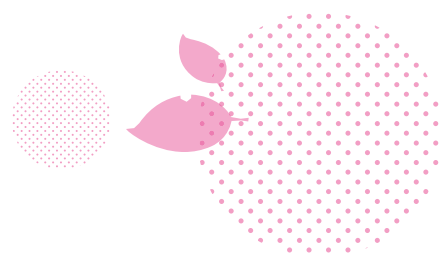
“แผนการดำเนินงานของเราตอนแรกก็คือ ต้องการข้อสรุปให้ได้ว่าใครจะมาบริหารงานเครือข่ายนี้ งาน R2R ของโรงพยาบาลหาดใหญ่เองก็เพิ่งเริ่มออกตัวเหมือนกัน ระหว่างที่ผมไปทาบทามคนนอกมาช่วยกันทำงาน ก็มีเสียงคัดค้านสะท้อนมาเข้าหูผมว่า เราจะรีบเดินเกินไปหรือเปล่า แต่สุดท้ายผมก็กลับมาคิดใหม่ว่า ทำไมเราจะเดินไปพร้อมกันทั้งงานของโรงพยาบาลเองและเครือข่ายไม่ได้ล่ะ”

“ไม่รู้ว่ตอนนั้นมืออะไรมาดลใจ หรือมาเข้าสิงผมเหมือนกัน (หัวเราะ) แต่ผมมั่นใจว่าภาคใต้ของเราที่มีศักยภาพอยู่มากน้อย โรงพยาบาลหาดใหญ่เองก็มีปัจจัยหลายอย่างที่พร้อมระดับหนึ่งในแง่ของการให้ความรู้ทางวิชาการ รวมทั้งการบริหาร เครือข่ายอยู่ในมืออยู่แล้ว อุปสรรคตอนแรกๆ ที่คิดไว้ก็ไม่มีแล้ว เหลือแต่ความท้าทายเท่านั้น ก็เลยลองดำเนินการดู ลองคิดแผนงานการอบรมเครือข่าย R2R ซึ่งเปรียบเหมือนการขึ้นขบวนรถไฟ ต้องหวังชนะที่นอกเท่านั้นในเวทีแรก ก็ต้องกลับมาคิดเป็นการบ้านอีกว่า แล้วจะเอาหัวข้ออะไรดีที่จะหนีอกได้”

“ถ้าจะพูดกันตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น R2R ก็ยังเป็นงานวิจัยที่หลายคนรู้สึกว่ายากอยู่ดี แต่ถ้าจะไม่อบรมเรื่องระเบียบวิจัยซึ่งถือเป็นหัวใจหลัก ผมเองก็คิดว่าคงไม่ได้ แม้ว่าจะมีคนคัดค้านว่ามันน่าจะรอก่อนดีไหม เอาแค่สร้างกระแสและชูประเด็นผู้ทำ R2R แล้วมีความสุขก็พอก่อนไหม แต่ผมเชื่อว่าเราทำได้ สุดท้ายทีมเราก็เดินทางจัดการอบรม โดยสร้างกระแส R2R และอบรมพื้นฐานการวิจัยมันซะในคราวเดียวกันเลย จะแพ้นอกหรือชนะที่นอกก็ต้องลุ้นเอา”

“เราเริ่มปล่อยข่าวการอบรมของเราใน theme ที่มีชื่อว่า ‘**R2R มหาหะเระ**’ และเมื่อทีม R2R ศิริราชและ สวรส. ทราบข่าวก็เข้ามาให้การสนับสนุนและลงมาช่วยเราด้วยถึงพื้นที่ โดยไม่เกรงกลัวต่อระเบิดตูมๆ ที่เป็นข่าวทุกวันของภาคใต้เลยแม้แต่น้อย ซึ่งเราซาบซึ้งใจเป็นอย่างมาก งานนี้จัดไปเมื่อวันที่ 16-18 มิถุนายน 2553 ที่หาดใหญ่ และได้ผลตอบรับดีพอสมควร” นายแพทย์ไพโรจน์กล่าวด้วยความตื่นเต้น

อย่างไรก็ตาม แม้การประกาศเจตนารมณ์ในการก่อตั้งเครือข่าย R2R ภาคใต้จะได้รับความสนใจไม่น้อย แต่ก็ยังมีคนที่ไม่เห็นด้วยจำนวนไม่น้อยเช่นกัน เข้าทำนอง “**คนรักเท่าผืนหนัง คนชังเท่าผืนเสื่อ**” ในกรณีนี้ นายแพทย์ไพโรจน์ถ่ายทอดให้ฟังว่า



“มีคนชอบก็มีคนซึ่งเป็นธรรมดาครับ เรายอมรับในจุดนี้เหมือนกัน แต่เราก็ไม่หยุด เพราะเราคิดว่าเรากำลังทำในสิ่งที่จะเกิดประโยชน์ในระยะยาว ต่อสังคมของเรา เมื่อได้ข้อสรุปดังนั้น เราจึงประกาศจัดตั้งเครือข่าย R2R ภาคใต้ขึ้นในครั้งนั้นเลย และวางแผนที่จะดำเนินงานต่อไปใน theme ที่ตั้งชื่อให้แล้วด้วยว่า **‘R2R ทำแล้วทำอีก’** ซึ่งกำหนดการคงจะเป็นการเชิญ มาเป็นเรื่องการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแง่มุมต่างๆ ให้หลากหลายมากขึ้น และ เปิดเวทีนำเสนอผลงานของเครือข่าย เพื่อสร้างความภาคภูมิใจให้ตนเองและ ตันสังกัดด้วยต่อไป” นายแพทย์ไพโรจน์อธิบาย

ยุทธศาสตร์ปาล์้อมเมือง

ทุกครั้งที่รู้สึกท้อต่อแรงต้านจากรอบด้าน นายแพทย์ไพโรจน์จะ ย้ำเตือนตัวเองเสมอว่า เขาและทีมงานกำลังร่วมมือกันทวงคืนอำนาจการ สร้างองค์ความรู้จากนักวิชาการมาเป็นของคนหน้างานทุกคน ด้วยการพัฒนา งานประจำให้ดีขึ้น และนำผลงานนั้นมาใช้แก้ปัญหาให้เกิดประโยชน์สุขต่อผู้ให้ และผู้รับบริการ

“ยุทธศาสตร์การดำเนินงานเครือข่ายของเรามีความชัดเจน โดยเริ่มจาก เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสู่ตติยภูมิแบบปาล์้อมเมือง แกนนำบริหาร ก็จะร่วมกับเครือข่ายที่มีอยู่แล้วคือ สพช. ภาคใต้ ซึ่งผมถือว่าเป็นจุดพื้นฐาน ที่เราก่อตั้งขึ้นมาอย่างแตกต่างกับภาคอื่นโดยสิ้นเชิง ผมยังคิดเสมอว่าการ พายเรือในท้องน้ำที่กว้างใหญ่เข้าหาฝั่งนั้น **เรามีจุดหมายปลายทางที่ เหมือนกัน โดยเราไม่ต้องทำแบบเดียวกันก็ได้**”

“ผมตั้งใจว่าจะจัดอบรมเครือข่ายปีละ 1-2 ครั้งโดยอาจจะมีการจัดร่วมกัน ระหว่างภาคด้วย ซึ่งก็ได้พูดคุยกันกับทางภาคตะวันออกไว้แล้วถึงความเป็นไปได้”





เครือข่าย R2R ภาคใต้ต้องเข้มข้นและเข้มแข็ง

จากการลองผิดลองถูกด้วยตัวเอง และล้มลุกคลุกคลานมานับครั้งไม่ถ้วน ทว่าเมื่อเวลาผ่านไป ความมุ่งมั่นและตั้งใจของนายแพทย์ไพโรจน์และทีมงานก็สัมฤทธิ์ผล จากที่ไม่มีใครรู้จัก R2R ปัจจุบัน R2R เริ่มติดตลาดในเขตพื้นที่ภาคใต้แล้ว ถือเป็นนิมิตหมายที่ดีในการขับเคลื่อน R2R ในอนาคต

“ตอนนี้ทางภาคใต้ของเรามีการตื่นตัวกับ R2R เพิ่มขึ้น แต่ผลงานของเครือข่ายตอนนี้ยังไม่เห็น จนกว่าเราจะจัดเวทีแสดงผลงานรวมขึ้น แต่ของโรงพยาบาลหาดใหญ่เองซึ่งเป็นแม่ข่ายได้จัดแสดงผลงานของโรงพยาบาลเองไปแล้ว เมื่อเดือนสิงหาคม 2553 มีผู้นำเสนอผลงานและผู้สนใจเข้าร่วมประชุมเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่งทีเดียว ทำให้ผมเห็นศักยภาพของเจ้าหน้าที่ของเราหลายๆ คน ซึ่งผมเชื่อว่าในเครือข่ายของโรงพยาบาลอื่นๆ ก็คงไม่น้อยหน้ากันเช่นกัน ผลงานวิจัยที่เป็น R2R มีความชัดเจนอยู่ในตัวเพื่อแก้ปัญหาทางานประจำ ผู้วิจัยมีความภาคภูมิใจในผลงาน มีความสุขในการทำงานมากขึ้น”

นายแพทย์ไพโรจน์กล่าวทิ้งท้ายไว้อย่างน่าคิดว่า...

“ผมเชื่อว่างานทุกอย่างที่เราทำ ถ้ายังยากลำบากเท่าใด ผลลัพธ์ของมันก็จะยิ่งหอมหวานมากขึ้นเป็นเท่าตัวเช่นกัน”



นายแพทย์ชัยสิทธิ์ มัทวานนท์



ประธานเครือข่าย R2R
ภาคอีสาน-นครชัยบุรีรินทร์

เครือข่าย R2R ภาคอีสาน-นครชัยบุรีรินทร์ก่อตั้ง
ขึ้นยังไม่ถึงปี โดยมี นายแพทย์ชัยสิทธิ์ มัทวานนท์
รับหน้าที่เป็นประธานเครือข่าย ซึ่งการทำวิจัยกันใน
โรงพยาบาลในสมัยก่อนนั้น ใครอยากทำเรื่องอะไร
ก็ทำตามความพอใจ โดยที่ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน
และขณะนั้น R2R ยังไม่เป็นที่รู้จักเท่าไรนัก

R2R



แต่เมื่อกระแส R2R เริ่มบูม ทางโรงพยาบาลชัยภูมิก็ได้รับเกียรติจากทางโรงพยาบาลศิริราชและ สวรส. มาร่วมงาน ทำให้นายแพทย์ชัยสิทธิ์และทีมงานได้เรียนรู้ว่า R2R เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สามารถจับต้องได้ และนำกลับมาพัฒนางานได้อย่างแท้จริง

แล้วการดำเนินงานของเครือข่ายภาคอีสานจะเป็นอย่างไรบ้าง นายแพทย์ชัยสิทธิ์พร้อมแล้วที่จะมาเล่าให้ฟัง



เส้นทางการก่อตั้งเครือข่ายภาคอีสาน

ก่อนที่ทีมศิริราชจะเดินสายเข้าไปให้ความรู้เรื่อง R2R นายแพทย์ชัยสิทธิ์และทีมงานได้ก่อตั้งเครือข่ายภาคอีสานขึ้นอยู่ก่อนแล้ว และนี่คือเส้นทางการก่อตั้งเครือข่าย R2R ภาคอีสาน-นครชัยบุรินทร์

“ก่อนหน้านี้เราทำงานวิจัย R2R กันแบบประปราย ยังไม่ค่อยชัดเจนเท่าไร แต่เราเริ่มทำกันอย่างจริงจังก็ปีนี้แหละครับ หลังจากทีทีมศิริราชมาให้ความรู้แล้ว ทำให้เรามีนโยบายในการทำ R2R อย่างชัดเจน คือต้องยอมรับครับว่า R2R ค่อนข้างใหม่สำหรับเรา เมื่อประมาณ 2 ปีที่แล้ว ผมเคยไปประชุมวิชาการ R2R ของ สวรส. ที่กรุงเทพฯ ตอนแรกกึ่งๆ เพราะโรงพยาบาลชัยภูมิค่อนข้างชนบทนิดหนึ่ง พุดง่าย ๆ ก็คือบ้านนอกนั่นแหละครับ (หัวเราะ) คือไม่ค่อยรู้เรื่อง R2R”

“ตอนนั้นผมก็เข้าไปสังเกตการณ์ และเห็นเขานำเสนอกันได้น่าสนใจมาก โดยเฉพาะทีทีมศิริราชนำเสนอได้ดีมาก ของจุฬาฯ ก็ดี จากที่งงๆ ในตอนแรก พอนั่งดู นั่งฟังไปเรื่อยๆ ผมก็เริ่มเข้าใจในแนวทาง R2R และเกิดความสนใจและนำมาทำต่อที่โรงพยาบาลชัยภูมิครับ”

“แรกๆ ก็ยังทำได้เต็มที่ เพราะมันยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนอะไรมาก พอปีนี้เราเริ่มมีแนวทางชัดเจน และมีทีมศิริราชเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มาช่วยแนะนำว่าต้องทำยังไงบ้าง เราก็พยายามพัฒนาตัวเอง รวมทั้งเครือข่ายของเราด้วย”

“เราเริ่มก่อตั้งทีมที่เป็นเครือข่ายจริงๆ เมื่อประมาณ 3-4 เดือนที่ผ่านมา นี่เองครับ คือเครือข่ายของเราเป็นเขตที่ 13 มีนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ (นครชัยบุรีรัมย์) ซึ่งจะมีการจัดการประชุมวิชาการปีละครั้ง ปีที่แล้วเราไปประชุมที่บุรีรัมย์ ก็ได้เชิญทีมศิริราชไปพูดเรื่อง R2R และการพัฒนาคุณภาพให้ฟัง”

“จากวันนั้นเราก็ประชุมกันภายในเขตของเราทั้ง 4 จังหวัดว่าเราจะทำยังไงกันดี ในที่สุดก็ตั้งกลุ่มขึ้นคล้ายๆ เป็นชมรม มาทำความรู้จักกัน จากนั้นพวกเราก็สลับกันเป็นเจ้าภาพในการประชุม ก็เวียนมาประชุมที่ชัยภูมิด้วย เราก็เชิญเครือข่ายของเรามาทั้งหมดเลย มานั่งประชุมที่ชัยภูมิร่วมกันว่าตกลงเราจะตั้งเครือข่าย R2R ภาคอีสานนะ จากนั้นทุกคนก็แบ่งงานกัน และกลับไปสร้าง R2R ที่โรงพยาบาลของตัวเอง”



“เราแบ่งหน้าที่กันไปทุกโรงพยาบาล อย่างโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีบุคลากรทางการแพทย์และทางด้านวิชาการค่อนข้างเยอะ เขาก็รับเป็นเลขาฯ ในการประสานงานต่างๆ ให้ส่วนโรงพยาบาลชัยภูมิของเรา ค่อนข้างเล็ก บุคลากรยังน้อย มีหมอประมาณ 30 กว่าคนเอง ทำงานกันเหนื่อยมากในแต่ละวัน ผมก็เลยรับอาสาเป็นประธานเครือข่ายให้”



คุยกันมากขึ้น เข้าใจ R2R มากขึ้น

หลังจากมีโครงสร้างเรียบร้อยแล้ว จึงเกิดการก่อตั้งที่คณะกรรมการ ขึ้นมาอย่างชัดเจน ซึ่งแม้จะมีอุปสรรคเรื่องเวลาที่ไม่ค่อยตรงกัน แต่ภายใน เครือข่ายก็พยายามที่จะจัดสรรเวลา เพื่อให้มีโอกาสได้พูดคุยกันมากขึ้น นายแพทย์ชัยสิทธิ์เล่าว่า

“ตอนนั้นแต่ละโรงพยาบาลก็รู้แล้วว่าตัวเองอยู่ในเครือข่าย R2R ภาคอีสาน และเราจะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งแต่ละแห่งก็กลับไปทำงานวิจัยของตัวเอง ใครจะทำอะไรก็กลับไปคิดปัญหา และดำเนินงานไปเลย อย่างของชัยภูมิเอง เราก็พยายามประชาสัมพันธ์ภายในโรงพยาบาลของเราให้เจ้าหน้าที่รู้ว่า R2R คืออะไร เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนสนใจและพร้อมที่จะมาทำงาน R2R มากขึ้น”

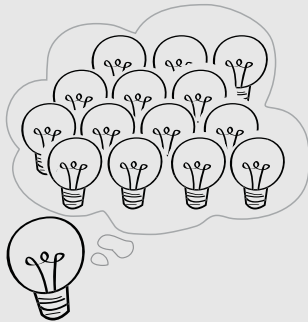
“ต้องบอกว่าสมัยก่อนงานวิจัยเป็นงานที่ห่างไกลจากคนหน้างานมาก เพราะมันเป็นเรื่องของวิชาการ ซึ่งงานวิจัยหรืองานวิชาการของเรามันยังน้อย ดังนั้น เพื่อให้การทำงานวิจัย R2R ได้ผล เราจึงผลักดันตรงนี้เข้าไปเป็น นโยบายระดับโรงพยาบาลว่า ทุกคนต้องมียานวิจัย R2R ออกมา”

“สำหรับปัญหาในการทำงาน ผมมองว่าอุปสรรคที่ชัดเจนที่สุดคือเรื่องเวลาครับ เราไม่ค่อยมีเวลาที่จะนัดประชุมร่วมกันบ่อยๆ เพราะหมอหรือกรรมการแต่ละท่านจะมีภารกิจค่อนข้างเยอะ และรัดตัวพอสมควร แต่เราก็พยายามหาเวลามาพบปะกันนะครับ ไม่อยากให้ขาดช่วง เดียวงานไม่เดินหน้า”

“อีกประเด็นหนึ่งคือ เจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับ R2R ในระดับที่ยังน้อย ซึ่งเราต้องพยายามผลักดันสนับสนุนให้ความรู้ และให้เงินทุนสนับสนุน ผมคิดว่าคงต้องใช้เวลาสักกระยะหนึ่ง เพื่อที่เราจะได้เห็นภาพตรงนี้ชัดเจนขึ้น”

“แต่คงไม่ใช่ภายในเดือนสองเดือนนี้ เราจะต้องนำตัวอย่างผลงานของหน่วยงานที่ทำแล้วประสบความสำเร็จมาเผยแพร่เพื่อให้ความรู้ ให้งานวิสัย และเป็นแบบอย่างให้ทุกคนเกิดความชื่นชม และเกิดเป็นแรงกระตุ้นให้ทุกคนอยากทำ R2R และสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ฟัง”

“โดยในเบื้องต้นคงต้องมีการจัดประชุมวิชาการที่น่าสนใจให้เกิดขึ้น โดยกำหนดว่าเดือนนั้นเดือนนี้เราจะประชุมเรื่องอะไรกันบ้าง เชิญวิทยากรที่มีชื่อเสียง และทีมศิริราชมาร่วมประชุมนำเรื่องที่น่าสนใจมาพูดให้ฟัง เชิญคนเข้าร่วมฟัง และประชุมเครือข่ายต่อเลยตรงนั้น น่าจะเป็นทางออกที่ดี”





เครือข่าย...สร้างแรงจูงใจให้คนทำงาน

เพื่อให้ประเมินผลงานของการดำเนินงานของเครือข่าย R2R ภาคอีสาน-นครชัยบุรินทร์ว่าตอนนี้อยู่ในขั้นไหน นายแพทย์ชัยสิทธิ์กล่าวว่า

“ถ้าเปรียบเทียบคงแค่อนุบาลละครับ ตอนนี้เรารู้ว่า R2R คืออะไร ผมว่าอย่างน้อยก็เป็นสัญญาณที่ดีที่เราจะเดินหน้าต่อไปได้ อีกประเด็น คือระดับผู้บริหารก็เข้าใจว่าเราสนใจที่จะทำวิจัย R2R เพื่อมาพัฒนาการทำงานของเรานะ แค่นี้ก็ดีใจแล้วครับ ที่เหลือเราก็คงต้องใช้เวลาในการเรียนรู้และปรับตัวไปเรื่อยๆ”

“ในอนาคต ประมาณสองปีข้างหน้า สิ่งที่ผมอยากเห็นคือ มีการประกวดผลงานด้าน R2R ซึ่งกันและกันภายในเขตของเราเอง เป็นการประชาสัมพันธ์ R2R ในพื้นที่ เพื่อการรวมตัวงานวิจัย R2R ทุกโรงพยาบาลในเขต อยากให้ทุกคนมีความรู้สึกว้าว โอ้โฮ! เรามีวิจัย R2R เยอะแยะเลย จากนั้นเราก็ส่งผลงานวิจัยของเราเข้าประกวดระดับประเทศต่อไป และหวังว่าอาจจะได้รางวัลที่หนึ่งของประเทศ เราอยากมีโอกาสนั้นบ้างครับ เพราะเป้าหมายของการรวมเครือข่ายของเราก็เพื่อที่จะสร้างผลงานร่วมกัน”



“การรวมตัวกันทำงานของเครือข่ายภาคอีสาน-นครชัยบุรินทร์ของเรา ในมุมมองของผมเอง ผมมองว่าดีมากเลยนะครับ **การมีเครือข่ายนี้** มัน**เป็นสิ่งที่เราได้มองตัวเราเองเปรียบเทียบกับคนข้าง ๆ**ว่าเขาเป็นอย่างไร ถ้าไม่มีเครือข่าย มันก็เหมือนประแป้ง แต่งหน้า ทาปาก เขียนคิ้ว โดยไม่มีกระจกให้ส่อง ถ้าเรามีเครือข่ายเราก็มองเห็นว่า เออ เขาไปทางนั้น เราอยู่ตรงนี้นะ”

“การมีเครือข่ายนอกจากจะช่วยกระตุ้นการทำงานหรือสะท้อนจากเครือข่ายอื่น ๆ แล้ว ในแง่ของโรงพยาบาลเองก็ยังช่วยให้เจ้าหน้าที่ที่มีความกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น ทุกคนเล็งเห็นความสำคัญตรงนี้ เริ่มรู้จักแนวทางมากขึ้น ผู้อำนวยการก็ลงมาช่วยผลักดันให้เป็นนโยบายของโรงพยาบาล ทำให้เราทำงานได้เต็มที่มากขึ้นครับ”



สร้างกระแส R2R เพื่อพัฒนางานอย่างยั่งยืน

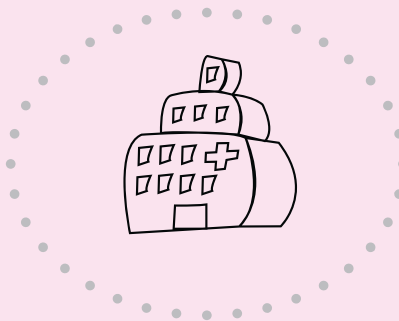
เพื่อให้คนรู้จัก R2R มากขึ้น และเพื่อให้การทำงานวิจัย R2R เป็นไปอย่างราบรื่น กลยุทธ์ในการสร้างกระแส R2R จึงเกิดขึ้น นายแพทย์ชัยสิทธิ์เล่าถึงบรรยากาศการสร้างกระแสในโรงพยาบาลชัยภูมิให้ฟังว่า

“ตอนนี้โรงพยาบาลชัยภูมิผลักดันงานวิจัย R2R ให้เป็นนโยบายหลักของโรงพยาบาลเลย โดยเราจะให้เงินสนับสนุนในการทำวิจัยด้วย ถ้าหน่วยงานไหนทำงานวิจัย R2R และนำมาพัฒนาการทำงานในหน่วยงานของตัวเอง เราจะบันทึกคะแนนประเมินพัฒนาบุคลากรให้ นั่นหมายความว่าคุณจะได้คะแนนเพิ่มขึ้น”

“ยกตัวอย่างเช่น ถ้าคุณทำงานเฉพาะในหน่วยงาน คุณจะได้สามแต้ม ถ้างานของคุณติดถึงระดับเขต คุณจะได้สี่แต้ม แต่ถ้าคุณติดระดับประเทศ คุณจะได้ห้าแต้มเต็มไปเลย มันเป็นผลงานเฉพาะตัวบุคคลนั้น อันนี้เป็นแผนที่เราจัดวางไว้ในปีหน้า ในการประเมินบุคลากร เราจะพยายามพัฒนาบุคลากรโดยใช้ตัวนี้เข้าไปจับครับ”

“นอกจากการสร้างกระแสในโรงพยาบาลชัยภูมิแล้ว ผมก็อยากฝากไปยังองค์กรอื่นๆ ที่คิดอยากจะทำ R2R ไปพัฒนางานประจำว่า R2R เป็นแนวคิดที่ดีมาก ถ้าพวกเรามาช่วยกันทำ โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดเล็กๆ คล้ายๆ โรงพยาบาลชัยภูมิ เราสนใจการทำ R2R ตรงนี้มากขึ้น ก็เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เราเห็นว่า คุณค่าของการวิจัยไม่ใช่วิจัยเสร็จแล้วทิ้งนะ”

“แต่ R2R เราสามารถนำกลับไปใช้ประโยชน์ในงานของเรา ในอาชีพประจำวันของเรา ทำให้การทำงานของเรดีขึ้น มีคุณค่ามากขึ้น คนไข้ได้รับบริการที่ดีขึ้น เรายังมีหลักฐานอ้างอิงในการทำงาน ผมอยากจะฝากให้ที่อื่นพยายามกลับไปกระตุ้นหน่วยงานของตัวเองให้ลองทำงานวิจัย R2R เพื่อประโยชน์แก่โรงพยาบาลทุกๆ แห่ง เพื่อการบริการที่ดีขึ้นสำหรับคนไข้ของพวกเราครับ”



“ผมอยากขอบคุณทาง สวรรส. กับทีมศิริราช ที่ช่วยมาเป็นวิทยากรให้เรา
พวกเรา ทำให้เรารู้สึกอุ่นใจว่า ความรู้ที่เราได้รับนั้นถูกต้องและเชื่อถือได้
เพราะเป็นทีมที่มีประสบการณ์ค่อนข้างเยอะ เป็นแหล่งของความรู้ และ
เป็นต้นตำรับของการวิจัย R2R อยู่แล้ว จะพูดไปแล้วพวกเราเป็นโรงพยาบาล
เล็กๆ ที่อยู่ต่างจังหวัด แต่มีคนเล็งเห็นความสำคัญและให้ความช่วยเหลือ
ผมว่าเป็นสิ่งที่ดีมาก มันเป็นการกระตุ้นให้พวกเรารู้แนวทางที่ถูกต้อง สามารถ
ทำงานได้ถูกต้อง ขอขอบคุณทุกฝ่ายที่ช่วยสนับสนุนพวกเรามาโดยตลอดครับ”

**“เครือข่าย R2R ภาคอีสานของเราเพิ่งเริ่มต้นอยู่ในขั้นอนุบาล
เรายังต้องเรียนรู้อะไรด้วยกันอีกเยอะ ยังไงเราก็จะไม่ทิ้งกันครับ”
นายแพทย์ชัยสิทธิ์กล่าวทิ้งท้าย**





ยอดนักวิจัย R2R

ผู้มุ่งมั่นพัฒนางานประจำ





แพทย์หญิงสุวรรณา อรรถสุภาพงศ์
ผู้ก่อตั้งทีมสหสาขาวิชา
เพื่อช่วยเหลือคนไข้
โรคหลอดเลือดสมองตีบ



แพทย์หญิงจันจิรา สิลาโพบูลย์
หมอผู้ไขปริศนาอาการทาง
คลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน
ระหว่างการถือศีลอด



ดุชนัน อารยวงค์ชัย
ผู้เชื่อมเครือข่ายดูแล
ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยา
Warfarin



นายแพทย์นัฐชัย นิธิอภิญญาสกุล
ผู้เชื่อมโยง
บริการไร้รอยต่อเชิงรุก
ทางจักษุสู่ผู้ป่วยโรคตา



ส่ายทิพย์ อานโพธิ์ทอง
พยาบาลผู้ไขปัญหาระยะเวลา
การคงสภาพปราศจากเชื้อของ
ชุดอุปกรณ์ทางการแพทย์

แพทย์หญิงสุรรดา ธรรมสุภาพวงศ์



ผู้ก่อตั้งทีมสหสาขาวิชา
เพื่อช่วยเหลือคนไข้
โรคหลอดเลือดสมองตีบ

จากผลสำรวจของโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี
ในระยะสิบปีที่ผ่านมา...

ทำให้ทราบว่า โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือ
อัมพาตเป็นโรคที่พบมากถึง 1 ใน 5 ของกลุ่ม
งานอายุรกรรม อีกทั้งโรสดังกล่าวเมื่อรวมกับ
โรคหลอดเลือดสมองแตกแล้ว ยังเป็นสาเหตุทำให้
เกิดการเสียชีวิตของผู้ป่วยมากติดอันดับ 1 ใน 10
ของอัตราการตายของผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาล
อีกด้วย!

R2R



สถิติข้างต้น ทำให้เกิดคำถามขึ้นว่า “แม้ว่าทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ทุกคนในกลุ่มงานอายุรกรรมของโรงพยาบาลพระปกเกล้าเอง จะให้การดูแลคนไข้เป็นอย่างดีตามมาตรฐาน (Guideline) ของสถาบันประสาทวิทยา แต่เหตุใดคนไข้โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออัมพาตจึงไม่มีที่ท้าวว่าจะลดลง และยังมีอัตราการตายสูง”

นายแพทย์วิฑูต นามศิริพงษ์พันธุ์ หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรมของโรงพยาบาลพระปกเกล้า บรรยายปัญหานี้กับทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ทุกคนในการประชุมครั้งหนึ่งว่า

“เราจะทำอย่างไรได้บ้าง เพื่อลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพการดูแลคนไข้”

หลายคนเห็นด้วยกับความคิดของท่าน แม้จะมีทีมแพทย์ให้การดูแลเป็นอย่างดี แต่โรคหลอดเลือดสมองตีบก็ใช้ว่าจะรักษากันง่ายๆ เพราะบุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนจำกัด อีกทั้งในการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายไม่ใช่รักษาเพียงครั้งเดียวแล้วจะหาย เพราะโรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นผลลัพธ์ของโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เมื่อเกิดขึ้นแล้วมักเกิดฉับพลัน มีความพิการได้บ่อย และเรื้อรัง ตรงนี้เองแสดงว่าต้องมีผู้เกี่ยวข้องมากมายที่จะมาช่วยกันดูแลผู้ป่วย



“เราต้องหาสาเหตุและวิธีแก้ไข เพื่อลดอัตราการตายของคนไข้โรคหลอดเลือดสมองตีบให้ได้”

จากคำปรารภของหัวหน้าแผนก ทำให้ แพทย์หญิงสุวรรณา ธรรมสุภาพวงศ์ หนึ่งในทีมแพทย์เสนอตัวรับหน้าที่นี้ด้วยความเต็มใจ

เป็นธรรมดาที่การเริ่มต้นใดๆ มักต้องพบเจอกับอุปสรรค และปัญหาอยู่บ้าง ไม่มากก็น้อย แต่ด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจจริงว่าจะต้องทำให้สำเร็จให้ได้ ในที่สุด แพทย์หญิงสุวรรณาและทีมงานทุกคนก็สามารถแก้ปัญหาช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการผนึกกำลังของทีมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์หลายฝ่ายหลายแผนก หรือที่เรียกว่า ทีมสหสาขาวิชา ในโรงพยาบาลพระปกเกล้า เป็นฟันเฟืองสำคัญที่ช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบให้ปลอดภัย

เธอทำได้อย่างไร ไปเรียนรู้และชื่นชมพร้อมกัน...





เหตุเกิดจากผู้ป่วยเสียชีวิต

แม้การจากไปอย่างไม่มีวันกลับของผู้ป่วยจะเป็นภาพที่แพทย์หญิงสุวรรณาได้ประสบอยู่ทุกวัน แต่หากเป็นไปได้ เธอก็ไม่ปรารถนาที่จะให้ผู้ป่วยในการดูแลของเธอเสียชีวิต ยิ่งถ้าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบด้วยแล้ว ต้องเสียชีวิตน้อยที่สุด หรืออาการดีขึ้น จนอย่างน้อยสามารถช่วยเหลือดูแลตัวเองได้ เพื่อไม่เป็นภาระต่อบุคคลรอบข้าง

“คนไข้โรคหลอดเลือดสมองตีบส่วนใหญ่ที่ได้รับการดูแลอย่างดีแล้วแต่ก็ยังมียโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น ปอดบวม ไตอักเสบ แผลกดทับ และเลือดออกในกระเพาะอาหาร ซึ่งเรารู้ว่าคนไข้เหล่านี้ยากแขนขาไม่ขึ้น แล้วยังมีไข้ ไอ ปัสสาวะลำบากอีก ทำให้เขาทรมานมาก”

“เราก็อยากช่วยเขา อยากรู้ว่าทำอะไรจึงจะลดอัตราการตาย และโรคแทรกซ้อนของคนไข้ได้ ตั้งต้นจากสิ่งที่เราอยากรู้ก่อนเลยคือปัญหาที่แท้จริงมีจำนวนเท่าไร มีลักษณะพื้นฐานอย่างไร ปัจจัยเสี่ยงมีอะไร รักษาแล้วยังมีโรคแทรกซ้อนเท่าไร จำนวนวันนอนกี่วัน กลับมารักษาซ้ำใน 28 วันมากหรือไม่ จึงเริ่มไปค้นหาคำตอบจากแฟ้มสถิติต่างๆ ที่ทางโรงพยาบาลเก็บไว้นำมาวิเคราะห์”





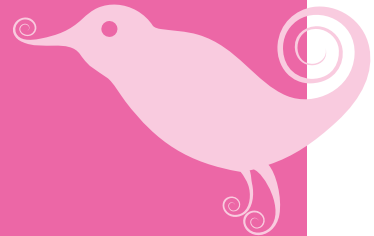
กว่าจะได้กับสหสาขาวิชา

การศึกษาเริ่มจากข้อมูลจากสถิติสะสมที่ทางโรงพยาบาลพระปกเกล้าบันทึกไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 โดยต้องการทราบเพียงว่า มีผู้ป่วยเข้ามารักษาในโรงพยาบาลเท่าไร ผลการรักษาเป็นอย่างไร ซึ่งผลจากการศึกษาทำให้ทราบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจริง ๆ

“เราเริ่มทำการศึกษาและบันทึกสถิติ พบว่าใน พ.ศ. 2546 มีคนไข้ใหม่ทั้งหมดราว 20 ราย จากนั้นก็กระโดดเป็น 50 รายต่อเดือนใน พ.ศ. 2547 โดยสรุปในหนึ่งเดือนเรามีคนไข้ใหม่เข้ามารับการรักษาระมาณ 20-50 ราย ซึ่งคนไข้กลุ่มนี้เข้าร่วมในโปรแกรม CVA care map”

“ตอนแรกดิฉันลงไปลุยเองเลยทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวางระบบ เก็บข้อมูลคึกขางานจากเอกสารต่างๆ ที่ทางโรงพยาบาลมีเก็บไว้ อยากรู้อะไรค้นคว้าหาเอง ติดต่องานต่างๆ เองหมด เพราะเราอยากรู้ อยากช่วยคนไข้ อยากแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในแผนกของเราจริงๆ”

“แต่พอทำๆ ไปก็รู้สึกว่ ทำงานคนเดียวไม่ครอบคลุม เพราะการที่เราจะรู้ว่าทำไมคนไข้โรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออัมพาตถึงมีอัตราการตายมากกว่าโรคอื่นๆ และมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นมาก จำต้องขอความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย”



“ในตอนนั้นเราคิดว่าเราจะพัฒนางานของเราให้ดี เริ่มจากมุ่งเน้นไปที่ การเก็บรวบรวมข้อมูล ดิฉันทำคนเดียวคงไม่ทันแน่ โชคดีที่มีน้องในกลุ่มงาน มาช่วยในเรื่องการเก็บข้อมูล ดิฉันเลยได้มีเวลาศึกษางานวิจัยร่วมด้วย”

“ก่อนหน้านี้ที่ดิฉันจะลงมาทำงานวิจัยขึ้นนี้เราพบว่า การรักษาคอนไซ้ ของเราเป็นแบบแยกส่วนคือ แต่ละหน่วยงานทำหน้าที่ของใครของมัน ไม่มีการ ประสานงานกัน เมื่อคนไข้ผ่านมือเราไปก็ไม่ได้มีการติดตามอย่างเป็น ระบบ หน่วยงานต่างๆ ทำงานไปตามสายงาน ดิฉันคิดว่านี่อาจเป็นสาเหตุ สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้คนไข้โรคเส้นเลือดสมองตีบมีอัตราการตายสูง และมี โรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น”

แพทย์หญิงสุวรรณาจึงเกิดความคิดที่จะรวบรวมทีมงานขึ้นมาตามมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

“เราก็เลยมีการก่อตั้งทีมขึ้นมา ตั้งชื่อว่า **ทีมสหสาขาวิชา** ปรึกษากับพยาบาล ที่ผ่านการอบรมการดูแลคนไข้โรคหลอดเลือดสมองตีบจากสถาบันประสาทวิทยา ช่วยกันเสนอชื่อผู้เกี่ยวข้อง โดยได้ทาบทามบุคลากรจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น เภสัชกร พยาบาล เวชกรรมสังคมหรือ PCU นักกายภาพบำบัด โภชนาการ และนักศึกษามาช่วยกันดูแลคนไข้เป็นทีมเดียวกัน ซึ่งทุกคนก็เห็นด้วย”

“เนื่องจากพื้นที่จำกัด เราขอใช้พื้นที่ส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็น ที่รวมรวมคนไข้โรคหลอดเลือดสมองตีบไว้ใกล้กัน เรียกว่า **Stroke Corner** เพื่อให้ง่ายต่อการดูแล มี 4 หอผู้ป่วยก็ทำให้มี 4 **Stroke Corner** ไม่ใช่ งบประมาณใดๆ เพิ่ม”

“ทางผู้บริหารก็เข้าใจและพิจารณาให้ส่งตัวแทนของแต่ละหน่วยงาน
เข้าร่วม ซึ่งส่งผลให้งานวิจัยชิ้นนี้มีบุคลากรที่มีความสามารถหลากหลายและ
ทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น”

และทีมสหสาขาวิชานี้เองเป็นตัวแปรสำคัญทำให้แพทย์หญิงสุวรรณา
และทีมงานได้ค้นพบกุญแจดอกใหญ่ที่จะมาช่วยไขคำตอบ

ทีมสหสาขาวิชาคือหัวใจสำคัญ

เนื่องด้วยบุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายมีความถนัดเฉพาะทางในการดูแล
ผู้ป่วยที่ต่างกัน เมื่อมารวมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาจึงทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วย
มีความครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

“เรามีการรวบรวมบุคลากรทางการแพทย์จากหลายๆ แผนกมีพยาบาล
ที่ช่วยดูแลและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของคนไข้ เฝ้าระวังโรคแทรกซ้อน รวมไปถึง
ถึงคอยให้กำลังใจและกระตุ้นคนไข้และญาติให้ปรับตัวกับสภาพที่เปลี่ยนไป
ของร่างกาย”

แพทย์หญิงสุวรรณาขยายความบทบาทของพยาบาลต่อว่า...

“นอกจากนี้ พยาบาลยังทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางติดต่อบุคลากรอื่นๆ ใน
ทีมให้มาร่วมกันดูแลคนไข้โดยใช้โทรศัพท์ภายใน ไม่ต้องเขียนใบปรึกษาส่งไป
ปรึกษาข้ามกลุ่มงานเหมือนแต่ก่อน ซึ่งทำให้สะดวกเร็วมากในการดูแลคนไข้”



“เภสัชกรก็ช่วยเรื่องประเมินการใช้ยา และให้ความรู้แก่คนไข้และญาติในด้านการใช้ยา ตลอดจนข้อควรระวัง ผลข้างเคียงที่ต้องสังเกต แนะนำให้คนไข้และญาติรู้เมื่อมีอาการผิดปกติต่างๆ เพื่อที่จะรีบกลับมาพบแพทย์”

“ส่วนนักกายภาพบำบัดก็จะช่วยประเมินสมรรถภาพที่เปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น กำลังกล้ามเนื้อที่ลดลง ความสามารถในการกลืนอาหาร การฝึกพูด ฝึกเดิน สอนคนไข้และญาติให้รู้จักวิธีดูแลและทำกายภาพบำบัดเองได้ที่บ้าน”

นอกจากนั้น ทีมสหสาขาวิชาของแพทย์หญิงสุวรรณา ยังประกอบไปด้วยบุคลากรจากหน่วยงานที่สำคัญอีกสามแห่งนั้นคือ

“เรามีโภชนาการเข้าร่วมทีมเพื่อช่วยในเรื่องการประเมินภาวะโภชนาการดั้งเดิม และการดูแลการจัดอาหารให้เหมาะสมกับโรคของคนไข้แต่ละราย ตลอดจนสอนคนไข้และญาติให้จัดอาหารปรับตามสภาพของคนไข้”

“มีนักสุขศึกษาช่วยให้ความรู้แก่คนไข้และญาติถึงภาวะโรคโดยรวม จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของคนไข้ เช่น แนะนำให้จัดที่นอนให้อยู่ใกล้ห้องสุขาในกรณีเดินไม่สะดวก เป็นต้น”

“หน่วยเวชกรรมสังคม หรือ PCU จะมาดูแลคนไข้ตั้งแต่นอนอยู่ในโรงพยาบาล และตามไปดูแลต่อที่บ้านอีก 1 ปี เพื่อให้คนไข้ได้รับการดูแลรักษาที่ดีอย่างต่อเนื่อง นี่แหละคือการผสมผสานระหว่าง Tertiary Care กับ Primary Care ในการดูแลคนไข้โรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างครบวงจร”



ทีมสหสาขาวิชาก้าวสู่งานวิจัย

งานวิจัยเรื่อง “การลดอัตราการตายและโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบจากการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชา ในโรงพยาบาลพระปกเกล้า” โดยแพทย์หญิงสุวรรณาและทีมวิจัย ได้ศึกษาเปรียบเทียบอัตราการตาย โรคแทรกซ้อน จำนวนวันนอน และอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในโรงพยาบาลพระปกเกล้า

“เราใช้วิธีการศึกษาด้วยการเปรียบเทียบ กลุ่มเป้าหมายของเราคือ คนไข้โรคหลอดเลือดในสมองตีบจำนวน 726 ราย โดยแบ่งกลุ่มที่ศึกษาเปรียบเทียบออกเป็นสองกลุ่มคือ **กลุ่มแรก** คนไข้ที่เข้ารับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2545 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2546 จำนวน 320 ราย ซึ่งเป็นคนไข้ที่เข้ารับการรักษาก่อนจะมีการพัฒนาการดูแลโดยเพิ่มทีมสหสาขาวิชา”

“กลุ่มที่สอง คือคนไข้โรคหลอดเลือดสมองตีบ ใน พ.ศ. 2548 ที่เข้ารับการักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2547 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2548 จำนวน 406 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มคนไข้ที่ได้รับการรักษาและดูแลโดยทีมสหสาขาวิชา”

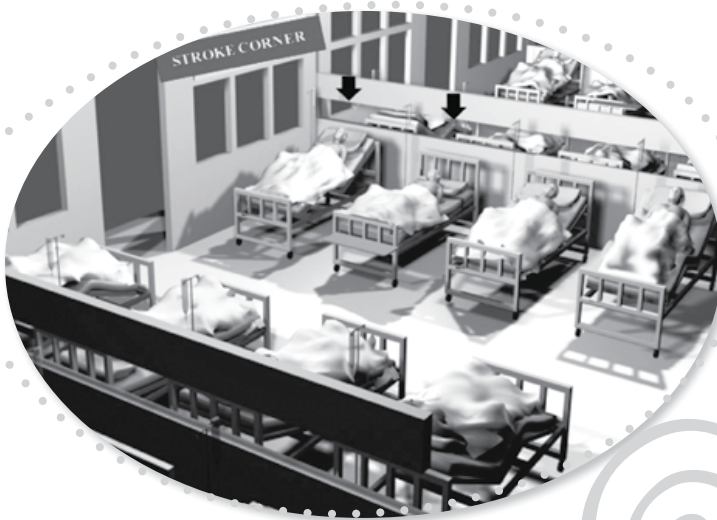
แพทย์หญิงสุวรรณาให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า...

“กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มของเรา มีข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุเฉลี่ย ปัจจัยเสี่ยงเรื่องความดันโลหิตสูง เบาหวาน การดื่มสุรา เส้นเลือดหัวใจตีบ และภาวะที่เคยเป็นอัมพาตมาก่อน ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ยกเว้นภาวะไขมันในเลือดสูง และการสูบบุหรี่ที่อาจมีความแตกต่างกัน”

“โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่โรงพยาบาลพระปกเกล้ารับไว้จะได้รับ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ตรวจเลือด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Echocardiogram) เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางหัวใจ และจะได้รับการรักษาด้วยยาที่ เหมาะสมและไม่แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม”

“ทั้งนี้ การรวบรวมข้อมูลเรามั่นใจได้ว่าถูกต้อง เพราะเราบันทึกข้อมูล โดยแพทย์คนเดียวกัน การใช้ยารักษาเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม ดิจิทัลและทีมงาน จึงสามารถนำผลข้อมูลมาศึกษาเปรียบเทียบ และรวบรวมสรุปบันทึกข้อมูล ในคอมพิวเตอร์ได้อย่างเที่ยงตรง”

จากการทำงานอย่างเป็นระบบและเก็บข้อมูลครอบคลุมทุกส่วน จึงทำให้ งานวิจัยชิ้นนี้มีผลสัมฤทธิ์ออกมาเป็นที่น่าพอใจ





ผลการศึกษานำมาซึ่งคำตอบ

ภายหลังจากการศึกษา แพทย์หญิงสุวรรณกล่าวถึงผลการวิจัยนี้ด้วยรอยยิ้มว่า

“เราได้ผลเป็นที่พอใจมาก เริ่มจากสาเหตุและชนิดของโรคหลอดเลือดสมองตีบของคนไข้ทั้งสองกลุ่ม ที่สรุปว่า ไม่มีความแตกต่างกัน การตรวจเอกซเรย์สมองเพิ่มขึ้นมากใน พ.ศ. 2548 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การตรวจด้วย Echocardiogram เมื่อมีปัจจัยเสี่ยงต่อหัวใจ พบว่าไม่ต่างกัน”

“ผลลัพธ์ในการศึกษาหลัก (Primary Outcome) คือ การลดอัตราการตายของคนไข้โรคหลอดเลือดสมองตีบโดยรวม (Overall Mortality) ลดลงหลังจากการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชา จากร้อยละ 8.7 ใน พ.ศ. 2546 เหลือเพียงร้อยละ 3.4 ใน พ.ศ. 2548”

“สำหรับผลลัพธ์รอง (Secondary Outcome) คือ การลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน จำนวนวันนอน การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ”

ตารางแสดงโรคระหว่าง ปี 2546-2548

	จำนวน ปี 2546	จำนวน ปี 2548
โรคแทรกซ้อนโดยรวม (ร้อยละ)	40.3	33.3
โรคปอดบวม (ร้อยละ)	20.3	9.1
ไตอักเสบ (ร้อยละ)	29.4	15
แผลกดทับ (ร้อยละ)	10.6	3.4
อาการเลือดออกในกระเพาะอาหาร (ร้อยละ)	6	1.2
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (วัน)	8.13	6.4
การกลับมารักษาซ้ำ (ร้อยละ)	5	1.5

แพทย์หญิงสุวรรณอาธิบายให้ฟังเพิ่มเติมว่า

“เหตุที่จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง เป็นผลมาจากความสามารถในการประเมินโรคแทรกซ้อนของแพทย์และทีมตนเอง เพราะหากตรวจพบเร็วก็รักษาเร็ว โรคแทรกซ้อนจึงลดลงจริง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงตามไปด้วย”

“ส่วนการลดอัตรากลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน เกิดจากการให้ความรู้ สุขศึกษาต่อคนไข้และญาติ ของทีมสหสาขาวิชาซึ่งมีผลอย่างมากต่อความสามารถในการดูแลคนไข้เองที่บ้านของคนไข้โรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างมั่นใจมากขึ้น นอกจากนี้ การกระตุ้นให้คนไข้ได้เคลื่อนไหวโดยนักกายภาพบำบัดตั้งแต่นั้นๆ ยังช่วยลดการติดเชื้อ เช่น ปอดบวม ไตอักเสบ แผลกดทับ และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อ การฝึกพูด การกลืนได้รวดเร็วยิ่งขึ้น”

“ที่สำคัญ งานวิจัยยังบอกให้ทราบว่า ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อรายของคนไข้โรคหลอดเลือดสมองตีบของโรงพยาบาลพระปกเกล้า ซึ่งประกอบด้วยค่ายา ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเอกซเรย์ ค่าตรวจเลือด ค่าตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ค่าตรวจพิเศษอื่น รวมไปถึงค่าผ่าตัด เช่น ค่าผ่าตัดเจาะคอ ที่รวบรวมโดยฝ่ายจัดเก็บของโรงพยาบาลปกเกล้าลดลงอย่างชัดเจนจาก 15,231 บาท เหลือเพียง 11,224 บาท ซึ่งช่วยให้ประหยัดเงินในการรักษาเพิ่มขึ้น”



“เรายังพบอีกว่า การที่ทีมสหสาขาวิชาเอาใจใส่ต่อปัญหาของคนไข้โรคหลอดเลือดสมองตีบ และมีทำงานประสานกันอย่างพร้อมเพรียงใน Stroke Comor และการปรับระบบการติดตามทีมดูแลคนไข้ ทำให้พวกเราทำงานรวดเร็วขึ้นกว่าเดิม สะสมประสบการณ์จนมีความชำนาญมากขึ้น ตรวจพบโรคแทรกซ้อนได้อย่างรวดเร็ว แก้ไขปัญหาทันที่ และมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงเมื่อคนไข้กลับบ้านได้ดีขึ้น ทำให้เราสามารถดูแลคนไข้ได้ครบวงจร”

จึงอาจสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบของทีมสหสาขาวิชาที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานวิจัยชิ้นนี้เป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบลดอัตราการตายลง

จากงานวิจัยสู่การนำไปปรับใช้ในโรงพยาบาล

อาจารย์สุวรรณกล่าวถึงการนำผลวิจัยไปปรับใช้ในโรงพยาบาลว่า...

“จากผลงานวิจัยชิ้นนี้ทำให้เราดูแลคนไข้ได้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบมากขึ้น จากแต่เดิมเราก็ทำงานกันไป ไม่ได้ใส่ใจรายละเอียดเพราะคนไข้มาก หมอมีน้อย แต่พอมีทีมสหสาขาวิชามาสสนับสนุนก็เหมือนกับตอกย้ำให้เราเห็นว่า การช่วยกันทำงาน ทำให้ทำงานได้เร็วและมีประสิทธิภาพมากกว่า ต่อไปนี้คนไข้โรคหลอดเลือดสมองตีบจะมีแพทย์และทีมสหสาขาช่วยดูแลทุกรายไปตลอด นั่นคือ Routine to Research และ Research to Routine”



“ดิฉันเองในฐานะตัวแทนของทีมคนทำงานก็รู้สึกภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ ทำให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาแบบองค์รวม ไม่ต่างคนต่างทำเหมือนเมื่อก่อน และที่สำคัญไปกว่านั้นคือ ดีใจที่อย่างน้อยการทำงานวิจัยของเรายืนยันให้ทุกคนเห็นว่า การช่วยกันดูแลคนไข้โดยทีมสหสาขาวิชาสามารถลดอัตราการตาย โรคแทรกซ้อน จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายให้กับคนไข้ได้จริงๆ”

จากความสำเร็จของงานวิจัยชิ้นดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาลพระปกเกล้าพัฒนาไปอีกขั้น

“ตอนนี้ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้งบประมาณมาเพื่อตั้ง Stroke Unit และให้งบประมาณในการซื้อครุภัณฑ์กับโรงพยาบาลด้วย”

แพทย์หญิงสุวรรณายังไม่หยุดยังความตั้งใจไว้เพียงเท่านี้ ปัจจุบันเธอได้วางแผนการทำงานต่อไปในอนาคต โดยต่อยอดจากงานวิจัยชิ้นดังกล่าวอีกด้วย



“ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 เราเริ่มมีโครงการ Stroke Fast Tract คือคนไข้ CVA ทุกคนที่มี Onset (เกิดอาการ) น้อยกว่า 2 ชั่วโมงก่อนมาถึงโรงพยาบาล เราจับได้หมด แต่ต้องเป็น true onset ด้วยนะ เพราะเมื่อมาภายใน 2 ชั่วโมง เมื่อเวลาตรวจ CT scan brain เจาะเลือด ปรึกษาญาติเพื่อให้เซ็นยินยอมให้ยา และให้ยาได้ ทันใน 3 ชั่วโมง โดยเราให้ยา r-TPA 100 มล. แต่ทั้งนี้เราต้องเลือกคนไข้ที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน เมื่อได้รับยาแล้วได้ผลดีขึ้นจริงๆ”

“จาก พ.ศ. 2550 ถึงปัจจุบัน เราใช้ยาไปแล้ว 23 ราย ขั้นตอนคือเราใช้ Onset 2 ชั่วโมง เมื่อเข้ามาปั๊บ ต้องเจาะเลือด แล้วส่งทำ CT brain และตาม Neurologist มาประเมินคนไข้ ณ ขณะนั้นที่ ER พิจารณาว่าจะให้ r-TPA ได้หรือไม่ นี่เป็นงานที่ออกเงยขึ้นมาจากงานวิจัยที่ดีฉันทำ และจะทำต่อไปเรื่อยๆ ให้ดีขึ้น”

นานาปัญหา สารพัดอุปสรรค

กว่าที่ทีมสหสาขาวิชาของโรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยการนำของ แพทย์หญิงสุวรรณาจะประสบความสำเร็จ จนได้รับรางวัลด้านงานวิจัยและเป็นที่กล่าวขวัญจากหลายหน่วยงานก็ผ่านอุปสรรคมาไม่น้อย

“ตอนที่เริ่มทำงานใหม่ๆ ก็ยอมรับว่าพบปัญหาค่อนข้างเยอะ โดยเฉพาะเรื่องการหาคนมาช่วยในทีม และระบบการทำงานซึ่งต้องยอมรับว่า ดิฉันทำงาน ก่อนรู้จัก R2R ดังนั้น ในตอนต้นๆ หลายอย่างต้องคลำทางเอง เพราะเราไม่รู้วิธีการวิจัยอะไรเลย”



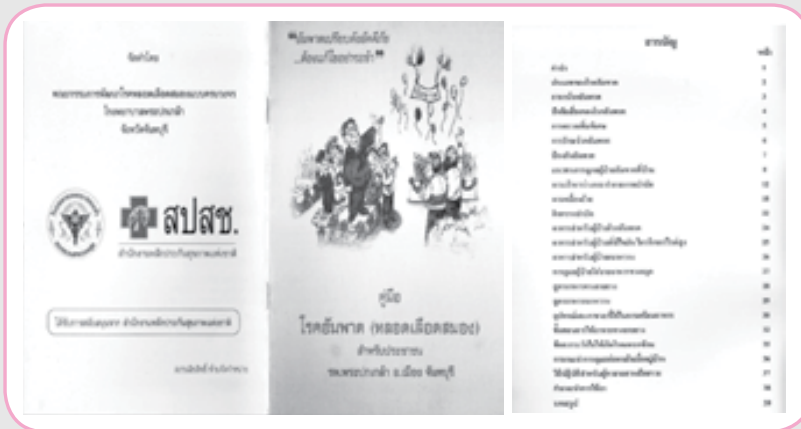
“อย่างบางที่มีบางเรื่องเราอยากรู้คำตอบเร็วๆ ก็ต้องคอยการวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายฝ่าย ทำให้รู้สึกวุ่นวายไม่ทันใจ จนบางครั้งดิฉันต้องลงไปเก็บข้อมูล นำข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ และหัดนั่งวิเคราะห์เองเลย แต่ก็ได้ลงมือทำให้เราได้เรียนรู้จากปัญหาที่พบ”

“พอเริ่มเก็บข้อมูลก็พบปัญหา เพราะแม้จะวางระบบต่างๆ ไว้แล้ว แต่ในสถานการณ์จริงก็มีหลายตัวแปรที่เราไม่ได้คิดไว้ล่วงหน้า อย่างในช่วงวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บมา เช่น ในใบ Order ส่งตรวจ CT 2 ครั้ง แต่มีการเก็บเงินครั้งเดียว จึงทำหนังสือปรึกษาหน่วยจัดเก็บว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น”

“เขาตอบว่าได้พิมพ์ค่าใช้จ่ายในสติกเกอร์ และต้องใช้มือติดบนของฟิล์ม บางทีคนใช้จำนวนมาก ต้องเหน็บสติกเกอร์ไปกับของฟิล์ม เวรเปลเซ็นคนไข้ไป ก็ปลิวหล่นหาย จึงไม่ได้ลงเป็นค่าใช้จ่ายด้วย ตรงนี้เป็นปัญหาในทางปฏิบัติจริง ทำให้ข้อมูลที่เราได้ไม่สมบูรณ์ ฝ่ายจัดเก็บเห็นความสำคัญนำเข้าปรึกษาที่ประชุมฝ่ายบริหาร ผลคือมีการปรับปรุงระบบการจัดเก็บให้ใช้ระบบคอมพิวเตอร์มาลงบันทึกข้อมูลสำคัญๆ ในโรงพยาบาลในเวลาต่อมา”

“อีกประเด็นคือ เมื่อจะเริ่มเก็บข้อมูล เราต้องรู้จัก Code ใน ICD 10 จะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เราก็ได้ความรู้เพิ่มเรื่อง Code ใน ICD 10 ฝ่ายสถิติมาปรึกษาว่า หมอช่วยบอกแพทย์รุ่นน้อง ไม่ให้สรุปหน้าป้ายใบ รง. 501 เป็น Stroke หรือ CVA จะได้ RW. = 0.68 น้อยกว่า การสรุปเป็น Cerebral Infarct RW. = 1.14 ดิฉันไปลองคิดดู และพัฒนามาเป็นตารางช่วยสรุปหน้าป้ายใบ รง. 501 ทำให้ความผิดพลาดลดลง”

“ส่วนผลพลอยได้ในระหว่างเก็บข้อมูลซึ่งทีมต้องจัดการอบรมเผยแพร่ความรู้แก่โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) และประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเครือข่าย ทำให้ได้จัดทำหนังสือคู่มือโรคอัมพาต (หลอดเลือดสมอง) สำหรับประชาชน หน้า 40 หน้า ไว้สำหรับให้คนใช้อ่าน เพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองด้วย ดังรูป”



“นอกจากนี้ เรายังได้แนวคิดจากทีม ICU ศัลยกรรมทำการพัฒนาแผ่นป้ายสำหรับใช้สื่อสารกับคนไข้ ในกรณีที่คนไข้โรคหลอดเลือดสมองมีอาการทรุดลงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งทำให้สื่อสารลำบากมาก ดังรูป”



แม้จะพบเจอกับสารพัดปัญหา แต่แพทย์หญิงสุวรรณา ยังคงยืนหยัดและ
ไม่ยอมปล่อยให้อุปสรรคทุกอย่างผ่านไป โดยไม่ได้รับการแก้ไข

“ตอนเริ่มทำงานวิจัยใหม่ๆ เรามีการประชุมกันทุกเดือน เพราะแต่ละ
หน่วยยังเข้าใจไม่ตรงกัน เราคุยกันในทุกปัญหา พอเก็บข้อมูลไปเรื่อยๆ ก็เริ่ม
ปรับเข้าหากันได้ ทุกอย่างก็ดีขึ้น ปัญหาต่างๆ ก็ลดลง”



ร่วมแรงร่วมใจทำให้งานสำเร็จ

แทบไม่น่าเชื่อว่า งานวิจัยชิ้นเยี่ยมเรื่องการลดอัตราการตายและโรคแทรกซ้อน
ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ จากการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาในโรงพยาบาล
พระปกเกล้าไม่มีงบประมาณใดๆ มาสนับสนุน

**ความสำเร็จที่ได้รับมา เกิดจากหัวใจของทีมงานทุกคนในทีมสหสาขา
วิชาล้วน ๆ**

“ตอนแรกเรายังไม่แน่ใจว่างานวิจัยของเราจะทำได้จริงอย่างที่ตั้งใจไว้
หรือไม่ เลยไม่กล้าขอทุนจากที่ไหน พอรวมทีมได้เราก็ลงมือทำเลย ถามว่า
เหนื่อยไหม ก็ต้องยอมรับว่าเหนื่อย เพราะแต่ละคนก็งานมากอยู่แล้ว แถม
เราต้องแบ่งเวลามาทำงานวิจัยควบคู่กันไป แต่ทุกคนในทีมสหสาขาวิชา
ก็ร่วมมือกันอย่างเต็มที่ อย่างที่บอกว่าทีมของเราจะมีการประชุมกันทุกเดือน
ตอนแรกก็มีปัญหามากมาย ทั้งเรื่องการทำงาน การประสานงาน มีเรื่อง
กระทบกระทั่งกันบ้างในช่วงแรกๆ”



“แต่ทุกคนก็ตั้งใจและสู้อย่างไม่เห็นแก่เหน็ดเหนื่อย เราปรับตัวเข้าหากันได้ในที่สุด เพื่องานที่เน้นการรักษาคนไข้เป็นทีม ถ้าจะถามว่าเหตุผลสำคัญที่ทำให้งานชิ้นนี้ประสบความสำเร็จ ดิฉันคิดว่ามาจากการที่ทีมสหสาขาวิชาชีพมีจิตสาธารณะ และทุกคนคิดถึงคนไข้เป็นหลัก ซึ่งต้องขอขอบคุณทีมงานทุกคนไว้ ณ ที่นี้ด้วย” แพทย์หญิงสุวรรณากล่าว

“รางวัลที่เราได้มา 4 รางวัล ถือเป็นกำลังใจให้ทีมงานทำงานอย่างมีความสุขและภาคภูมิใจ รางวัลที่เราได้รับคือ”

1. รางวัลชนะเลิศระดับเหรียญเงิน ผลงานประเภท Oral Presentation ในงานพระปกเกล้าวิชาการครั้งที่ 6 วันที่ 23 พฤษภาคม 2551 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

2. รางวัลนวัตกรรมระดับ 4 ดาว โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 28 พฤศจิกายน 2551

3. รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 The 2nd Novartis Neuroscience Award ประเภทแพทย์ทางระบบประสาทวิทยา จากสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 7 มีนาคม 2552

4. รางวัลคุณภาพการให้บริการประชาชน รางวัลชมเชย ประเภทนวัตกรรมการให้บริการจาก กพร. 15 ธันวาคม 2552 ได้รับโล่และเหรียญจาก นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี





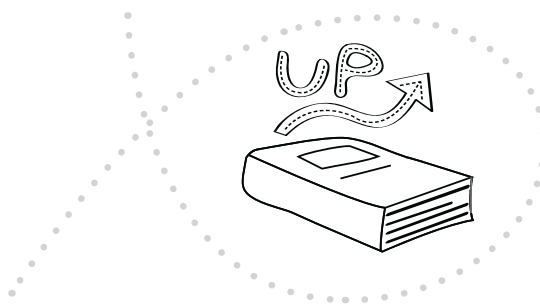
การเรียนรู้ไม่มีที่สิ้นสุด

เมื่อถามว่าแพทย์หญิงสุวรรณาได้อะไรจากงานวิจัยชิ้นนี้อีก นอกจากผลงานที่น่าพอใจแล้ว เธอหัวเราะพร้อมกับบอกอย่างอารมณ์ดีว่า

“อย่างแรกเลยคือ ดิฉันรู้สึกสนุกมาก เพราะทุกอย่างเป็นเรื่องใหม่ที่เราไม่เคยทำมาก่อนเลยทั้งสิ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการวิเคราะห์ และเก็บข้อมูลวิจัยลงในคอมพิวเตอร์ ซึ่งทำให้ตัวเองมีความรู้เรื่องโปรแกรมต่างๆ และรู้จัก Code ใน ICD 10 เพิ่มมากขึ้น”

“อย่างที่สองคือ ดิฉันได้เรียนรู้ถึงความหลากหลายของมนุษย์ การได้ร่วมงานกับหลากหลายแผนก ทำให้รู้ว่าคนแต่ละคนไม่เหมือนกัน ดังนั้นเวลาพูดคุยกับบุคลากรในทีม คุยกับคนไข้ หรือคุยกับใครก็ตาม เราต้องรู้จักพูดอย่างเหมาะสมกับแต่ละคน แต่ละโอกาส”

แพทย์หญิงสุวรรณาคือตัวอย่างหนึ่งของคนที่มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานวิจัย ทั้งที่ก่อนหน้านี้ไม่มั่นใจว่าจะทำได้ แต่เมื่อลงมือทำ ผลที่ได้กลับเป็นเรื่องที่น่าพอใจ คุณหมอเล่าให้ฟังว่า เหตุผลที่ทำได้เพราะมีความตั้งใจเป็นพื้นฐาน และคิดว่าจะพยายามทำให้ได้ด้วยความขยันและอดทน



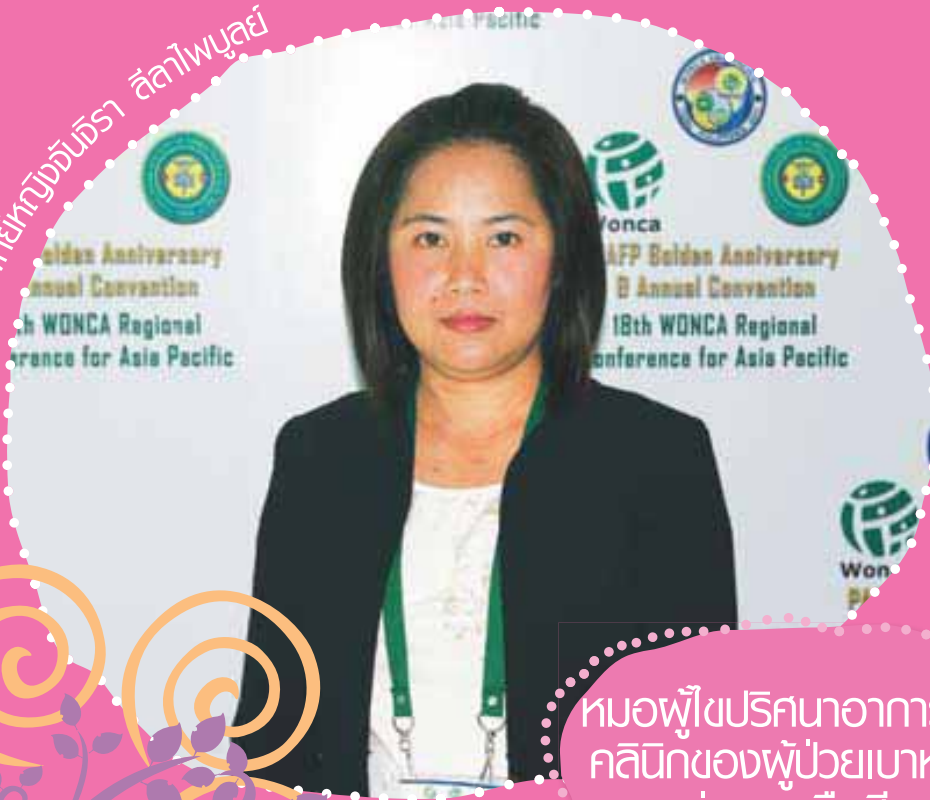
“สำหรับคนที่คิดจะทำงานวิจัย ดิฉันอยากบอกว่า สิ่งแรกที่คุณควรทำคือเชื่อในศักยภาพของตัวเอง อย่าลืมนึกว่าทุกอย่างอยู่ที่ตัวเรา ถ้ามองตัวเองว่ามีความตั้งใจแค่ไหน แบ่งเวลาเป็นไหม ปัญหาที่อยากจะแก้มีอะไร หากตอบคำถามเหล่านี้ได้ ก็ทำงานวิจัยได้”

“ที่สำคัญเวลาที่ลงมือทำแล้ว ต้องคิดว่าสิ่งที่ทำนั้นสนุก เราจะได้มีความสุขกับสิ่งที่ทำ และอย่าลืมเลือกมองให้เห็นว่าปัญหาในงานประจำของเราอยู่ตรงไหน เพราะคนทำวิจัยควรมีวิสัยทัศน์ มองออกว่าปัญหานี้น่าจะเอางานหรือวิชาการอะไรมาแก้ไขหรือปรับปรุงอะไรให้ดีขึ้นได้ **จุดอ่อนเราแก้ไข จุดเด่นเราต่อยอด** จุดไหนยังไม่มีเราลองคิดริเริ่มทำเป็น Knowledge-Based Management”

“สำหรับดิฉัน แค่คิดถึงคนไข้ ก็เท่ากับเราได้ปัญหาในการทำวิจัยแล้วค่ะ...”



แพทยหญิงฉวีรา สลาโพนุลย์



หมอผู้ไขปริศนาอาการทาง
คลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน
ระหว่างการถือศีลอด

เสียงละหมาดที่ดังก้องกังวานไปทั่วทุกสารทิศ...

คือสัญลักษณ์ของความศรัทธาที่พี่น้องชาวมุสลิม
บนแผ่นดินปลายด้ามขวานบ้านเราต่างยึดถือ และ
ปฏิบัติสืบทอดกันมาอย่างเคร่งครัด

ทุกกิจกรรมในการดำเนินชีวิตของพวกเขา
คัมภีร์อัลกุรอานเป็นหลักยึดเป็นเข็มทิศนำทาง และใน
บางครั้งก็ใช้เป็นกฎหมายให้ทุกคนปฏิบัติตาม

R2R



ในขณะที่กฎหมายทั่วไปใช้ลักษณะการบังคับให้ทำ แต่สำหรับพี่น้องชาวมุสลิมแล้ว พวกเขาทุกคนปฏิบัติตามหลัก 5 ข้อของคัมภีร์อัลกุรอานที่พระอัลเลาะห์อันเป็นศาสดาของศาสนาอิสลามด้วยความศรัทธาและเต็มใจยิ่ง

ดังจะเห็นได้จากช่วงถือศีลอดในเดือนรอมฎอนของทุกปี (จะเริ่มในเดือนที่ 9 ตามปฏิทินอิสลาม ประมาณเดือนกันยายน-ตุลาคมของปฏิทินสากล) พี่น้องชาวมุสลิมจะพร้อมใจกันเข้าสู่พิธีกรรมอันศักดิ์สิทธิ์นี้อย่างพร้อมเพรียง

ไม่ว่าแม้แต่พี่น้องชาวมุสลิมที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งแม้จะได้รับการผ่อนผัน เพราะถือว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพ แต่พวกเขาก็ยังมุ่งมั่นที่จะถือศีลอดให้ครบถ้วนในช่วงเวลาดังกล่าว

เช่นเดียวกับชาวมุสลิมที่ดีควรกระทำ...

แพทย์หญิงจันจิรา ลีลาไพบูลย์ จากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งคลุกคลีอยู่กับพี่น้องชาวมุสลิมมาโดยตลอดรับรู้เรื่องนี้ดี พอๆ กับรู้ว่าเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หาย แต่ควบคุมได้หากมีวินัยและกินยาอย่างสม่ำเสมอ

จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มากกว่าปกติในเดือนรอมฎอน ทำให้คุณหมอสงสัยว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานของเธอ เธอควรทำอย่างไรที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

ความสงสัยนี้เอง ชักนำให้คุณหมอเดินทางไปสู่การหาคำตอบจนเป็นที่มาของงานวิจัยระดับคุณภาพที่เอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชาวมุสลิมในพื้นที่เป็นอย่างมาก



คำตอบของคนช่างสงสัย

เส้นทางการหาคำตอบของแพทย์หญิงจันจิราเริ่มต้นจากความช่างสงสัย

“ดิฉันทำงานที่นี่มานาน คลุกคลีอยู่กับคนไข้เบาหวานเป็นประจำ จนพบว่าแทบทุกปีในเดือนถือศีลอดหรือเดือนรอมฎอนจะมีคนไข้เบาหวานมาใช้บริการที่โรงพยาบาลด้วยอาการแทรกซ้อนต่างๆ”

“โดยเฉพาะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสูงผิดปกติมากขึ้นเรื่อยๆ ดิฉันก็เลยสงสัย และพยายามหาคำตอบว่า เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น”

“โชคดีที่ดิฉันทำงานกับหลายหน่วยงาน เลยได้นำเรื่องนี้ไปปรึกษากับบุคลากรในหน่วยงานอื่นๆ ก็ได้คำตอบว่า ทั้งแพทย์ เจ้าหน้าที่อนามัย และเภสัชกรต่างก็พบปัญหาเดียวกันคือ ในเดือนรอมฎอนจะมีคนไข้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดแปรปรวนและอาการแทรกซ้อนมาพบแพทย์เพิ่มขึ้น เราก็เลยมาปรึกษากันว่าน่าจะทบทวนเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้คนไข้มีน้ำตาลผิดปกติเพิ่มขึ้น”

โครงการวิจัยเรื่อง “การถือศีลอดกับอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน ณ ตำบลหนองแห อำเภอบางบาล จังหวัดสุพรรณบุรี งานกลุ่มเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่” จึงถือกำเนิดขึ้นจากความร่วมมือร่วมแรงของหลายฝ่าย โดยมีแพทย์หญิงจันจิราเป็นแม่ทัพ



มือใหม่กัดคำวิจัย

แม้จะทำงานเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยเบาหวานมานานหลายปี แต่แพทย์หญิงจันจิราก็ยอมรับว่า การทำงานวิจัยเป็นสิ่งที่เธอต้องศึกษาและเรียนรู้ แต่ด้วยความที่มีนิสัยชอบใฝ่หาความรู้เป็นทุนเดิม เมื่อเลือกที่จะทำวิจัย สิ่งแรกที่คุณหมอปฏิบัติคือการลงมือค้นคว้าอย่างจริงจัง

“ต้องยอมรับว่า ตอนนั้นการทำวิจัยเป็นเรื่องใหม่สำหรับดิฉันมาก พอคิดจะทำก็ไม่ว่าจะเริ่มตรงไหน เลยเริ่มจากการศึกษางานวิจัยของคนอื่นก่อนไปหาข้อมูลบททวนงานวิจัยของคนที่เคยทำ ในขั้นตอนนี้ดิฉันใช้เวลาอยู่นาน ศึกษางานวิจัยหลายชิ้น ทั้งจากในประเทศไทยและต่างประเทศ”

“จนพบว่าทั้งในบ้านเราและต่างประเทศมีข้อมูลการวิจัยที่เกี่ยวกับการทำวิจัยในคนไข้เบาหวานในช่วงเดือนรอมฎอนน้อยมาก อีกทั้งงานวิจัยในบ้านเราส่วนใหญ่ก็ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการอธิบายขนาดของพฤติกรรมและการปรับยาของคนไข้เบาหวาน”

“นอกจากนี้ ยังไม่มีงานวิจัยชิ้นไหนที่นำเสนอข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติของคนไข้มุสลิมในประเทศไทย ซึ่งอย่างหลังนี้เองคือสิ่งที่ดิฉันอยากรู้”

เมื่อสิ่งที่อยากรู้ไม่มีใครทำ คุณหมอยิ่งอยากค้นหาคำตอบ อยากรู้เรื่องพฤติกรรมผู้ป่วยในช่วงเดือนถือศีลอดว่า พวกเขาใช้ชีวิตอย่างไร กินอย่างไร นอนอย่างไร ออกกำลังกายแบบไหน และเหตุใดจึงทำให้อาการเบาหวานกำเริบหนักกว่าช่วงเดือนปกติ

“ในระหว่างนั้น เรามีการรวบรวมทีมงานทั้งในส่วนของแพทย์เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเก็บข้อมูลไปพร้อมๆ กับการเสาะหาอาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัย ซึ่งเราโชคดีมากที่ได้ **แพทย์หญิงหทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล** กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่รับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาให้ ต้องขอบคุณท่านไว้ในที่นี้ด้วย เพราะท่านช่วยเราได้มาก”

แม้การเดินทางในเบื้องต้นจะดูเหมือนโรยด้วยกลีบกุหลาบ ทว่ากว่าจะถึงจุดหมายหนทางไม่ได้สวยงามอย่างที่คิด เพราะกว่างานวิจัยชิ้นนี้จะประสบความสำเร็จ คุณหมอและทีมงานต้องฝ่าฟันอุปสรรคมากมาย



เดินทางไปสู่คำตอบ

แพทย์หญิงจันจิราเล่าให้ฟังถึงขั้นตอนการทำวิจัยเรื่อง **“การถือศีลอดกับอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน ณ ตำบลหนองแห อำเภอบาตหลวง จังหวัดสงขลาในกลุ่มเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลบาตหลวง”** ให้ฟังว่า

“เราอยากรู้ว่าพฤติกรรมสุขภาพขณะถือศีลอดของคนไข้เบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางคลินิกของระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติอย่างไร ในที่นี้รวมไปถึงพฤติกรรมบริโภค การใช้ยา กิจกรรมประจำวัน และการออกกำลังกายด้วย”

“เพื่อให้เราจะได้เข้าใจลักษณะพฤติกรรมของพวกเขา และเป็นข้อมูลที่เราสามารถนำไปวิเคราะห์ เพื่ออธิบายพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติของเขาได้ว่า เกิดจากสาเหตุใด”

“เราเลือกวิธีการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytic Cross Sectional Study) เน้นการออกแบบเครื่องมือวิจัยเป็นทั้งแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ โดยเน้นหนักในเรื่องพฤติกรรม การออกกำลังกาย การออกแรงทำงาน การนอน ชนิดและปริมาณของการบริโภคอาหาร และการกินยาเบาหวานของคนไข้ในช่วงของการถือศีลอด”

“ในการเก็บข้อมูลเราใช้แบบสัมภาษณ์ โดยใช้วิธีการแยกกลุ่มตัวอย่างตามหมู่บ้านต่าง ๆ (PCU Based) ในเขตตำบลหนองแห อำเภอบาตหลวง จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นชาวมุสลิมจำนวน 136 คน และเป็นคนไข้ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลของเราอยู่แล้ว”

“เพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูลเราจึงให้ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งได้คัดเลือกจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีประสบการณ์ในการให้บริการทางสาธารณสุข และเป็นผู้อาศัยอยู่ในตำบลคลองแห ซึ่งทราบลักษณะทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่ได้เป็นอย่างดี และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผลการวิจัยเป็นคนเก็บข้อมูลให้”

“ข้อมูลในการทำวิจัยจะแบ่งออกเป็นหลายส่วน เริ่มจากข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของคนไข้ จำพวกอายุ เพศ น้ำหนัก เป็นต้น ตามมาด้วยข้อมูลทางด้านสุขภาพ และการเป็นเบาหวานของคนไข้ ซึ่งแบบสอบถามในขั้นตอนนี้จะลงลึกไปถึงจำนวนปีที่เป็นความถี่บ่อยของอาการแทรกซ้อน สถิติการนอนโรงพยาบาล เวลาที่อาการกำเริบ รวมไปถึงยาที่ใช้อยู่ เป็นต้น”

“ส่วนตอนที่สามจะเป็นส่วนสำคัญที่เราอยากรู้คือ พฤติกรรมทางสุขภาพของคนไข้ในช่วงเดือนถือศีลอด ก็จะลงลึกไปถึงการใช้ยา การเปลี่ยนยา ประเภทของอาหารที่กินในแต่ละมื้อ ความถี่ของการออกกำลังกาย และสถิติการนอนพักผ่อน เป็นต้น”

“เราใช้เวลาในการเก็บข้อมูลดิบอยู่ราวหนึ่งเดือน คือเริ่มทำการวิจัยตั้งแต่วันที่ 21 สิงหาคม 2552-19 กันยายน 2552 (เดือนรอมฎอน ปี ฮ.ศ. 1430) หลังจากนั้นก็ใช้เวลาในการวิเคราะห์ข้อมูลอีกหนึ่งเดือนจึงเสร็จ”

“แต่จริงๆ แล้วก่อนหน้านั้นเราใช้เวลาในการเตรียมข้อมูลวิจัยอยู่ราวหนึ่งปี”

อาจนับได้ว่าเป็นหนึ่งปีที่มีคุณค่ายิ่ง เนื่องจากเมื่องานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จ ทั้งแพทย์หญิงจันจิราและทีมงานทุกคนต่างปลาบปลื้มใจ เพราะข้อมูลที่ได้สามารถตอบข้อสงสัยให้กับคุณหมอเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในช่วงเทศกาลถือศีลอดได้หมดทุกข้อ





ผู้ป่วยเบาหวานกับการถือศีลอด

แพทย์หญิงจันจิราสรุปลงานวิจัยให้ฟังว่า ระหว่างถือศีลอด ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลหนองแห อำเภอบ้านลาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีพฤติกรรม การออกกำลังกายและออกแรงน้อยลง มีการนอนพักใกล้เคียงช่วงปกติ แต่มีพฤติกรรมบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งพฤติกรรมทั้งหมดนี้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการน้ำตาลในเลือดผิดปกติแต่อย่างใด

แต่สิ่งที่เป็นต้นเหตุในการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยชาวมุสลิมในช่วงเดือนถือศีลอด ซึ่งผลวิจัยได้บอกไว้อย่างเด่นชัดนั่นคือ ผู้ป่วยเบาหวานชาวมุสลิมมีการปรับยาเอง ซึ่งในวงการแพทย์ถือว่าเป็นเรื่องที่อันตรายมาก

“จากการเก็บข้อมูลหนึ่งเดือนเต็มเราพบว่า ในระหว่างเดือนถือศีลอด คนไข้เบาหวานชาวมุสลิมมีปริมาณน้ำตาลในเลือดสูงถึงร้อยละ 61.76 ในสัปดาห์ที่ 2 แล้วพุ่งพรวดไปอยู่ที่ร้อยละ 69.85 ในสัปดาห์ที่ 4 เช่นเดียวกับการปรับยาเกินของของคนไข้เบาหวานในช่วงนี้ที่เพิ่มจากร้อยละ 43.86 ในสัปดาห์ที่ 2 แล้วขยับไปที่ร้อยละ 50.85 ในสัปดาห์ที่ 4”

“สรุปได้ว่า คนไข้ที่มีการปรับยาเองมีโอกาสเกิดอาการน้ำตาลในเลือดผิดปกติเป็น 2.95 เท่า เมื่อเทียบกับคนไข้ที่ไม่ปรับยา และเมื่อรวมกับพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงนี้คือ รับประทานอาหารที่มีรสหวานมากขึ้น ในระยะเวลาแกำวช ก็จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน”

“การอดอาหารเป็นระยะเวลากว่า 13 ชั่วโมงต่อวันติดต่อกันยาวนานกว่าเดือนในเดือนรอมฎอนของพี่น้องชาวมุสลิม โดยที่ยังใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดหรืออินซูลินอยู่ ทำให้พวกเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้มากกว่าคนทั่วไปหลายเท่า”

“งานวิจัยชิ้นนี้บอกเราว่า คนไข้เบาหวานของเรามีอาการแทรกซ้อนของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลในเลือดต่ำเยอะมาก ซึ่งปัจจัยสำคัญของอาการดังกล่าวคือ คนไข้มีการปรับยาเอง คืออาจจะกินยาไม่ตรงคำสั่งแพทย์ เปลี่ยนขนาดหรือจำนวนมียาเอง กินยาแล้วหยุดในบางวัน หรือหยุดกินยาตลอดการถือศีลอด”

นอกจากงานวิจัยชิ้นนี้จะทำให้แพทย์หญิงจันจิราได้คำตอบในสิ่งที่สงสัยแล้ว เธอยังพบว่าสิ่งที่เข้าใจมาตลอดเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานชาวมุสลิมในตำบลหนองแหไม่ถูกต้อง...

“เดิมเราเคยคิดว่าคนไข้ที่มาหาเราแล้วมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติเป็นเพราะเขาไม่ควบคุมอาหาร หรือไม่ออกกำลังกาย แต่พอผลการวิจัยชิ้นนี้ออกมาปรากฏว่า สิ่งที่เราเข้าใจไม่ใช่เลย มันเกี่ยวข้องกับการปรับยาต่างหาก”

ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเป็นเสมือนเครื่องมือสำคัญที่คุณหมอนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชาวมุสลิมในเขตพื้นที่ตำบลหนองแห อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

ผลงานวิจัยกับการปรับใช้ใบโรงพยาบาล



ความสำเร็จของงานวิจัยเรื่องนี้นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งแพทย์หญิงจันจิราเล่าว่า

“ต้องยอมรับว่า งานวิจัยมีส่วนทำให้มุมมองในการทำงานของดิฉันเปลี่ยนไป เพราะเมื่อถามคนไข้ต่อไ้ว่าใครเป็นคนจ่ายยาให้เขา คำตอบที่ได้รับยิ่งทำให้เราสะท้อนใจ เพราะให้ยาไปแล้วอาการของเขาไม่ดีขึ้น นั่นเท่ากับว่าเราทำหน้าที่ไม่ดีพอ เพราะหน้าที่ของเราคือการดูแลคนไข้”

“ดิฉันและทีมงานเลยต้องมาประชุมกันใหม่ เพื่อหาแนวทางในการทำงาน ก็ได้ข้อสรุปว่า เราควรให้ข้อมูลกับคนไข้เบาหวานมากขึ้น เพื่อที่เขาจะได้ปลอดภัยมากขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะร่วมกันว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการถือศีลอด ควรมีการจัดทีมแพทย์ เภสัชกร และทีมสุขภาพออกไปให้ความรู้กับคนไข้”

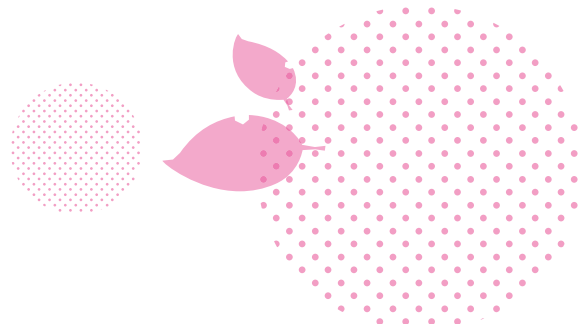
“พวกเราออกไปให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา และปรับพฤติกรรมด้านต่างๆ ของคนไข้เบาหวานในช่วงถือศีลอด เพื่อให้พวกเขาสามารถถือศีลอดได้อย่างปลอดภัยมากขึ้น โดยเฉพาะคนไข้ที่มีพฤติกรรมรับประทานเอง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เราก็ควรให้คำแนะนำเป็นพิเศษ”

“คนไข้ที่มีความเสี่ยงสูง เราอาจจะมีการปรับลดยาบางตัวที่อาจทำให้มีอาการแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น หรืออย่างในกรณีของผู้สูงอายุที่มีการกินยาหลายๆ ตัว เราก็อาจจะลดยาบางตัวที่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพในช่วงการถือศีลอด เป็นต้น”

อย่างไรก็ตาม แม้งานวิจัยชิ้นนี้จะประสบความสำเร็จด้วยดี แต่ก็ยังมีคำถามค้างคาใจที่รอให้แพทย์หญิงจันจิราต้องหาคำตอบอีกหลายประเด็น

คำถามนี้ ไม่มีคำตอบ

ทั้งๆ ที่รู้ว่าการปรับยามีอันตราย แต่ทำไมคนไข้เบาหวานถึงกล้าที่จะปรับยาเอง ดูเหมือนจะเป็นคำถามที่หลายคนสงสัยเช่นเดียวกับแพทย์หญิงจันจิรา ซึ่งผลจากการคลุกคลีอยู่กับผู้ป่วยเบาหวานชาวมุสลิมมาเป็นเวลานาน คุณหมอได้ข้อสรุปว่า



“เราโชคดีที่เป็นคนในพื้นที่ จึงเข้าใจวัฒนธรรมของเขาในระดับหนึ่ง ทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร บางทีความเชื่อในศาสนาของเขามันเป็นเรื่องที่ขัดกับการดูแลสุขภาพโรคก็จริง แต่เราต้องเข้าใจเขา ต้องค่อยๆ เข้าใจวิถีคิดของเขา ก่อน แล้วค่อยพยายามให้เขาเข้าใจว่า เราไม่ได้ไปลบหลู่หรือตีเตียนพฤติกรรมของเขา เราบอกเขาเพราะเราเป็นห่วง เราหวังดีกับเขาจริงๆ”

“เราแนะนำแนวทางการดูแลตัวเองให้เขา ทั้งเรื่องการใช้ยา การกินอาหาร การใช้ชีวิตประจำวัน พอเขารู้ว่าเราเข้าใจ เราไม่ได้เป็นศัตรูเขา เราก็จะสามารถทำงานกับเขาได้ สื่อสารได้เหมือนคนใช้ศาสนาอื่นๆ”

“อย่างเรื่องบางเรื่อง ทั้งที่รู้ว่าไม่ดีต่อสุขภาพ แต่เราก็ต้องทำความเข้าใจ เช่น คนไข้เบาหวานบางคนรู้และเข้าใจว่ากินของหวานไม่ดี ทำให้ น้ำตาลในเลือดผิดปกติ แต่ก็จำเป็นต้องกิน โดยในช่วงถือศีลอด มักจะเปิดบวชด้วย อินทผาลัมซึ่งมีรสหวาน เป็นวิธีพึงปฏิบัติตามแบบศาสนา เราต้องเข้าใจ และให้โอกาสเขา”

“บางที่เราเจอกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุ เราจะไปบอกให้เขาเลิกบวชก็ไม่ได้นะ เพราะเขาเป็นมุสลิมมาก่อนที่เขาจะเป็นเบาหวาน ทำยังไงจะปรับวิถีการรักษาให้เข้ากับบริบทของศาสนาไปพร้อมกัน นั่นคือสิ่งที่เราต้องคิด ถ้าเราปรับวิถีการ ดูแลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของเขาได้ เมื่อมีสัมพันธภาพที่ดีก็จะเกิดความเชื่อมั่น และเปิดใจรับฟังคำแนะนำจากเรามากขึ้น ตามปรัชญาพระราชทาน คือ เข้าใจ เข้าถึง และพัฒนา”

นี่คืออีกหนึ่งข้อดีของงานวิจัยที่ใช้แต่เพียงทำให้สามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ แต่ยังทำให้แพทย์หญิงจันจิราเข้าใจเพื่อนมนุษย์มากขึ้น



ปัญหามีไว้ให้แก้

กว่าที่งานวิจัยชิ้นนี้จะประสบความสำเร็จจนได้รับรางวัล **Routine to Research (R2R) ดีเด่นระดับปฐมภูมิ ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ปี 2553** ไม่ใช่เรื่องง่าย เบื้องหลังความสำเร็จนี้ แพทย์หญิงจันจิรา และทีมงานต้องผ่านการล้มลุกคลุกคลานมาพอสมควร

“แม้เราจะได้ทีมงานและมีอาจารย์ที่ปรึกษาคอยให้คำแนะนำอย่างดี แต่ก็เชื่อว่าเราจะไม่ประสบปัญหา เพราะอย่างที่บอก เราไม่เคยทำวิจัยมาก่อน กว่าที่เรารู้ว่าต้องการทำวิจัยเพื่ออะไร กลุ่มเป้าหมายของเราคือกลุ่มไหน เราต้องนำข้อมูลงานวิจัยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาถึง 5 ครั้ง”

“ยังไม่รวมถึงปัญหาอื่นๆ ที่เข้ามาระหว่างทำวิจัย เช่น กลุ่มเป้าหมายบางคนไม่ยอมให้เจาะเลือด เพราะเขามองว่าการเจาะเลือดทำให้เขาเสียเลือดไปโดยปริยาย คือเขาอดอาหารมาทั้งวันแล้วไปเจาะเลือด เขาจะเสียตรงนี้ไปหนึ่งวัน เราก็เลยต้องใช้เครื่องมืออื่นในการวัดผลแทน”

“แต่ก็อย่างที่บอกไปว่า ปัญหามีไว้ให้แก้ พอเราเจอปัญหาเลยช่วยกันแก้ไข ไม่ท้อนาน เราจึงมุ่งมั่นที่จะเดินหน้าเพื่อแก้ไขปัญหาย่างเต็มที่ ในที่สุดงานวิจัยชิ้นนี้จึงประสบความสำเร็จตามที่เรามุ่งหวังไว้”



เราก็มีผู้ร่วมขบวนการ

แม้จะออกตัวเป็นแม่ทัพ แต่เหนือสิ่งอื่นใด รางวัลที่ได้รับนั้น แพทย์หญิงจันจิรา เต็มใจยกให้ทุกคนที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

“ความสำเร็จของพวกเราในครั้งนี้ ดิฉันยกให้เพื่อนร่วมงานทุกคนค่ะ ไม่ว่าจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของทุกหมู่บ้านในเขตพื้นที่ตำบลหนองแห้วที่ช่วยกันเก็บข้อมูลด้วยความเต็มใจ โดยที่เราไม่ต้องเสียงบประมาณเลยสักบาท”

“กลุ่มตัวอย่างหรือคนไข้เบาหวานด้วย พวกเขาน่ารักมาก เพราะเราขอให้ทำอะไรก็ตาม ถึงขนาดขอให้ลงรายการอาหารที่กินทุกวัน ตลอด 30 วัน เขาก็ยินดี ข้ายังบอกอีกว่าดีใจที่ हमสนใจพวกเขา”

“รวมไปถึงอาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้คำแนะนำและอดทนในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ท่านไม่ได้เฉยให้เราฟังว่าทำแบบนี้ถึงจะดี แต่ค่อย ๆ สอนกระบวนการคิดให้เรา ท่านดูแลใกล้ชิดมากในทุกขั้นตอน ทำให้เรารู้สึกเหมือนกับว่ามีพี่เลี้ยงคอยอยู่ตลอดเวลา มีปัญหาที่ปรึกษาได้ทันที”

“ที่สำคัญต้องขอขอบคุณโรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งเป็นต้นสังกัดที่ช่วยสนับสนุนในเรื่องของค่าใช้จ่ายทั้งหมด งานของเราสำเร็จลุล่วงลงไปได้ด้วยดี เพราะคนใจดีหลาย ๆ ส่วนช่วยกันจริงๆ”



รางวัลของคนช่างสงสัย

ถึงวันนี้งานวิจัยเรื่อง “การถือศีลอดกับอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน ณ ตำบลหนองแห อำเภอบาดใหญ่ จังหวัดสงขลา งานกลุ่มเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่” ได้รับการยกย่องให้เป็นงานวิจัยต้นแบบ ข้อมูลจากงานวิจัยชิ้นนี้ยังช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยเบาหวานชาวมุสลิมมากขึ้น

ที่สำคัญไปกว่านั้น งานวิจัยชิ้นนี้ยังให้บทเรียนที่มีค่ากับทีมวิจัยอย่างหาที่เปรียบไม่ได้ ดังที่แพทย์หญิงจันจิราเล่าไว้อย่างภาคภูมิใจว่า

“ดิฉันได้เรียนรู้เยอะมากจากงานวิจัยชิ้นนี้ โดยเฉพาะการได้เรียนรู้เรื่องกระบวนการทำงานวิจัย ก่อนหน้านี้คิดว่ามันเป็นเรื่องยาก แต่พอหลังจากได้มาลงมือทำวิจัย แล้วก็ได้คำตอบว่าเราทำได้ ไม่ได้ยากเกินความสามารถเราเลย หากเรามีที่ปรึกษาดี ๆ และมีความมุ่งมั่นเพียงพอ”

“เหนือสิ่งอื่นใด งานวิจัยชิ้นนี้สอนให้ฉันรู้ว่า ถ้าเรามีความสงสัยที่ต้องการหาคำตอบ โดยเฉพาะถ้าความสงสัยนั้นเกี่ยวเนื่องกับความเป็นอยู่ของคนไข้ของเราเองด้วยแล้ว เราไม่ควรหิ่งห้อย ต้องหาคำตอบให้ได้ เพราะหากเราหาคำตอบได้ ก็เท่ากับว่าได้ช่วยชีวิตคนไข้ของเราด้วยเช่นกัน”

“สำหรับฉันเองคิดว่า แค่ว่าเราได้เรียนรู้จากวิธีการทำงานวิจัยที่ถูกต้องเราก็ได้ประโยชน์แล้วค่ะ ผลที่ออกมาจะเป็นอย่างไรได้รางวัลหรือไม่ได้ ไม่ใช่เรื่องสำคัญ แค่ว่าทำก็ถือว่าเป็นกำไรชีวิตแล้ว”

“อยากฝากถึงผู้ที่จะเริ่มทำงานวิจัย R2R อื่นๆ ว่าอย่างแรกที่คุณต้องมีคือต้องกล้าสงสัย แล้วก็ต้องรู้จักค้นคว้าเพื่อหาคำตอบ อาจจะเริ่มจากงานประจำของเราก่อนว่าจะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร ซึ่งหากเลือกทำในเรื่องใกล้ตัวก็จะทำให้เราทำงานวิจัยได้สนุกและมีความสุขขึ้น”

จากความสงสัยเล็กๆ เดินทางไปสู่การหาคำตอบที่ยิ่งใหญ่ ส่งผลไปยังการตั้งรับและเปิดเกมรุกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานชาวมุสลิมทั้งหลาย เหล่านี้คือความตั้งใจของแพทย์หญิงจันจิรา ลีลาไพบูลย์

ผู้สมควรได้รับสมญานามว่า...

หมอผู้ไขปริศนาอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างการถือศีลอด



นายแพทย์อัษฎชัย นี้อภิญาสกุล



พี่เชื่อมโยง
บริการไร้รอยต่อเชิงรุก
ทางชักชวนสู่ผู้ป่วยโรคตา

“คนไข้เยอะมากค่ะหมอ...”

น้ำเสียงเหนื่อยอ่อนของพยาบาลขณะวาง
แฟ้มประวัติผู้ป่วยลงบนโต๊ะ บ่งบอกถึงสถานการณ์ที่
เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี ปรากฏการณ์คนไข้ล้นโรงพยาบาล
ที่หมอส่วนใหญ่เข้าใจกันว่ามักจะเกิดเฉพาะในช่วง
ฤดูฝน ซึ่งคนมักจะป่วยบ่อยเพราะอากาศเปลี่ยนนั้น
ไม่ใช่เสียแล้ว

R2R



“ส่วนใหญ่มารักษาตาอะ มาจากอำเภอรอบนอก...” พยาบาลรายงาน
คุณหมอพยักหน้ารับรู้ ผู้ป่วยโรคตาส่วนใหญ่ แม้จะไม่ต้องรักษาโดยเร็ว
เหมือนผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่เมื่อเขาเดินทางมาพบหมอแล้ว ตามสิทธิผู้ป่วย
ควรได้รับการตรวจรักษาและดูแลเช่นเดียวกัน

หลายปีที่ผ่านมา ใช้ว่าโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาจะละเลยปัญหานี้
ทั้งหมอและเจ้าหน้าที่ที่มิจักทุกคนทำงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ
เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการของโรงพยาบาลอย่างทันท่วงทีและดีที่สุด

แต่จำนวนผู้ป่วยที่มารักษาตาเฉลี่ย 200 คนต่อวัน หรือประมาณ 34,793
รายต่อปีนั้น มากมายเกินกว่าหมอทั้ง 6 คนจะรับมือไหว

การบริการที่ไม่เป็นไปตามตั้งใจทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด...

เสียงบ่นของผู้ป่วยซึ่งถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนที่มารอแต่เช้า แต่
ก็ยังพบว่าตัวเองมาช้ากว่าคนอื่น จึงต้องนั่งรอเกือบสี่ชั่วโมงกว่าจะได้ตรวจ
เป็นปัญหาใหญ่ที่แก้ไม่ตก...

ทีมจักษุแพทย์ก็เช่นกัน แต่ละคนเหนื่อยจนสายตัวแทบขาด เพราะนอกจาก
จะต้องตั้งรับกับกองทัพบ่อย และปฏิบัติงานเต็มหน้าที่จนไม่มีเวลาแล้ว
การปลีกเวลาไปเสาะแสวงหาความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของตัวก็พลันหดหาย
ไปด้วย

ปัญหาสารพัดที่ประเดประดัง ทำให้ **นายแพทย์ณัฐชัย นิธิกัญญาสกุล**
ครุ่นคิดหาวิธีการ...

คงจะดีไม่น้อย หากมีวิธีในการกระจายผู้ป่วย ที่มักส่งต่อมารักษาที่
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ไปยังโรงพยาบาลชุมชนตามอำเภอต่างๆ ใน
เขตจังหวัดนครราชสีมา

ตลอดจนการมีเครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษาครบครัน จะสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคตาทุกคนเข้าถึงการรักษา โดยไม่ต้องมาเบียดเสียดกันเป็นปลากระป๋องที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเหมือนเช่นทุกวันนี้

มีวิธีไหนบ้างหนอ ที่จะช่วยให้ ‘ปรากฏการณ์ผู้ป่วยโรคตาล้นโรงพยาบาล’ หดสั้นไป

วิกฤติการณ์คนไข้ล้นโรงพยาบาล



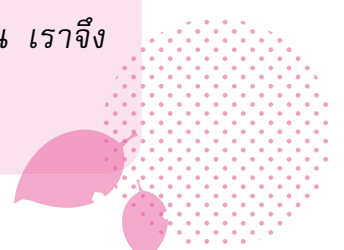
นับตั้งแต่สี่มิตาต้นจนกระทั่งหลับตานอน ‘ดวงตา’ เป็นอวัยวะสำคัญที่เราใช้งานหนักไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าอวัยวะอื่นๆ เมื่อดวงตามีปัญหาจึงไม่อาจนิ่งนอนใจ ควรต้องรีบไปพบแพทย์โดยด่วน

แต่เมื่อเดินทางไปโรงพยาบาล กลับพบว่าไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ในทันทีที่ เพราะมีผู้ป่วยแน่นขนัดจนแทบจะไม่มีทางเดิน ปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้นายแพทย์ณัฐชัยจากกลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กังวลใจเป็นอย่างมาก

“ในขณะนั้นเราทราบว่า ร้อยละ 80 ของคนไข้โรคตาที่มารักษากับเรา ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 31 อำเภอของจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนเหล่านั้นเป็นโรงพยาบาลเล็กๆ ไม่มีจักษุแพทย์”

“โรคตาที่พบบ่อยเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ต้อกระจก เยื่อบุตาอักเสบ ต้อหิน เบาหวานเข้าจอตา และอุบัติเหตุทางตา ซึ่งทั้งคนไข้ในเขตรับผิดชอบ และคนไข้ที่ส่งต่อมารวมมีเยอะมาก เมื่อคิดเฉลี่ยแล้วประมาณ 34,793 รายต่อปี มากจนหมอทั้ง 6 คนของเรารับมือไม่ไหว”

“ส่งผลให้คนไข้ต้องรอดรอนานเฉลี่ยถึง 3.2 ชั่วโมง คิวผ่าตัดต้อกระจก นานเฉลี่ย 6-12 เดือน ซึ่งนานมากพอเกิดเหตุการณ์แบบนี้ขึ้น เราจึงจำเป็นต้องมุ่งเน้นการตั้งรับเพื่อรักษาโรคตาก่อนอย่างอื่น”



ปัญหาความแออัดของผู้ป่วย และความตั้งใจของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่ต้องการให้บริการที่ครอบคลุมผู้ป่วยโรคตาทั้งจังหวัด ผลักดันให้นายแพทย์ณัฐชัยคิดหาทางออก

“ที่ผ่านมากลุ่มจักษุแพทย์ของเรามีประสบการณ์ด้านการทำงานเชิงรุกมาตลอด เราทำการคัดกรองคนไข้เบาหวานเข้าจอตามากกว่า 13 ปี (พ.ศ. 2538–2552) และมีการทำการผ่าตัดที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นเวลา 14 ปี”

“ผมคิดว่าถ้าเราสามารถทำงานเชิงรุกได้ พัฒนาบุคลากรทีมจักษุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาของเราได้ ก็น่าจะช่วยลดการแออัดของคนไข้ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลของเราได้อย่างยั่งยืนเช่นกัน”

“ทีมจักษุของเราเองมีความตั้งใจว่า จะทำให้โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็น Excellent center ด้านการดูแลคนไข้โรคตา จึงได้มีการหาแนวทางร่วมกัน เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทีมจักษุ พัฒนาระบบบริการเชิงรุกทางจักษุ และที่สำคัญคือ เพื่อลดความแออัดของคนไข้โรคตาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา”

งานวิจัยเรื่อง **“โรงพยาบาล Node โรคตา การบริการไร้รอยต่อเชิงรุกทางจักษุ”** กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จึงกำเนิดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

พัฒนา “จุดเชื่อมต่อ” คือกุญแจสำคัญ



ประสบการณ์จากการทำงานเชิงรุก ทำให้นายแพทย์ณัฐชัยเลือกงานวิจัยเป็นเครื่องมือแก้ปัญหา

“การวิจัยครั้งนี้เราเน้นทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมการ เครื่องมือแพทย์ ระบบงานข้อมูลสารสนเทศ การเตรียมยา และการพัฒนาบุคลากรโรงพยาบาล ชุมชนให้สามารถทำงานร่วมกับทีมจักษุของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาของเราได้ โดยอบรมพยาบาลและเภสัชกรให้เข้าใจระบบงาน มีองค์ความรู้เพิ่มขึ้น เพื่อให้การดูแลคนไข้ร่วมกับทีมจักษุของเรามีความคล่องตัว”

การเตรียมการและวางแผนในการทำวิจัยเชิงคุณภาพล่วงหน้าอย่างเป็นระบบกว่าสองปี โดยเตรียมการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2550–เดือนกันยายน พ.ศ. 2551 เริ่มจากการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 3 แห่ง (โรงพยาบาลโนนสูง โรงพยาบาลนครบุรี และโรงพยาบาลบัวใหญ่)

“ในบางโรงพยาบาล เรามีการสอนแพทย์เบื้องต้นในการลอกต้อเนื้อ เป็นการฝึกอบรมหมอที่ไม่ได้เป็นจักษุแพทย์ โดยดูความสนใจเป็นหลัก ซึ่งจะฝึกทำการผ่าตัดต้อเนื้อที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาประมาณ 1 อาทิตย์”

ทั้งนี้ มีการเตรียมความพร้อมในด้านอื่นๆ เพื่อพัฒนาจักษุแพทย์ของแต่ละแห่งไปพร้อมกัน

“เรามีการเตรียมความพร้อมของระบบยา ทำความเข้าใจกับเภสัชกรของโรงพยาบาลชุมชนทุกที่ให้เข้าใจตรงกันเรื่องเตรียมเวชภัณฑ์ยา โดยใช้บัญชียาของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นมาตรฐาน”

“มีการเตรียมฐานข้อมูลคนไข้โรคเรื้อรังที่ต้องรับยาประจำ โดยเน้นโรคต้อหิน ต้อกระจก คนไข้เบาหวานเข้าตา ต้อลม ต้อเนื้อ และภูมิแพ้ ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสารสนเทศ (IT) โดยให้มีการลงทะเบียนคนไข้โรคตาทุกรายในโรงพยาบาลชุมชน”

“พร้อมกับการเตรียมครุภัณฑ์ทางจักษุ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้สนับสนุนเครื่องมือตรวจตาพื้นฐาน และเครื่องมือผ่าตัดตา โดยของบจากงานบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (UC) ใช้เป็นหน่วยเคลื่อนที่ (Movable Unit) ที่สามารถใช้งานร่วมกันทั้ง 3 โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือตรวจตา (Slit Lamp, Pneumotonometer, Indirect Ophthalmoscope, Autokeratometer and Autorefraction) และเครื่องมือผ่าตัดตา (กล้องผ่าตัดตา เครื่องสลายต้อกระจก เครื่องมือผ่าตัดต้อกระจก และเครื่องมือผ่าตัด)”

ที่สำคัญ มีการสร้างระบบการทำงานของโรงพยาบาลชุมชนให้สอดคล้องกับงานวิจัย

“เราสร้างระบบการทำงาน โดยทีมผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนและจักษุแพทย์ของเราได้กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชน Node โรคตาที่เราคัดเลือกให้เป็นโรงพยาบาลนำร่อง มีโรงพยาบาลข้างเคียงเป็นสมาชิกประมาณ 4-6 โรงพยาบาลต่อ 1 Node ตามความสะดวกของการคมนาคมในจังหวัด นอกจากนี้ ในแต่ละเดือนยังมีการจัดจักษุแพทย์ออกไปให้บริการที่โรงพยาบาล Node โรคตาทุกวันอังคาร”

เมื่อทุกอย่างที่วางแผนไว้มีความพร้อม การดำเนินงานวิจัยจึงเริ่มต้นขึ้นอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 ไปจนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552

เปิดหน้าต่างของหัวใจ ไร้รอยต่อ

นายแพทย์ณัฐชัย เล่าถึงงานวิจัยนี้เพิ่มเติมว่า...

“ในขั้นตอนของการเก็บข้อมูลวิจัย เราใช้กลุ่มประชากรตัวอย่างเป็นคนไข้โรคตาในโรงพยาบาลชุมชนที่เรารับผิดชอบจำนวน 4,551 ราย ใช้วิธีการศึกษาแบบ Research and Development ใช้สถานที่ในการศึกษาวิจัยเป็นโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลโนนสูง ขนาด 60 เตียง โรงพยาบาลนครบุรี ขนาด 90 เตียง และโรงพยาบาลบัวใหญ่ ขนาด 120 เตียง”

“ผลวิจัยพบว่า คนใช้ทั้งหญิงและชายมาใช้บริการที่โรงพยาบาล Node มีอายุ ตั้งแต่ 1 - 95 ปี มีคนไข้มารับบริการทั้งสิ้น 4,551 คน พบโรคต่อกระดูก 2,176 ราย ต้อลม ต้อเนื้อ 1,026 ราย โรคเยื่อบุตา 809 ราย ต้อหิน 368 ราย และโรคจอประสาทตา 172 ราย”

“จักษุแพทย์ของเราสามารถผ่าตัดต่อกระดูก ณ โรงพยาบาลชุมชนได้ หลังผ่าตัดระดับสายตาคนไข้ผ่าตัดต่อกระดูกดีขึ้นกว่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 87 ทำให้ลดการส่งต่อคนไข้ที่มารับการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้ปีละ 310 ราย จากจำนวนคนไข้ผ่าตัดต่อกระดูกในโรงพยาบาล 2,010 ราย”

“นอกจากนั้น แพทย์จากโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่งที่เราได้ไปฝึกอบรม ยังมีความมั่นใจในการให้การรักษ สามารถผ่าตัดต้อเนื้อ ซึ่งผลการผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ทำให้ลดการส่งต่อคนไข้มาผ่าตัดที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 240 รายต่อปี”

“จากผลการวิจัยได้คำตอบที่น่าดีใจว่า เราสามารถลดการส่งต่อคนไข้โรคตาจากโรงพยาบาลชุมชน และ PCU ที่เป็น Node โรคตามายังโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาโดยเฉลี่ยได้มากถึงร้อยละ 32.5 สามารถลดความแออัดของคนไข้ในโรงพยาบาลได้เป็นจำนวนมาก”

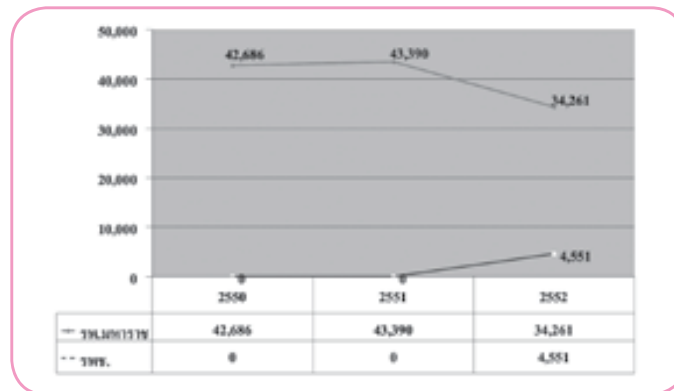
“นอกจากนั้น ยังลดระยะเวลารอคิวผ่าตัดต่อกระดูกของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาจาก 6 เดือนเหลือไม่เกิน 8 สัปดาห์ ทำให้คนไข้พอใจมากถึงร้อยละ 87 เนื่องจากไม่ต้องเดินทางไกล ประหยัดค่าใช้จ่าย มีจักษุแพทย์ที่เคยรักษาประจำมาให้การรักษาใกล้บ้าน และทำให้มีความมั่นใจในการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน”



อัตราความพึงพอใจ		
	ผู้รับบริการใน รพช. (ร้อยละ)	ผู้ให้บริการทุกระดับใน รพช. (ร้อยละ)
รพ. Node ครบุรี	98	72
รพ. Node บัวใหญ่	82	70
รพ. Node โนนสูง	82	80
Node ตาเซตเมือง	ไม่ได้ประเมิน	ไม่ได้ประเมิน

ตารางแสดงความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในโรงพยาบาลชุมชน Node โรคตา

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยตรวจตาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่าง พ.ศ. 2550-2552 พบว่าใน พ.ศ. 2552 มีจำนวนผู้ป่วยนอกลดลงจาก 42,686 ราย เหลือ 34,261 ราย



แผนภูมิแสดงการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจักษุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในช่วงก่อนและหลังการพัฒนาโรงพยาบาล Node โรคตา



R2R ปัญหามีไว้แก้

แม้ว่าการสร้างโรงพยาบาล Node โรคตาจะสามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยล้นโรงพยาบาลได้ แต่ทีมงานจักษุของโรงพยาบาลมหาราชฯ ก็ยังพบปัญหา...

“ด้วยความที่มีประสบการณ์ในการทำงานเชิงรุกมาเป็นเวลานาน ผมพบว่าเราไม่มีปัญหาในเรื่องของบุคลากร และเครื่องมือแพทย์ เพราะทั้งสองอย่างนี้โรงพยาบาลมหาราชฯ ของเรามีพร้อม แต่เมื่อทำงานวิจัยเราพบว่ามีปัญหา กับโรงพยาบาล Node คือในช่วงเก็บข้อมูลนั้น โรงพยาบาลบางแห่งมีเครื่องมือแพทย์ไม่ครบ ก็แก้ปัญหาโดยการนำเครื่องมือบางอย่างจากโรงพยาบาลของเราไปใช้แทน”

“แต่ปัญหาที่แท้จริงของการทำงานวิจัยในครั้งนี้อยู่ที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน จากผลการวิจัยเราพบว่า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีความพึงพอใจในการทำงานกับโครงการวิจัยนี้แค่ร้อยละ 70 เท่านั้น ผลงานวิจัยบอกเราว่าการทำงาน (ออกหน่วย) ของเราไปเพิ่มภาระงานให้เขา โดยเฉพาะในวันที่เราออกหน่วยโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งถึงกับต้องจัด OT เสริมเข้ามา”

“ปัญหาต่อไปคือ จำนวนคนไข้ที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตอนออกหน่วย ซึ่งการออกหน่วยแต่ละครั้งจะมีคนไข้มาตรวจประมาณ 200 คน เพราะเขารู้สึกว่าเข้าถึงการบริการของเราได้มากขึ้น พอคนไข้เยอะก็กลับเข้าไปสู่ปัญหาแรกคือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนต้องทำงานเพิ่มขึ้น”

เพราะปัญหามีไว้ให้แก้ไข นายแพทย์ณัฐชัยจึงวางแนวทางการแก้ปัญหาไว้เสร็จสรรพ

“แนวทางในการแก้ปัญหาของเราคือ พยายามคุยกับผู้บริหารของโรงพยาบาลชุมชนที่เราไปออกหน่วย เสนอแนะให้โรงพยาบาลชุมชนมีการจัดเจ้าหน้าที่ให้เข้ามาช่วยงานหมุนเวียนกันไป โดยให้เขาไม่หนักจนเกินไป เพราะถ้าบุคลากรน้อย คนที่มาทำงานก็จะเหนื่อย”

“แนะนำให้เขาพยายามจัดคนให้สอดคล้องกับงาน เลือกเจ้าหน้าที่ที่มีใจบริการมาทำงานตรงนี้ ซึ่งเขาจะให้ความร่วมมือที่ดีกับทีม Node ของเรา ผลจากการพูดคุยก็ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล”

“เราคุยกันว่าจะเปิดโอกาสให้บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนมาเรียนเวชปฏิบัติทางตาที่โรงพยาบาลมหาราชนะ เพื่อให้เขาช่วยคัดกรองคนไข้ได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งการช่วยคัดกรองจะช่วยลดจำนวนคนไข้ที่จะมารับบริการให้น้อยลง”

“นอกจากนั้น เราพยายามที่จะมีการจัดฝึกอบรมแพทย์ GP หรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practice or General Practitioner: GP) ของเขาให้คัดกรองได้ คือเอาตัวอย่างของคนไข้ที่มีปัญหาจริง ๆ ตอนที่เราไปออกหน่วยมาเป็น Case study ซึ่งในอนาคตก็จะลดคนไข้ลงไปได้บางส่วน”

ปัจจุบัน ปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว



งานวิจัยที่ภาคภูมิใจ

ความสำเร็จที่ได้รับ นำความภาคภูมิใจมาสู่ทีมแพทย์จักษุของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งนายแพทย์ณัฐชัยซึ่งเป็นเหมือนแม่ทัพใหญ่ คุณหมอกกล่าวเพิ่มเติมว่า

“วันนี้เรารู้แล้วว่าจักษุแพทย์ของเราสามารถให้บริการเชิงรุกครบวงจรทางจักษุโดยการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้เป็น Node โรคตา ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบแบบไร้รอยต่อ โดยจักษุแพทย์และแพทย์โรงพยาบาลชุมชนให้บริการคนไข้โรคตา ณ ที่โรงพยาบาลชุมชนได้”

“ส่วนในรายที่ซับซ้อน คนไข้จะได้รับการส่งต่อมายังโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยมีการประสานงานที่ดีระหว่างโรงพยาบาลชุมชน Node โรคตากับทีมจักษุมหาราชนครราชสีมา และที่เราดีใจมากคือ สามารถลดความแออัดของคนไข้ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้ถึงร้อยละ 35”

“นอกจากนั้น เรายังสามารถพัฒนา Node โรคตาให้เป็น ‘ศูนย์บริการไร้รอยต่อ’ ที่ยั่งยืนได้ เพราะเรานำงานวิจัยเชิงระบบมาปรับปรุงงานประจำของเรา ทำให้มีความรวดเร็ว แม่นยำ ได้มาตรฐาน และมีศักยภาพด้านการบริการมากขึ้น ซึ่งสามารถพัฒนางาน Excellent centre ด้านการดูแลคนไข้โรคตาของเราให้ดียิ่งขึ้นด้วย”

นายแพทย์ณัฐชัยเล่าอย่างภาคภูมิใจ พร้อมกับเผยถึงปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ



มุ่งมั่น สามัคคี มีความรู้

ผลจากการเตรียมการเพื่อทำงานวิจัยล่วงหน้าเป็นเวลากว่าสองปี ในวันที่ที่ผลิตผลแห่งความจริงจึงตั้งมั่นผลิดอกออกผล นายแพทย์ณัฐชัยได้เปิดใจถึงเส้นทางแห่งความสำเร็จไว้อย่างน่าฟังว่า

“สิ่งที่ส่งเสริมให้งานวิจัยคุณภาพชิ้นนี้ของเราก้าวสู่ความสำเร็จมาจากหลายปัจจัย อย่างแรกคือ การมีความมุ่งมั่น ตั้งใจ กล้าคิดนอกกรอบ เพื่อพัฒนากลุ่มงาน องค์กรของเราเอง โดยการยึดคนใช้เป็นศูนย์กลาง เพราะคิดถึงคนไข้อยู่ตลอด ทำให้เรามีความมุ่งมั่น กล้าคิดที่จะแก้ปัญหาความเจ็บป่วยของเขายังไม่เห็นแก่ความเหน็ดเหนื่อย”

“ข้อที่สองคือ มีความสามัคคีรักใคร่ปรองดองกันในกลุ่มงาน อย่างที่รู้กันว่างานวิจัยชิ้นนี้เราทำกับคนหมู่มาก จึงต้องอาศัยคนทำงานมากไปด้วย เราโชคดีที่ทีมจักษุแพทย์ของเรามีกำลังใจดี ทุกคนในที่รู้สึกว่าเป็นเจ้าของงานชิ้นนี้ จึงทำงานกันอย่างถวายหัว และตระหนักดีว่างานชิ้นนี้จะยั่งยืนได้ต้องไม่ยึดติดกับตัวบุคคล จึงมีการร่วมกันคิดพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง”

“ทั้งแพทย์และพยาบาลในทีมจักษุของโรงพยาบาลมหาราชนครฯ ทุกคนก็ล้วนแล้วแต่มีความรู้ มีทักษะที่ดี มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชุมชนมาเป็นเวลานาน และสามารถประยุกต์ใช้ได้ในทุกสถานการณ์ ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้งานวิจัยชิ้นนี้ประสบความสำเร็จ”

งานวิจัยนี้ไม่เพียงแต่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคตาจากทั่วทุกสารทิศใน 17 อำเภอของจังหวัดนครราชสีมา ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล Node โรคตาในเครือข่ายของโรงพยาบาลมหาราชนครฯ อย่างทันท่วงทีเท่านั้น

แต่องานวิจัยเชิงรุกชิ้นนี้ยังส่งผลให้แพทย์และพยาบาลได้มีโอกาสพัฒนา
ศักยภาพทางด้านเครื่องมือ ทักษะความรู้ ตลอดจนการจัดการระบบ
บริการในโรงพยาบาล Node โรคตาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอีกด้วย



ต่อยอดผลวิจัย เพื่อขยายความสำเร็จ

ถึงวันนี้ แม้งานวิจัยเรื่อง “โรงพยาบาล Node โรคตา การบริการ
ไร้รอยต่อเชิงรุกทางจักษุ” จะสามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยล้นโรงพยาบาลได้แล้ว
แต่นายแพทย์ณัฐชัยก็ไม่ได้หยุดพัฒนาองค์ความรู้ แต่มีความคิดที่จะนำ
ผลงานวิจัยไปต่อยอด

“เราคิดว่างานวิจัยชิ้นนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่ดี และสามารถนำไปปรับปรุง
ต่อยอดการวิจัยให้ดียิ่งขึ้นไปได้อีก ตอนนี้ข้อมูลที่ได้เรานำมาต่อยอดใน
เรื่องการจัดฐานข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล ทำให้เราทำงานใน
เชิงระบบได้ดีขึ้น ลดทอนความซับซ้อนของงานลง”

ในขณะเดียวกันงานวิจัยชิ้นนี้ก็ได้อสร้างรูปแบบการทำงานที่เต็มเปี่ยม
ประสิทธิภาพ ให้กับทีมจักษุแพทย์ของโรงพยาบาลมหาราชนิก ไปควบคู่กัน

“ขณะนี้เราพยายามที่จะสร้างงานที่ทำอยู่ให้เป็นงานของส่วนรวม
เราอยากให้จักษุแพทย์ทุกคนของโรงพยาบาลมหาราชนิก มีส่วนร่วมในทุก
กระบวนการ ซึ่งจากการลงพื้นที่ทำให้รู้ว่า แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ได้ไป
ทำงานกับโรงพยาบาลชุมชนมีทัศนคติเปลี่ยนไป”

“หมอที่ทำงานในโรงพยาบาลมหาราชนิก มาตลอด ไม่เคยออกไป
ทำงานที่โรงพยาบาลชุมชนเลย พอได้ไป เขาได้เห็นภาพของโรงพยาบาล
ชุมชน เห็นความลำบากของคนไข้ในชุมชน ก็ทำให้เขามีใจอยากจะไปช่วยเหลือ
คนไข้ในโรงพยาบาลมากขึ้น”

“เราอยากให้ Node อยู่อย่างยั่งยืน จึงมีการกำหนดแผนงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนในทีมจักษุแพทย์ให้มีการหมุนเวียนไปออกหน่วยในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งขณะนี้เป็นเรื่องน่ายินดีที่ว่า Node ของเรามีความเข้มแข็ง มีความพร้อม และจักษุแพทย์ของเรามีความร่วมมือร่วมใจเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน”

“ในฐานะคนทำงาน ผมถือว่าการมีเพื่อนร่วมงานหัวใจเดียวกันเป็นเรื่องที่น่ายินดีมาก” นายแพทย์ณัฐชัยกล่าว

...

“อีกรายเดียวค่ะคุณหมอ เบาหวานขึ้นตา ส่งต่อมาจาก Node โรงพยาบาลโนนสูง”

เสียงสไตของพยาบาลขณะยื่นแฟ้มประวัติคนป่วยลงบนโต๊ะ ทำให้หมอหนุ่มที่นั่งรออยู่พยักหน้าด้วยความยินดี ครั้นนางพยาบาลเดินตรงออกไปจากห้องตรวจหมอหนุ่มเงยหน้าขึ้นดูนาฬิกาที่ข้างฝา แล้วยิ้ม...

หากผู้ป่วยเบาหวานขึ้นตารายนี้ไม่มีอาการนำเป็นหวัด เขาน่าจะใช้เวลาไม่นานในการตรวจ และพอมีเวลาไปพัฒนาโรงพยาบาลในด้านอื่นๆ ที่ยังเป็นปัญหาอยู่ เขากะว่าจะเข้าไปปรึกษารื้อกับนายแพทย์ณัฐชัยเรื่องการขยาย Node โรคตาเพิ่มเติมสักหน่อย เพื่อให้ครอบคลุมกว่าที่เป็นอยู่

เพราะเท่าที่รับรู้ นับตั้งแต่ทีมจักษุได้นำงานวิจัยมาปรับใช้ในงานประจำของโรงพยาบาล จนกลายเป็น Node โรคตา แค่นี้ก็เพียงพอแล้ว ผู้ป่วยโรคตาของโรงพยาบาลมหาราชนครฯ ก็ลดน้อยลงจนเป็นที่น่าพอใจ

จะว่าไปก็นานแล้วเหมือนกันนะ ที่หมอหนุ่มไฟแรงอย่างเขาไม่เห็นคุณย่าคุณยายนั่งหน้าหจก รอหมอตรวจตา และไม่ได้ยินเสียงตัดพ้อว่าหมอตรวจช้ามาเข้าหู...

ลายกัพย์ อานโพธิ์ทอง



พยาบาลผู้ไขปัญหาระยะเวลา
การคงสภาพปราศจากเชื้อของ
ชุดอุปกรณ์ทางการแพทย์

กล่าวกันว่า เชื้อมาฟิกาในโรงพยาบาลเดินเร็วกว่า
ปกติ...

ทั้งแพทย์ พยาบาล ตลอดจนบุคลากรทุกคนใน
โรงพยาบาลทราบเรื่องนี้เป็นอย่างดีสถานที่ซึ่งคละคลุ้ง
ไปด้วยกลิ่นยาแห่งนี้ ทุกวินาทีจึงมีค่าในช่วงเวลา
หน้าลี้หน้าขวาน พวกเขาจึงทุ่มเททั้งกำลังสมองและ
กำลังกาย เพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วยให้กลับมาสัมผัสหัวใจ
อีกครั้ง



แพทย์และพยาบาลทุกคนคาดหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีลมหายใจ มากกว่าการจากไปอย่างไม่มีวันกลับ...

เพราะเวลาในโรงพยาบาลเดินเร็วกว่าปกติ การทำงานของบุคลากรทุกแผนกในโรงพยาบาลจึงต้องทำงานอย่างเป็นระบบ อาศัยทั้งความชำนาญของแพทย์ และความแม่นยำในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่แผนกต่างๆ

ดังนั้น ต้องใช้ความรวดเร็วเป็นอย่างมาก...

สายทิพย์ อานโพธิ์ทอง พยาบาลหัวหน้าหน่วยจ่ายกลาง หัวหน้าหน่วยงานการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control: IC) โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี เป็นอีกคนหนึ่งที่ได้รับรู้และเข้าใจ แม้เธอจะต้องทำงานแข่งกับเวลา แต่ก็ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลวิชาชีพควบคู่ไปกับการเร่งรัดพัฒนาระบบการทำงานใน ความรับผิดชอบด้วยความมุ่งมั่นมาโดยตลอด

หลายปีที่ดำรงตำแหน่งควบคู่กันทั้งหัวหน้าหน่วยจ่ายกลางและหัวหน้าหน่วย IC เธอและทีมงานในกำกับดูแลปฏิบัติหน้าที่อย่างดีไม่มีบกพร่อง แต่ถึงกระนั้นก็ประสบปัญหาจนได้

เมื่อพบว่าชุดอุปกรณ์ทางการแพทย์ปราศจากเชื้อ (Sterile) ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ซึ่งใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีระยะเวลาในการคงสภาพสั้น ทำให้ต้องนำกลับมาทำให้ปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-Sterile)

เพราะเวลาเป็นสิ่งมีค่า ปัญหาที่ว่าจึงกลายเป็นเรื่องใหญ่...

การนำชุดอุปกรณ์ทางการแพทย์ปราศจากเชื้อ (Sterile) กลับไปทำให้ปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-Sterile) เป็นการทำงานซ้ำซ้อน ที่ไม่เพียงแต่จะทำให้เจ้าหน้าที่ต้องเสียเวลาในการปฏิบัติงานซ้ำวันละไม่ต่ำกว่าชั่วโมงครึ่งเท่านั้น แต่ยังทำให้ทางโรงพยาบาลสูญเสียงบประมาณในการจัดการมากถึงวันละ 2,000 บาท

สายทิพย์รู้ดีว่า หากปัญหาเล็กๆ แต่เรื้อรังนี้ยังไม่ได้รับการแก้ไข ไม่ช้าไม่นานต้องส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลอย่างแน่นอน

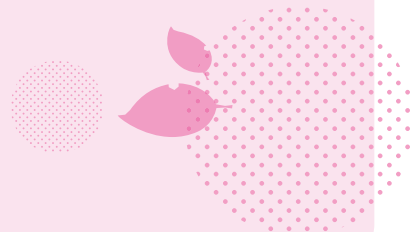
ในฐานะหัวหน้าหน่วย เธอเวลาไม่ได้ ต้องทำอะไรสักอย่างเพื่อแก้ปัญหา...

เริ่มต้นจากปัญหา



ในฐานะหัวหน้าหน่วยจ่ายกลาง และหัวหน้าหน่วย IC โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สายทิพย์รับรู้เรื่องการนำอุปกรณ์ทางการแพทย์กลับไป Re-sterile มาโดยตลอด จนเกิดข้อสงสัย

“ในแต่ละวันดิฉันสังเกตเห็นว่า เจ้าหน้าที่จะต้องนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ปราศจากเชื้อกลับไป Re-sterile ทุกวัน วันละไม่ต่ำกว่า 30 ชุด ซึ่งพอเจ้าหน้าที่ไปจัดการพวกอุปกรณ์เหล่านี้ เขาก็ต้องละทิ้งงานประจำที่ทำอยู่ ทำให้เสียเวลาวันละชั่วโมงครึ่งไปเปล่าๆ”



“เรารู้ยู่่ว่าเวลาของบุคลากรทางการแพทย์สำคัญมาก แต่เราก็ต้องยอม เพราะไม่รู้จะแก้ปัญหายังไรดี ยิ่งพอมาคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายก็เริ่มคิดหนัก เพราะในการนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ กลับไป Re-sterile ตกอยู่ใช้ละประมาณ 66.67 บาท ไม่รวมค่าแรง”

“ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เป็นการสูญเสียแบบสูญเปล่า ยิ่งคิดรวมเป็น ค่าใช้จ่ายรายปี พบว่าเราใช้งบประมาณตรงนี้เยอะมาก มากจนน่าตกใจ คือ ราว 720,000 บาท ดิจันในฐานะหัวหน้าหน่วยนึกเสียดาย”

นอกจากเรื่องเวลาและค่าใช้จ่าย สายทิพย์ยังพบปัญหาที่แก้ไม่ตก นั่นคือ ปัญหาเรื่องคน

“เจ้าหน้าที่ของเราซึ่งทำงานประจำเองก็เริ่มเบื่อหน่าย เพราะต้องเสีย เวลาไปทำงานเดิมที่ทำแล้วอีกคนละเกือบสองชั่วโมงต่อวัน ทำให้เขาไม่อยาก ทำงาน หรือถ้าทำก็ทำให้เสร็จๆ ไป ทำแบบไม่มีจิตวิญญาณ พอเห็นลูกน้องเป็น แบบนี้ ดิจันคิดว่าเราน่าจะป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา”

“ดิจันก็เลยเริ่มคิด และมีคำถามในหัวเต็มไปหมดว่า ปัญหาของเราเกิด จากอะไรกันแน่ เป็นเพราะเรากำหนดวันคงสภาพปราศจากเชื้อสั้นไปหรือเปล่า หรือเราทำขั้นตอนไหนผิดไป คิดแต่จะทำอย่างไรดีที่จะแก้ปัญหานี้ให้ได้”

ผลจากการคิดอย่างหนักและเป็นระบบของสายทิพย์ ส่งผลให้งานวิจัยเรื่อง “การศึกษาระยะเวลาการคงสภาพปราศจากเชื้อของชุดอุปกรณ์ทาง การแพทย์” ถือกำเนิดขึ้น



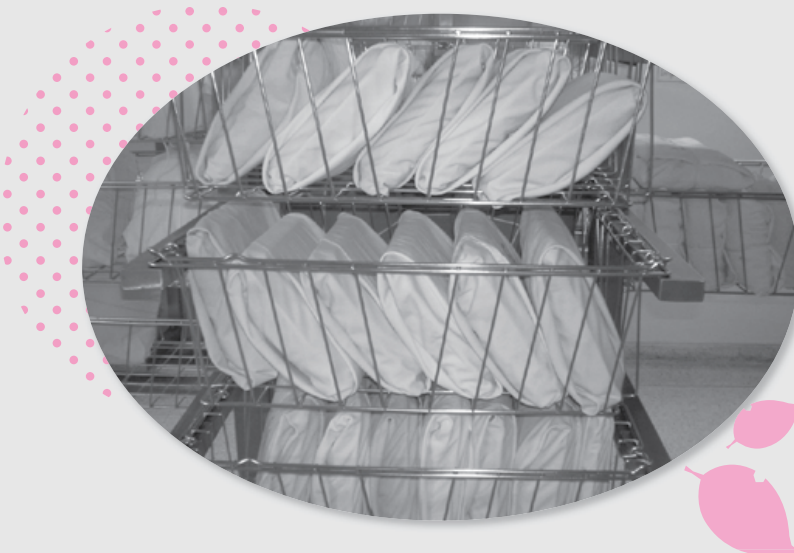
เครื่องมือคืองานวิจัย

งานวิจัยนี้เกิดจากการนำปัญหาการทำงานจริงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงคาดหวังเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้ปัญหานี้หมดไป เพราะไม่มีใครอยากทำงานซ้ำกันหลายรอบ ซึ่งส่งผลให้ทั้งเหนื่อย เบื่อหน่าย หงุดหงิด และเสียเวลา เมื่อสายทิพย์เป็นแกนนำในการมุ่งแก้ปัญหา จึงได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

“พอได้คุยกันในหน่วย ผ่านกระบวนการระดมสมองเรียบร้อยแล้ว ได้ข้อสรุปว่า เราน่าจะใช้การทำวิจัย มาเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหา เพราะการทำวิจัยมีคุณค่า มีสถิติที่สามารถเชื่อถือได้ ซึ่งเป็นเรื่องง่ายที่เราจะสามารถนำผลวิจัยที่ได้มาปรับใช้แก้ปัญหาได้ตรงจุด”

“โชคดีที่ดิฉันเคยมีพื้นฐานงานวิจัยมาบ้าง และตัวเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานก็เคยผ่านงาน CQI มา เราก็คิดกันว่าน่าจะร่วมงานกันได้ จึงตั้งเป็นที่วิจัยของหน่วยงานขึ้นมา เพื่อหาสาเหตุของปัญหาดังกล่าว”





R2R เรียนรู้และศึกษาตัวเอง

ถึงแม้สายทิพย์จะเคยมีประสบการณ์ด้านการวิจัยมาบ้าง แต่เธอก็ยอมรับว่าการทำงานวิจัยในลักษณะที่เป็นแบบ R2R นั้นเป็นสิ่งที่เธอไม่เคยทำมาก่อน

“ดิฉันเคยได้ยินคำว่า R2R เมื่อประมาณ 3-4 ปีก่อนจาก **ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา** รองอธิการบดีฝ่ายทรัพยากรบุคคล และพัฒนาคุณภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล แต่ยังไม่เคยได้ลงมือทำ เพราะก่อนหน้านี้งานวิจัยที่ทำจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับความคิดเห็น หรือพฤติกรรมของคนใช้เป็นส่วนใหญ่”

“พอตัดสินใจว่าจะทำงานวิจัยแบบ R2R ดิฉันก็ศึกษาเองเลย ประกอบกับเคยเรียนปริญญาโท ทำให้พอมีความเข้าใจเรื่องสถิติและเรื่องอื่นๆ อยู่บ้าง เมื่อรวมทีมเสร็จเรียบร้อยแล้วก็เริ่มดำเนินการตามขั้นตอนทันที”

สายทิพย์เริ่มจากการศึกษาข้อมูลด้านเอกสารงานวิจัยทั้งของไทยและต่างประเทศ เพื่อหากรณีตัวอย่างที่มีบริบทใกล้เคียงกับสิ่งที่เธอกำลังจะทำงานวิจัย จนได้คำตอบว่าที่อื่นๆ ก็เคยทำงานวิจัยในลักษณะเดียวกัน หากต่างกัน บริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ

ซึ่งแตกต่างจากโรงพยาบาลที่เธอทำงานอยู่โดยสิ้นเชิง...

“สิ่งที่ได้พบจากงานวิจัยที่เราศึกษา คือ งานวิจัยของที่อื่นๆ ส่วนมากทำการศึกษาเพียงว่ามีอายุการปราศจากเชื้อเท่าไรเท่านั้น ไม่มีใครศึกษาว่าทำอย่างไรถึงจะสามารถยืดเวลาการปลอดเชื้อออกไปได้อีก”

“นอกจากนั้น ข้อมูลที่เรามีคือ ในโรงพยาบาลของสมเด็จพระบรมราชเทวี
ณ ศรีราชา ยังไม่เคยศึกษาอายุการคงสภาพปราศจากเชื้อจริงๆ ของ
อุปกรณ์”

“แนวปฏิบัติที่เราใช้กันอยู่ในปัจจุบันคือ การอ้างอิงตามตำรา และกำหนด
อายุการคงสภาพสารปลอดเชื้อตามโรงพยาบาลอื่น อย่างอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ
ที่เราใช้ในโรงพยาบาล เราก็ไม่เคยศึกษาว่ามันอยู่ในสภาพปราศจากเชื้อได้
นานเท่าไร เช่น ผ้าสองชั้น เรากำหนดว่าอยู่ได้ 7 วัน หรือผ้าสองชั้นที่ห่อ
ด้วยพลาสติกปกปิดความร้อน เราก็กำหนดไปเลยว่า อยู่ได้หนึ่งเดือนโดย
ที่ไม่มีการทดสอบ”

“ความจริงก็คือ โดยบริบทของโรงพยาบาลเราอยู่ใกล้ทะเล มีสภาพภูมิ
อากาศที่แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ จึงทำให้มีเรื่องอุณหภูมิและความชื้น
เข้ามาเกี่ยวข้อง แต่เราไม่เคยคิดถึงเรื่องนี้มาก่อนเลย”

“การที่เราแนะนำการกำหนดอายุการคงสภาพการปราศจากเชื้อของ
โรงพยาบาลอื่นมาใช้ อาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับข้อเท็จจริง ด้วยเหตุนี้ดิฉัน
และทีมงานจึงคิดว่า เราควรจะทำเอง เพื่อให้สามารถใช้งานได้จริงใน
โรงพยาบาลของเรา”



ก้าวสู่ขั้นตอนของการทำวิจัย

เมื่อกำลังคนและกำลังกายพร้อม การเดินทางเพื่อแก้ปัญหาจึงเริ่มต้นขึ้น

“การวิจัยเรื่อง ‘การศึกษาระยะเวลาการคงสภาพปราศจากเชื้อของชุดอุปกรณ์ทางการแพทย์’ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาการคงสภาพปราศจากเชื้อของชุดอุปกรณ์ทางการแพทย์ การลดปริมาณเครื่องมือในการทำให้ปลอดเชื้อ ลดค่าใช้จ่ายในการทำงาน และลดขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติงานในการ Re-sterile โดยเป็นการวิจัยปฏิบัติการเชิงทดลอง (Action Research)”

“ทั้งนี้ มีการเก็บข้อมูลเป็นระยะๆ ตามที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่างคือชุดอุปกรณ์เครื่องมือจัดทำโดยเจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลางในภาวะปกติที่ปฏิบัติงานประกอบไปด้วยชุดอุปกรณ์ที่ห่อด้วยผ้าสองชั้น 1 ผืน ห่อด้วยผ้าชั้นเดียว และสองชั้นอย่างละผืน จำนวนอย่างละ 50 ชุด วัดที่ 2 และ 3 สัปดาห์ ชุดอุปกรณ์ที่ห่อด้วยผ้าสองชั้น 1 ผืนใส่ถุงพลาสติกปิดด้วยความร้อน จำนวน 225 ชุด วัดที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 และ 9 เดือน รวมตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 325 ชุด”

“โดยเราศึกษาในสภาพแวดล้อม และการปฏิบัติงานจริงตามปกติ ชุดอุปกรณ์เหล่านี้เก็บไว้ที่ 5 หน่วยงาน ส่งเพาะเชื้อเมื่อครบกำหนดศึกษาระหว่าง ธันวาคม 2549–มกราคม 2551”

“ทั้งนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกต่างๆ ที่ออกแบบโดยทีมวิจัยของเราเอง วิเคราะห์ผลงานวิจัยด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย”

สายทิพย์ยังเล่าถึงการทำงานจริงในช่วงทำวิจัยให้ฟังว่า

“เรารู้ว่าอาจมีอคติที่เกิดขึ้นในการทำวิจัย จึงมีการหาแนวทางป้องกัน โดยการจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่าง ให้จัดเตรียม ล้าง บรรจุ ทำให้ปราศจากเชื้อ ในสภาพการปฏิบัติงานปกติก่อนโดยผู้ปฏิบัติงานในหน่วยจ่ายกลาง”

“จากนั้นการจัดเก็บกลุ่มตัวอย่างจากหน่วยงานต่างๆ ทั้ง 5 จุด ไปยัง หน่วยจุลชีววิทยา ได้มีการซักซ้อมกำหนดภาชนะที่จัดเก็บ วิธีการจัดเก็บ เส้นทางที่จะเดินทาง การนำส่งหน่วยจุลชีววิทยาก่อนการดำเนินการจัดเก็บจริง”

“มีการกำหนดเป็นข้อตกลงในการปฏิบัติ การเพาะเชื้ออุปกรณ์ต่างๆ ได้มีการซักซ้อม และสอนจากนักเทคนิคการแพทย์หน่วยจุลชีววิทยา ตลอดจนถึงวิธีในการเก็บตัวอย่างเพาะเชื้อ และทดลองปฏิบัติจนเป็นที่เข้าใจถึงได้มีการลงมือเก็บข้อมูลจริง”

“เมื่อลงมือทำวิจัยจริง เรามีการมอบหมายผู้เก็บกลุ่มตัวอย่าง และเพาะเชื้อ อุปกรณ์เครื่องมืออย่างชัดเจน ซึ่งในการเก็บกลุ่มตัวอย่างแต่ละครั้ง ใช้เวลา ประมาณ 1-1.5 ชั่วโมง หน่วยจุลชีววิทยารายงานผลการเพาะเชื้อกลับให้ผู้วิจัยหลังจากเพาะเชื้อ 3 วัน ตลอดการทำวิจัยเรามีการบันทึกผลและเก็บสถิติไว้อย่างละเอียด”

ระยะเวลาหลายเดือน การลงมือทำวิจัยตามขั้นตอนที่คุณสายทิพย์ได้ศึกษาอย่างละเอียด และครอบคลุมทุกปัญหาที่เธอต้องการรู้ ทำให้เธอและทีมงานได้รับรู้ถึงปัญหา และเรียนรู้ที่จะหาคำตอบโดยการใช้นิเวศวิทยาเป็นเครื่องมือไปพร้อมๆ กัน



ในที่สุดจากหลายเดือนที่ลงแรงลงใจงานก็สัมฤทธิ์ผล

“ผลการศึกษาโดยการใช้งานวิจัยพบว่า การเพาะเชื้อในห้องจุลชีววิทยาของเราให้ผลเป็นลบร้อยละร้อย แสดงว่าไม่พบเชื้อจุลชีพใดในอุปกรณ์ทางการแพทย์ปลอดเชื้อที่เราใช้ในการทดลอง”

“สรุปได้ว่า วิธีการห่อชุดอุปกรณ์สามารถคงสภาพปราศจากเชื้อไว้ได้นาน โดยอุปกรณ์ที่ห่อด้วยผ้าสองชั้น 1 ผืน และอุปกรณ์ที่ห่อด้วยผ้าชั้นเดียว 1 ผืน และสองชั้น 1 ผืน ยังคงสภาพปราศจากเชื้ออย่างน้อย 3 สัปดาห์ การห่อด้วยผ้าสองชั้น 1 ผืน ใส่ถุงพลาสติกปิดด้วยความร้อน จะมีสภาพปราศจากเชื้ออย่างน้อย 9 เดือน”

งานวิจัยชิ้นนี้ทำให้สายทิพย์และทีมงานรู้ว่า การ Sterile ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชามีมาตรฐานสูง และสามารถยืดอายุการใช้งานได้นาน

ทำให้เกิดความปลื้ม เกิดความมั่นใจแก่ทีมงาน และยังสามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในโรงพยาบาล





นำผลวิจัยมาปรับใช้ในโรงพยาบาล

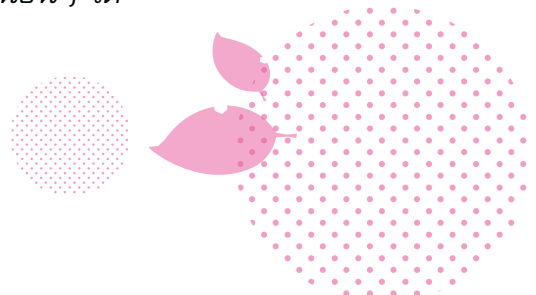
งานวิจัยเรื่อง “**การศึกษาระยะเวลาการคงสภาพปราศจากเชื้อของชุดอุปกรณ์ทางการแพทย์**” โดยการนำของสายทิพย์ สามารถไขคำตอบทุกอย่างที่ทุกคนในหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาเคยสงสัย

ทั้งยังช่วยให้กระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ในความรับผิดชอบของเธอรวดเร็วขึ้น

“หลังทำวิจัยเราได้ทราบว่า แท้จริงแล้วอายุการคงสภาพปราศจากเชื้อของอุปกรณ์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมีระยะเวลานานมาก คือ แต่เดิมเราเข้าใจว่าอุปกรณ์ที่ห่อด้วยผ้าสองชั้น 1 ผืน และอุปกรณ์ที่ห่อด้วยผ้าชั้นเดียว 1 ผืน และสองชั้น 1 ผืนคงสภาพปราศจากเชื้อได้แค่ 7 วัน แต่จากการทำวิจัยทำให้ทราบว่าสามารถอยู่ได้ถึง 21 วัน”

“ส่งผลให้เกิดข้อดีหลายประการ จากผลการวิจัยดังกล่าว เรายังสามารถนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานทันที เช่น เรามีการนำชุดอุปกรณ์ทางการแพทย์มา Re-sterile ลดน้อยลง จากเดิมวันละประมาณ 30 ชุด เหลือวันละประมาณ 0.3 ชุด”

“ทำให้ช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ไม่ก่อประโยชน์ใดๆ ให้กับแผนกของเราได้มาก ถึงวันละประมาณ 2,000 บาท ลดระยะเวลาที่ต้องเสียไปกับการจัดทำชุดอุปกรณ์ที่ต้อง Re-sterile ลงไปวันละ 1-1.5 ชั่วโมง ซึ่งเวลาที่ได้คืนมาเราสามารถนำไปใช้ในการขยายบริการในด้านอื่นๆ ได้”



อย่างไรก็ดี ค่าใช้จ่ายที่ลดลง และเวลาที่ได้กลับคืนมา ยังสำคัญไม่เท่ากับความสุขที่เธอและทุกคนในแผนกได้รับจากงานวิจัยชิ้นนี้

“จากแต่เดิม พอรู้ว่าชุดอุปกรณ์ทางการแพทย์ปราศจากเชื้อ (Sterile) ต้องนำกลับมาทำให้ปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-Sterile) นื่องๆ ในหน่วยจะแสดงอาการเบื่อหน่ายอย่างเห็นได้ชัด เพราะพวกเขาต้องนำมันกลับไปทำให้มันปราศจากเชื้อก่อน”

“แต่ปัจจุบันพอปัญหาได้รับการแก้ไข ไม่มีปัญหานี้เกิดขึ้น พวกเขาสามารถเอาเวลาและพลังความคิดไปใช้ในการสร้างสรรค์เรื่องอื่นๆ ในหน่วยของเราอีก ดิฉันมองเห็นว่าทุกคนพอใจ ดีใจ และมีความสุขที่ไม่ต้องทำงานซ้ำๆ”

“หน่วยงานที่รับผลงานจากเราเขาก็ดีใจ เพราะไม่ต้องมาขนย้ายอุปกรณ์ไปทำ Re-sterile ให้เปลืองงบประมาณ เขาพอใจที่เครื่องมืออุปกรณ์ในโรงพยาบาลสามารถยืดอายุการใช้งานต่อไปได้นานๆ”

“นอกจากนั้น ผู้บริหารเองก็ชื่นชอบและดีใจ เพราะเห็นว่าเราประหยัดค่าใช้จ่ายตรงนี้ลงไปได้เยอะ ก็ไม่รู้ว่ามันเป็นเพราะอานิสงส์ของการทำวิจัยหรือเปล่า ตอนนี้นักวิชาการของเรา เวลาจะขออนุมัติงบประมาณจัดซื้ออุปกรณ์อะไรก็มักจะไม่ค่อยมีปัญหา เรามักจะได้รับการอนุมัติทันที”

สายทิพย์เล่าอย่างอารมณ์ดี หลังจากทำงานวิจัยที่เธอเป็นต้นคิด ลงมือลงแรงทำได้สร้างประโยชน์ให้กับคนส่วนรวม และผลิดอกออกผลจนเป็นที่น่าพอใจ



ตั้งใจทำ จึงสำเร็จ

เมื่อถามถึงปัจจัยที่ทำให้งานวิจัยชิ้นนี้ประสบความสำเร็จอย่างงดงาม สายทิพย์ยิ้มและตอบอย่างมั่นใจว่า

“ความตั้งใจค่ะ เพราะเราทุกคนในทีมวิจัยมีความตั้งใจที่อยากแก้ปัญหาในงานประจำของเรา เราจึงร่วมมือและช่วยเหลือกันอย่างเต็มที่ ทีมของเราทุกคนมีเป้าหมายเดียวกัน และมีสิ่งที่เหมือนกันคือความตั้งใจ”

“เพราะเรามีความตั้งใจ จึงทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จได้อย่างภาคภูมิใจ ดิฉันได้คุยกับน้องในทีมเขาก็บอกว่า ไม่น่าเชื่อว่างานวิจัยชิ้นนี้ทำให้เราทราบว่า เราสามารถช่วยโรงพยาบาลประหยัดงบประมาณได้มากขนาดนี้ ได้ฟังแล้วเราในฐานะคนทำงานก็ปลื้มค่ะ”

“แม้จะมีปัญหาและอุปสรรคบ้าง อย่างตัวดิฉันเองต้องยอมรับว่าตัวเองทำงานอยู่ 2 หน่วยงาน หาเวลาปลีกตัวมาทำได้ค่อนข้างยาก แต่เพราะใจที่อยากทำยุ่งแค่ไหน ก็ต้องหาเวลามาทำจนได้”

“นอกจากนั้น ความภูมิใจอีกส่วนหนึ่งของดิฉันคือ เราสามารถแกะเอาปัญหาที่อยู่ในงานประจำของเรามาเป็นเวลานานออกมาแก้ไขได้ งานวิจัยชิ้นนี้สอนให้ดิฉันรู้ว่า การไม่ละเลยต่อปัญหา ทำให้เราเกิดปัญญาที่จะแก้ปัญหาได้”





“ทำให้ได้เรียนรู้ว่า งานวิจัยสามารถเกิดได้ในทุกที่ ทุกสถานการณ์ ไม่ว่าจะ
เป็นส่วนการรักษาหรือส่วนสนับสนุน การวางแผนในการวิจัยอย่างรัดกุม
และรอบคอบ การช่วยเหลือ สามัคคีร่วมแรงร่วมใจกันเป็นปัจจัยสำคัญแห่ง
ความสำเร็จ”

“ดิฉันมองว่างานวิจัยชิ้นนี้ นอกจากจะช่วยโรงพยาบาลลดงบประมาณ
ค่าใช้จ่ายได้แล้ว ยังเป็นการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเห็นว่า งานวิจัย
สามารถแก้ปัญหาในงานประจำได้ ถ้าเราไม่มองข้ามปัญหา และร่วมแรง
ร่วมใจกันคิดแก้ปัญหา”

ความตั้งใจของเธอและทีมงาน จึงเป็นฟันเฟืองสำคัญที่ทำให้งานวิจัย
ระดับคุณภาพชิ้นนี้ประสบความสำเร็จอย่างงดงาม ทั้งยังก่อให้เกิดประโยชน์
ต่อโรงพยาบาลและวงการแพทย์ในระยะยาวอีกด้วย



R2R ไม่น่ากลัว

สายทิพย์เป็นพยาบาลที่ไม่เคยรู้เกี่ยวกับ R2R มาก่อน เมื่อได้ลงมือ
ลงแรงทำ R2R เธอได้เรียนรู้มากมาย จนสามารถบอกต่อให้กับผู้ที่อยากลอง
ทำวิจัยในเชิง R2R แต่ไม่กล้าได้อย่างน่าสนใจว่า

“อยากจะบอกว่า การทำ R2R ไม่จำเป็นจะต้องทำทางคลินิกอย่างเดียว
ได้ ถ้าเราเห็นว่าสิ่งนั้นๆ เป็นปัญหา ต่อให้เป็นเรื่องเล็กๆ น้อยๆ เราก็
สามารถจะทำได้ โดยเฉพาะปัญหาที่อยู่ในงานประจำของเรา เพราะหากเรา
แก้ปัญหาในงานประจำได้ ก็จะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลได้อีก”



“ดิฉันเป็นคนหนึ่งที่ได้ลงมือทำ R2R ด้วยตัวเอง ก็ทำให้ได้เรียนรู้ว่าไม่มีอะไรน่ากลัว บางคนพอได้ยินคำว่าทำวิจัย หรือบอกว่าให้ทำ R2R มักจะกลัว ไม่กล้าทำ เพราะดูจะเป็นเรื่องยากเหลือเกิน”

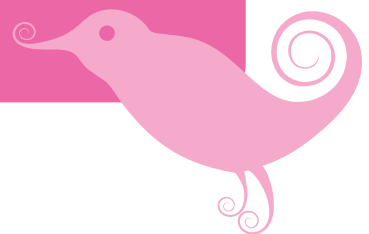
“ไม่ต้องกลัวค่ะ เพราะหากคุณได้ลองลงมือทำแล้วจะรู้ว่าเราทำได้ อีกอย่างตอนนี้หลายๆ ภาคส่วนก็จะมีเครือข่ายของ R2R เกิดขึ้น ในโรงพยาบาลเองส่วนใหญ่ก็จะมี R2R อยู่แล้ว หากมีความตั้งใจทำจริงๆ แล้วพวกเขาสามารถช่วยเป็นที่ปรึกษาให้เราได้”

“การไม่มองข้ามปัญหาเล็กน้อย โดยเฉพาะจากงานประจำ ซึ่งคนเรามักคุ้นเคยจนมองแทบไม่ออกกว่าเป็นปัญหา ไม่จำเป็นต้องใช้สถิติยากๆ หรือชั้นสูงก็สามารถทำงานวิจัยได้”

“สำหรับคนที่กลัวเรื่องงบประมาณ งานวิจัยบางเรื่องไม่ต้องใช้เงินเลยก็ได้ค่ะ หรือถ้าใช้ก็ใช้น้อย เหมือนงานวิจัยชิ้นนี้ที่พวกเราทำ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากทางโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพียง 29,500 บาทเท่านั้น”

สายทิพย์บอกราวกับจะตอกย้ำให้เห็นว่า...

แม้ว่างบในการทำวิจัยจะน้อย แต่ถ้าใจใหญ่ ประโยชน์ที่ได้คุ้มค่าและยิ่งใหญ่กว่ามาก





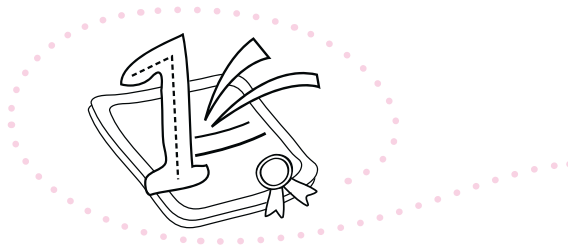
ต่อยอดสู่ความสำเร็จ

ผลจากการไขความลับเรื่อง “การศึกษาระยะเวลาการคงสภาพปราศจากเชื้อของชุดอุปกรณ์ทางการแพทย์” ของสายทิพย์ นอกจากจะนำไปสู่ปรากฏการณ์หน้าใหม่ในวงการแพทย์เกี่ยวกับการคงสภาพปราศจากเชื้อของชุดอุปกรณ์ทางการแพทย์แล้ว พยาบาลใจดีผู้ชอบแก้ปัญหาคนนั้นยังไม่หยุดที่จะคิดค้นเพื่อต่อยอดองค์ความรู้

เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยในการดูแลของเธอ...

“ตอนที่ดิฉันศึกษาเอกสารก่อนทำงานวิจัยชิ้นนี้ ดิฉันพบว่าทั้งในเมืองไทยและต่างประเทศเขาสามารถเก็บชุดอุปกรณ์ทางการแพทย์ปราศจากเชื้อถ้าเป็นชนิดปกติเก็บได้ถึง 21 วัน ส่วนชุดอุปกรณ์ทางการแพทย์ปราศจากเชื้อที่ใส่อยู่ในถุงพลาสติกสามารถเก็บได้ถึงหนึ่งเดือน และบางชนิดก็เก็บได้ถึงเก้าเดือน”

“พอมาทำวิจัยและได้คำตอบแล้ว ดิฉันก็ยังรู้สึกว่าคุณค่าที่เราได้ในการศึกษาวิจัยชิ้นนี้ของตัวเองยังไม่เพียงพอ เราสามารถต่อยอดขึ้นไปได้อีก ตอนนี้ตั้งใจไว้แล้วว่า จะศึกษาต่อเพื่อหาคำตอบที่ตัวเองอยากรู้ ซึ่งต้องมาต่อกันต่อไปว่าเราจะทำอะไรต่อไป” สายทิพย์กล่าวอย่างมุ่งมั่น



ถึงวันนี้ เวลาในโรงพยาบาลก็ยังคงหมุนเร็วเช่นเดิม

ชุดอุปกรณ์ทางการแพทย์ปราศจากเชื้อพร้อมใช้ที่วางอยู่ใกล้ๆ มือหมอ ยังคงทำหน้าที่ของมันอย่างดีเยี่ยม เจกเซ่นหมอ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนในโรงพยาบาลที่อุทิศตนรักษาผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ

ขณะที่ทุกสรรพสิ่งยังคงดำเนินไป...

เกิดความเปลี่ยนแปลงเล็ก ๆ แต่ยิ่งใหญ่ในหน่วยของสายทิพย์ เพราะ R2R ช่วยแก้ปัญหาหัวใจ ทำให้ปัจจุบันทุกคนไม่ได้ทำงานอย่างเชื่องช้า (ด้วยความไม่ได้ตั้งใจ) หงุดหงิด และเบื่อหน่ายในงานประจำที่ทำซ้ำแล้ว ซ้ำอีกเหมือนแต่ก่อนอีกต่อไป



บุษย์ อารยวงศ์ชัย



ผู้เชื่อมเครือข่ายดูแล
ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยา
Warfarin

แม้ว่างานประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก
งานประจำสู่งานวิจัย ครั้งที่ 3 “เครือข่าย R2R
ก้าวไกล สาธารณสุขไทยก้าวหน้า” ซึ่งจัดโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับ
องค์กรภาคีเครือข่าย R2R ณ อาคารชาเลนเจอร์
เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี จะผ่านมา
หลายเดือนแล้ว

R2R



แต่เสียงปรบมือแสดงความยินดีอันกึกก้องยังดังอยู่ในหู รอยยิ้มแห่งความดีใจที่ระบายบนใบหน้าของทีมงานทุกคนยังคงแจ่มชัดในความทรงจำของ **คุณฉวี อารยะวงศ์ชัย** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการหน่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อทราบว่างานวิจัยเรื่อง “**การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ/หลังผ่าตัดหัวใจที่ได้รับยา Warfarin (เครือข่าย Warfarin เขต 13)**” ได้รับรางวัล เธอและทีมงานทุกคนต่างปลื้มปิติและหายเหนื่อยเป็นปลิดทิ้ง

กว่าจะได้รางวัลมาเชยชมไม่ใช่เรื่องง่าย ทีมงานทุกคนในหน่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ต่างทุ่มเทแรงกายแรงใจ ฝ่าฟันอุปสรรคนานัปการ เพื่อให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สำหรับคุณฉวี แม้จะดีใจที่งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับรางวัล แต่ยังไม่สำคัญเท่ากับว่างานวิจัยชิ้นนี้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลของเธอและหน่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกได้อย่างทันท่วงที จนทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจ/หลังผ่าตัดหัวใจที่ต้องได้รับยา Warfarin มีอาการดีขึ้นมาก และมีจำนวนการกลับมารักษาซ้ำลดลงจนเป็นที่น่าพอใจ

ที่สำคัญ งานวิจัยดังกล่าวยังก่อให้เกิดเครือข่ายการรักษาที่กว้างไกลไปถึงโรงพยาบาล 13 แห่ง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหัวใจในทุกเขตพื้นที่ในจังหวัดอุบลราชธานีเข้าถึงหมอ เข้าถึงการรักษา และเข้าถึงยาได้อย่างทั่วถึง

ความสำเร็จในครั้งนี้ ต้องทุ่มเทฝ่าฟันขนาดไหน เป็นเรื่องที่น่าสนใจและชวนติดตามยิ่ง





แรงบันดาลใจจากงานประจำ

ย้อนกลับไปเมื่อปีกลาย...

ปัญหาใหญ่ที่หน่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รับประทานคือ การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหัวใจ/หลังผ่าตัดหัวใจที่ต้องได้รับยา Warfarin เพิ่มมากขึ้นเป็นประวัติการณ์

จากสถิติที่ทางโรงพยาบาลบันทึกไว้ทำให้ทราบว่า มีผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกลับเข้ารับการรักษาจากฤทธิ์ยา Warfarin มากขึ้นในปี 2552 ถึง 50 ราย ซึ่งในปีก่อนหน้านี้มีเพียง 25-30 ราย เป็น Warfarin overdose 46 ราย Valve dysfunction 4 ราย และที่สำคัญในจำนวนนี้มีคนไข้เสียชีวิต 1 ราย

“โรคหัวใจเป็นโรคเรื้อรังซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาและมีอัตราการตายสูง รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย แม้ว่าแพทย์และพยาบาลจะให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาลจนสามารถกลับบ้านได้ แต่ยังพบว่าบางรายมีภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยา Warfarin จนต้องกลับเข้ารับการรักษาใหม่”

“โดยเฉพาะคนไข้ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยา Warfarin ตลอดชีวิต เราพบอาการแทรกซ้อนหลายอย่าง เช่น Warfarin overdose, Valve dysfunction, เลือดออกในทางเดินอาหาร ประจำเดือนมากผิดปกติ มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย”

“เฉพาะในปี 2552 มีคนไข้ที่ต้องรับประทานยา Warfarin จำนวนทั้งสิ้น 217 ราย ในจำนวนนี้เราพบคนไข้ที่ส่งตัวเข้ารับการรักษาจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจำนวน 50 ราย เท่ากับร้อยละ 23.04 ของจำนวนทั้งหมด”

“ในตอนนั้น สิ่งที่เราทุกคนในหน่วยฯ ต้องการทราบคือ เหตุใดคนไข้ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยา Warfarin จึงกลับมารักษาซ้ำมากขึ้นเรื่อยๆ”

ดุขฎิเล่าพร้อมบอก ‘ปัญหา’ ที่ผู้ป่วยได้รับ ภายหลังจากกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลว่า

“เราทำงานที่นี้มานาน ทำให้รู้ว่าการที่คนไข้ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยา Warfarin กลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อตัวคนไข้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนไข้หลายคนยากจนมาก ไม่มีเงินค่ารถ บางรายอยู่อำเภอรอบนอก มาโรงพยาบาลที่ต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย สูญเสียรายได้”

“ก่อนหน้านี้ราว 4-5 ปี ทางโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ของเรา ได้พยายามแก้ปัญหานี้ โดยการขอรับบริจาคเงินมาเป็นเงินกองทุนค่ารถคนไข้กลับบ้าน และค่ารถคนไข้มาตรวจตามนัด เพราะเราพบว่ามีคนไข้ขาดนัดจากไม่มีเงินค่ารถมารับยา แต่เราก็คือทราบดีว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ”

“นอกจากนั้น ทางหน่วยฯ ยังเคยมีโครงการเชิงรุก โดยมีศัลยแพทย์โรคหัวใจไป Follow up คนไข้ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านคนไข้ แต่ก็พบว่าเราให้บริการไม่ทั่วถึงและเพียงพอกับความต้องการของคนไข้ที่มีกระจายอยู่ทั่วทุกหนทุกแห่ง อีกทั้งศัลยแพทย์โรคหัวใจมีจำนวนน้อย ไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง”

การตั้งรับรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจอยู่ในโรงพยาบาล แม้จะสะดวกสบาย มีเครื่องมือเครื่องมือในการรักษาครบครัน สามารถรักษาผู้ป่วยได้อย่างทันสมัยทั้งนี้ แต่ดุขฎิและทีมงานในหน่วยฯ ก็ทราบดีว่ายังก่อให้เกิดปัญหาตามมามากมาย

“คนไข้โรคหัวใจ โดยเฉพาะในคนไข้หลังผ่าตัดหัวใจที่สามารถกลับบ้านได้แล้ว แต่ยังคงกลับเข้ารับการรักษาซ้ำอีก หรือต้องเข้ามารักษา ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล และเพิ่มภาระงานของบุคลากรในหน่วยฯ เป็นอย่างมาก”

“ตอนนั้นเรามีศัลยแพทย์แค่ 2 ท่าน ซึ่งไม่เพียงพอกับจำนวนคนไข้ จึงปรึกษาที่ทีมงานและหัวหน้าหน่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกคือ **นายแพทย์ธีรพล เกาะเทียน** ว่า ทำอย่างไรที่จะทำให้คนไข้โรคหัวใจที่หายและกลับบ้านแล้วไม่มีปัญหากลับมาอนรักษซ้ำอีก”

“ถ้าหากันตามตรงจะให้เราทำโครงการเชิงรุก ออกไปตรวจคนไข้ตลอดเวลาเหมือนแต่ก่อนคงไม่ไหว เพราะงานข้างในเราก็มาก บุคลากรทางการแพทย์ก็มีน้อย ดิฉันเลยเสนอว่า ถ้าอย่างนั้นทำไมเราไม่ให้โรงพยาบาลใกล้บ้านของเขาดูแลเอง ซึ่งน่าจะสะดวกและทั่วถึงมากกว่า”

จากแนวคิดของดุขฎิในครั้งนั้น ได้ผลักดันให้เกิดงานวิจัยชิ้นสำคัญที่ส่งผลต่อการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลเครือข่าย อันนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ และผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัดหัวใจที่ได้รับยา Warfarin

ก้าวสู่การทำงานวิจัย

เมื่อตัดสินใจที่จะใช้งานวิจัยเป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหา ดุขฎิและทีมงานจึงเริ่มทำการวิจัย โดยแบ่งการทำงานออกเป็น 3 ระยะเวลาใหญ่ๆ คือ

“**ระยะที่ 1 ค้นหาปัญหา** ประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 15 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายของเรา ประชุมแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เพื่อค้นหาปัญหาความต้องการของโรงพยาบาลต่างๆ ตลอดจนนอกพื้นที่เก็บแบบสอบถามสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อปรึกษาหารือการทำเครือข่าย”



“ในขั้นนี้เราได้ข้อสรุปว่า เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเครือข่ายส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจและแนวทางในการดูแลคนไข้ที่ได้รับยา Warfarin ขาดอุปกรณ์ เครื่องตรวจ Protrombin Time International Normalized Ratio (PTINR) จำนวน 5 โรงพยาบาล ในจำนวนนี้มี 5 โรงพยาบาลไม่มียา Warfarin ในบัญชีโรงพยาบาล และอีก 12 โรงพยาบาลขาดผู้รับผิดชอบหลัก (Warfarin Manager)”

จากนั้นเข้าสู่ระยะที่ 2 คือวางแผนหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน มีการประชุมแต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่ายจัดตั้งศูนย์ประสานงาน Warfarin (แม่ข่าย) ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีการจัดทำคู่มือและแนวทางปฏิบัติให้กับบุคลากรในเครือข่ายทั้ง 15 โรงพยาบาลไปพร้อมๆ กับการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้บุคลากรในเครือข่าย

ในขั้นตอนนี้มีการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับยา Warfarin ทุกโรงพยาบาลในเครือข่าย และนำมาใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ/หลังผ่าตัดหัวใจที่ต้องได้รับยา Warfarin ในด้านต่างๆ พร้อมกัน ได้แก่

ด้านระบบ มีการจัดตั้ง Warfarin Clinic ทำทะเบียนผู้ป่วย Warfarin สร้างแบบก่อดึงการส่งข้อมูล กำหนดเป้าหมายค่าปกติของคนไข้ที่ควรจะเป็น (Target INR) มีระบบเตือนในใบสั่งยาและระบบการจ่ายยาของห้องยา มีระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยทีมผู้ให้คำปรึกษาทั้งแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล มีสติ๊กเกอร์คำว่า “on warfarin” ติดใน OPD Card/บัตรประจำตัวผู้ป่วย มีระบบการส่งต่อ มีสื่อการให้ความรู้เรื่องยา Warfarin ในรูปแบบ VCD และระบบ Fast Track รับผู้ป่วยได้เลยโดยไม่ต้องรอบัตร หรือรอตรวจที่ ER

ด้านบุคลากร มีคณะกรรมการพัฒนาเครือข่าย Warfarin โดยทุกโรงพยาบาล เครือข่ายมีผู้รับผิดชอบหลักเกี่ยวกับ Warfarin โดยเฉพาะ และทำงานเป็นทีม สหสาขาวิชาชีพทุกเครือข่าย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเก็บข้อมูลสูงสุด

ด้านผู้ป่วย จะได้รับความรู้ด้านการปฏิบัติตัวจาก VCD ที่ทางโรงพยาบาลทุก เครือข่ายให้ดู พร้อมกับรับคำแนะนำจากผู้รับผิดชอบหลักเกี่ยวกับ Warfarin เป็นแนวทางเดียวกันทุกโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อนำไปปรับใช้ที่บ้านได้

และเมื่อทุกอย่างพร้อมจึงเข้าสู่ **ระยะที่ 3 ขั้นปฏิบัติและประเมินผล** มีการคัดกรองผู้ป่วยโดยแพทย์ก่อนส่งต่อให้ลูกข่าย การวางแผนจำหน่ายให้ความรู้ การรับประทานยา การประเมินความรู้

รวมไปถึงการออกนิเทศเครือข่ายติดตามประเมินผล ประชุมเครือข่าย ติดตามความก้าวหน้าร่วมเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันทุก 3-4 เดือน/ครั้ง ประชุมและสรุปผลงานตัวชี้วัด

“เราเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มแรกเป็นโรงพยาบาลเครือข่าย Warfarin จำนวน 15 แห่ง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูลมีสองกลุ่ม ได้แก่ เภสัชกร/พยาบาล ในโรงพยาบาลเครือข่าย เราเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ เชิงลึก สังเกตในประเด็นเรื่องยา อุปกรณ์ บุคลากร ความรู้/สื่อความรู้อื่นๆ”

“จากการเก็บข้อมูลเราพบว่า ปัญหาที่พบในโรงพยาบาลเครือข่ายคือ หลายโรงพยาบาลขาดแนวทางการให้ยา Warfarin ในหญิงตั้งครรภ์ และ คำแนะนำสำหรับทันตกรรม ทักษะคติของคนไข้ต่อสถานบริการ เจ้าหน้าที่ขาดความมั่นใจ มีขนาดยาไม่ครบทุกขนาด ขาดสื่อให้ความรู้คนไข้ที่ได้รับยา Warfarin บางโรงพยาบาล เครื่องมือตรวจ Protrombin Time International Normalized Ratio (PTINR) อยู่ในระหว่างดำเนินการจัดซื้อ”

“กลุ่มที่สองคือคนไข้ที่ได้รับยา Warfarin เราเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเป็น
คนไข้ที่มารับตรวจรับยา Warfarin โรงพยาบาลละ 1 ครั้ง สอบถามใน
ประเด็นข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรม ความรู้เรื่องยา สถานบริการ
ที่คนไข้สะดวกในการเข้ารับการรักษาและข้อเสนอแนะ”

ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการกำหนดแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมเป็นแนวทาง
เดียวกัน



ปัญหาใช่ว่าไม่เกิด

ผลจากการทุ่มเททำงานวิจัยของหน่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลเครือข่าย โดยการนำของดุष्ฎี
ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายประการ

ถึงอย่างนั้น ไข้ว่าทีมงานจะไม่ประสบปัญหา ดังที่ดุष्ฎีกล่าวว่า

“อย่างที่เราบอกกันดี งานวิจัยชิ้นนี้เกิดจากความต้องการหาคำตอบ
จากปัญหาที่มีการใช้ยา Warfarin ในโรงพยาบาลของเราเป็นจำนวนมาก
จุดเด่นของผลงานเราคือมีแนวความคิดในการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาล
ลูกข่าย เพิ่มศักยภาพในการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่มีระบบการให้คำปรึกษา
และการออกนิเทศให้ความรู้”

“เพื่อให้คนไข้มีความมั่นใจในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน
มากขึ้น เป็นการลดภาระการเดินทางไปโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น เราคาดหวัง
ผลเป็นตัวชี้วัดทางคลินิกที่ดีขึ้นชัดเจน และต้องการขยายการทำงานได้ทั่วใน
ระดับเขต ตลอดจนมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง”

“แต่พอลงมือปฏิบัติก็พบว่า มีปัญหาหลายอย่าง เช่น มีคนไข้บางราย ไม่ยอมรับยาที่โรงพยาบาลเครือข่าย เนื่องจากมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสถานบริการ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเครือข่ายบางแห่งยังขาดความมั่นใจ ไปจนถึงการเก็บตัวชีวิตไม่ตรงกัน บางโรงพยาบาลนับจำนวนครั้งการมาตรวจ บางโรงพยาบาลนับจำนวนคนไข้ เนื่องจากเปลี่ยนผู้รับผิดชอบหลักเกี่ยวกับ Wafarin ส่งผลให้การดำเนินงานและการประสานงานไม่ต่อเนื่อง”

“อย่างไรก็ดี งานวิจัยชิ้นนี้ก็ต้องดำเนินไปเพราะเรามุ่งหวังที่จะให้คนไข้ได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ จึงมีการปรับกลยุทธ์ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาตลอดเวลา ทีมของเราจึงต้องลงพื้นที่เพื่อช่วยโรงพยาบาลเครือข่ายแก้ปัญหา”

“เราจึงมีการออกไปนิเทศและเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลพร้อมๆ กับการชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ต่างๆ เข้าใจในขอบข่ายการวิจัย และเก็บข้อมูลเป็นแนวทางเดียวกัน ส่วนในเรื่องทัศนคติของคนไข้โรคหัวใจที่มีต่อโรงพยาบาลเครือข่าย เราก็แก้ปัญหาโดยการอธิบายให้คนไข้เข้าใจถึงมาตรฐานการทำงาน เพื่อให้พวกเขายินยอมตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน”

“ที่สำคัญ เพื่อไม่ให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเครือข่ายรู้สึกว่างานวิจัยเครือข่ายทำให้งานของพวกเขามากขึ้น เราจึงแก้ปัญหาโดยการเพิ่มความยืดหยุ่น โดยจะส่งต่อคนไข้ให้เมื่อโรงพยาบาลเครือข่ายมีความพร้อมจริงๆ ประกอบกับมีการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง”

เมื่อทุกปัญหาก็ได้รับการแก้ไข งานวิจัยชิ้นนี้จึงมีความน่าเชื่อถือ สามารถสร้างคุณประโยชน์และความภาคภูมิใจให้กับผู้ป่วยในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี





ผลการศึกษานำพอใจ

จากการเก็บข้อมูล และติดตามประเมินผลในช่วงเดือนมกราคม-เดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 พบว่า มีผู้ป่วยส่งกลับเข้ารับการรักษาจากฤทธิ์ยา Warfarin ลดลงจากร้อยละ 23.04 (ปี 2552) คิดเป็นร้อยละ 8.11 (ม.ค.-มี.ค.53) ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ และร้อยละ 0.48 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่รับประทานยา Warfarin (1,881 ราย)

ผลการศึกษา		
รายละเอียด	ก่อนดำเนินงานเครือข่ายสถิติ (ราย) ปี 2552	หลังดำเนินงานเครือข่ายสถิติ (ราย) ม.ค.-มี.ค. 2553
ผู้ป่วยกลับมา admit จากยา Warfarin	50	9
ขนาดยาไม่เหมาะสม	44	5
รับประทานยาไม่ถูกต้อง	1	0
ขบวนการ Medical Error	1	0
Valve dysfunction	4	4
เสียชีวิต	1	0

ทั้งนี้ มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 15 แห่ง ในจำนวนนี้พบว่ามี 13 โรงพยาบาลที่พร้อมดำเนินการได้ครอบคลุมเครือข่ายเป็นโรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง ซึ่งรวมทั้งโรงพยาบาลมุกดาหาร (เขตรับผิดชอบเขต 11) และโรงพยาบาลชุมชน 9 แห่ง

ได้ข้อสรุปว่า การสร้างโรงพยาบาลเครือข่ายสามารถลดจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจ/หลังผ่าตัดหัวใจที่ต้องได้รับยา Warfarin ได้จริง อีกทั้งโรงพยาบาลเครือข่ายใกล้บ้านของผู้ป่วยโรคหัวใจสามารถดูแลพวกเขาได้ โดยไม่จำเป็นต้องเดินทางมาถึงโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์



ผลวิจัยก่อให้เกิดการพัฒนา

ผลวิจัยที่ได้ ไม่เพียงแต่จะทำให้ชุมชนและทีมงานทราบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งในเครือข่ายมีศักยภาพที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ/หลังผ่าตัดหัวใจที่ต้องได้รับยา Warfarin ได้เช่นเดียวกับที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เพียงอย่างเดียวเท่านั้น

แต่งานวิจัยชิ้นนี้ยังนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอะไรหลายประการ เช่น ทำให้เกิดศูนย์ประสานงาน Warfarin และทะเบียนข้อมูลผู้ป่วย Warfarin โดยเฉพาะมีคลินิก Warfarin ทั้งศัลยกรรมและอายุรกรรม

โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย นำข้อมูลปัญหาในแต่ละเครือข่ายมาพิจารณาปรับปรุงเพิ่มเติม เช่น Top down flow chart: Warfarin management มีการหาแนวทางการให้ยาผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ การให้บริการทันตกรรมร่วมกัน เพื่อส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไปยังแพทย์และพยาบาลเครือข่าย โดยใช้คำย่อและแปลความหมายแนบไปด้วยเพื่อให้ทำงานง่ายขึ้น

ตลอดจนทุกเครือข่ายมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่รับประทานยา Warfarin เป็นแนวทางเดียวกัน รวมทั้งการกำหนด Target INR ในผู้ป่วยแต่ละราย มีการใช้ระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มากขึ้น ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแม่ข่ายและลูกข่าย และที่สำคัญ ทำให้มีรูปแบบในการดำเนินงานเครือข่าย Warfarin ที่ชัดเจน

“หลังจากเราทำโรงพยาบาลเครือข่าย Warfarin แล้วประสบความสำเร็จ ทำให้เกิดการกระตุ้นและตื่นตัวในการทำเครือข่ายอื่นๆ เช่น เครือข่าย Stroke เครือข่าย STEMI เครือข่ายมะเร็ง เป็นการดูแลโดยใช้ระบบโรงพยาบาลเครือข่ายมากขึ้น”

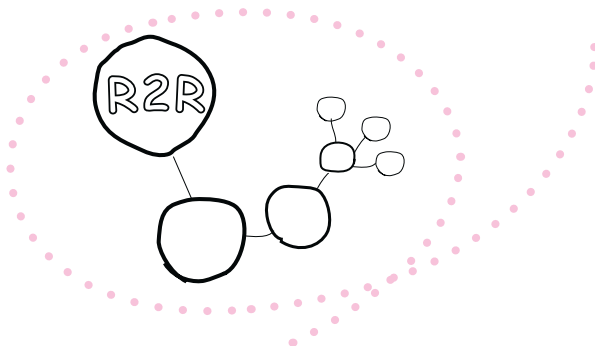


อย่างไรก็ดี แม้จะมีโรงพยาบาลหลายแห่งแวะเวียนมาศึกษาดูงานเป็นระยะตลอดจนผู้เชี่ยวชาญเองก็ได้รับเชิญให้เป็นวิทยากรบรรยายเรื่องการทำให้ Warfarin แต่ผู้เชี่ยวชาญก็ยังรู้สึกว่า งานวิจัยชิ้นนี้ของทีมยังไม่บรรลุความตั้งใจสูงสุดที่ทีมตั้งไว้ นั่นคือ ทำอย่างไรให้มีความยั่งยืน

จึงได้มีการปรับปรุงแนวทางการทำงานอีกครั้งเพื่อพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ/หลังผ่าตัดหัวใจที่ต้องได้รับยา Warfarin (เครือข่าย Warfarin เขต 13) ของหน่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

“เราได้มีการปรับปรุงแนวทางจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ที่ผ่านมา เพื่อทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติจากผลงานวิจัย แผนการดำเนินงาน และการนิเทศใน พ.ศ. 2554 ให้ลูกข่ายซึ่งเข้าร่วมโครงการเพิ่มอีกเป็น 17 โรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน”

“และจากบางโรงพยาบาลที่เปลี่ยนผู้รับผิดชอบหลักเกี่ยวกับ Warfarin บ่อยเราก็แก้ปัญหาโดยให้ลูกข่ายนำเสนอพร้อมสรุปผลการดำเนินงานนำเสนอ Case conference เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลคนไข้ ทั้งเรื่องการปรับยารวมทั้งปัญหาความต้องการของลูกข่าย เราตั้งใจจะออกนิเทศเพื่อติดตามตัวชี้วัดประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้โครงการนี้ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตลอดปี 2554 ค่ะ”





R2R เครื่องมือแก้ปัญหางานประจำ

การทำงานเป็นทีม ความมุ่งมั่นทุ่มเทในการทำงาน และการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยตลอดจนการสะสมประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี ในหน่วยงาน ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกตกลึกเป็นความคิดรวมยอด ทำให้ดุขฎีและทีมงานได้รับรางวัล R2R

ทั้งนี้ ดุขฎีเล่าให้ฟังในภายหลังด้วยใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสว่า...

“ตอนเริ่มคิดหาทางแก้ไขปัญหาโดยการทำเครือข่าย เพื่อเพิ่มศักยภาพให้โรงพยาบาลเครือข่าย ดิฉันยังไม่มีรูปแบบ ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร บางคนก็บอกว่าทำไม่ได้หรอก หมอย้ายบ่อย เป็นงานที่ใหญ่และยากเกินไป เจ้าหน้าที่เรามีงานประจำมากอยู่แล้วไปเพิ่มภาระงานให้เขา”

“แต่ในความคิดของทีม คิดว่าหมอกคงไม่ย้ายพร้อมกันทั้ง 3 คนหรอก หรือถ้าย้ายไปหรือไม่อยู่ระบบต่างๆ ก็น่าจะยังอยู่ สิ่งใดที่เป็นผลดีต่อคนไข้ และคนไข้ได้ประโยชน์สูงสุด ทีมเชื่อมั่นแน่ว่าบุคลากรที่ทำงานอยู่ในที่แห่งนั้นน่าจะเห็นด้วย เพราะเรามีจุดร่วมเดียวกันคือ ทำเพื่อคนไข้”

“เป็นความบังเอิญในขณะนั้น ที่ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีโครงการสนับสนุนงบประมาณพัฒนาเครือข่ายโรคที่มีอัตราการตายสูง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI & Warfarin) ซึ่งเป็นโอกาสดีที่ทีมงานได้อาศัยโอกาสนี้ดำเนินงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์”

ดุขฎีและทีมงานเริ่มต้นศึกษาการทำวิจัยเชิง R2R จากเอกสารและวารสาร ควบคู่ไปกับการทำเครือข่าย ซึ่งแรงผลักดันที่ให้เกิดเป็นงานวิจัยเชิง R2R เธอยกเครดิตให้ **คุณศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน** พยาบาลวิชาชีพระดับ 7

“คุณศิริทิพย์จะพูดเสมอว่า พี่ทำเป็น R2R เลย หนูจะเป็นที่ปรึกษาให้เอง ไม่ต้องห่วง เพราะสิ่งที่พี่ทำมาตลอดนั้นแหละเป็น R2R อยู่แล้ว เพียงแต่ การเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ให้เป็นระบบและมีหลักเกณฑ์มากขึ้น จึงจะมีความน่าเชื่อถือ”

“ดิฉันจึงได้เรียนรู้การแก้ปัญหาโดยการนำ R2R เข้ามาจับ ทำให้เห็น ปัญหาในงานประจำของเราอย่างชัดเจน มีการแก้ไขที่เป็นระบบตรงจุด และเกิดความยั่งยืน และเหนือสิ่งอื่นใดคือ ทำให้คนไข้ของเราได้รับการรักษา เข้าถึงหมอ และเข้าถึงยาอย่างทั่วถึง”

ไม่คาดฝันว่าจะได้รับรางวัล R2R



ถึงวันนี้ ดุษฎียังบอกว่า การได้รับรางวัล R2R เป็นเรื่องที่อยู่เหนือ ความหมาย

“ถ้าว่ากันตามตรง การได้รับรางวัลเป็นเรื่องที่เกินความคาดหวัง ของทีมเป็นอย่างมาก เพราะตอนที่ตัดสินใจทำงานวิจัยเชิง R2R ขึ้นนี้ เราต้องการเพียงการหาสาเหตุที่จะช่วยให้คนไข้โรคหัวใจของเราเข้าถึงหมอ เข้าถึงยา และได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีเท่านั้น พอได้รับรางวัลรู้สึก ภาคภูมิใจมาก หายเหนื่อย ถือเป็นความภาคภูมิใจในชีวิตการทำงานของ ทุกคนในทีม เพราะรางวัลนี้จะเป็นแรงผลักดันให้ทุกคนมีกำลังใจในการ ทำงาน และพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป เพื่อประโยชน์สูงสุดของคนไข้”

“ความสำเร็จของงานนี้ได้รับความร่วมแรงร่วมใจเป็นอย่างดีจากทีมงาน โดยเฉพาะ **นายแพทย์ธีรพล เกาะเทียน หัวหน้าหน่วยศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก เกสัชกรหญิงমনชยา ศิริอังคารุธ คุณสุภาพร พรหมสุพรรณ และ คุณศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน** ซึ่งเป็นที่ปรึกษาในการทำ R2R สำหรับ นักวิจัยมือใหม่อย่างดิฉัน”

“ดิฉันอยากใช้พื้นที่ตรงนี้ ขอขอบพระคุณผู้ให้การสนับสนุนนักวิจัยมือใหม่ ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ คือ **นายแพทย์มนัส กนกศิลป์** (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์) **นายแพทย์ธีรพล เจนวิทยา** (ผู้อำนวยการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 10) **นายแพทย์วิศิษฐ์ สงวนวงศ์วาน** (หัวหน้าศูนย์วิจัย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์) **นายแพทย์ชูศักดิ์ เกษมศานต์** (คัลยแพทย์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก) **นายแพทย์วีระ มหาวนากุล** (อายุรแพทย์โรคหัวใจ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเครือข่ายทุกแห่ง **คุณนวลจันทร์ ประเคนรี** (รองผู้อำนวยการ ฝ่ายการพยาบาล) และ **คุณปริยพันธ์ พุมเขียว** (หัวหน้างานคัลยกรรมสาย 2) ค่ะ”

ก่อนจากกัน ดุษฎีได้ฝากข้อคิดดีๆ ให้กับผู้ที่เริ่มต้นทำงานวิจัยในเชิง R2R ไว้ว่า

“งานวิจัยเชิง R2R ไม่ได้ยากอย่างที่คิด อย่างลัว๊วทั้งๆ ที่ยังไม่ได้ลงมือทำ ในงานประจำเราทำอยู่แล้ว เพียงแต่เราอาจไม่ได้ทำอย่างเป็นระบบเท่านั้นเอง นักวิจัยไม่จำเป็นต้องรู้ระเบียบวิธีวิจัยทั้งหมด ตัวดิฉันเองก็เริ่มมาจาก CQI และ QA มาก่อน แล้วมาต่อยอดเป็น R2R ทุกอย่างศึกษาได้”

“ขอให้คิดที่จะทำและมีใจ คุณก็เริ่มก้าวไปหนึ่งก้าวแล้ว ขอให้รู้ที่มาของปัญหาแสดงว่า R2R คุณได้เริ่มแล้ว ขอเป็นกำลังใจให้ผู้เริ่มต้นทำงานวิจัยคุณทำได้ค่ะ”

บทสรุปของดุษฎีย้ำให้กับนักวิจัยมือใหม่ทุกคนทราบว่า งานวิจัยไม่ยากอย่างที่คิด



คณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงาน (Steering Committee) ประกอบด้วย

1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช	ที่ปรึกษา
2. นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	ประธานกรรมการ
3. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
4. คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	กรรมการ
5. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
6. ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
7. ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	กรรมการ
8. ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ	กรรมการ
9. หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
10. ประธานชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย	กรรมการ
11. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน	กรรมการ
12. ประธานชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	กรรมการ
13. ประธานชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	กรรมการ
14. ประธานชมรมแพทย์ชนบท	กรรมการ
15. นายกสภาการพยาบาล	กรรมการ
16. หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
17. ประธานเครือข่าย R2R ภาคเหนือ	กรรมการ
18. ประธานเครือข่าย R2R ภาคกลาง	กรรมการ
19. ประธานเครือข่าย R2R ภาคอีสาน	กรรมการ
20. ประธานเครือข่าย R2R ภาคใต้	กรรมการ
21. แพทย์หญิงสมสิริ สกลสัตยาทร	กรรมการ
22. นายแพทย์ทวีศักดิ์ นพเกษร	กรรมการ
23. นายแพทย์สมเกียรติ วสุวิญญกุล	กรรมการ
24. นายแพทย์สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย	กรรมการ
25. นายแพทย์นิทัศน์ รวยวา	กรรมการ
26. นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ	กรรมการ
27. นายแพทย์อัศรินทร์ นิมมานนิตย์	กรรมการ
28. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ	กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการดำเนินงานแผนงาน ประกอบด้วย

1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช	ที่ปรึกษา
2. นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	ที่ปรึกษา
3. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	ประธานกรรมการ
4. นายแพทย์เฉลิมชัย ชูเมือง	กรรมการ
5. นางพนิต มโนการ	กรรมการ
6. นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	กรรมการ
7. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมบูรณ์ เทียนทอง	กรรมการ
8. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมพนธ์ ทัศนียม	กรรมการ
9. นายแพทย์วิศิษฐ์ สงวนวงศ์วาน	กรรมการ
10. คุณจรรยาวัฒน์ ทับจันทร์	กรรมการ
11. แพทย์หญิงลัดดา ดำริการเลิศ	กรรมการ
12. นายแพทย์อัศรินทร์ นิมมานนิตย์	กรรมการ
13. นายแพทย์กุลธร เทพมงคล	กรรมการ
14. ดร.นิภาพร ลครวงศ์	กรรมการ
15. คุณทัศนีย์ ญาณะ	กรรมการ
16. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ	กรรมการและเลขานุการ



R2R เป็นเครื่องมือพัฒนาคน พัฒนางาน และพัฒนาองค์กร

สุดยอดของ R2R คือ เป็นเครื่องมือพัฒนาวัฒนธรรมองค์กร ให้เป็นองค์กรที่มีพลวัตไม่หยุดนิ่ง มีการริเริ่มสร้างการเปลี่ยนแปลงในทุกระดับ ทุกส่วนขององค์กร อาศัยการสร้างการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นเครื่องมือของการเรียนรู้ และเป็นการเรียนรู้โดยการใช้ความรู้และสร้างความรู้ไปพร้อมๆ กัน เป็นความรู้ที่แนบแน่นอยู่กับงานและอยู่กับคน เมื่อสภาพเช่นนี้ดำเนินไปอย่างกว้างขวาง และอย่างต่อเนื่องยั่งยืน องค์กรก็จะเข้าสู่สภาพของ “องค์กรเรียนรู้” (Learning Organization)

จะเห็นว่า การวิจัยเป็นเพียงมิติหนึ่งของ R2R จริงๆ แล้ว R2R มีความซับซ้อนมากจนอธิบายแบบสรุปได้ยากมาก แต่ทำให้เข้าใจได้ง่าย โดยการเล่าเรื่องราวความสำเร็จของผู้เคยผ่านประสบการณ์ตรง ดังปรากฏในหนังสือเล่มนี้ และเมื่ออ่านหนังสือเล่มนี้แล้ว จะเห็นว่าอีกมิติหนึ่งของ R2R คือเครื่องมือที่ทำให้เกิด Happy Workplace

R2R เป็นการเดินทาง (Journey) ที่ไม่มีจุดสิ้นสุด ไม่มีจบ เป็นกิจกรรมที่ทำได้ต่อเนื่อง มีประเด็นหรือเครื่องมือให้หยิบยกมาใช้ เอาจมาสร้างความรู้ สร้างผลงาน สร้าง CQI (Continuous Quality Improvement) ได้ไม่รู้จบ ดังกรณีที่มี R2R ของศิริราชนำเอา Lean มาผสมกับ R2R เกิดการพัฒนายกระดับวิธีพัฒนางานประจำให้ก้าวหน้าไปอีก

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช

มิถุนายน 2554



แผนงานพัฒนาเครือข่ายวิจัยในรูปแบบงานวิจัยจากงานประจำ (R2R)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ 88/39 กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์: 0-2832-9200 โทรสาร: 0-2832-9201-2

<http://r2r.hsri.or.th>



ISBN 974-11-1509-1



ราคา 275 บาท