

เอกสารสรุปผลการดำเนินงาน
โครงการประชุมวิชาการ

เรื่อง “วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ: สมดุลสร้างกับซ่อมสุขภาพ”

ระหว่างวันที่ 18 - 19 กรกฎาคม 2548
ณ โรงแรมรามารการ์เด็นส์ ถนนวิภาวดี กรุงเทพมหานคร

โดย สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

สรุปผลการดำเนินงาน

โครงการประชุมวิชาการ เรื่อง “วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ: สมดุลสร้างกับซ่อมสุขภาพ”

ระหว่างวันที่ 18-19 กรกฎาคม 2548

ณ โรงแรม รามาร์เกต์ เด็น ถ.วิภาวดี กรุงเทพมหานคร

เอกสารสรุปผลการดำเนินงาน โครงการจัดประชุมวิชาการ เรื่อง “วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ: สมดุลสร้างกับซ่อมสุขภาพ” ฉบับนี้ จัดเนื้อหาออกเป็นส่วนใหญ่ๆ ประกอบด้วย

เนื้อหาส่วนที่หนึ่ง เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับความเป็นมาของการจัดให้มีโครงการประชุม วัตถุประสงค์ กลุ่มประชากรเป้าหมาย รูปแบบการประชุม และองค์ประกอบที่ร่วมจัดประชุม

เนื้อหาส่วนที่สอง เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมประชุม รวมทั้งข้อสรุปความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งได้จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมประชุม เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

เนื้อหาส่วนที่สาม เป็นสาระสำคัญของการประชุมในส่วนต่างๆ ทั้งที่เป็นการประชุมในห้องประชุมใหญ่ และการประชุมในห้องประชุมย่อย

เนื้อหาส่วนที่สี่ เป็นสาระสำคัญของนิทรรศการที่จัดขึ้นในการประชุมครั้งนี้
ทั้งนี้รายละเอียดของสาระสำคัญ ของการประชุมส่วนต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่หนึ่ง

หลักการเหตุผล ความเป็นมา วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย รูปแบบการประชุม และภาคีเครือข่ายจัดประชุม

หลักการและเหตุผล

1. แนวโน้มของการพัฒนาสุขภาพในปัจจุบันและอนาคตเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การมีความสุข ประชาชนมีบทบาทดูแลสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ และรัฐเป็นผู้สนับสนุน ในอีกด้านหนึ่งระบบบริการสุขภาพก็จะต้องพัฒนาให้มีคุณภาพ ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก มีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม
2. ภายใต้โครงสร้างการจัดบริการสุขภาพ ระบบดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกในการสนับสนุนให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองได้และช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่ต้องพึ่งบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพ ในช่วงที่ผ่านมาเนื่องจากระบบบริการสุขภาพยังเน้นที่การจัดบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพเป็นหลัก กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงขาดการสนับสนุนทางนโยบาย รูปแบบที่เกิดขึ้นจึงมีความหลากหลายซึ่งก็เป็นข้อดี แต่ที่สำคัญที่สุดคือขาดการพัฒนาขีดความสามารถ การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงขึ้นกับตัวบุคคล เมื่อมีการโยกย้ายหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบก็จะขาดความต่อเนื่อง ในด้านนโยบายได้มีการกำหนดไว้ในแผนของกระทรวง สาธารณสุข แต่ก็ขาดการให้ความสำคัญในทุกระดับทั้งผู้มีอำนาจในการตัดสินใจจากส่วนกลาง ผู้บริหารระดับจังหวัด และนักวิชาการผู้มีความรู้ความเข้าใจในการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
3. ในปี 2544 เป็นต้นมา รัฐบาลมีนโยบายในการปฏิรูประบบราชการ ระบบงบประมาณ และปฏิรูประบบบริการสุขภาพใหม่ภายใต้การสร้างประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งส่งผลให้โครงสร้างการจัดบริการสุขภาพเน้นการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นอย่างยิ่ง แต่เนื่องจากในช่วงก่อนหน้านี้ การสร้างความรู้ การเตรียมเครื่องมือและระบบ และการเตรียมบุคลากรยังไม่พอเพียง เมื่อมีการสั่งการให้ดำเนินการทั้งประเทศ การเข้าสู่กระบวนการการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มีนโยบายให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกในการจัดการทั้งในด้านการบริหารจัดการงบประมาณและการให้บริการรักษาพยาบาลที่เน้นบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพทั่วทั้งประเทศ พร้อมทั้ง กับคาดหวังให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิไปร่วมทำงานกับองค์กรภาคประชาสังคมเพื่อ

การสร้างเสริมสุขภาพและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ก็ส่งผลให้หน่วยบริการสุขภาพจะต้องคิดและรังสรรค์รูปแบบการให้บริการเพื่อจะได้ครอบคลุมประชากรมากพอที่จะได้เงินรายหัวจากรัฐบาลในการบริหารองค์กร

4. นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ได้ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนตั้งแต่ระดับแนวคิด ระบบการจัดการ และระบบปฏิบัติการของระบบบริการสุขภาพ เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ต้องปรับ ขบวนการขนานใหญ่ การใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการตอบสนองต่อขบวนการปฏิรูป ทั้งเพื่อประชาชนและเพื่อความอยู่รอดนำไปสู่การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีรูปแบบที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น แต่ก็เปลี่ยนไปจากเดิมที่เน้นการทำงานอย่างประณีตมาเป็นการทำงานที่ต้องเน้นเรื่องประสิทธิภาพ
5. ภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงนี้ก็มีองค์กรต่างๆ ที่พยายามดำเนินการพัฒนา ปฏิรูปกระบวนการทำงานใหม่ เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้นดังที่กล่าวไว้ องค์กรวิชาการ มหาวิทยาลัย กระทรวง สาธารณสุข ก็มีความตื่นตัวต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ มีการพัฒนางานวิจัย พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม พัฒนาระบบการสนับสนุนงานด้วยวิธีการต่างๆ แต่ยังมีกระแสแพร่ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ด้านนี้ไม่เต็มที่
6. หากมองหากลไกที่จะสนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกให้มีการวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างความรู้ที่ยังขาดการประสานและทำความเข้าใจร่วมกัน เครือข่ายที่สนใจและคนทำงานในบางส่วนเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิประเมินว่า ที่ผ่านมายังขาดการสื่อสารหรือหากมีการสื่อสารก็ยังไม่ชัดเจนภาพสะท้อนที่จะสร้างความเข้าใจถึงแนวคิด หลักการ และทิศทางการพัฒนา

สรุปได้ว่า พลังของการพัฒนามีอยู่อย่างมากมาย ขาดการประสานเชื่อมโยง ขาดการวิเคราะห์และสังเคราะห์ให้เห็นถึงแนวคิด หลักการ และทิศทางการพัฒนา หรืออาจกล่าวได้ว่ากระบวนการพัฒนาเครือข่ายเติมพื้นที่แต่ขาดการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อสนับสนุนพลังแห่งการสร้างสรรค์อย่างมีเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งก็เป็นที่มาของโครงการจัดประชุมวิชาการ เรื่อง “วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ: สมดุลของสร้างกับซ่อมสุขภาพ” ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ประสบการณ์และบทเรียนนำสู่ความเข้าใจร่วมกันถึงแนวคิด หลักการ และทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย
2. เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายการเรียนรู้ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ
3. เพื่อกระตุ้นให้เกิดกระแสนวัตกรรมตื่นตัวต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในทิศทางที่เหมาะสม

กลุ่มเป้าหมาย 700 คน ประกอบด้วย

- | | |
|--|--------------|
| • ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ | จำนวน 400 คน |
| • นักวิชาการ ผู้สนับสนุนในระดับจังหวัด มหาวิทยาลัย องค์กรที่เกี่ยวข้อง | จำนวน 200 คน |
| • ภาคี ต่างๆ | จำนวน 100 คน |
| • นักศึกษาปริญญาโทและเอกที่สนใจที่จะทำวิจัย | จำนวน 50 คน |

สาระสำคัญ

1. ภาพรวมของแนวคิด หลักการสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน และการสร้างสุขภาพ
2. เทคโนโลยีและประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านต่างๆ เช่น
 - การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง (ทั้งที่เป็น case management และระบบงานทั้งระบบ)
 - การสร้างสุขภาพ (เน้นที่กระบวนการปรับพฤติกรรมสุขภาพ)
 - การพึ่งตนเองของประชาชน (กลไกภาคประชาชนที่เชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ)
3. ทิศทางการพัฒนา และการสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
4. บทบาทของหน่วยบริหาร และสถาบันวิชาการในการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

รูปแบบการประชุม

- ปาฐกถาและการอภิปราย
- การเสวนากลุ่มย่อยผ่านกรณีศึกษา
- นิทรรศการกรณีศึกษาและการแลกเปลี่ยนกันแบบตัวต่อตัว

องค์กรภาคีร่วมจัดประชุม

- | | |
|---|---|
| • กระทรวงสาธารณสุข | • มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ |
| • สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | • สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ |
| • สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข | • สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ |
| • สภาการพยาบาล | • ชมรมแพทย์ชนบท เกสซกร พยาบาล ทันตแพทย์ |
| • สมาคมหมอยาสมุนไพร | • สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข |
| • เครือข่ายนักวิชาการ ที่ร่วมกันพัฒนางานระบบบริการปฐมภูมิ | • เครือข่ายเภสัชกร 12 สถาบันเพื่อการสร้างสุขภาพ |

ข้อมูลผู้เข้าร่วมประชุม ข้อสรุปความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

จากข้อมูลรายละเอียดของผู้เข้าร่วมประชุม พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.1) มาจากสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยปฏิบัติ ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพให้ประชาชน อาทิ คนทำงานที่มาจาก PCU หรือสถานีนอนามัย ทั้งภาครัฐและเอกชน คนทำงานที่มาจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งต้องทำงานเกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมประชุมจำแนกตามประเภทสถานที่ปฏิบัติงาน

ประเภทสถานที่ปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
PCU/สถานีนอนามัยในโครงการ PCU ในฝัน	157	22.3
PCU/สถานีนอนามัยในโครงการ PCU_800	37	5.3
PCU ภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	3	0.4
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	66	9.4
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	54	7.7
โรงพยาบาลชุมชน	96	13.6
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	50	7.1
คลินิกเอกชน	4	0.6
เครือข่ายสม.	47	6.7
นักวิชาการ/เครือข่ายนักวิชาการ	11	1.6
โคเวต้าพื้นที่_วิชาการห้องย่อย	31	4.4
ผู้ทรงคุณวุฒิ	28	4.0
มหาวิทยาลัย	24	3.4
ชมรมวิชาชีพ	17	2.4
คณะทำงานวิชาการ PCU ในฝัน	13	1.8
นักศึกษา/บุคคลทั่วไป	24	3.4
องค์กรพัฒนาเอกชน_NGOs	4	0.6
คณะทำงานจัดประชุมวิชาการ	38	5.4
รวม	704	100

ปาฐกถา
“แก่นของระบบดูแลสุขภาพปฐมภูมิ”
โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์ จรัส สุวรรณเวลา

ระบบบริการปฐมภูมิบ้านเราแม้จะค่อนข้างมีปัญหา แต่ถ้ามองเทียบกับประเทศอื่น ๆ เกือบทั่วโลกแล้ว นับว่าเราก้าวหน้ามากทีเดียว วิวัฒนาการของระบบบริการปฐมภูมิมีมาโดยตลอด ตั้งแต่ยุคการศึกษาแพทยศาสตร์เมื่อ 50 ปีก่อน เกิดโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลกลาง เกิดโรงพยาบาลจังหวัด เกิดโครงการกำจัดมาลาเรียที่เข้าไปอย่างทั่วถึง ขนาดที่ว่าหลายปีก่อนผมไปทำวิจัยในหมู่บ้านชาวเขาที่รถเข้าไปไม่ถึงต้องเดินเป็นชั่วโมงๆ แถมยังไม่มีหน่วยงานราชการใดเข้าไป ไม่มีบ้านเลขที่ แต่หนึ่งบ้านมีตัวเลขเข้าร่วมโครงการป้องกันมาลาเรียปรากฏอยู่

ต่อมาถึงยุคสร้างสถานีอนามัยขึ้นสอง ออกไปถึงระดับอำเภอและตำบล มีสถานีอนามัยขึ้นหนึ่งก่อนจะเป็นโรงพยาบาลชุมชน ครั้นทั่วโลกตื่นตัวเรื่องสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งจริงแล้วเราทำมาก่อน รัฐบาลเราก็มียุทธศาสตร์สุขภาพมูลฐานคือฐานสาธารณสุขภาคประชาชน มีการอบรมประชาชน มี อสม. ผสส. ที่รู้จักกันดี จะเห็นว่าก้าวมาเป็นลำดับ ถึงวันนี้เป็นยุค “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” นับเป็นการก้าวกระโดดครั้งยิ่งใหญ่อีกครั้งหนึ่ง การประชุมวันนี้จึงถือว่าสำคัญมากเพราะ เป็นก้าวกระโดดครั้งสำคัญ เป็นการเพิ่มและยกระดับสุขภาพประชาชน ซึ่งต้องร่วมมือกันหลายฝ่าย ส่วนผมจะขอชี้บางประเด็นที่สำคัญในเรื่องนี้

การจะก้าวกระโดดได้นั้นสิ่งสำคัญอยู่ที่การ ปรับฐานความคิด เป็นอันดับแรก

เรื่องแรก คือต้องเข้าใจว่า “การบริการสาธารณสุข” ไม่ใช่พระเอกที่จะทำให้สุขภาพประชาชนดี สุขภาพประชาชนจะดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 อย่างคือ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมประชาชนและการบริการสาธารณสุข

พันธุกรรมเป็นเหตุอันหนึ่ง เกิดมาเป็นคนมันต้องมีโรค มีความไม่สบายบางอย่างเป็นธรรมดา คนไทยก็มีบางโรคที่เกิดกับคนไทย บางท้องถิ่นก็มีพันธุ์พิเศษเป็นโรคเฉพาะบางอย่าง

สิ่งแวดล้อมมีผลมากที่เห็นชัดๆ ทางภาคใต้มีโรคจากการปนเปื้อนสารหนู ทางเหนือมีโรคจากการได้รับฟลูออไรด์มากเกินไป กรุงเทพฯ มีโรคหืดเพราะอากาศไม่ดี ความยากจนก็ทำให้คนท้องเสีย ปวดบวม ขาดอาหาร ยังมีโรคอันมาจากความร่ำรวยแต่กินไม่ถูกต้อง

พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขอนามัย การอยู่ กิน วัฒนธรรมการกินอาหาร การกินสุๆ ดิบๆ ความเชื่อต่างๆ ทั้งสามอย่างนี้คือปัจจัยหลักของสุขภาพของประชาชน

บริการสาธารณสุข เป็นปัจจัยนิดเดียว มีใช้ปัจจัยหลัก หน้าที่ของบริการสาธารณสุขคือไปช่วยปัจจัยอื่น

เรื่องที่สอง ที่ต้องปรับฐานความคิดให้ตรงกันคือ การรักษาโรคไม่ใช่เป็นพระเอกเดี่ยว ผมใช้คำว่าพระเอกเดี่ยวเพราะว่ายังเป็นพระเอกอยู่บางส่วน ไม่ใช่ให้เลิกการรักษาแล้วหันมาส่งเสริมป้องกันสุขภาพเท่านั้น ไม่ว่าจะอย่างไร คนเรายังเป็นโรคอยู่และต้องมีการรักษา การศึกษาในหลายประเทศเขาก็ชี้ชัดตรงกัน ลำพังการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพยังต้องใช้เวลาหลายสิบปีกว่าจะทำให้โรคลดลง ดังนั้นก็ต้องใช้ทั้งการรักษา การส่งเสริมและป้องกันร่วมกัน พวกเราในที่นี้เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขไม่ยากให้คิดว่าเราไม่มีบทบาท ไม่มีความสามารถ บทบาทเราคือเป็นหัวอกทำให้คนอยากปรับชีวิตหันมาส่งเสริมและป้องกันสุขภาพตัวเอง จำเป็นต้องมีทั้ง 4 ปัจจัยประกอบกันจึงจะก้าวกระโดดไปสร้างหลักประกันสุขภาพดีถ้วนหน้าได้

ที่ต้องปรับฐานคิดอันสุดท้าย คือ สุขภาพเป็นองค์รวม คนเป็นศูนย์กลาง ต้องเข้าใจว่าความมั่นคงทางสุขภาพ หมายถึง 7 ประการ คือ ไม่เสียชีวิตถ้าไม่จำเป็นต้องเสียชีวิต ไม่เจ็บป่วยถ้าไม่จำเป็นต้องเจ็บป่วย โรคบางโรค

ป้องกันได้ดูแลสุขภาพให้ดีกว่าไม่ต้องเป็นโรค หากเจ็บป่วยก็ควรได้รับการรักษาที่มีคุณภาพตามความจำเป็น ไม่พินิจหากไม่จำเป็นต้องพินิจ หากต้องพินิจก็ขอให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด คนพินิจควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ใช้ชีวิตได้ดีที่สุด และ ต้องมีสุขภาพะครบถ้วนทั้งกาย จิต ปัญญาและสังคม

ระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

ระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ คือระบบที่เฟื่องมองให้ความสำคัญที่การให้บริการระดับปฐมภูมิ เน้นให้คนสามารถเข้าถึงได้ และได้รับการที่มีคุณภาพ จะมีคุณภาพได้ก็ต้องการระบบส่งต่อ และระบบสนับสนุนที่ดีมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งต่อให้การบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิต่อไปตามความจำเป็น ทุกวันนี้ในบ้านเราทำกลับกันซึ่งก็เหมือนกับทั่วโลก การให้บริการระดับตติยภูมิเรามากถึงขนาดคนต่างชาติแห่เข้ามารักษาในเมืองไทย แต่พอลงมาถึงปฐมภูมิมันยังไม่ค่อยดี ถามว่าจะทำให้ดีได้ไหม คำตอบคือได้ แต่ทำอย่างไรถึงจะให้ดีขึ้นส่วนนี้ต้องช่วยคิดกัน ทำไปถึงจะให้ชาวบ้านอยากไปรักษาที่ปฐมภูมิ แทนที่จะมุ่งไปที่ทุติยภูมิ ตติยภูมิ อย่างทุกวันนี้ ทุกคนก็รักชีวิตและอยากหาสิ่งที่ดีที่สุดให้ชีวิต

บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ในแง่วิชาการแล้วต้องมี ความรู้ มีการสร้างความรู้ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ และมีบุคลากรที่มีคุณภาพมีความสามารถและมีการพัฒนาตน

ความรู้ต้องเป็นฐานแต่ต้องเป็นความรู้ที่ทันสมัยด้วย จะมีได้ต้องอาศัยการสนับสนุนของหน่วยงานอย่างสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย มีความรู้แล้วก็ต้องมีฝีมือที่จะนำไปใช้ ทุกคนที่นี้มีฝีมือทั้งสิ้น อย่าคิดว่าตัวเองไม่มีอะไรเลย แต่จะต้องทำให้ตรงทำให้ดีและทำให้เต็มที่ ต้องมีเครื่องมือเครื่องใช้ให้เพียงพอ และต้องมีระบบส่งเสริมสนับสนุนให้เราสามารถปรึกษาคนอื่นได้ถ้ามันเกินกำลังเรา

การสร้างความรู้ ความรู้เกิดได้จากประสบการณ์ จากการวิจัย จากการริเริ่มสร้างสรรค์ พวกเราทุกคนที่ชีวิตจริงอยู่ใกล้ความรู้ เป็นของจริง ประสบการณ์จริง ประสบการณ์ของท่านคือความรู้ ต้องนำมาแลกเปลี่ยนกัน เราต้องเปิดรับความคิดแล้วก็ได้ออกเป็นรูปธรรมเพื่อขยายไปยังตัวอื่นคือ การขยายความรู้ คือไม่ใช่รู้คนเดียว บริการตติยภูมิได้ก็ด้วยขบวนการทั้งสามนี้ และผมก็เชื่อว่าปฐมภูมิทำได้ ผมเห็นพลัง เห็นศักยภาพในตัวพวกท่าน ส่วนการพัฒนาศักยภาพก็เป็นหน้าที่ของผู้บริหารทั้งหลาย

บริการสุขภาพปฐมภูมิแบ่งเป็นสองส่วน

บริการสุขภาพปฐมภูมิส่วนบุคคล เราต้องการความรู้เพียงพอที่จะสามารถพยากรณ์สุขภาพได้ โรคมี 5 ประเภท คือโรคไม่ร้ายแรงเองได้ โรคเรื้อรังไม่หายไม่ตาย โรคภัยที่ไม่มีการรักษา โรคภัยที่สามารถรักษาได้เองและโรคภัยที่ต้องส่งต่อ สามประเภทแรกเราต้องช่วยให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี ประเภทที่ 4 ต้องรักษาให้เป็น อย่างสุดท้ายต้องบอกได้ถูกต้อง

ถ้าท่านอยู่ที่หน่วย PCU บริการปฐมภูมิ แล้ว บอกได้ว่าอย่างนี้ไม่เป็นไรหรอก นี่ต้องรักษาไม่งั้นจะตาย พิกการหรือทุกข์ทรมาน นั้นรักษาไม่ได้ต้องส่งต่อ ทั้งหมดบอกได้ถูกต้องก็ทำประโยชน์ได้มากแล้ว จะบอกได้อย่างไร ก็ต้องมีความรู้มากพอและกาวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องอย่างสมฐานะ ว่าตัวเองเป็นสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน

ความรู้เหล่านี้จะได้มาอย่างไร รู้เองได้ไหม อาจจะมากเกินไปที่จะรู้ ต้องมีคนมาช่วยไหม อย่างระบบที่เป็น Extended OPD มีแพทย์ลงไปตรวจให้บ้าง ต้องเพิ่มความสามารถของเรา ผมคิดว่าตรงนี้เป็นระบบที่ต้องช่วยแน่นอน แต่ละคนต้องมีความรู้อยู่แล้วบ้าง

การใช้ความรู้ที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลภายใต้สภาพจำกัดของทรัพยากรซึ่งมีมากมาย เราต้องหาวิธีหลากหลายจัดการมัน คงต้องไม่มองมือเกาทัณฑ์ ที่สำคัญต้องมีการแลกเปลี่ยนกัน ช่วยกันว่าคิดว่าจะทำอย่างไรต่อไป ต้องทำงานเป็นทีม เป็นเครือข่ายเพราะต้องช่วยกันแก้ปัญหา ต้องมีองค์กรหรือองค์การที่เรียนรู้ อย่าคิดว่าตัวเองรู้แล้ว นี่แหละจะทำให้บริการปฐมภูมิเป็นบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ และเป็นที่ยกย่องเชื่อถือของคนในชุมชน

บริการสุขภาพปฐมภูมิส่วนชุมชน เวลาพูดถึงคนคนหนึ่งไม่สบาย สุขภาพไม่ดี นั่นคือเราพูดถึงคนทั้งชุมชน เพราะการเกิดโรคเกี่ยวข้องกับชุมชน โรคมีสาเหตุร่วมกันในชุมชนจะเกิดผลกระทบต่อสังคม วิธีการแก้ไขก็ต้องมองภาพรวมและแก้ทั้งวงจร

โดยสรุปการจะสร้างบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพจริงๆ ได้เราต้องช่วยกันหา เรามีบทบาทต้องช่วย ต้องคิดว่าประชาชนเป็นศูนย์กลาง ต้องคิดเป็นองค์รวม การรักษา ส่งเสริมและป้องกันสุขภาพต้องไปด้วยกัน ให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ ทั้งนี้เริ่มที่การปรับฐานคิดตัวเองให้ถูกต้องเป็นอันดับแรก มีความรู้ให้เพียงพอ ไข้ให้เป็น จัดการให้เป็นสู่ความเป็นเลิศ หมั่นพัฒนาตัวเองให้มีความคิดสร้างสรรค์ ระบบสนับสนุนก็จำเป็น ต้องอย่าให้เจ้าหน้าที่ต้องกีดกัน เกลือกัน ต้องมีเครื่องมือที่ดีพอ มีการพัฒนาความรู้ความสามารถบุคลากรที่สำคัญต้องมีทุติยภูมิและตติยภูมิมาร่วมด้วยถ้าเขาไม่มากก็บังคับให้มา ต้องเน้นการมีส่วนร่วม ท้ายที่สุด คนทำงานอาจท้อได้แต่อย่าถอย ต้องคอยเตือนตัวเองว่าเรากำลังทำงานที่ดี งานที่สำคัญ คนอื่นเขาอาจไม่เห็นแต่เราเห็นก็แล้วกัน และผมขออนุโมทนาด้วย

บทบาทของระบบดูแลสุขภาพปฐมภูมิควรเป็นอย่างไร

หัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพปฐมภูมิประการที่หนึ่ง เริ่มต้นที่ การพัฒนาคน เป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้รู้จัก เข้าใจสภาพความเป็นจริงในพื้นที่ รู้และเข้าใจความต้องการและศักยภาพของประชากร ตลอดจนบริบทแวดล้อม ประการที่สอง คือ การจัดการกับข้อมูล เพื่อเข้าไปสู่การทำแผนพัฒนาพื้นที่ที่เป็นแผนพื้นที่จริงๆ มิใช่การสั่งการมาจากเบื้องบน แต่เป็นแผนที่ตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมกับพื้นที่ อย่างไรก็ตามการพัฒนา ระบบดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีทิศทางของการพึ่งตนเองและสุขภาพจะเป็นเป้าหมาย ซึ่งอาจจะเกิดหรือสำเร็จได้โดยองค์กรใดองค์กรหนึ่ง หากแต่ต้องมีการประสานแผนการทำงานในลักษณะเครือข่ายและคิดควบคู่ไปกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ มีแผนการพัฒนาที่คล่องตัวและยืดหยุ่นสูง และประการที่สามคือ มีระบบประเมินผล ซึ่งการประเมินผลในที่นี้ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินกิจกรรม (Process) ประสิทธิภาพ (Outcome) และประสิทธิผล (Impact)

บทบาทผู้ให้บริการปฐมภูมิควรเป็นอย่างไร จึงหนีไม่พ้นว่าต้องสามารถประเมินและเห็นทุกข์ของราษฎร อีกทั้งมองให้ทะลุถึงวิธีและบทบาทในการแก้ทุกข์ และเข้าใจให้ได้ว่าเราทำงานกับสุขภาพของมนุษย์ ซึ่ง “สุขภาพ” อยู่ในทุกๆ ผู้ ทุกๆคน แม้จะเจ็บป่วยไข้ เป็นโรค หรือพิการก็ตาม ซึ่งสุขภาพเป็นคุณลักษณะส่วนตัวของแต่ละบุคคล มีพลวัติสูง อีกทั้งแปรตามปัจจัยทางชีวภาพ สังคม และเศรษฐกิจ การจัดสรรบริการเพื่อดูแล รักษา ป้องกัน ส่งเสริมอันเป็นบทบาทโดยรวมนั้นจึงต้องเหมาะสมกับสภาพของบุคคล ไม่สามารถกำหนดรูปแบบกิจกรรมแน่นอนตายตัว แต่อาจมีหลักการและแนวทางเดียวกันได้ นอกจากนี้ดัชนีความสำเร็จอาจแตกต่างกันตามสถานภาพของเป้าหมายบุคคลและศักยภาพของระบบบริการ

“บทบาทปฐมภูมิมีความลึกซึ้งเป็นพลวัติ หน้าที่ของปฐมภูมิเป็นผู้เชื่อม ประสานกับบริการอื่น ประเด็นสำคัญอยู่ที่ระบบบริการปฐมภูมิ ต้องบริการด้วยใจ ใช้สมอง คิด ประเมิน รู้จักชาวบ้าน เข้าใจเป้าหมาย คำตอบสำคัญจึงไม่ได้อยู่ที่การนั่งรอคำสั่งว่าจะให้ทำอะไร หากแต่ต้องประเมินและจัดสรรให้พอดีกับความต้องการในระดับพื้นที่”

บทบาทของระบบดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ควรเป็นอย่างไร

ผู้ร่วมอภิปราย

อาจารย์ วิทยากร เชียงกุล วิทยาลัยนวัตกรรมการสังคม มหาวิทยาลัยรังสิต
รองศาสตราจารย์นายแพทย์ วิชัย โปษยะจินดา สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬา
แพทย์หญิงเพชรศรี ศิริรินทร์กร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ดำเนินการอภิปราย

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวันิชชากร

อาจารย์วิทยากร เชียงกุล

วิทยาลัยนวัตกรรมการสังคม มหาวิทยาลัยรังสิต

ผมอาจจะไม่ใช่นักสาธารณสุขคนเดียวนะที่นี้ ผมอยากมองในแง่ของประชาชนคนหนึ่งและมองในแง่ของนักวิชาการ จะมองทั้งระบบ สาธารณสุขก็เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาประเทศ เพราะฉะนั้น ข้อสังเกตและข้อถกเถียงของผมไม่ได้เรียกร้องจากท่านเพียงฝ่ายเดียว ก็เรียกร้องจากประชาชนทั้งประเทศ ถ้าเราต้องแก้ไขปัญหานี้แล้วเราต้องทำอะไรบ้าง

ประการแรก ผมไม่คุ้นกับคำว่า “ปฐมภูมิ” ผมก็เลยขอใช้คำว่า “บริการสุขภาพพื้นฐาน” คือ “ปฐมภูมิ” ผมจะนึกถึง “ไตรภูมิพระร่วง” นรก สวรรค์ แล้วคุณเป็นชั้นต่ำสุด ซึ่งก็จริงจะเป็นจริง เพราะเมื่อเข้ามาได้ฟังว่าเมืองไทยดัดแปลงภูมิเราก้าวหน้ามากรักษาฝรั่งหาย แต่ว่าชั้นล่างคงจะเป็นนรก เพราะว่างบประมาณน้อย ได้คนน้อย แล้วคนก็ได้รับบริการแย่ ที่ไม่ว่าจะทำให้เมืองไทยเป็นศูนย์กลางของการรักษาโรคของเอเชีย แต่เรามีอัตราของหมอต่ำกว่าฟิลิปปินส์ และต่ำกว่าหลายๆประเทศ ข้อหนึ่งฟังดูง่าย ๆ ที่ท่านทั้งหลายทราบอยู่แล้ว จะไม่ให้ท่านทั้งหลายทำเพียงอย่างเดียวต้องใช้ประเทศทำ ไม่ใช่ในโรงเรียนอย่างเดียวด้วย เรามีวิทยุ โทรศัพท์ มีอะไรต่างๆเยอะแยะมากมายเลย เราพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีมากแต่เราไม่รู้จะใช้สิ่งที่มีให้เป็นประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการศึกษาหรือสาธารณสุข เราใช้ประโยชน์จากชุมชนน้อยมาก เรามีโรงเรียนกระจายอยู่ทั่วประเทศแต่เราจัดการการศึกษาเรื่องสุขภาพแย่มาก เพราะเราสอนให้ท่องจำไปสอบมันไม่มีความหมายต่อชีวิตจริง เพราะฉะนั้นต้องปฏิรูประบบการศึกษาการเรียนรู้เหล่านี้อย่างจริงจังทั่วประเทศ จะช่วยประหยัดด้านงบประมาณ ประหยัดความเสียหายต่างๆได้เยอะมาก เพราะว่าถ้าคนเรามีสุขภาพที่ดีหรือรู้จักวิธีดูแลสุขภาพที่ดีตั้งแต่เด็ก จะไม่ต้องเสียเวลามาตามรักษา กัน เป็นความรู้ง่ายๆแต่บางคนก็ไม่ค่อยรู้ของง่ายๆ คิดแต่เรื่องที่จะทำอย่างไรให้แข่งขันทางเศรษฐกิจกับประเทศอื่นได้ แต่ว่าไม่มาดูปัจจัยพื้นฐานว่าจะทำอย่างไรให้คนในประเทศมีสุขภาพดี แข็งแรง ฉลาด อันนี้ก็เป็นเรื่องที่ต้องรณรงค์อย่างจริงจัง ทางสาธารณสุขก็อาจจะต้องออกแรงผลักดันแต่ไม่ใช่ผลักดันเฉพาะส่วนที่สาธารณสุขต้องทำ แต่เรียกร้องให้รัฐบาลและส่วนอื่นๆทำด้วย ความรู้จะต้องเชื่อมโยงกัน ไม่ว่าจะพัฒนาไปทางด้านไหนก็ตามต้องทำให้เกี่ยวข้องกับประชาชนจริงๆ

ประการที่สอง ผมคิดว่าบางครั้งการบริหารงานราชการเน้นการสั่งการจากบนลงล่าง มีโครงการมีคำสั่งและต่างๆ ยกตัวอย่างการแจกถุงของขวัญให้กับเด็กแรกเกิด ในถุงมี CD เพลงกล่อมเด็ก หนังสือแนะนำพ่อแม่ว่าควรเลี้ยงลูกอย่างไร ก็มีเจตนาดีแต่คนไทยส่วนใหญ่ที่ยากจนก็ไม่มีเงินซื้อเครื่องเล่น CD คนไทยส่วนใหญ่ไม่ชอบการอ่านหนังสือก็จะไม่อ่าน ซึ่งคนส่วนใหญ่ไม่ได้ประโยชน์ ดังนั้นบางอย่างต้องจัดตั้งโดยการรณรงค์โดยตรงและต่อเนื่อง ไม่ใช่ทำแค่ทีเดียวจบ มันเป็นเรื่องที่พ่อแม่ควรรู้จักวิธีดูแลเด็กที่ดีกว่านี้มากๆ ในปัจจุบันพ่อแม่เลี้ยงดูเด็กให้อยู่รอดไปตามสภาพเท่านั้นเองไม่ได้พัฒนาเรื่องสมอง เรื่องอารมณ์ต่างๆเลย ซึ่งจะมีผลเสียต่อไปในระยะยาวเป็นที่สำคัญและเร่งด่วนมากต้องทำให้ดีไม่ใช่แค่แจกแจงไปอาจไม่ได้ผลเท่าที่ควร ถ้าเราเน้นตั้งแต่พ่อแม่ให้การศึกษาพ่อแม่ ไม่ใช่เฉพาะการดูแลสุขภาพให้ปลอดภัยเท่านั้น ต้องดูแลสุขภาพการพัฒนามองและด้านต่างๆ ปัญหาสุขภาพเชื่อมโยงกับเรื่องสุขภาพจิต เชื่อมโยงกับการพัฒนาทางสมอง ถ้าคนเราได้รับการพัฒนาให้ฉลาดมากขึ้น ก็มีโอกาสมันจะมีสุขภาพดีมากขึ้น

ประการที่สาม อันนี้ถือเป็นเรื่องใหญ่อีกเรื่องคือทำยังไงให้ผู้ป่วยจึงสนใจสุขภาพ ทำยังไงให้การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นที่แพร่หลายทั่วถึงและมีราคาถูก ซึ่งจะช่วยให้บางคนเป็นโรคต่างๆโดยไม่รู้ตัว เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่นำพาคนไทยต้องป่วยแล้วถึงจะไปหาหมอก็เลยเป็นการสิ้นเปลืองแทนที่จะป้องกันมาตั้งแต่ต้น

ประการที่สี่ การหารายได้ของรัฐบาล ที่รัฐชอบอ้างว่าไม่มีเงินแต่ความจริงประเทศไทยเก็บภาษีได้น้อยประมาณ 17-18% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาอุตสาหกรรม ซึ่งเขาเก็บภาษีมรดก ภาษีทรัพย์สินในอัตราก้าวหน้า ทำให้มีรายได้ประมาณ 30-40% ของผลิตภัณฑ์มวลรวม ดังนั้นไทยยังไม่ได้เก็บภาษีคนรวยเท่าที่ควร อย่างรายได้จากทรัพย์สินมรดก ภาษีสรรพสามิต ภาษีสรรพสามิต เช่น คลื่นวิทยุ โทรทัศน์ โทรศัพท์ ต่างๆ ความจริงน่าจะเข้าประเทศมากกว่านี้ ยิ่งดีที่ สสส.ไปเอาภาษีมาจากเหล้า บุหรี่ได้บ้าง งบประมาณของทางสาธารณสุขนั้นน้อยมากถ้าเทียบกับประเทศอื่นและมีทางที่จะทำให้มีมากกว่านี้ได้

ระบบการศึกษาการสร้างบุคลากรในระบบสาธารณสุขยังน้อยเกินไป นอกจากอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรน้อยแล้วบุคลากรอื่นๆก็น้อย แต่ก็มีวิธีหลายอย่างด้วยกันเช่น เอาคนที่จบวิทยาศาสตร์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ แพทย์พื้นบ้านต่างๆมาเรียนต่อยอด มาอบรมจะทำให้มีแพทย์หลายระดับ เพราะบริการขั้นพื้นฐานบางครั้งก็ไม่จำเป็นต้องใช้บุคลากรที่เรียนแพทย์ 6 ปี

การคัดเลือกคนนอกจากดูที่คะแนนแล้วก็ต้องดูเรื่องทัศนคติและความตั้งใจในการทำงาน ในบางประเทศจะไม่รับคนที่จบมัธยมมาเรียนแพทย์ ต้องไปเป็นอาสาสมัครก่อน 1 ปีไปทำงานในโรงพยาบาล มีรายงานที่เคยทำงานมาแล้วตั้งใจจริงและอดทนได้

ประการที่ห้า เราต้องสร้างเครือข่ายให้มาก ต้องเผยแพร่ กระจายความรู้ ประสพการณ์และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ต้องระดมอย่างจริงจัง เรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่ทุกคนควรรู้อยู่แล้ว ไม่น่าจะยากเกินไป

ประการที่หก ประเทศเรามีการตายจากโรคมากเกินไป ให้ใบขับขี่ง่ายขึ้น ทำให้ต้องมาเสียกำลังแพทย์และพยาบาลเพื่อมาดูแล ซึ่งเรามีบุคลากรน้อยอยู่แล้วและเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ต้องช่วยกันดูแลทั้งประเทศ

ข้อนี้ขอพูดในฐานะคนไข้ ที่ไม่ได้ต้องการมารักษาสุขภาพร่างกายเพียงอย่างเดียว สภาพจิตใจก็สำคัญ ดังนั้นคนที่พูดดี ๆ ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดให้ความหวัง จะช่วยให้เยอะถึงเป็นเรื่องเล็กๆแต่ก็มีความหมาย

สุขภาพสำคัญกับเรื่องอื่นอีกด้วยเพราะฉะนั้นเราจึงต้องรณรงค์เรื่องการพัฒนาชุมชนการพัฒนาสังคมและเรื่องอื่นๆทำเป็นกิจกรรมสร้างสรรค์เพราะถ้าสังคมมีการพัฒนาแล้วก็จะเอื้ออำนวยต่อสุขภาพของคน

ประการสุดท้าย กรอบที่ใหญ่ในการพัฒนาประเทศคือ นโยบายของรัฐบาล ที่ผ่านมามีการพัฒนาประเทศแบบเน้นความเจริญของวัตถุ เน้นการเติบโตของสินค้าและบริการ ประเภทยึดติดว่าตัวเลข GDP ขึ้นหรือลง การพัฒนาแนวนี้อาจสร้างความเจ็บปวดมากขึ้น นอกจากนั้นยังสร้างความไม่ยุติธรรมในสังคม ดังนั้นถ้ามีการกระจายรายได้ดีขึ้น การศึกษาก็ดีขึ้นประชาชนดูแลสุขภาพตัวเองได้ดีขึ้นด้วย ควรเน้นการพัฒนาแบบยั่งยืน ลดการบริโภคสินค้าฟุ่มเฟือยทั้งหลาย ลดการบำบัดอุตสาหกรรมที่ทำลายสิ่งแวดล้อม เน้นเรื่องเศรษฐกิจพอเพียงในระดับประเทศ เน้นเรื่องปัจจัยสี่ คุณภาพชีวิตมากกว่าเรื่องตัวเลขต่างๆ ตัวเลขอาจดูสวยดี แต่ถึงเศรษฐกิจจะโต 10-11% แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าคนไทยจะมีความสุขเพิ่มขึ้น 10-11% ด้วย ซึ่งก็ยังมีปัญหาถึงปัจจุบัน

พญ.เพชรศรี ศิริรินทร์

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ในช่วง 10 ปีที่อยู่พะเยาเป็นอะไรที่คลำผิดคลำถูกอยู่พอสมควร แต่พอลงทำงานจริงๆแล้วพบว่าเรื่องของการพัฒนาที่เริ่มด้วยสุขภาพดีเป็นเป้าประสงค์ เป็นเป้าหมายบริการของเรา ไม่ได้เป็นเรื่องของการแพทย์อย่างเดียว มุ่งหวังในเรื่องการให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในเรื่องของการพึ่งตนเอง ตรงนี้มองว่าเราจะไม่สามารถทำได้ถ้าไม่ได้อยู่บนพื้นฐานข้อมูลของพื้นที่ ที่สำคัญก็คือ แม้เราจะมีวางแผนอยู่เยอะ มักจะเริ่มตันโดยทำอะไรเกิดกิจกรรมอะไรก็จะทำสิ่งนั้น อย่าง KPI แต่ตรงนี้ต้องบอกว่าเป็นเรื่องของความเปลี่ยนแปลงอย่างมากๆ เลย ในเรื่องของการที่จะทำงานไปสู่เป้าหมายตรงนั้น ต้องมีความเข้าใจในสภาพพื้นที่อยู่แล้วก็วางแผนจากสภาพพื้นที่ของเราตรงนั้น แล้วก็ที่สำคัญตามมาประเมินผลตามมาประเมินผลตรงนั้นเป็นอะไรที่ล่องลอยในอากาศตลอด แต่ก็มองเห็นเป้าหมายที่น่าจะนำไปสู่ เรื่องของ

การที่จะทำงานเพื่อเป้าหมายในพื้นที่นั้นๆ สิ่งที่สำคัญคงเป็นเรื่องของการทำแผนพื้นที่เราได้วางเป้าตรงนี้ เป็นสิ่งที่เราต้องการให้เกิด ถ้าเราต้องการให้ระบบปฐมภูมิช่วยดูแลช่วยส่งเสริมสุขภาพของคนในพื้นที่ได้นั้น เราก็ต้องวางเรื่องนี้ไว้เป็นโครงการที่ต้องทำให้เกิดขึ้นให้ได้ แต่อย่างไรก็ตามถ้าย่อยกลับมาพิจารณาพบว่าเรายังไปไม่ได้ไม่ไกลเท่าไร บล็อกแรกก็คือสภาพชุมชน การที่เราจะเข้าใจสุขภาพชุมชนนั้น ต้องเข้าใจว่ามีความต่างอย่างสิ้นเชิงกับสิ่งที่เราเคยทำ อย่างเช่นเราเคยดูว่าปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่มีอะไร เราก็พูดเป็นโรคๆ แต่ในเรื่องของปฐมภูมิไม่ใช่เรื่องของการรักษาโรคเท่านั้น อย่างนี้ก็เป็นเรื่องต้องปรับ ต้องฝึกทักษะ ในเรื่องที่ว่าเราจะเข้าใจในเรื่องของภาคชุมชนของเราให้ได้จริงๆ แล้วก็ เป็นบริบทชีวิตจริงก็เป็นเรื่องยากเพราะจะมีเรื่องเยอะมากในพื้นที่ การจัดลำดับความสำคัญนั้นเนี่ย เรายังไปไม่ถึงเลย แต่ตรงนี้เป็นตัวที่เราคิดว่าถ้าเราจะทำงานเพื่อสร้างสุขภาพของคนในพื้นที่เราจริงๆนั้นเนี่ย มันเป็นเรื่องที่ต้องเข้าใจสภาพชุมชนแล้วก็ออกมาจัดลำดับความสำคัญ เพราะว่าเราคงไม่สามารถทำอะไรทั้งหมดได้ภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัดจากตรงนั้นมันมีองค์ประกอบอยู่ 2 ส่วน ซึ่งสำคัญที่จะนำไปสู่เรื่องที่ว่าเราจะวางวัตถุประสงค์หรือพัฒนานั้นอย่างไร คือในเรื่องของทรัพยากรที่มีอยู่นั้นแล้วก็วิทยาการที่เรามี ที่พะเยาปัญหาเรื่องเอดส์เป็นปัญหาที่ใหญ่ ฉะนั้นจริงคงไม่เฉพาะเรื่องเอดส์แต่ว่าเรื่องเอดส์เป็นอะไรที่เราเห็นภาพแล้วก็พบว่าความรู้มันเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ ความเข้าใจในวิทยาการต่างๆ เหล่านั้นก็จะเป็นองค์ประกอบอีกอย่างหนึ่ง ที่จะได้เข้าใจในการที่จะกำหนดเป้าหมายการพัฒนาพื้นที่ และที่สำคัญเราต้องรู้ตัวเราว่าศักยภาพของเราแค่ไหนอย่างไร ตรงนี้คงเป็นภาพใหญ่แต่ถามว่าเกิดขึ้นหรือยังที่พะเยา มันอาจยังไม่ได้เกิดขึ้นเป็นระบบใหญ่ แต่มีบางส่วนที่เคลื่อนต่อไปได้นะคะ แล้วก็ในแผนพื้นที่นั้น อย่างที่หลายๆคนได้พูดถึงว่า คงไม่ใช่เป็นหน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่คงมีความจำเป็นที่เราจะต้องมีความชัดเจนว่าบทบาทของประชาชนเองและชุมชนเป็นอย่างไรในเรื่องตรงนั้น แล้วก็ในปฐมภูมินั้นคือยังไง ที่พร้อมเชื่อมต่อกับทฤษฎีและดัตตภูมิ(โซวส์ไลต์) ในสภาพสไลต์นี้ จะเห็นว่าในภาคของชุมชนแล้วก็จะมีอยู่หลายเรื่องด้วยกัน ถ้าเรามองภาพทั้งหมดให้ชัดแล้วทำความเข้าใจในบทบาทสังคมต่างๆในความต้องการที่มันเป็นแนวขวางจะบอกว่าแต่ละส่วนจะมีบทบาทอย่างไร ส่วนแนวตั้งนั้นเนี่ยบอกปฐมภูมิควรจะอย่างไร

ถ้าเรามองแผนภาพตรงนี้ไม่ชัดแล้วเนี่ยเดียวเราจะไม่สามารถเชื่อมโยงต่อการสนองความต้องการของคนในพื้นที่นั้นได้ จะบอกว่าเมื่อเจ้าหน้าที่ได้เห็นความต้องการเป็นอะไรที่พลิกความคาดหวังของเขาดิมนั้นเคยให้บริการยังงัย หรือให้ความช่วยเหลือยังงัย ก็เป็นเรื่องที่ต่างไปเลยอย่างกรณีนี้เป็นผู้ติดเชื้อ HIV เขาบอกว่าเขาต้องการที่จะสนุกสนาน ต้องการทำงานอย่างคนอื่นทั่วไป แต่ที่บ้านไม่เข้าใจ ห้ามไปหมดเลย เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยซึ่งเค้าเก็บข้อมูลตรงนี้เองในเรื่องความเข้าใจในส่วนนี้แล้วเนี่ย ที่เค้าทำอยู่เนี่ยไม่เฉพาะต้องพูดคุยกับผู้ติดเชื้อแต่ต้องพูดคุยกับครอบครัวเขาด้วยให้เข้าใจว่าคืออะไรยังงัย ในส่วนนี้ในกรณีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เมื่อเค้าเข้าใจความต้องการของประชาชนแล้วเนี่ย ยกตัวอย่างผู้ติดเชื้อเนี่ย ลูกไม่ยอมไปโรงเรียนสงสัยไปโรงเรียนถูกเพื่อนล้อ ปรากฏว่าเมื่อได้ไปพูดคุยสิ่งที่ทำให้เด็กไม่ไปโรงเรียนคือไม่มียางเท้า งานช่วยเหลือคนละเรื่องเลยนะ แต่ตรงนี้ถามว่าสิ่งที่เราต้องการคืออะไรเราต้องการให้เด็กไปโรงเรียน ให้พ่อแม่เค้าเค้าได้มีความสุข สิ่งนี้เป็นสิ่งที่เราต้องการแต่สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นไม่ได้เลยถ้าเจ้าหน้าที่เราไม่สามารถเข้าใจความต้องการของประชาชนได้ แล้วก็ความต้องการข้อมูลต้องการข้อมูลตรงนี้ก็ไม่ต้องรอให้ใครเอาไปใช้ เค้าใช้เองก็เก็บข้อมูลเองและก็ได้รู้เองว่าความต้องการคืออะไร ก็สามารถสนองตอบต่อความต้องการของเขา แล้วส่วนนี้เจ้าหน้าที่ ได้ให้บริการไปเค้าเล่าต่างหากนะด้วยประกายตาที่มีความสุขมาก ว่าได้ช่วยจริงๆ และสิ่งนี้ก็จะเป็นตัวกระตุ้นให้เค้าสนใจที่จะประเมินความต้องการของประชาชน อยู่ตลอดเวลา ฉะนั้นเรื่องของระบบตรงนี้ เราไม่ได้บอกว่าต้องเริ่มต้นทำอะไร แต่เราเริ่มที่ตัวบุคลากร บุคลากรจะทำงานเพื่อภาระงานต่างๆ มากมายมันยากมากเลยถ้าบุคลากรไม่ได้เป็นคนเสียสละ ที่สำคัญคือว่า อาจารย์จรัสได้พูดถึงเมื่อเช้าคือว่าความรู้เยอะมาก เป็นเรื่องของเค้าเองคงต้องมีความอยากรู้ในเรื่องของวิชาการต่างๆ ที่จะเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ตรงนี้คงเป็นหัวใจจุดหนึ่ง แล้วก็บอกว่าการให้บริการเป็นองค์กรรวมคงต้องมีเรื่องของการทำงานที่เป็นทีมไม่ทำจะเป็นทุติ ตติ แม้กระทั่งกับหน่วยงานอื่นๆ หรือจะชุมชนก็แล้วแต่ การที่จะมีความสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่แท้จริง คือว่าทักษะการสื่อสารยังงัยจะสื่อสารอย่างไรเพื่อให้เกิดทีมงานตรงนั้นก็เป็นเรื่องที่จะให้เกิดประเด็นสำคัญนะคะ

จริงๆในส่วนนั้นอาจจะบอกเป็นหัวใจหลักของระบบบริการปฐมภูมิโดยเริ่มต้นที่บุคลากร แล้วบุคลากรก็มีลักษณะที่ป่วยให้ทำงานได้อย่างมีความสุข ได้ช่วยประชาชนได้จริงๆ ในตรงนั้นที่เราพัฒนาบุคลากรนั้นอาจจะต้องบอกว่าเราทำงานเป็นโครงใหญ่ของทั้งจังหวัด ตัวเองยังไม่ค่อยแน่ใจเลยว่าตัวเองทำในส่วนเฉพาะๆ เป็น สถานีอนามัย 1 ตำบล ด้วยคุณลักษณะที่เราต้องการนั้นเนี่ยเป็นอะไรที่เราต้องการระบบ ต้องการลักษณะที่ยาวต่อเนื่องพอสมควรไม่ค่อยแน่ใจถ้าทำเล็กแล้วเนี่ยจะทำให้ไปถึงตรงนั้นจริงหรือเปล่า และมันอาจจะเป็นเรื่องที่ไปเชื่อมโยงระบบทั้ง พุติภูมิและตติภูมิ ขึ้นในลักษณะของบุคลากรที่ดำเนินการพัฒนา อาจจะมาบรรมอย่างนี้ก็ได้ เป็นการบรรมโดยพื้นฐานของสถานการณ์จริง และจากตรงนั้นก็เข้าสู่การพัฒนาในระบบในเรื่องของตัวงานตัวเอง

ขึ้นตรงนี้คงเป็นเงื่อนไขที่เราคิดว่ามันคงทำให้ระบบตรงนั้นเนี่ยพัฒนาไปได้ถ้าเราพัฒนาบุคลากรแยกส่วนต่างหากจากระบบงาน แล้วจะทำให้เกิดการพัฒนานั้นได้คงต้องพัฒนาทั้งระบบใหญ่ ขึ้นก็ในการพัฒนานั้นการจัดสรรโอกาสให้เขาได้เรียนเกิดขึ้นเหมือนแต่ก็ไม่ใช่เฉพาะในช่วงเวลาบรรมนะคะ แต่ว่าเป็นเรื่องของการทำงานทั้งหมดแล้วอีกส่วนหนึ่งที่สำคัญเนี่ยคือการทำงานของเราเนี่ยคงต้องสนับสนุนการทำงานเป็นกลุ่ม แล้วก็ไม่ใช่เฉพาะเรื่องการบรรมแต่ว่าเป็นเรื่องของการทำงานทั้งหมด ก่อนข้างจะหนักใจนะตอนนี้ เรื่องของเงินโบนัสอะไรก็ตามมองเจาะเป็นคนๆตรงนั้นเนี่ย ไม่แน่ใจว่าจะเกิดผลในเชิงลบอย่างไรหรือไม่ (สไลด์) ภาพนี้คงเป็นภาพที่บอกว่าปฐมภูมิไม่ได้อยู่ตัวคนเดียวจะเห็นว่ที่ตัวปฐมภูมิมีคนที่เกี่ยวข้องเยอะมากแล้วเนี่ยมันก็ยากหนักหนาอยู่แล้ว ก็ยังทำให้เกิดขึ้นได้ไม่เท่าไร แต่ไม่รู้เหมือนกันว่าปีหน้าถ้าจะ เชื่อมจาก สปสช. ไปข้างล่างโดยตรงในขณะที่ข้างบนต่อกันไม่ค่อยติด แต่ว่าโจทย์ใหญ่ของเราในพื้นที่คงจะมีภาพหนึ่ง คือการเชื่อมต่อลงไปในส่วนท้องถิ่นแล้วก็ภาพประชาชนก็คงเป็นประเด็นไปสู่ข้างหน้า ถ้าเราทำงานบนเป้าหมายบนพื้นที่แล้วใช้ข้อมูลจากการทำงานแล้ว จะทำให้เรารู้ว่าจะเชื่อมกับส่วนท้องถิ่นกับภาคประชาชนอย่างไร(สไลด์) ก็จะเรียกร้องเหมือนอาจารย์วิทยากร เรียกร้อง 9 ข้อ คงต้องมีแผนทั้ง 4 ระดับ พวกเราอยู่ในพื้นที่นั้นเนี่ยก็คงมีแผนเหลือบุคคลอยู่จะนะ ในขณะที่เดียวกันพื้นที่เป็นพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละทีมอยู่เนี่ยเนี่ยก็คงมีแผนพื้นที่ซึ่งพัฒนาไปจากสภาพข้อมูลอะไรก็แล้วแต่แล้วก็แผนจังหวัด แล้วแผนประเทศตรงนี้ว่าอย่างไร ซึ่งตรงนี้รู้สึกว่ามันจะจัดกระจายแบบไม่ค่อยดีเท่าไร ก็คงต้องขัดเกลา แล้วก็เชื่อมโยงกันภายใต้ความยืดหยุ่นด้วยนะคะ

นพ.วิชัย โปษยะจินดา

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่จริงตั้งแต่รับปากว่าจะมารวมพูดคุยกันเรื่องบริการปฐมภูมิ ตัวเองก็ไม่ค่อยสบายใจเหมือนกัน เพราะรู้สึกว่าบางที่เราพูดกันเรื่องเดียวกันมันก็รู้สึกเหมือนวน และนอกจากวนแล้วยังตันอีกต่างหาก เพราะว่าบริการปฐมภูมินี้เกิดมานานแล้ว ผมคิดว่าต้องติดกับสิ่งที่เรียกว่าปฐมภูมินี้ให้ตี เพราะว่าเราวนมานาน แล้วเราก็มืดตันเยอะพอควร ถ้าเราจะเดินต่อไปในวันหน้า น่ากลัวไม่ใช่แค่ความมองออกว่าทุกข์ที่ราษฎรต้องการให้แก้คืออะไร แต่ต้องมองให้เห็นวิธีที่เราจะเข้าไปมีบทบาทช่วยลดทุกข์หรือปลดทุกข์ของราษฎรให้ได้ คงเป็นเรื่องที่จะคุยกัน

ท่านผู้พูดคนแรก คือ คุณหมอจรัส กับผมเราทำงานอยู่ด้วยกันในชุมชนบนดอยก็นานหลายปี (20 กว่าปี) ที่จริงถอยไปถึง พ.ศ. 2515 นะครับ ทำไปทำมาคุณหมอจรัสเขาก็เข้าใจว่าต้องการอะไร เขาบอกว่าจบหน้าที่ของเราแล้วก็กลับลงมาข้างล่างทำงานอีกหลายอย่างแล้วก็ถามผมว่าเมื่อไหร่ผมจะลงจากดอยสักที แต่ผมก็ลงไม่ได้เพราะผมมีความรู้สึกว่ายังมีหลาย ๆ อย่างที่เข้าใจแล้วแต่ยังไม่ถึงที่สุด เพราะผมว่าท้ายที่สุดถ้าเราจะทำบริการอะไรให้ถึงที่สุดจะต้องเข้าใจรายละเอียดอย่างมาก ๆ โดยเฉพาะธรรมชาติของการพัฒนาบริการปฐมภูมิ พร้อมกันนี้ก็ต้องเข้าใจว่าเรากำลังต่อสู้กับอะไร อะไรที่ต้องการการเอาชนะ ดังนั้นการมองให้ทะลุถึงแก่นที่คุณหมอจรัสพูดจึงต้องทำให้ได้ จะต้องแจ่มแจ้งมาก ๆ กับตัวแก่น บางทีเราไปเห็นปัญหาต่าง ๆ ของประชาชนซึ่งมีอยู่มาก มักจะเกิดความเมตตาความต้องการจะช่วยเหลือ และมักจะไล่ตามแก้เป็นกิจกรรมไปเรื่อย ๆ ซึ่งเมื่อทำแล้วจะรู้สึกเหมือนวนอยู่ในทุกข์ ทุกข์ของสังคมทุกข์ของมนุษย์เยอะแยะมากมาย ไม่มีวันจบ แต่พอมาเป็นระบบจะคิดเป็นรายบุคคลอย่างเดียวไม่ได้ ต้องคิดเป็นระบบด้วยเหมือนกัน เลยคิดว่าตรงนี้จะเอาอะไรมาเสนอดี เลยอยากจะเสนอให้เป็นหลักการและแนวคิดใหญ่ ๆ เพื่อจะดึงให้เห็นประเด็นที่เป็นแก่นและเป็นอุปสรรคด้วย

ผมคิดว่าการบริการปฐมภูมิ ถ้ามองจริงๆ ต้องมองไปถึงสาธารณสุขมูลฐานก็คือระบบที่กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบมาจากการรณรงค์อนามัยโลก แล้วก็มีมาสร้างเป็นสาธารณสุขมูลฐาน ตรงนั้นต่างจากคำว่า บริการปฐมภูมิ เพียงนิดเดียว คือมันเป็น Primary Health Care แต่ตรงเราพูดกันว่า Primary Care คำว่า Health มันหายไป หายไปไหนก็ไม่ว่า หลงไปกลางทางแล้ว เหลือแต่ปฐมภูมิที่จริงก็เหมือนเราอยู่เหมือนกันว่า คงต้องมองทั้งหมด (รวม Health ด้วย) ผมคิดว่าจุดนี้สำคัญมากๆ ผมเลยลงไปสู่คำเดียวทั้งหมดนั่นคือ สาธารณสุขมูลฐาน หรือ บริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่และลึกเพราะเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของการพัฒนาทั้งหมด เป็นการปฏิวัติจริงๆ และที่สำคัญการปฏิวัติที่ว่าเป็นการปฏิวัติความคิด ไม่ใช่เรื่องกิจกรรมเลย กิจกรรมเป็นเรื่องตามหลังมา การปฏิวัติความคิดเป็นเรื่องใหญ่ ดังนั้นน่าจะตั้งคำถามว่าตั้งแต่ปี 2521 จนเดี๋ยวนี้เราปฏิวัติความคิดตัวเองสำเร็จไหม หรือว่าเรายังอยู่ในเรื่องของกิจกรรมเหมือนเดิม คือรักษาโรค แล้วก็ไล่ตามความทุกข์ซึ่งเป็นปลายทาง

ลองวิเคราะห์ดูว่าองค์ประกอบจริงๆ ของสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งจริงๆ ก็เป็นเรื่องเดียวกับบริการปฐมภูมิ ว่าคืออะไรกันแน่ ดูไปดูมาถ้าวิเคราะห์ดูให้ดีแล้วสิ่งที่อยู่ใน Alma Ata Declaration หรือที่เรียกว่า สาธารณสุขมูลฐานมีเรื่องใหญ่ๆ ก็คือ

เรื่องที่หนึ่ง บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานซึ่งชี้ประเด็นให้เห็นว่า ต้องเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ หมายความว่าไม่ใช่อยากทำอะไรทำ สิ่งที่เราบอกว่าทำได้มันต้องถูกต้องตามหลักวิชาการ แล้วยิ่งกว่านั้นแม้จะมีเงื่อนไขว่าต้องตามหลักวิชาการเท่านั้นก็ยังไม่ว่าจะพอเพราะสังคมต้องยอมรับด้วย ผมยกตัวอย่าง เช่น ผู้ที่เป็นแพทย์และสาธารณสุขมักไม่อยากจะให้ประชาชนตาย เรา รู้สึกว่าพอตายแล้วสถิติไม่ดี แต่พอเราเป็นประชาชนเอง บางทีเราจะรู้ว่ามีคนเยอะมากในสังคม ที่เขาบอกว่าการตายก็เป็นสิทธิของเขาที่หรือกลายเป็นสิทธิของระบบสาธารณสุข ที่บอกว่าคุณยังไม่สมควรตาย เพราะฉะนั้นอยู่ต่อไป แล้วแขวนสายระโยงระยาง ผมว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่ นั่นคือบริการสาธารณสุขต้องรู้ว่าทำอะไรสังคมต้องยอมรับด้วย ไม่ใช่เราเป็นผู้รู้และตัดสินใจหมดกับชีวิตคน เรื่องนี้ผมว่าจนปัจจุบันก็ยังเป็นเรื่องที่ทะเลาะกันอยู่อีกเยอะ

เรื่องที่สอง ก็เหมือนที่เราบอกว่าสาธารณสุขใครก็ต้องเข้าถึง แต่ว่าการเข้าถึงไม่ใช่แค่สถานพยาบาลอยู่ใกล้ประตูบ้าน ผมว่ายังมีเงื่อนไขตามมามากและเป็นเรื่องสำคัญ นั่นก็คือ สาธารณสุขต้องอยู่ด้วยราคาที่ประชาชนรับได้ ไม่ใช่แพทย์คิดว่ายานี้เป็นยาที่ดีที่สุดก็เลยสั่งไป จะพบว่ายาบางอย่างเม็ดละ 60 บาท แล้วบางที 60 บาทยังไม่พอ ต้องกิน 3 วัน ค่าแรงขั้นต่ำก็ไม่เหลือ ข้าวไม่มีกินเพราะต้องกินยา ถ้าไม่กินก็จะถามว่าแล้วทำไมไม่กิน เพราะเงื่อนไขการเข้าถึงไม่ง่ายอย่างที่คิดหรอก ไม่ใช่แค่ยกสถานบริการมาไว้ที่ประตูบ้าน ชีวิตจริงไม่ใช่เข้าถึงโดยการเดินทางไปถึง แต่หมายความว่าเขาบริโภคได้ แล้วยิ่งกว่านั้นยังต้องคำนึงถึงความยั่งยืน ต้องธำรงไว้ด้วย ทั้งหมดที่พูดเหมือนง่ายถ้าคิดให้ลึกกว่าความเป็นจริงคือ ประชาชนเข้าถึงได้หรือไม่ ไม่ใช่คิดเป็นแค่เพียงบริการที่เขาควรจะได้รับ

เรื่องที่สาม เป็นเรื่องแปลกมากเลยก็คือผมคิดว่าสาธารณสุขมูลฐาน รู้แต่แรกว่าการบริการทั้งหมด เป็นบริการที่ประชาชนควรจะได้มัน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับบริการที่คนอื่นนำมาให้ บริการส่วนหนึ่งซึ่งมีจำนวนมากสมควรต้องเป็นบริการที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง เงื่อนไขที่น่าสนใจก็คือการดำเนินงานได้โดยประชาชนเองด้วย นั่นก็คือเงื่อนไขในการพึ่งตนเอง เหมือนข้อมูลหนึ่งที่ไม่เคยมีผิดเลยก็คือ ฉันทายากตายก็ไม่ให้ฉันทาย คนเดินออกนอกบ้านแล้วบอกว่าคุณพึ่งตนเองเรื่องนั้นะ มันไม่แน่ การพึ่งตนเองที่แท้จริงคือเขาเป็นผู้กำหนดด้วย เรามักจะกำหนดการพึ่งตนเองเป็นทั้งนโยบายและกิจกรรมมาให้เสร็จ นี่คุณต้องพึ่งตัวเองอย่างนี้ ก็กระเป๋ามันไม่มีจะพึ่งมันจะทำได้อย่างไร เพราะฉะนั้นการพึ่งตัวเองก็มีเงื่อนไขสำคัญอยู่

เรื่องที่สี่ การบูรณาการในระบบสาธารณสุข และเป็นเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ นั่นก็คือไม่ใช่สาธารณสุขอยากทำอะไรคิดไปเรื่อย ๆ ตามระบบของตนเองแต่ท้ายที่สุด ต้องมองออกมา บริการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นส่วนหนึ่งของเศรษฐกิจใหญ่ ไม่ใช่ระบบอิสระ เราคิดว่าบริการใกล้บ้านก็เลยตั้งพื้นที่ไว้อยู่ใกล้บ้าน คุณก็ต้องมาใช้บริการ แต่ลืมไปว่าคนไม่ได้ทำงานที่นั่น ไปทำงานที่อื่น เราก็เลยแบ่งโซนว่าบ้านและคุณก็ต้องกลับมารับบริการข้างบ้าน ซึ่งบางที่ห่างกันด้วยระยะเดินทาง 3 ชั่วโมง พอเดินทางกลับมาถึงบ้านประตูสาธารณสุขก็ปิดแล้ว เพราะต้องนั่งรถเมล์ทุกข์ทรมานตั้งหลายชั่วโมงกว่าจะถึง ผมมาประจักษ์แจ้งกับได้เรื่องนี้เมื่อเร็วๆ นี้ เมื่อ

เรามีระบบแบ่งโซน เพราะเราลืมนึกไปว่าโซนนี้มันคืออะไร ก็เป็นเรื่องน่าคิดอีกอันก็คือว่ามันบริการเบื้องต้นเท่านั้น ของกระบวนการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง เบื้องต้นตรงกลางกับตรงปลายที่ไหนไม่รู้เลย เพราะปฐมภูมิต้องคิดอยู่เสมอว่าฉันแค่ปฐมนะ ผมชอบตรงที่ว่าพัฒนาได้ระดับหนึ่งแต่ผมก็จะถามว่าหนึ่งครั้งถึงหรือยัง

ถึงตรงนี้เราถอยหลังกลับไปดู 27 ปีก่อน มีอะไรที่เตือนเราไว้เยอะมาก ที่เรียกว่าเป็นเงื่อนไขของการพัฒนาบริการปฐมภูมิหรือ สาธารณสุขมูลฐานนั่นเอง กลับไปย้อนดูอดีตก็ได้บทเรียนเยอะ ถ้าคิดให้ดีก็จะรู้ว่าทำไมเราถึงวนแล้วทำไมบางทีวนแล้วชนช้างฝา อายาวนานนัก 27 ปีแล้ว

บทเรียนจากงานสาธารณสุขมูลฐาน

ที่จริงองค์การอนามัยโลกบอกไว้ว่า สาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จในปี ค.ศ. 2000 พอใกล้ๆ ปี ค.ศ. 2000 เขาก็ประเมินผมก็อยากรู้ว่าประเมินยังไง เพราะโลกมันโตมาก เขาก็แบ่งเป็นภาคๆ แล้วเอาภาค ASIA มาประเมินต่างหาก เมื่อมาประเมินก็เห็นตัวเองอยู่ที่ไหน แล้วจุดไหนเป็นด้านสำคัญที่เราจะแก้ไข

ประเด็นแรก ก็บอกว่าประชุมเสร็จแล้วอนาคตต่อไปเงินยังไง ผมเลยเอาตรงนี้มาให้อู๋คือจุดที่เราวนนั้นแหละ จุดที่เราไปยังไม่พ้นบอกว่า ส่งเสริมสาธารณสุขในฐานะเป็นหลักสำคัญในการพัฒนาสุขภาพทั้งนี้ นอกจากการป้องกันแก้ไขโรคและส่งเสริมสุขภาพยังจำเป็นต้องครอบคลุมถึงการแก้ไขปัญหาความยากจน ความเสมอภาค คุณภาพที่คนหมดจรัสดูแล้วก็ยังมีแง่มุมจริยธรรม ความยุติธรรมทางสังคม สิ่งแวดล้อมและของใหม่เลยซึ่งเมื่อสาธารณสุขมูลฐานเกิดสิ่งนี้ไม่มี ก็คือโลกาภิวัตน์ตรงนั้นลองไปย่อยรายละเอียดดูว่าตรงนี้เราวนอยู่กับ 27 ปีก่อนด้วย

ประเด็นที่สอง จะไปสู่ออนาคตท่านจะต้องเจาะทะลุทะลวงอะไร บอกว่าต้องสร้างความมั่นคงและก้าวหน้าวิชาชีพสาธารณสุข ตรงนี้ก็คือเป็นห่วงทั้งระบบนั่นเอง คือระบบต้องช่วยเหลือกับการต่อสู้กับสิ่งทั้งหลาย ถ้าระบบไม่เข้มแข็งหรือไม่มีคุณภาพ ก็จะทำอะไรลำบากอันนี้เขาเน้นเรื่องของระบบใหญ่ ซึ่งเป็นนโยบายเชื่อมโยงไปสู่คุณสมบัติและศักยภาพของบุคลากรที่รับผิดชอบทุกระบบ นั่นก็คือ เน้นคำที่ระบบกับนโยบาย ผมข้ามมีสาธารณสุขมีบทบาทในการกำหนดนโยบาย นั่นก็คือ สุขภาพประชาชน วางแผน และดำเนินงานตามหลักฐานจริง ๆ เข้ามาเป็นหลัก

ประเด็นที่สาม ก็คือการสร้างความมั่นคงให้ระบบ และเจ้าหน้าที่ที่หมดจรัสดูไปแล้วว่า อย่าให้ผู้ปฏิบัติข้างล่างต้องไปกัดก่อนเกลือกิน เพราะวาระบบจะทำนุบำรุงข้างบนกันอยู่ค่อนข้างมาก เพราะบอกว่าเป็นสมอง แต่ว่าบางทีเราลืมนึกไปว่าสมองควรที่จะมีคุณภาพด้วย ผมว่าสมองก็มีสิทธิที่จะไม่มีคุณภาพด้วยเหมือนกัน ก็ต้องคิดตัวนั้นให้ดี

ประเด็นที่สี่ คือการเสริมสร้างและปฏิรูปไม่ได้เน้นเรื่องสาธารณสุขเท่านั้น แต่ชี้ประเด็นว่าคือการศึกษา นั่นคือกำลังยกประเด็นให้เห็นว่า สาธารณสุขจริงๆ ภาพใหญ่ที่ต้องทำมากๆ คือการศึกษาและการวิจัย จึงมาสู่คำสำคัญที่เราได้ยินกันอยู่คือ การพัฒนาคน และ การที่จะทำอะไรต้องมีแผน ต้องมีหลักฐานจากของจริงก็คือการวิจัยนั่นเองตรงนี้ก็ เป็นเรื่องใหญ่ แล้วก็คือ การสร้างสรรค์การมีส่วนร่วม ก็คือเครือข่ายทั้งหมด ไม่ใช่แค่สาธารณสุขเท่านั้น รวมทั้งสังคมด้วย ตรงนี้ถึงแม้จะไม่มีคำพูดว่า องค์การเอกชน มันก็รวมอยู่ในนี้แหละ นั่นก็คือต้องเป็น network ของกันทั้งหมด

เป้าหมายการพัฒนาบริการสาธารณสุข ทั้งหมดที่พูดมาจะเห็นว่าเป้าหมายมันบูรณาการอยู่แล้ว เวลาจะทำบริการเนี่ยจะคิดเป็นส่วนๆ ผมก็เลยบอกว่า คนเราเนี่ยเวลาทำบริการต้องรู้ว่าบริการมันไม่ได้มีกล่องเดียว บริการต้องอยู่ด้วยกันทั้งหมด โดยสรุปแล้วก็อยากพูดเพียงแต่ว่าใครอยู่ในโรงพยาบาลให้บริการที่เรียกว่าตติยภูมิ ผมแน่ใจว่าท่านต้องให้บริการปฐมภูมิด้วย ท่านอยู่ในกล่องที่สองที่เรียกว่าบริการตติยภูมิ ท่านก็ต้องให้บริการปฐมภูมิด้วย หมายความว่าจริงๆ แล้วด้วยลักษณะของการบริการ ถ้าท่านได้ยินที่หมดจรัสดูเนี่ย ทำตติยภูมิเยอะมากเลย เราจะไปเชื่อเรื่องการส่งต่อมันต่อไม่ทัน คุณหมดจรัสเองเห็นเรื่องนี้อยู่ชัด แล้วก็คุยกับผมว่า เราจะแก้ยังไง เพราะเรานั่งทำงานอยู่บนยอดดอย แล้วเราจะทำ primary care เราก็รู้ว่าการส่งต่อก็คือ การส่งชาวบ้านไปตากลางทาง ผมเล่าให้ฟังได้ว่า case ที่ประทับใจผมคืออะไร มารดาแบ่งไม่ออกมาแล้ว 6 ชั่วโมง จะทำยังไงก็ไม่มีทางเลือกต้องส่งต่อ ก็บอกชาวบ้านต้องไปโรงพยาบาล ชาวบ้านก็หันไปมองหน้ากัน เพราะต้องเดินข้ามอีก 3 ดอย ระยะทางกว่า 3 กิโลเมตร เขาก็บอกว่าเพื่อช่วยชีวิตผู้หญิงคนนี้นะชุมชนนี้ เขาสู้ ทุ่มหมื่นบาทเขาสู้ยังงี้ เขาหาอาสาสมัครที่จะมาแบกผู้หญิงคนนีมา 40 คน ทำแคร่แบก

ผู้หญิงคนนี้ ข้ามภูเขา 3 ลูก ลงมาสู่สถานีอนามัย ผมตามมาด้วย แต่ไม่ได้บอกว่าเป็นใคร เพราะอยากรู้ว่าบริการส่งต่อคืออะไร พอแคว่ถึงโรงพยาบาล คำแรกที่เจ้าหน้าที่พูด ทำให้ผมจนป่านนี้จึงมา นี่คือการที่ประชาชนได้รับ ผมถือนี้คือการบริการ นี่แหละครับคือสิ่งที่เราจะบริการ แล้วต้องรู้ว่าตติยภูมิก็ต้องมีปฐมภูมิ นั่นคือสิ่งที่ต้องมีบริการ และต้องมีคุณภาพ คือคุณภาพของความเข้าใจมนุษย์ และความเข้าใจชีวิตคน แต่ไม่ใช่ห้องผ่าตัด เพราะว่ามันเป็นห้องปฐมก่อนเข้าห้องผ่าตัด เรื่องนี้เป็นอุทาหรณ์ที่สอนผมมานาน

ผมจะขอพูด 3 ประเด็นสำคัญๆ ที่เราต้องผจญอยู่ในบริการปฐมภูมิ ก็คือเรื่องที่สำคัญที่สุด คือเรื่องสุขภาพ และอีกเรื่องหนึ่งที่คิดว่าสำคัญมากควบคู่กันไป เรื่องโรคภัยไข้เจ็บ แต่สิ่งที่ผมคิดว่าบริการปฐมภูมิต้องต่อสู้มากๆ และเอาชนะให้ได้ คือเรื่องโรคเรื้อรัง และอีกสิ่งหนึ่งซึ่งยากพอสมควรคือการพัฒนาการพึ่งตนเอง ให้แก่ประชาชน กิจกรรมที่ต้องทำอีกและไม่สามารถจะแยกจากกันได้ นั่นก็คือต้องทำทุกเรื่อง ทั้งสร้างสุขภาพ ทั้งดูแลทั้งรักษา อยู่ในชุมชนก็ต้องการซ่อม ถ้าบริการปฐมภูมิมีวอร์แต่ส่งต่อก็จะเป็นเหมือนมารดาที่นอนแคร์อย่างที่ผมพูด เป็นเรื่องน่าคิด เราคงทำทุกสิ่งให้เหมือนฝันไม่ได้ แต่จะอย่างไร ที่ผมยกมาเป็นประเด็น ขอพยายามผ่าตัดว่า 3 สิ่งนี้จึงต้องสู้ยากเหลือเกิน ในการพัฒนาจริงๆ ก็ขอให้ดูเป็น ความคิดว่ามันยากเพราะอะไร

ประเด็นที่หนึ่ง เรื่องคุณภาพหรือคุณสมบัติพื้นฐานของสุขภาพ ถ้าเราจะเข้าไปพัฒนาตรงนี้เราต้องรู้ธรรมชาติของสุขภาพบางอย่าง ซึ่งเป็นลักษณะคุณสมบัติพื้นฐานที่ทำให้เราที่จะทำการบริการปฐมภูมิต้องเข้าใจให้ลึก สิ่งแรกที่คิดว่าสำคัญมากๆ คือสุขภาพเป็นคุณลักษณะส่วนตัวของบุคคล ผมว่าเราทุกคนอยากมีสุขภาพดี แต่คำว่าสุขภาพดีของเราแต่ละคนเหมือนกันไหม ไม่มีทางเหมือนกัน เพราะฉะนั้นมันเป็นปัจเจกโดยเต็มรูปแบบ ถ้าเราไม่เข้าใจสิ่งนี้ได้ มันทำการบริการปฐมภูมิพัฒนาสุขภาพไม่ได้จริงๆ ก็คงรู้แล้วว่านายของมันคืออะไร ผมว่าสำคัญอีกเรื่องหนึ่งคือไอ้คำว่าสุขภาพดีของคนมันไม่อยู่กับที่ สุขภาพดีของเราวันนี้อีก 5 ปีข้างหน้าอาจไม่เหมือนเดิมแล้วนะ ผมจะบอกอยู่เสมอว่าคำว่าสุขภาพดีของผู้ราก็คืออะไร ไอ้อาการที่ไม่เจ็บไม่ป่วยผมก็ว่าสุขภาพผมดี ตื่นมาจะลุกขึ้นนั่งก็ต้องระวังแล้ว ลุกจากเตียงเร็วเกินไปไป ศีรษะอาจลงไปกับพื้น เพราะว่ามันชราถึงขั้นหนึ่ง มันยืนไม่มั่นคงก็จะตึงกลางไปใหม่ เรารู้ถ้าเป็นเด็กๆ ก็จะว่าสุขภาพไม่ดี แต่ผมว่าของผมดีนะ อย่างน้อยก็ยังมาพูดให้ท่านฟังได้ ดังนั้นตรงนี้เป็นเรื่องใหญ่ นั่นคือสุขภาพไม่ใช่มาตรฐานคงที่ นอกจากเป็นของบุคคล แต่ละบุคคลก็เปลี่ยนมาตรฐานของตัวเองด้วย เพราะฉะนั้นมันจึงต้องนึกถึงคำว่า พลวัต ในเชิงเดียวกัน

ประเด็นที่สอง เรื่องโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งในที่นี้จะเน้นที่โรคเรื้อรัง เพราะมีคุณสมบัติจำเพาะของตัวเอง แต่แต่ละโรคก็ไม่เหมือนกัน แล้วโรคเดียวกันเป็นกันหลายคนก็ไม่เหมือนกันอีก ปริศนาใหญ่ตัวนี้ เราพบว่าโรคเรื้อรังมันวางอยู่บนสุขภาพของแต่ละบุคคล บุคคลบางคนมีสุขภาพดี เมื่อโรคเรื้อรังเข้าไปอยู่ในตัวเขา บางทีเขาก็อยู่กับโรคเรื้อรังได้ง่ายกว่า คนที่สุขภาพไม่ดี เพราะฉะนั้น 2 ประเด็นผูกเข้ากันไปหากันอีก มันไม่ใช่โรคเบาหวานจะเหมือนกันทุกคน ที่เป็นโรคเบาหวาน ทั้งนี้เพราะโรคเรื้อรังเหล่านี้มันวางอยู่บนสุขภาพ ถ้าเรารู้จักตั้งแต่น้ำตาลในโรคเสร็จแน่เลย ก็จะกลายเป็นเบาหวานเหมือนกันหมดทุกคน ก็คือซึมแล้วมันหวานแต่ไม่ใช่ โรคเบาหวานจะจำเพาะตัวบุคคลมาก แนนอนว่าคือพลวัตมันแปรตามหลายอย่างมาก แปรตามชีวภาพก็คือสุขภาพ แปรตามสังคม เศรษฐกิจ คนจนก็คงหวานอย่างคนรวยก็คงหวานอย่าง เคยมีกรณีตัวอย่างระหว่างหมอกับคนไข้คุยกันว่าทำไมน้ำตาลไม่ลง ไปแอบกินอะไร คุณป้าก็นั่งเงียบพอถูกซักฟอกหนักเข้า คุณป้าก็บอกว่ากินข้าวกับกล้วย หมอก็กถามว่ากินกี่ใบ ป้าก็พรรณนาว่ากินใบ คุณหมอก็บอกว่าที่หลังอย่ากินอย่างนี้ คุณป้าก็บอกว่าคะ พอออกไปข้างนอกคุณป้าก็บอกว่าที่บ้านฉันมีแต่กล้วยให้ฉันกิน เพราะฉันปลูกเอง แล้วไม่กินกล้วยจะกินอะไร แต่ฉันไม่เคยรู้ถึงเหตุผล ชีวิตคนต้องอยู่กับโรคอยู่อย่างนี้

ประเด็นที่สาม เรื่องการพึ่งตนเอง จะพบว่าพึ่งตนเองของประชาชน ก็มีเงื่อนไขพอสมควร ถ้าท่านมองให้ลึกดูจะรู้เลยว่าประชาชนทุกคนที่พึ่งตนเองอยู่ ฐานที่ทำให้เขาปฏิบัติอย่างไรมันคือฐานของความรู้และความเชื่อ จากนั้นจึงจึงอยู่บนสติปัญญาของบุคคลที่จะปรุงแต่งความรู้ และความเชื่อเป็นกิจกรรม บางคนก็จะช่วยตัวเองได้เยอะมากเลย แต่บางคนก็จะนอนรอ ทั้งหมดนี้คือความรู้และความเชื่อเบื้องต้น แล้วมันมาต่อกับสติปัญญาที่บุคคลแต่ละคนที่จะ

พัฒนาเป็นกิจกรรม ขอแถมท้ายว่าจริงๆ แล้วคือทัศนคติต่อชีวิตนั่นเอง ผมเคยได้ยินหญิงชราคนหนึ่ง นอนอยู่บ้าน น้ำตาลขึ้นสูงไม่หาหม้ออีกแล้ว นอนอยู่กับที่นั่นแหละ นี่คือการคิดต่อชีวิตของคน ท้ายที่สุดนี่คือการพึ่งตัวเองใช่ไหม หรือเราว่าทำไมคุณป้าไม่พึ่งตนเองเลย ก็คือไม่ช่วยตัวเองรักษาโรคเลย แต่ผมว่าคุณป้าคุณยายท่านนี้ตัดสินใจแล้วว่านี่คือการพึ่งตนเอง จะผิดจะถูกต้องคิดเอาเอง เพราะว่านี่คือสิ่งที่เราต้องพัฒนา ก็คือการพึ่งตนเอง ผมคิดว่าเรื่องนี้มีพลวัต สูงขึ้น อยู่กับระบบสังคมเศรษฐกิจคงไม่ต้องอธิบาย เป็นของที่เราารู้

จริงแล้วถ้าเราจะทำบริการปฐมภูมิ เพื่อที่จะตอบสนองเงื่อนไขทั้งหมด เราจะต้องมองอะไรกันแน่ ที่จะให้ เห็นไปถึงบทบาทและกิจกรรมของปฐมภูมิสิ่งแรกเลยที่คิดว่าสำคัญมาก คือจะทำอะไรที่ต้องรู้จุดประสงค์ ถ้ามันทำไม่ได้ ถ้าไม่รู้จุดวัตถุประสงค์ และวัตถุประสงค์เกี่ยวกับงานสุขภาพนั้นแปลกมากเลยเพราะต้องเป็นวัตถุประสงค์จำเพาะ สำหรับปัจเจก และยิ่งกว่านั้นวัตถุประสงค์ก็ยิ่งเปลี่ยนได้ เพราะวัตถุประสงค์ต้องแปรตามให้เหมาะสมต่อพลวัตและ สิ่งแวดล้อม วัตถุประสงค์เปลี่ยนได้ทุกวัน ชีวิตมันไม่อยู่กับที่ บริการปฐมภูมิมีสิ่งทำประการหนึ่งคือ ต้องเข้าใจ วัตถุประสงค์ มิฉะนั้นคุณจะไม่ถึง

บริการเองก็ต้องทำทั้งหมดที่เรียกว่าบูรณาการนั่นเองก็คือทั้งสร้าง ทั้งเสริม ดูแล รักษา แล้วที่คุณหมอจรัสพูด คือ เราต้องพัฒนากิจกรรมและบริการของเราให้เหมาะสมต่อความต้องการของบุคคล แล้วต้องยั่งยืนด้วย ผมคิดว่าตรงนี้เป็นปมใหญ่มาก ผมไม่ได้คิดว่าคู่มือการปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ไม่ดีนะ แต่คู่มือเราควรจะต้องเข้าใจว่ามันคืออะไร มันคง ไม่ใช่สิ่งที่บอกทุกคนต้องทำเช่นนี้ใช่ไหม เพราะท้ายที่สุดถ้าเป็นตัวนั้นมันก็จะพลาดความต้องการของเขา เพราะ กลายเป็นว่าเราเป็นผู้กำหนดว่าทุกคนต้องทำเหมือนกันอีก จะยกตัวอย่างคนเป็นเบาหวาน ที่เป็นคนไข้สูงอายุ หมอสั่ง ห้ามกินข้าวเหนียว ของหวาน ผมเห็นคนไข้สูงอายุมาเยอะ ขอกินสักคำเถอะฉันไม่บอกหมอหรอก อีกสามสี่วันกว่าจะ ไปหาหมอ แต่วันนี้ขอสักคำหนึ่งแล้ว ทำไมไม่รู้เธอ ไม่จริง รู้หมดแต่คำนั้นมันขึ้นใจ จะเอาความสุข คุณภาพชีวิต หรือจะ เอาคำสั่งแพทย์ ผมถือว่าเงื่อนไขทั้งหมดที่พูดมาแล้ว

กระบวนการพัฒนาบริการนี้น่ากลัวจะเข้าไปสู่ความเป็นพลวัตของความเป็นบริการ นั่นคือต้องกลับไปยึดหลัก ว่า ต้องประเมินความต้องการเฉพาะบุคคลให้ได้ มิฉะนั้นเราอาจจะผิดเป้า แล้วการพัฒนาบริการมันต้องมีหลักฐานที่ แท้จริง ไม่ใช่คิดเอาเองว่าอยากทำอย่างนี้ก็ทำ ต้องมาจากความต้องการของประชาชน

แน่นอนเมื่อเรารู้ว่าทุกอย่างเป็นพลวัต มันก็ต้องมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่ 3 ปีค่อยนึกออก กว่า จะประเมินผลไม่ใช่เนะ พลวัตมันเร็วกว่านั้นเยอะ ขั้นตอนที่สำคัญคือตามไม่เลิก แล้วก็ต้องประเมินไปตลอดเวลา

ท้ายที่สุดไม่ใช่ประเมินผลเฉยๆ แล้วเขียนรายงาน หรืออยู่บนหิ้ง ต้องเอาสิ่งนั้นกลับมาเป็นหลักฐานที่จะ ทบทวนปรับปรุงบริการให้เหมาะสมตามความต้องการอยู่ตลอดเวลา นั่นคือเงื่อนไขของคำว่ายั่งยืน ก็คือต้องมีคุณภาพ ตรงตามความต้องการของปัจเจก ขั้นตอนการทำงานมันเป็นวัฏจักรเป็นวงกลมไม่หยุด การประเมินจริงๆ ไม่ใช่แค่ ประเมินกิจกรรมต้องประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลด้วย

ข้อควรระวังในการดำเนินงานคืออะไร คือความเคยชินที่อยากหารูปแบบเหมือนๆ กัน เป็นความคิดแบบ อุตสาหกรรม ทุกคนมาก็พูดเหมือนกัน สิ่งยากก็เหมือนกัน เซ็นต์ไว้ก่อนก็ได้นะที่จริง แล้วก็เลือกหยิบเอา คำว่า แสวงหา รูปแบบในการบริการ มันไม่ใช่กิจกรรมที่เหมือนกัน ด้วยความเป็นจริง บริการต้องอาศัยหลักการและแนวทางเท่านั้น แต่ ไม่ใช่คู่มือรูปแบบที่ปั๊มออกมาเหมือนอุตสาหกรรม มนุษย์ไม่ได้ปั๊มออกมาจากอุตสาหกรรม ดังนั้นข้อระวังในการ ดำเนินงานคือ ต้องหลีกเลี่ยงรูปแบบนี้ ซึ่งถ้าเคยชินกับการทำตามรูปแบบ ผมว่าลำบากแน่นอน

จึงเหลือสิ่งที่เราเผชิญอยู่ทุกวัน คือสั่งให้คนไข้เบาหวานดูแลตัวเองยังงี้ แต่พบน้อยคนมากที่จะสนใจ แล้วก็ไปเจอคุณยายที่กินกล้วยเชื่อม เพื่อความชื่นใจอยู่นั่นแหละ แล้วร้ายที่สุดคุณยายกินแล้วก็ไม่บอกเราด้วย หมคนนั้นคือผลซึ่งเห็นอยู่ แล้วอีกอันเรื่องดัชนีวัดความสำเร็จ ผมกลัวเรื่อง KBI เพราะ KBI ตอบไปว่าความสำเร็จต้องมีมาตรฐานเดียวหมด คุณภาพชีวิตของคนไม่มีสิทธิที่จะเป็นมาตรฐานเดียว ดังนั้นดัชนีของความสำเร็จของบริการจึงไม่มีสิทธิที่จะเป็นตัวเดียวกันทั้งหมด ถ้าจะให้ตรงตามความต้องการของชีวิตคน ดัชนีความสำเร็จต้องตรงตามความต้องการของประชาชน และคุณภาพชีวิตของเขาเป็นผู้กำหนดไม่ใช่ตัวเลขตัวเดียวที่กำหนดมาจากที่ไหนแห่งใดแห่งหนึ่ง

สาระการประชุมห้องย่อยที่ 1
จะทำให้เกิดบริการองค์รวม ได้อย่างไร (เรียนรู้ผ่านกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง)

ผู้ร่วมอภิปราย

นายแพทย์ ทินกร โนรี
โรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมา
คุณสุพัฒน์ สมจิตรสกุล
สถานีอนามัยตำบลโคกสูง อำเภอปลาดิบ จังหวัดนครพนม
นายแพทย์สุรศักดิ์ เกษมศิริ
โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด
คุณศิริพร เหลืองอุดม
โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
คุณไพรัช วงศ์จัมป
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา
ผู้ดำเนินการอภิปราย
นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย

นายแพทย์ ทินกร โนรี

โรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมา

เบื้องต้นผมเชื่อว่าผมไม่ได้มีประสบการณ์ มากไปกว่าท่านที่อยู่ด้านล่าง ผมเชื่อว่า ทุกท่านที่อยู่ด้านล่าง ปฏิบัติงานในสถานบริการปฐมภูมิ ใน PCU หรือในสถานีอนามัยแล้วแต่ทุกท่านจะเรียก หรือในสถานบริการระดับต่าง ๆ มามากกว่า แต่สิ่งที่จะนำมาเล่า ประสบการณ์มุมมองด้านหนึ่งที่เราได้ทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ ก่อนข้างที่จะลำบากใจ เพราะว่าจะเอาประสบการณ์หลายปีมาพูดให้ได้ภายในสิบนาที

เพื่อไม่ให้เสียเวลาเริ่มที่ตรงโรงพยาบาลประทายในจังหวัดนครราชสีมา พูดเกริ่นๆ นิดหนึ่ง ประชากรประมาณ เจ็ดหมื่นกว่าคน ก่อนข้างอยู่ห่างไกล เราอยู่ห่างจากตัวจังหวัดประมาณร้อยกิโลเมตรเป็นของจังหวัดติดกับจังหวัด ขอนแก่น มีผู้ป่วยมารับบริการมากมาย เชื่อว่าเหมือนกับทุกโรงพยาบาล คนไข้โรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง คนไข้โรคหัวใจหรือโรคต่างๆ มากขึ้นทุกปี เป็นที่หนักใจของเรา สมัยก่อนไปอยู่ไหนกันมาได้มาดีเยาะขึ้นเรื่อยๆ และก็ลำบากในการจัดการคนไข้มากมาย ทั้งในเรื่องปริมาณและคุณภาพ จะลองสะท้อนภาพให้เห็นร่วมกันว่า แต่ละที่มีปัญหา เหมือนกับประทายไหม เรื่องเบาหวาน (สไลด์ประกอบ)

ทุกวันพุธและทุกวันศุกร์ประมาณตีสองกว่าๆถึงตีสามจะมีคนไข้ส่วนหนึ่งมาแต่เช้า เขาต้องมาแต่เช้ามืดเพื่อมา จอจคิว มารับการตรวจโรคเบาหวาน มาแต่ตีสาม แต่มีเวลาเจอหมอไม่เกินสองนาทีกว่า จะเสร็จกระบวนการทั้งหมดก็ เที่ยง และถ้าโซคร้ายก็เกินเที่ยง ถ้าเลยเที่ยงเมื่อไรก็ตกหนักที่กลับบ้านไม่ได้ กลับก็ถึงบ้านตอนเย็น นี่เป็นวิถีชีวิตของ ผู้ป่วยที่เข้ามาบริการของโรงพยาบาลทุติยภูมิ พวกที่มาถึงคิวแล้วก็มานั่งหน้าห้องตรวจแพทย์ ถ้าหลายคนอ่าน หนังสือออกก็จะรู้ตัวเลข น้ำตาลสูง เข้าไปถูกตำแน่ง จะตอบคำถามหมอยังไงดี คุณป้ามารอดังนานฉันยังไม่พูดว่า ปัญหาฉันมีอะไร คุณหมอบอกไปรับยา ไม่เป็นไรเดือนหน้าเดี๋ยวจะเอาคำถามเดือนนี้มาถามคุณหมอใหม่ในมุมมองของ ผู้ป่วย ตื่นแต่มืดเพื่อมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนมากรอจนเสียเวลา ชีวิตทุกอย่างขึ้นกับหมอ หมอจะบอกว่าต้องทำ อย่างนั้นลงต้องทำอย่างนี้ ห้ามกินนั้นห้ามกินนี้ คิดในใจฉันทำไม่ได้หรอก ค่าใช้จ่ายันทุกอย่างในการเดินทางมี มากมายเหลือเกินและอื่นๆ นี่เป็นอีกมุมมองหนึ่งเรื่องดูแลคนไข้โรคเรื้อรัง คุณหมอเดินขึ้นมานบนโรงพยาบาลรายงาน คุณหมอ ผู้ป่วยเบาหวานร้อยห้าสิบคนแล้ว หมอก็ร้องไห้อี้อ...หมอดังกินข้าวเที่ยงบ่ายสองโมงอีกแล้ว คนไข้เบาหวาน มากขึ้น หมอพยาบาลมีเท่าไรก็ไม่เพียงพอ นี่คือเสียงสะท้อนของเจ้าหน้าที่ที่ ทำทำไมคนไข้ถึงคุณน้ำตาลไม่ได้ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานก็มีมากขึ้นเรื่อยๆ นี่คือนามมองสะท้อนของผู้ให้บริการผู้ป่วย เบาหวานมีมากขึ้นคุณ

น้ำตาลไม่ได้ ภาวะแทรกซ้อนมีมากขึ้นและสภาพปัญหาของหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วไปขาดแคลนทั้งหกลสิ่งทุกอย่าง คนก็เหนื่อยเงินก็ไม่มี สามสิบบาทของรัฐบาลบอกจะได้เยอะก็ได้หน่อย จะเอาประกันสังคมมาโปะที่ถูกว่าอีกข้าวของเครื่องใช้ก็ไม่มี ภาระงานมีทั้งงานประจำงานจร งานประจำยังไม่ได้ทำ งานจรรก็สั่งมาอีกแล้ว

นั่นคือสภาพในสถานื่อนามัย ทำแต่งงานมากเรื่องการรักษาพยาบาลก็เริ่มด้อยขาดความศรัทธา ศักยภาพในการดูแลไข้จำกัด บางทีการบังคับดูแลสถานบริการระดับปฐมภูมิตีก็มีปัญหา ให้การสนับสนุน บางทีที่ดูแลไม่ตีก็มีปัญหา ได้เงินก็น้อย ได้ของก็น้อย และอื่นๆอีกมากมาย

เพราะฉะนั้นถ้าเอาประทัยก็เอาทั้งสองปัญหามาผนวกกัน คนไข้โรคเรื้อรัง เราจับเรื่องของคนไข้ผู้ป่วยเบาหวานตีมากขึ้นเรื่อยๆ การดูแลที่เหมาะสมจะเป็นอย่างไร แนวคิดที่สองจะทำอย่างไรเราจะพัฒนาระบบสถานบริการปฐมภูมิให้ตีมากขึ้นกว่านี้ การดูแลทั้งส่งเสริมป้องกัน ค้นหา คัดกรองระบบการรักษาที่มีคุณภาพ การดูแลภาวะแทรกซ้อนที่มีประสิทธิภาพก็มีการฟื้นฟูสุขภาพที่ดี หน่วยบริการปฐมภูมิทำอย่างไรถึงจะให้บริการผสมผสานเป็นองค์รวมและก็ต่อเนื่องได้ นี่คือนี่ที่เราถาม เพราะฉะนั้นในส่วนของอำเภอประทัยเอง เกิดแนวคิดที่ว่าคนไข้เบาหวาน ที่มีมากในโรงพยาบาล จริง ๆ แล้วต้องดูแลในโรงพยาบาลไหม หลังจากการพูดคุยไปศึกษาดูงานจากผู้รู้หลายๆที่ที่ปฏิบัติมาก่อน ก็พบว่าคนไข้เบาหวานสิ่งหนึ่งไม่จำเป็นต้องดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งต้นทุนค่าใช้จ่ายสูงมาก ทั้งในส่วนของคนไข้ เรื่องการเดินทาง คนไข้กลุ่มนี้สามารถไปดูแลที่สถานื่อนามัยได้ อันนี้ก็เลยเกิดเป็นความท้าทายของเรา

ในระยะแรกเราเริ่มทำในปี 2543 เกิดคำถามไว้ว่าคนไข้เบาหวานทำไมไม่ไปรับยาที่สถานื่อนามัยไม่ได้ ที่โคราชเอง ผอ. โรงพยาบาลอื่นๆ ก็มองผมด้วยสายตาแปลกๆว่าคือเขากังวลเรื่องคุณภาพการบริการ ผมก็ต้องรับคำท้าเขาว่าคุณภาพบริการไม่น่าจะแตกต่าง ในคนไข้เบาหวานบางกลุ่ม ดังนั้นเราจึงเริ่มดำเนินการ รูปแบบการดำเนินการคือ เราส่งคนไข้เบาหวานเฉพาะบางกลุ่มเท่านั้นในระยะแรกไปรับยาที่สถานื่อนามัย และเราก็จัดเจ้าหน้าที่ในช่วงแรกก็เป็นพยาบาลวิชาชีพ บุคลากรวิชาชีพสารพัดประโยชน์จริงๆ ทำได้ทุกอย่างมีประสิทธิภาพมาก ลงไปดูแลผู้ป่วยเบาหวานแทนแพทย์ แล้วมีการจัดระบบบริการใหม่ ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของคนไข้ การดูแลอื่นๆ ที่มากกว่าการดูแลรักษาพยาบาล เราพยายามจะจัดแบบนั้น แล้วก็ที่สำคัญคือ การออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ในอดีตเคยมีการดูแลคนไข้เบาหวาน ดูผลน้ำตาลรับยาเท่านั้นเอง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบเดิม คนไข้หรือผู้ที่มีส่วนใหญ่มืออาชีพแบบผู้ที่เป็นเบาหวาน ส่วนใหญ่ไปที่ศูนย์สาธารณสุขชุมชน ซึ่งกระจายอยู่ทุกหมู่บ้าน หรือไปที่สถานื่อนามัย คำแนะนำตรวจคัดกรองเบื้องต้นตั้งแต่ตรวจเลือดตรวจน้ำตาลหรือตรวจปัสสาวะ แล้วหน้าที่ส่วนใหญ่ก็จะอยู่ที่พยาบาล ทั้งให้การตรวจ ทั้งให้วินิจฉัยการรักษา และก็ให้สุขศึกษา แนวคิดเราคือทำอย่างไรถึงจะปรับรูปแบบตรงนี้คนไข้มาล้นที่โรงพยาบาลทำไปถึงจะเสริมสร้างศักยภาพระดับต้นของสถานที่บริการระดับตำบลได้ เรา ก็จะพยายามเปลี่ยนแนวคิดให้ความสำคัญกับสถานื่อนามัยมากขึ้น ผู้ป่วยมืออาชีพแบบโรคเบาหวาน แบบเดิมไปที่ชุมชนไปที่สาธารณสุขมูลฐานเพื่อตรวจคัดกรองที่โคราชเองมีการตรวจแบบคัดกรองโรค บางส่วนจะมาที่สถานื่อนามัย ได้รับการคัดกรองด้วยเครื่องมือคัดกรองขนาดเล็ก แล้วเราก็ส่งไปยืนยันก่อนว่าใช่ไหม ใช่เบาหวานหรือเปล่าที่โรงพยาบาลชุมชน เมื่อโรงพยาบาลชุมชนวินิจฉัยในเกณฑ์ของแพทย์ ก็ส่งคนไข้คนนั้นกลับมาได้รับการดูแลจากสถานื่อนามัยต่อไป

นี่คือการให้บริการของสถานื่อนามัยแล้วเมื่อคนไข้ที่ได้รับการดูแลจากสถานื่อนามัยแล้วเกิดมีปัญหาก็ได้รับภาวะแทรกซ้อนก็มีการเชื่อมโยงกันส่งต่อกลับไปที่โรงพยาบาลชุมชนเพื่อดูภาวะแทรกซ้อน ต่อไปวงจรเราคิดว่าเป็นวงจรแบบใหม่ บทบาทหน้าที่ของการดูแลผู้ป่วยของสถานื่อนามัยก็มีการเพิ่มขึ้นในเชิงรับเอง ก็มีทั้งให้การรักษาผู้ป่วยเบาหวานในเขตที่รับผิดชอบ ให้ศึกษาให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเชิงรุกเองเพราะเราเริ่มมีการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น มีการติดตามเยี่ยมบ้าน แล้วก็เสริมชุมชนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ช่วงแรก เรามีสถานื่อนามัยเข้าร่วมโครงการ 3 แห่ง โดยเกณฑ์ของเราคือ หนึ่งคุณต้องสมัครใจ เจ้าหน้าที่ต้องพอและมีความเข้มแข็งทางวิชาการ อนามัยที่เข้าร่วม 3 ที่คือ สถานื่อนามัย แยกชำโคกกลาง เข้าร่วมตรงกับความต้องการของเราพอดี คือกระจายอยู่ในทุกจุด และก็มีคนไข้เบาหวานเยอะ ปัญหาอุปสรรคที่คนไข้เข้าเกณฑ์ไปรับยามีน้อย เพราะเราวางเกณฑ์ว่า เนื่องจากคนไข้ที่เราส่งไปที่อนามัยไม่มีแพทย์ออกมาตรวจ เป็นพยาบาลออกไปตรวจ เพราะฉะนั้นคนไข้เบาหวานต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อน จะมีคนไข้ส่วนหนึ่งเท่านั้นได้รับการที่อนามัย และปัญหาต่อไปคือระยะหลังๆ จึงเข้าใจว่า 30 บาทมาเกี่ยวข้อง ก็คือ ภาระงานที่ทุกสถานบริการมากขึ้นเรื่อยๆ เจ้าหน้าที่ต้องออกไป

ประจำตลอดเวลา ก็เริ่มชักจะออกไปไม่ได้ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเองก็ไม่ชัดเจน แล้วก็ระบบยังไม่มีแพทย์ไปร่วมทีมได้ตอนแรก เราก็เริ่มต่ออีกครั้งเมื่อปี 47 ใจความก็คือ เราจะเน้นความเป็นวิชาชีพ เราพยายามผลักดันให้แพทย์ต่อรองกับแพทย์ชั้นข้างยาก แต่เราก็พยายามต่อรองจนได้ว่า ผมพยายามให้ข้อพิสูจน์เขาว่า ถ้าคนไข้เบาหวานสามารถกระจายลงไปก็สถานื่อนามัยมากขึ้น ภาระงานของพวกเรานโรงพยาบาลจะลดลง ช่วงแรกๆไม่ค่อยลดลงจริง ก็พยายามพิสูจน์ให้เห็นว่า ถ้าความเข้มแข็งของสถานบริการปฐมภูมิมากขึ้น การทำงานในสถานบริการทุติยภูมิจะเบาภาระลดลง และเราก็จะส่งผู้ป่วยเบาหวานผู้ป่วยทุกประเภทไปจัดระบบบริการเดิม แล้วก็เน้นการตรวจคัดกรอง การดูแลภาวะแทรกซ้อน เป็นแนวคิดเดิมเพียงแต่ว่า เราส่งคนไข้ทั้งหมดลงไปดูแลที่สถานื่อนามัยเลย มีหมอตามลงไปด้วย เพราะฉะนั้น คนไข้ที่มีภาวะแทรกซ้อน ถ้าไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล เราจะไม่ส่งกลับ หมอจะดูแลปรับยาที่โน่น ที่สถานื่อนามัยเลย ในปี 47 เรามีเพิ่มอีก 2 ที่ อีก 2 สถานื่อนามัย งานของโรงพยาบาลก็มี 6 แห่ง เรามีคนเข้าร่วมโครงการ 6 แห่ง มีคนไข้ทั้งหมด 635 คน ที่ลงไปดูแลที่สถานื่อนามัย คิดเป็น 47 เปอร์เซ็นต์เกือบ 50 เปอร์เซ็นต์ ของคนไข้ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดของโรงพยาบาล ลงไปรับยาที่อนามัยหมด ทีมที่เราออก ก็มีแพทย์ พยาบาล เราจะเน้นความเป็นสหวิชาชีพ เราพยายามเน้นทีม จากเดิมที่เราใช้พยาบาลอย่างเดียว

สรุปคือหลังจากการดำเนินการ ก่อนข้างจะประสบความสำเร็จ คือคนไข้เองก็พึงพอใจกลับบ้าน ประหยัดต้นทุน พวกเราก็มีเวลามากขึ้นในการดูแลคนไข้ และเราสามารถดูแลแบบองค์รวมมากขึ้น แทนที่จะเจอหมอจ่ายยา เราสามารถให้กิจกรรมในเรื่องของสุขภาพและกิจกรรมเรื่องการออกกำลังกาย เป็นที่พึงพอใจ กิจกรรมเยี่ยมบ้านเราได้เรียนรู้ว่า สิ่งสำคัญของญาติในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้แล้วเราพยายามจะผลักดันให้ชุมชนเอง มีส่วนร่วมในการดูแลคนไข้ โรคเรื้อรังตรงนี้มากขึ้น

นพ. สมยศ ท่านที่ 2 อาจารย์สุพัฒน์จะมาฉายภาพที่ท่านได้ทำที่ พี่ชื้อว่า ความหมายที่เชื่อมต่อกันเป็นอย่างไร

คุณสุพัฒน์ สมจิตรสกุล

สถานื่อนามัยตำบลโคกสูง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

ผมว่าสิ่งที่เรานำเสนอนี้ไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุด และทั้งหมดนี้เราได้เรียนรู้ ถ้ามีกรณีอย่างนี้ ได้มาเรียนรู้กับประทาย เหตุการณ์แบบนี้ก็จะไม่เกิดขึ้นที่ปลาปากที่จะเล่าให้ฟังมีความคล้ายกับปลาปาก มีความคล้ายและความต่าง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ไม่ใช่ว่าผมเองได้มาเรียนรู้แล้วก็เรียนรู้เองทั้งหมด ทีมทั้งหมดนี้คือ ทีมที่ได้เรียนรู้ด้วย ซึ่งที่ยากจะเล่าให้ฟังก็คือว่า

จากเดิมเราเองก็มองว่า โรงพยาบาลเราคล้ายโรงพยาบาลประทายคือ บริบทเหมือนกัน คนไข้ที่มาตีหนึ่งตีสองเริ่มมาแล้ว มารับคำแล้วก็มีทะเลาะกันด้วย มีการฝากมาเอาคิวกันด้วย ช่วงที่เราเกิดเหตุการณ์คล้ายโรงพยาบาลประทายเหมือนกันคือในช่วงปี พ.ศ.2545 มีเหตุการณ์อย่างหนึ่งในประวัติศาสตร์ของชาติไทยคือการปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่ 30 บาท ด้วยความที่โรงพยาบาลของเราแล้ว ระบบที่เขาจะไปรับบริการที่อื่นแล้วเราต้องตามจ่ายเยอะ เราคิดเองเบ็ดเสร็จ ก็คือคนไข้เบาหวานไปสัปดาห์แล้วจัดทุกอย่างไปที่ สอ. ที่เขตชายแดนมีแพทย์ พยาบาล เกสัช เหมือนประทาย แต่การเตรียมไม่คล้ายประทาย คือ เราใช้วิธีลงไปให้เต็มที่ จัดสรรให้เต็มที่ บทเรียนนี้ได้เรียนรู้คือ เราไม่เตรียมอะไรเลย ผู้ป่วยก็ไม่ได้เตรียมก็สั่งให้เขาไป เจ้าหน้าที่เราก็ไม่เตรียม เตรียมแต่เงินใส่กระเป๋าเข้าไป เตรียมยาใส่กระเป๋าเข้าไป แต่ไม่ได้เตรียมใจ เจ้าหน้าที่ สอ.ก็ไม่ได้เตรียมใจที่จะรับ ผลกลับมาเก็บข้าวของแทบไม่ทัน ภายในปีเดียวทุกอย่างล้มเหลวหมด กลับมาสิ่งที่เราได้เห็นครั้งนั้นก็ถือว่า เราไม่ได้เตรียมอะไรเลยสุดท้ายก็เป็นภาระ ทุกคนมองเป็นภาระหมด แต่กลับมามองที่โรงพยาบาล

มีกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มหนึ่ง ที่อยู่บ้านโคก ต.โคกสูง กลุ่มนี้เขาบอกมาตั้งนานแล้ว ตั้งแต่เขาทำวิจัยกับเราในปี พ.ศ.2545 คุณหมอดกกับไปที่ สอ.ได้ไหม ขณะนั้นเรามองว่าสถานื่อนามัยโคกสูง บริบทของสถานื่อนามัยของโคกสูง คือ มีหัวหน้า สอ.คนหนึ่งเป็นผู้หญิง มีเจ้าพนักงานเป็นผู้ชาย 2 คน เรามองว่าทำไมไม่ได้หรอก เพราะไม่มีพยาบาลวิชาชีพ เรามองเป็นข้อจำกัด แต่คนไข้เขาบอกทุกครั้งว่าขอเถอะ ก็ได้มาทบทวน เลยคิดว่าน่าจะลองทำดู เมื่อได้มีการนั่งทบทวนและนั่งคุยกัน คือในหมู่บ้านนี้ก็มีลักษณะเหมือนในหมู่บ้านชนบททั่วไป มีความเชื่อ มีอะไรต่างๆทั่วไป แต่มี

ความเหมือนกันอยู่อย่างของหมู่บ้านโคกสูง และหมู่บ้านนกหอบ ก็คือมันเปลี่ยนไป วิธีชีวิตคนไขก็เปลี่ยนไป คนไข้เบาหวานใน 2 หมู่บ้านนี้เยอะมาก ประมาณ 150 คน วิธีชีวิตที่เขาเปลี่ยนไปอีกอย่างคือ เขาพึ่งกับช่างนอกหมู่บ้าน ซื่ออาหารดูเหมือนคนในเมือง เพราะว่าวิถีชีวิตเขาคือ วิธีที่ทำการเกษตรเชิงเดี่ยว ปลูกมะเขือเทศส่งโรงงาน ปลูกข้าวส่งขาย แต่การปลูกเพื่อบริโภคมีน้อย ก็คือต้องพึ่งตลาดไม่ต่างกัน แล้วก็กลุ่มส่วนใหญ่ก็ห่างจากที่เขาขอ ที่ตรงนี้แหละครับว่าเขาห่างจากตัวสถานบริการ คือโรงพยาบาล 8-10 กิโลเมตร แล้วเป็นทางถนนลูกรังทั้งนั้น ดังนั้นบริบทของเขาก็คือต้องตื่น ตี 2 รวมกันขับรถ นั่งรถมาด้วยกัน เหมามาคนละ 50 บาท ถ้าเหมามาคนเดียว มา 200-400 บาทก็ต้องมาขนาดมาเข้าคิวยัง 30-40

ดังนั้นในระยะเริ่มต้นจะมีความคล้ายกับประเทย เพราะเรามาพบทวนกันคือว่าปรับการพูดคุยกันแล้วก็คุยกันว่า เราจะใช้วิธีการเรียนรู้อย่างไร จากเดิมเรามองเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอุปสรรคว่า คงจะเรียนรู้ได้น้อย แต่ว่าพอได้คุณจิรชาย มาหนึ่งคุยกัน คุณจิรชายที่แรกก็แบ่งรับแบ่งสู้ แต่บังเอิญคุณหมอชื่นฤดีและคุณวดีกาที่เป็นพยาบาลก็หนุนและเชิญพยาบาลที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ สอ.ที่ใกล้ๆมาเรียนรู้ด้วยกัน แต่คนที่เรียนรู้เป็นหลักคือ จิรชายที่เข้าเรียนรู้ด้วยกัน ก็เรียนตามสะดวกทุกวันที่มีคลินิก เขาก็จะมาหาคุณหมอชื่นฤดีในห้องเรียนด้วยกัน เรียนที่คลีนิกด้วย อีกอย่างที่ถูกสโลบาย คือให้น้องเขานั่งข้างคุณหมอให้คนไข้เขาดู เห็นหมอจิรชายเป็นประจำก็เกิดความคุ้นเคย น้องเองก็มีความมั่นใจที่จะตรวจ แล้วก็ใช้เวลาประมาณเดือนกว่าๆก็กลับไปโคกสูง แต่ตอนเริ่มแรกเราจะให้คนไข้ โคกสูงทั้งหมดย้ายถิ่นหมดเลย 150 คนคงจะแบ่งเขาได้เยอะ เพราะคนไข้ที่ลงทะเบียนของเราประมาณ 700-800 คน ถ้าโคกสูงไปเบาเยอะแต่แท้ที่จริงไม่ใช่อย่างนั้น มีคนไข้ไปจริงๆแค่ 70-80 คน เพราะในความเป็นจริงคนไข้บางคนก็อยากกลับมาที่โรงพยาบาล บางคนก็ต้องการไป สอ. บางคนเขาอยู่ใกล้กว่าก็ต้องเลือก

มีการตกลงบริการอยู่ข้อหนึ่ง คือการคุมโรคได้ดีคำว่าควบคุมโรคได้ดี คือว่า ตกลงกับคนไข้ว่าน้ำตาลไม่สูงขึ้น ไม่ลดลงมากนัก ไม่เกิดไฮเปอร์ไฮโปคริสซีเมียซึ่งคนไข้ก็จะรู้ เราคุยก็จะรู้ แล้วผู้ป่วยต้องมาตรวจสุขภาพ ที่ ร.พ. ปีละ 1 ครั้ง สำคัญที่สุดคือสมัครใจ เริ่มแรกที่ลงไปได้ไปเรียนรู้ จากเดิมที่เราทำ สอ.เดิมเมื่อปีที่เรากวาวิกฤต เราจะให้เจ้าหน้าที่ สอ. เจาะเลือดเองคราวนี้เราปรับมาให้ลูกจ้างให้เขามาช่วยเจาะเลือด แล้วก็เลือกเอาสะดวกคือคนไข้สะดวกตอนไหนก็มาสะดวก 6 โมงก็มา 6 โมง จะมา 7 โมงก็มา 7 โมง ใครที่อยู่ใกล้ก็กลับไปก่อนไปกินข้าว ไปทำงานให้เรียบร้อย 8 โมง 9 โมงก็มาหาหมอจิรชาย

เริ่มแรกก็คือ สอ.หรือหมอจิรชาย เป็นคนตรวจ แล้วมีคุณหมอชื่นฤดีนั่งประกบแต่ไม่ตรวจ เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจ แต่หมอจิรชายว่าเขาตรวจได้โดยที่ไม่ต้องให้แพทย์ตรวจแทน ซึ่งต่างจากขั้นที่แล้วที่เราทำคือให้แพทย์ตรวจ แล้วก็รับยาจากผู้ตรวจเลย พอตรวจเสร็จแล้วเขาก็จะหยิบยาที่หน้าเคาท์เตอร์ก็จะคอยอธิบายเรื่องการให้ยาให้เสร็จครบขบวนการให้เสร็จในคนเดียว ซึ่งในแต่ละวันคนไข้มารับบริการไม่เยอะ ประมาณ 20-30คน มันเป็นเรื่องที่พอดีสำหรับเขาที่พอทำได้ ใช้เวลาในการลงไปทำประมาณ 2 เดือน ตอนนั้นทำมาได้ปีหนึ่ง รูปแบบก็จะเป็นรูปแบบอย่างนี้ แล้วตอนนี้คือว่าหมอจิรชาย คงทำงานดีเกินไป เลยย้ายไปที่สอ.หนึ่ง แล้วพอดีมีพยาบาลมาแทน หมอจิรชายก็ส่งต่อแล้วตอนนี้ก็เป็นพยาบาลตรวจแล้ว

ระบบนัดก็ค่อนข้างดีตามความสะดวกแล้วถ้าควบคุมโรคไม่ดีก็กลับมาที่ ร.พ. แล้วก็ตรวจสุขภาพประจำปีที่ ร.พ. ใช้แบบบันทึกเหมือนกันมีระบบส่งต่อกัน มีเรื่องหนึ่งอยากเล่าให้ฟังว่า คือ การนัดวันอังคาร คนไข้เป็นคนกำหนดเองว่าเป็นวันอังคาร เขาบอกว่าวันอังคารนี้ดี จัดวันอังคารแล้ววันพุธ ร.พ. จัดบริการ ถ้าเขาลืมไปเขาก็ไปรับบริการที่ ร.พ.ได้ เขาบอกเขาเป็นคนจัดเองอันนี้ก็ไ้เป็นเรื่องเรียนรู้กับเขา ผมคิดว่าสิ่งที่ทำมาแล้วพิสูจน์ได้อย่างหนึ่งคือว่าความสุขของผู้รับบริการมันต้องดีขึ้นแน่ ๆ ของประเทยหรือของปลาปากคงไม่ต่างกัน คือใกล้บ้าน ใกล้บ้านก็มีความสุข ไม่ต้องตื่นตี 2ตี 3 เพื่อจะมารับบริการ รับบัตรคิว แล้วมาพบหมอเพียง 5 นาที 3 นาที แต่ตอนนี้คุยกับหมอจิรชายที่เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คุยได้ถึง 10-20 นาที ก็คุยได้ ผลที่เกิดขึ้นคือว่าที่เรากลัวว่าคนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนเยอะ ๆ กลับพบว่าคนที่ต้องส่งกลับ เนื่องจากน้ำตาลสูงบ้าง ต่ำเกินไปบ้างหรือว่าเราตรวจประจำปีภาวะแทรกซ้อนใหม่ไม่ใช่ภาวะแทรกซ้อนเก่ามีน้อยมากมีเพียงรายหรือสองรายเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นเพราะความสุขที่ได้ อยู่ใกล้บ้าน แล้วทำให้เขาควบคุมโรคดีขึ้นหรือเปล่า

อันที่ 2 คือเรื่องการคัดกรอง ซึ่งเรามักจะมองเป็นปัญหาชุมชนนี้เราจะคัดกรองกันเอง หมายความว่า เราจะชวนกันไปเอง เราไม่ต้องไปตั้งโต๊ะในหมู่บ้าน พอถึงเวลาเขาก็จะชวนกันมา เพราะชุมชนนี้เป็นชุมชนเบาหวานเยอะมาก ปัญหาที่จะติดต่อไปคือว่า เราจะคิดยังไงที่จะสร้างให้ชุมชนตระหนักเรื่องเบาหวานเนื่องจากวิถีชีวิตเขาเปลี่ยนไป ก็เจ้าหน้าที่ สอ.เองก็พูดตรง ๆ คือที่หมอจรรยาพูดก็คือได้ใกล้ชิด สามารถคุยกันได้ ปรับกันได้ แล้วตอนนั้นเราก็คิดต่อยอดเพราะเรามองว่า วิถีชีวิตของชาวโคกสูงของชาวนกเหาะเปลี่ยนไป ฟังการบริโภคนอกชุมชนมากเกินไปไม่สามารถควบคุมวัตถุดิบผลิตได้ ในการบริโภคอาหารได้ สิ่งที่จะติดต่อไปอีกว่าจากเดิมสถานีอนามัยที่ปฎิเสธเราในปีแรกที่เรากำหนดนั้นก็กลับมาทบทวน แล้วเขาเป็นคนยกมือ เองว่าอยากจะทำต่างใหม่จากเดิมที่เราทำเรามักจะส่งให้เขาทำ แต่น้องเขาเดินมาบอกอยากจะทำ แต่ก็มีข้อตกลงร่วมกันว่าถ้าจะทำร่วมกัน

จะต้องเรียนรู้ด้วยกัน แต่ไม่คัดลอกของโคกสูงไปทำทุกอย่างในบริบทของมหาชัยอาจทำอย่างนี้ ในบริบทของกุดตะไคร้อาจทำอย่างนี้ ไม่คัดลอกไป อันนี้เป็นกรณีหนึ่งให้พวกเราอยากเรียนรู้ด้วยว่าถ้ากิจการใดที่เกิดขึ้นแล้ว การไปคัดลอกไปทำทั้งหมดนั้นอาจจะใช้ไม่ได้ทั้งหมด สิ่งที่ได้เรียนรู้ตอนนี้ คือว่า ระบบบริการ การที่เราจะทำอะไรก็ตามที่ได้เรียนรู้ด้วย คือว่าต้องมีการเตรียม คือทั้งเตรียมระบบแล้วก็เตรียมใจ เตรียมทั้งผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ เตรียมระบบที่เอื้อส่งต่อสนับสนุนจากเดิมที่เราทำทุกอย่างลงไป แต่ในความเป็นจริง เราไม่ได้ทุ่มใจให้กับเขาด้วย ไม่ได้ให้เขาเตรียมใจด้วย ก็เลยเกิดกระบวนการปรับให้กลับมาแทบไม่ทัน ความสม่ำเสมอรูปแบบการจัดบริการต้องหลากหลายจากเดิมเราคิดว่า ตัวเราเองไปจัดบริการ ต้องเป็นเจ้าหน้าที่เท่านั้นที่ต้องเจาะเลือด ต้องเป็นพยาบาลเท่านั้นที่จะเป็นคนตรวจ แต่ถ้ามีขอบเขตในการให้บริการที่ชัดเจน มีซีพีจีที่ชัดเจน ผมเชื่อว่าทุกคนทำได้ภายใต้ขอบเขตที่ตัวเองรับผิดชอบ ไม่ใช่ก้าวพ้นจากกรอบวิชาชีพของตัวเองไป ต้องยึดหยุ่นไป สิ่งเรียนรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นมาภายในปีสองปี แต่สิ่งที่เรียนรู้มีการพัฒนาจากการบริการผู้ป่วยเบาหวานที่ปรับในชุมชน ไปอยู่ในหมู่บ้านเป็นอย่างไร

นายแพทย์สุรศักดิ์ เกษมศิริ

โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด

ลองดูว่ามันจะไปอยู่ในชุมชนได้อย่างไร อันดับแรกต้องยืนยันอีกครั้งหนึ่งนะครับว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.เมยวดี อ.เมยวดี จ.ร้อยเอ็ด หลายคนจะคิดว่าเราอยู่ติดแถว ๆ พม่า แต่จริงๆเราอยู่แถวร้อยเอ็ด เรื่องเบาหวานคิดว่าเป็นเรื่อง ที่สถานการณ์คล้าย ๆ กัน เป็นโรคที่ฮิต คือถ้าเราคิดถึงผู้ป่วยเรื้อรังก็จะคิดถึงผู้ป่วยเบาหวานก่อน ถ้าพูดถึงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตศูนย์สุขภาพชุมชนเมยวดีขอข้อมูลไปที่ศูนย์สุขภาพชุมชน พิชัยเมยวดี และส่วนที่เป็นโรงพยาบาลอีกอันหนึ่ง ลองจินตนาการดู อันนี้มันอยู่ที่พิชัย ที่โรงพยาบาลเราดำเนินการ การดำเนินการผมอยากพูด 2 กระบวนการคือ เรื่องแนวคิดของกระบวนการกับ กระบวนการที่เราทำ

แนวคิดก็เกิดจากเป้าหมายของพิชัยเมยวดีเอง ที่ต้องการให้ชาวบ้านพึ่งตนเองได้ และช่วยในเรื่องของการพัฒนาศักยภาพ และก็คิดต่อจากการที่ให้เขาพึ่งตนเองได้ ก็คือ เราจะไปดูแลผู้ป่วยภายใต้บริบทของเขาได้อย่างไร ก็คือถ้าให้เขามาที่สถานบริการมาที่โรงพยาบาล ในมุมมองที่เราเป็นผู้ให้บริการ เราก็อยู่ในกรอบเดิมตลอด เราก็จะเป็นผู้ให้ เราจะต้องเป็นผู้สั่ง เขาก็จะต้องทำตามที่เราบอก จะต้องลดมะขามหวาน ลดลำไย ลดอะไร เราจะต้องเป็นผู้สั่งตลอด แต่ที่นี้ถ้าลงไปอีกบริบทหนึ่งจะเป็นอย่างไร

ในเรื่องศักยภาพที่พิชัยเมยวดี ก็เชื่อว่าทุกคนต้องมีศักยภาพไม่ว่าจะเป็นใคร ทั้งเจ้าหน้าที่ทั้งชาวบ้านด้วย ทุกคนมีศักยภาพ แต่ศักยภาพบางที่มีนอนเหมือนตะกอนอยู่ที่นั่น ถ้าไม่เขย่าก็ไม่เห็นตะกอนที่ชัดเจน ศักยภาพจะเกิดขึ้นได้ต้องมีการเรียนรู้ พอเราเรียนรู้เราก็จะรู้ว่าจะทำมันอย่างไรที่เหมาะสมกับสถานการณ์เช่นนี้ บริบทเช่นนี้ สิ่งที่สำคัญที่สุด ในการที่เราจะไปดูในเรื่องของศักยภาพของชาวบ้านหรือของชุมชน ผมว่าต้องฟังเขาก่อน อันดับแรกเลย เราคงจะไม่ไปบอกเขาว่า เขาจะต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้ แต่ต้องคงฟังๆไว้ก่อน เพียงแค่เราเปิดใจ การมีพิชัยในราคา 30 บาท รักษาทุกโรค เดือนพฤษภาคม 2545 ก็เริ่มลงไปเลย เมยวดีจะมีตำบล จะมีหมู่บ้านทั้งหมด 11 หมู่ ใน 11 หมู่คนไข้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมารับที่โรงพยาบาล แล้วก็ถ่ายโอนไปที่พิชัยเมยวดี ตอนที่เงิน 30 บาท ที่นี้พอได้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเบาหวานทั้งหมดที่อยู่ในตำบลเมยวดี เจ้าหน้าที่ก็มาคุยกัน ว่าเราจะดูแลกลุ่มนี้อย่างไร ก็จินตนาการต่อไปว่าถ้าเขาไม่

ต้องมารับยาที่โรงพยาบาล แล้วก็เจ้าหน้าที่ที่เราลงไปบริการที่ชุมชนจะเป็นไปได้ไหม มันคล้ายๆเป็นการทดลอง ก็ไม่มั่นใจว่ามันจะเป็นไปได้หรือไม่

แต่เราคิดว่าที่เคยให้บริการแต่เดิมๆ มันรู้สึกตัน รู้สึกอยู่ในกรอบ วันเวียนอยู่มันหาทางออกไม่ได้ มันก็ไม่พ้นจากภาพที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ประทุหรือที่ปลาทูปาก ที่เมยวดีเจ้าหน้าที่หนึ่งคนก็จะดูแลหมู่บ้านหนึ่งถึงสองหมู่บ้านแล้วแต่คน ตกลงกันว่าดูทั้งหมด ดูตั้งแต่เกิดแก่เจ็บตาย ดูญาติพี่น้อง กายจิตวิญญาณสังคม ดูหมดเลย กิจกรรมที่เราไปทำก็คล้ายเรายกโอพีดีไปไว้ที่ชุมชน ก็คือเจ้าหน้าที่ต้องออกไปตรวจเลือดและเจาะน้ำตาล วัดความดันที่หมู่บ้าน แล้วแพทย์ก็ออกไปตรวจ พอตรวจเสร็จก็ออกไปจ่ายยา ซึ่งตอนแรกๆก็ยังไม่ค่อยลงตัว

ผมขอเล่าตอนที่มันลงตัวไปเลยคือว่า ใน 11 หมู่ 1 เดือนจะมีการนัด 11 ครั้ง แต่ว่าบางหมู่บ้านอยู่ใกล้กันและคนไข้ไม่เยอะเกินไป ก็จะมารวมกัน เช่น หมู่ 1 กับหมู่ 9 ที่เมยวดีก็จะมารวมกัน คนไข้เบาหวาน คนไข้โรคเรื้อรัง ที่มารับยาที่หมู่บ้านตอนนี้ก็ประมาณ 120 – 130 คนได้ ใน 11 หมู่ ที่ดูแลก็กระจายกันออกไป แต่ละครั้งประมาณสัก 7 โมงเช้า (ดูรูปประกอบ) ฟัรดินาที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ อยู่ที่ร.พ.เจ้าหน้าที่ทุกคนที่จะต้องออกตรวจจะต้องมาเตรียมอุปกรณ์ ในตอนเย็นแล้วตอนเช้าก็ขึ้นรถมอเตอร์ไซด์ออกไปในจุดที่เรานัดกับชาวบ้านไว้แต่ละหมู่บ้าน ประมาณสัก 7 โมงเช้า ซึ่งจุดที่นัดแต่ละหมู่บ้านก็จะใช้วิธีการเรียนรู้ร่วมกันกับชาวบ้านว่า จะเอาที่ไหนไม่มีส้วมใส่มา บางหมู่บ้านก็จะเป็นศาลากลางหมู่บ้าน บ้านผู้ใหญ่ก็มี บางหมู่บ้านก็จะเอาที่บ้านผู้ป่วยเบาหวานเป็นคนแก่ เดินไปเดินมาลำบาก บางหมู่บ้านก็จะเอาบ้านที่ผู้ป่วยพิการก็มีแล้วแต่เขาจะเป็นคนเลือก เราก็จะไปตามที่เขาเลือก เสร็จแล้วก็จะขี่มอเตอร์ไซด์ไปพอลถึงที่ชุมชนก็จะมีการตรวจเลือด วัดความดัน เตรียมรถแพทย์ไว้ ในช่วงที่แพทย์ยังไม่ออกไปก็จะเป็นช่วงของการพูดคุย การทำกลุ่ม การพูดถึงชีวิตความเป็นอยู่ทำมาหากินอะไรก็คุยไปเยอะ ไม่ใช่จะคุยเฉพาะเรื่องโรคอย่างเดียวก็จะเป็นหลากหลายแบบแล้วแต่ว่าเขาจะเตรียมอย่างไรไว้ให้แพทย์ พอสักประมาณ 7.30 แพทย์ก็จะออกไปตรวจ พอแพทย์ตรวจเสร็จก็จะใช้เวลาสักครึ่งชั่วโมงในการตรวจตรงนี้ พอตรวจเสร็จแพทย์ก็จะกลับร.พ. จาก 7.30 – 8.30 แพทย์ก็จะกลับร.พ. ต่อจากนั้นก็เป็นที่ของหมอประจำหมู่บ้าน ที่จะดำเนินการต่ออย่างไรที่วางแผนไว้ว่าวันนี้เราจะทำอะไร จะคุยอะไร ก็คุยกันในกลุ่มที่คุยไว้ หรือว่าวันนี้ชาวบ้านไม่สะดวกคุยมีธุระมีอะไรก็แยกย้ายกันกลับ จะมีเด็กที่เป็นดาวชินโดรมที่ยายเป็นโรคเบาหวานดูแล คือถ้าเราอยู่ที่ร.พ. เราก็จะไม่เห็นตรงจุดนี้เลย แต่ถ้าเราออกไปข้างนอกเราจะเห็นหมด พอเสร็จพยาบาลก็จะกลับเข้าไปในร.พ.จัดยาของแต่ละคนแล้วก็มาส่งให้ที่บ้าน ก็ตามสะดวกของเจ้าหน้าที่ประจำหมู่บ้านจะเป็นช่วงสายวันนั้นว่าจะเป็นช่วงบ่าย ช่วงเย็นก็แล้วแต่สะดวกในระหว่างที่มาจ่ายยาเบาหวาน

ก็เป็นกลยุทธ์ในการที่จะต้องไปเยี่ยมหมู่บ้านด้วย เจ้าหน้าที่ที่เราจะเดินดูไปเรื่อยๆ ลักษณะของการพูดคุยเราไม่ใช่เรียกรายละเอียดสุขภาพอย่างเดียว มีอะไรที่เจอก็พูดคุยกับหมอไป อย่างถ้าเจ้าหน้าที่สนใจเรื่องผ้า ไปเจอกลุ่มที่กำลังทอผ้าอยู่ คุณป้าที่แก่เป็นเบาหวานอยู่กลุ่มทอผ้าก็จะคุยเรื่องทอผ้าไป ไปเจอคนที่สานอูให้หลานก็คุยกันไป มันจะทำให้เข้าใจชาวบ้านเข้าใจบริบทไปโดยไม่รู้ตัว (สไลด์สุดท้าย) ที่คิดว่าสำคัญที่สุดในกระบวนการทำงานที่ PCU คือเจ้าหน้าที่ต้องคุยกัน คือมันมีความเป็นทีมเพราะว่างานของเรามันไม่มีรูปแบบตายตัว ต้อง 1 2 3 4 5 6 แล้วพอครบกระบวนการก็มา 1 2 3 4 5 6 ใหม่แต่ว่ามันต้องมาพูดคุยกันต่อไปก็จะเกิดความไม่เข้าใจกัน ในกลุ่มนี้ถือว่าเป็นสิ่งที่ต้องพูดคุยกันบ่อยที่สุด

เพราะผมจะสรุปให้ฟังว่าปัจจุบันแพทย์ของเมยวดีจะมี 3 คน แต่คนที่ออกประจำก็คือผม ผมจะเป็นตัวหลักตั้งแต่ตอนต้น เพราะว่าอะไรได้ทดลองดูชนวนแพทย์ออกด้วย ปรากฏว่าการชนวนแพทย์ออก ก็บอกว่าถ้าแพทย์คนนั้นยินยอมออกด้วยก็ดี แต่ถ้าเขาไม่เห็นด้วยถึงแม้จะเป็นน้องเราก็เป็นปัญหาเลย เขาก็จะมาพูดต่อเลยว่ามันไม่คุ้มที่ให้แพทย์ออกไปตรวจที่ละ 5 คน 10 คน เขาก็จะมองในแง่ว่า การ ทริท อย่างเดียวมันไม่คุ้มตอนแรกๆ เริ่มผมก็ไม่ให้แพทย์ออก ผมก็ออกคนเดียวตลอด เพื่อให้ระบบมันอยู่ตัวก่อน พอมีการเปลี่ยนแพทย์ใหม่มาเราก็ใช้วิธีชักชวน การชักชวนผมไม่เคยชักชวนเลย แต่เป็นเจ้าหน้าที่ที่ PCU ใน เป็นคนไปชักชวนแพทย์เอง ใช้วิธีชวนคุณหมอสนใจใหม่ คุณหมอจะลองดูสักครั้งใหม่ ใช้วิธีชวนก็จะมีหมอที่หลงกล ออกไปก็มีแต่หมอที่ไม่ออก ก็ไม่บังคับพอดตอนหลังๆ ระบบเริ่มอยู่ตัว เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้เรื่องเบาหวานเยอะเข้าใจผู้ป่วยเยอะ ก็จะมีวันที่หมอติดธุระเจ้าหน้าที่ก็จะดำเนินการเอง โดยที่ไม่มีหมอกับได้ แล้วถ้าเจอ Case ที่มีปัญหาเขาก็จะถือเข้ามาปรึกษาแพทย์ที่ร.พ.เองว่าไปตรวจแล้ว เจอปัญหาอะไรบ้าง แล้วก็มาคุยกัน แพทย์ก็จะให้คำแนะนำแล้วเจ้าหน้าที่ในหมู่บ้านก็ต้องเอาไปดำเนินการต่อ

นพ.สมยศ บทบาทของพยาบาลที่อยู่ในชุมชนนี้ทำอะไรบ้างและทำอะไร อาจารย์ศิริพร จะมาฉายภาพให้เราดู
อำเภอหนองน้ำพองในเขตอบต. น้ำคลอง

คุณศิริพร เหลืองอุดม

โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

เราจะมองภาพการสร้างสุขภาพทั้งในผู้ที่มีสุขภาพปกติและผู้ที่มีโรคเรื้อรังแต่ว่าวันนี้จะขอเล่าประสบการณ์ของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งบริการชุมชน เพื่อสุขภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในต.น้ำพอง ได้เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดย ร.พ. น้ำคลองได้จัดให้มีพยาบาลลงชุมชน ซึ่งเป็นอาสาสมัครเป็นโครงการที่สมัครใจที่จะลงไปทำงานในชุมชน ทั้งหมดก็จะเข้าไปทำงานในเขตอบต. น้ำพอง ทั้งหมด 13 หมู่บ้าน โดยแบ่งพื้นที่รับผิดชอบกันเป็นคนละ 2 ถึง 3 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นการขยายโอกาสของศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวซึ่งปีนั้น PCU ในร.พ. ลงไปทำงานในชุมชน

โดยการทำงานของร.พ.ชุมชนจะทำงานครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือมีการรักษา มีการส่งเสริมสุขภาพ มีการควบคุมโรค และมีการฟื้นฟูสุขภาพ โดยช่วงเช้าพยาบาลทั้ง 6 คนก็จะมาริ่รถตู้ ไปส่งตามสาธารณสุขมูลฐานหมู่บ้าน โดยไปตรวจรักษาโรคเบื้องต้นก่อน เมื่อตรวจเสร็จแล้วเราก็จะออกเยี่ยมบ้าน โดยเราจะเน้นเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการเพื่อเรียนรู้ถึงวิถีชุมชน สร้างสัมพันธภาพรวมถึงการค้นหาปัญหาการป้องกัน และการวิเคราะห์วางแผนแก้ไข ปัญหาให้ตรงกับสภาพและบริบทชุมชนที่เน้นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะต้องดูแลใกล้ชิดและต้องเรียนรู้ถึงบริบทการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข แต่ก็มีกรณีที่เราพบคือ ยายอายุ 70 เป็นเบาหวานอยู่กับลูกชาย เมื่อเราได้เข้าไปเรียนรู้ถึงวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยรายนี้ ก็เลยทำให้เข้าใจถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาวางแผน เอามาคุยกันในทีมงาน รวมทั้งทีมแพทย์ ทีมพยาบาลชุมชนด้วยกัน ว่าเราจะดูแลผู้ป่วยรายนี้ยังไง โดยการให้พยาบาลชุมชนเข้าไปเจาะเลือด

คุณไพรัช วงศ์จุมปู

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

อำเภอแม่ใจก็เป็นอำเภอเล็กๆ มี 6 ตำบล 65 หมู่บ้านอยู่ทางทิศเหนือเป็น 1 ใน 9 ของอำเภอในจังหวัดพะเยา ประชากรก็ประมาณ 3 หมื่นเศษ มีทีมงานสาธารณสุขอำเภอ มีร.พ.ชุมชนตอนใต้ร.พ.ชุมชนก็มี PCU อยู่แห่งหนึ่งสถานีอนามัยอยู่ 9 แห่ง ในเรื่องโรคเอดส์หลายท่านบอกว่าพะเยามีความเชี่ยวชาญจริงแล้วต้องบอกว่า เราเจอปัญหาเยอะ จังหวัดพะเยาเป็น 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนมีสถิติในเรื่องโรคเอดส์เป็นอันดับหนึ่ง อันดับต้นๆ ความจริงเราไม่ยากได้แต่การแก้ปัญหาโรคเอดส์ ผมว่าคงมีมิติบริบทที่แตกต่างจากเบ้าหวาน เบ้าหวานกับเอดส์มิติตรงนี้จะสะท้อนอะไรหลายๆ อย่าง ว่าเราจะดูแลผู้ป่วยเบ้าหวานผู้ป่วยเอดส์แตกต่างกันอย่างไร เหมือนกันอย่างไร

ความจริงก็เป็นผู้ป่วยเรื้อรังแต่เอดส์มันมีมิติซับซ้อน เพราะว่ามันเกี่ยวเนื่องกับเรื่องของบริบทของด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะเรื่องของพิธีกรรมเป็นปัจจัยที่สำคัญ เมื่อปัญหาเรื่องของโรคเอดส์โดยเฉพาะของเพศสัมพันธ์ ที่มันซับซ้อนมากมายตรงนี้ ทำให้ในสังคมหนึ่งโดยเฉพาะอำเภอแม่ใจจะมีผู้ป่วยเอดส์ผู้ติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และก็ผู้ได้รับผลกระทบมากมาย ผมไปประมวลข้อมูลนับจำนวนสถิติตั้งแต่เริ่มที่เจอผู้ป่วยรายแรกของอ.แม่ใจ จนถึงบัดนี้ประมาณ 10 ปี ย้อนหลังมีพันกว่าราย ซึ่งตัวนี้เป็นข้อมูลที่เรากลับได้ที่มารับบริการที่ร.พ. ที่สถานีอนามัย แล้วเราก็เก็บได้ที่ชุมชน ตรงนี้มันเป็นตัวสะท้อนว่าเราต้องมาจัดระบบในเรื่องจัดการสิ่งสำคัญคือต้องมีเครือข่ายตรงนี้ ให้ครอบคลุมก็คือเครือข่ายของสถานบริการ สถานีอนามัย และ PCU แล้วก็เครือข่ายในชุมชนก็คือองค์กรต่างๆ อย่างเช่น องค์กรท้องถิ่น องค์กรหมู่บ้าน ผู้นำต่างๆ ตรงนี้ต้องเป็นเครือข่ายของเรา เราถึงจะจัดในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วย ได้แบบองค์รวมอันนี้เป็นหัวข้อวันนี้

ตรงนี้เป็นสิ่งสำคัญว่าจะองค์รวมอย่างไร จะองค์รวมเฉพาะเจ้าหน้าที่ดูแลก็ไม่ใช้ มันต้องดูแลทั้งหมด รวมทั้งผู้ติดเชื้อทั้งครอบครัว ต้องมาช่วยกันดูแลเพราะฉะนั้นเราก็มีขั้นตอนว่าเราจะดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างไรบ้าง

สิ่งสำคัญสิ่งแรกก็จะต้องมีการพัฒนาระบบบริการที่เราเคยบริการปกติประจำตรงนี้ และการจัดการแต่ที่เราจะพัฒนาระบบบริการได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเติมองค์ความรู้และทักษะด้วยนี้เป็นปมเงื่อนไขสำคัญอย่างเช่นในเรื่องของการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเดี๋ยวผมจะพูดต่อไปว่าเก็บอย่างไร แต่ตรงนี้เราต้องเชิญวิทยากรมาเติมให้จากนั้นเมื่อเราจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นรายบุคคลท่านว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เราเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยข้อมูลเชิงคุณภาพต้องใช้ระยะเวลา ต้องใช้ในเรื่องของทักษะ ต้องใช้เวลาที่ต้องลงไปเก็บเพราะงานประจำเราก็มีอยู่แล้ว เพราะฉะนั้นเวลาที่เราจะไปใช้ไปที่จะมาทำตรงนี้ คือเจ้าหน้าที่ของเรา โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่อนามัยบอกว่าในภาวะที่เพิ่มขึ้น อันนี้เป็นเงื่อนไขที่เป็นทัศนคติ บอกว่าถ้าเราทำเรื่องของผู้ป่วยเอดส์ แล้วก็ไปเก็บข้อมูลเป็นการเพิ่มภาระ เพราะฉะนั้นก็ต้องคุยว่า ถ้าเราทำเราทำสำเร็จล่ะ ถ้าเราทำสำเร็จมีฐานข้อมูลผู้ป่วยเอดส์พันกว่าราย เป็นราย ๆ อันนั้นก็คือ ทรัพยากรมหาศาลเลย ที่จะมาวางแผนรายบุคคลว่า แต่ละคนเราดูแลอย่างไร จะดูแลเป็นองค์รวมอย่างไร

ตรงนี้แหละครับ ต้องทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งเราก็ทำโดยที่มงานด้วยหัวใจ ก็คือ เราเห็นชาวบ้านทุกข์เราไม่อยากให้เขาทุกข์ เราก็บอกจะแก้ไขปัญหาดังนี้เพราะฉะนั้นเราต้องเข้าใจว่า บางครั้งมันก็เป็นสิ่งท้าทายที่เราจะทำแต่ถ้าเราทำสำเร็จสิ่งนั้นก็คือความสุขประชาชนถ้าเราทำในเรื่องการเก็บข้อมูลได้พร้อมๆ กับเรื่องการจัดเก็บรวบรวม มันจะเป็นเครื่องมือที่เราจะไปพัฒนาระบบบริการแล้วก็พัฒนาเครือข่ายถ้าเราไม่มีข้อมูลฐานข้อมูลจริงในพื้นที่เราก็จะระบบตามปกติเหมือนเดิม ไม่สนองตอบกับความต้องการสภาพพื้นที่ของผู้ติดเชื้อ เอดส์ไม่สามารถที่จะไปสร้างเครือข่ายอะไรได้

ในรายละเอียดเรื่องของการจัดระบบบริการอย่างเช่น การทบทวนนภาระกิจการตรวจสอบประเมินความรู้ทักษะที่เคยทำอยู่ปกติ แล้วก็เรื่องของการสนับสนุนพัฒนาบุคลากร คือสำคัญ คือการเก็บรวบรวมข้อมูลรายบุคคลจากนั้นก็ทบทวนฐานข้อมูลแล้วปรับตัวแปรในเรื่องของฐานที่สำคัญ และก็การพัฒนาเครื่องมือเพราะว่าข้อมูลเชิงคุณภาพ เราต้องดูตัวแปรที่สำคัญของเชิงพฤติกรรม ผมยกตัวอย่างเช่นคัสสมรส เราไปเจอว่าถ้าผู้ติดเชื้อเอดส์แต่งงานหลายรอบ โอกาสที่จะติดเชื้อเอดส์และโอกาสที่จะแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์มีมาก เราก็ไปรู้ว่าปกติในวัฒนธรรมของชาวเหนือคือแต่งงานหลายรอบ แต่งกับคนแรกก็เลิกกันไป ด้วยเหตุผลหลายๆ เรื่อง ก็ไปแต่งงานกับคนที่สอง เขาไม่ได้คิดหรอกว่า สิ่งที่เขาแต่งงานหลายรอบมันจะเป็นตัวนำโรคส์ตัวเขา อันนี้เป็นวัฒนธรรมของภาคเหนือเมื่อโรคเอดส์เข้ามามันก็เกิด การแพร่ระบาดเข้ามาในชุมชน แพร่ระบาดจากข้างนอกเข้ามาในชุมชน มันก็เกิดการระบาดขึ้น ตรงนี้เราถึงต้องมีการพัฒนา เรื่องของตัวแปร เรื่องของเครื่องมือ ให้ครอบคลุมในเรื่องของบริบทวัฒนธรรมสังคมในพื้นที่ มีการศึกษาที่เก็บเป็นพันๆ (ดูสไลด์ประกอบ)

ชายอายุ 34 ปี จบ ป. 4 มีบุตร 1 คน อาชีพก็เป็นตัวแปรที่สำคัญอันหนึ่ง การเคลื่อนย้ายอพยพไปขายไอศกรีมที่ กทม. เทียวโสเภณีกลับมาอยู่บ้านก็ไปเที่ยวที่อ.พาน เชียงรายอีก สังเกตว่ารับเชื้อข้างนอกของพะเยาทั้งนั้น และก็แต่งงาน แต่งงานแล้วนะครับ ภรรยาตั้งครรภ์ที่สองตรวจเลือดถึงเจอแล้วก็ภรรยาเริ่มป่วยแล้วก็เสียชีวิต อันนี้เป็นครอบครัวหนึ่ง ในมิติของครอบครัวแม่ซึ่งเป็นผู้ดูแลอยู่ เมียก็เสียชีวิตไปแล้วก็มีแม่ดูแลอยู่แล้วก็มียอ แม่ก็ดูแลไม่มีแรงแม่ก็ช่วยหยาบามาให้บอกว่าเอามากินเพราะว่าไม่มีแรง กินเมื่อไม่มีแรงเมื่อมีเงินหากไม่มีแรงไม่มีเงินก็ไม่ได้กิน อันนี้เป็นเงื่อนไขของชาวบ้านอีก ก็คือว่า ถ้าไม่มีเงินก็ไม่ได้กินเหมือนกัน แล้วก็เจ้าหน้าที่ของเราก็ดูแลต่อ จนถึงเสียชีวิตต่อมาลูกหลานของเขาที่ติดเชื้อเอดส์ปรากฏว่ามีอาการแขนขาชกขาอ่อนแรง ไม่ยอมไปโรงเรียนเด็กคนนั้นบอกว่าไม่มีรองเท้าใส่เจ้าหน้าที่สอ. ไปเยี่ยมก็บอกว่า ไม่มีรองเท้าใส่ เจ้าหน้าที่ร.อ. ชื้อรองเท้าให้เลย ไหนก็ดูแลมาตั้งแต่พ่อแม่ละ เสียไปหมด ลูกคนเดียวก็ไม่เป็นไร รองเท้าคู่เดียวซื้อให้ เพราะอยากให้เด็กไปโรงเรียน แต่จริงๆ ไม่ใช่จริงๆ มันเป็นภาวะการติดเชื้อเอดส์ที่ทำให้การคิบบรองเท้า ระบบประสาทสมองเด็กคิบบรองเท้าไม่ได้ แล้วจะไปใส่รองเท้าได้อย่างไร เป็นการติดเชื้อที่สมองระบบประสาทถูกทำลายไป เจ้าหน้าที่ถึงร้องอ้อ ที่หลังไปติดตามเพราะว่าเด็กคนนั้นไม่ได้เจาะเลือดก็ดูแลปกติทั่วไป จนปี 43 – 44 ป่วยเสียชีวิตไปอีก ครอบครัวมี 5 คน เสียชีวิตไปหมด เหลือเด็กคนเดียวอยู่กับป้า ป้ามาช่วยดูแล เจ้าหน้าที่ของเราไปดูดูแลต่อเนื่องจนเสียชีวิตปี 45 ก็ไปช่วยงานศพอีก ถ้าผมบอกว่าอันนี้เป็นองค์รวมหรือไม่ต้องถามท่านผู้มีเกียรติยิ่งคำถามดูแลตรงนี้ ตั้งแต่พ่อแม่ลูก เป็นองค์รวมหรือไม่ในบริบทของครอบครัวในสังคมตรงนี้

Case ต่อมาเป็นผู้หญิงอายุ 30 ปี จบป. 6 มีบุตรหนึ่งคน เริ่มแต่งงานกับชายที่รักในหมู่บ้านผู้หญิงคนนี้มีหน้าตาสวย อาชีพรับจ้างที่ลำปางตั้งครุครั้งแรกผลเลือดปกติ ต่อมาสามีมีอาการป่วยแล้วก็เจาะเลือดเจอเชื้อ HIV ภรรยาเสียใจมากปี 39 ก็ตัดสินใจตรวจเลือด แล้วสามีก็เสียชีวิตลง แต่งงานรอบที่ 2 กับกลุ่มคนที่เป็นสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อบางท่านอยู่ที่สถานีอนามัย แล้วก็มีคนมารวมกลุ่มผู้ติดเชื้อ ก็คงจะเข้าใจว่าผลกระทบของการตั้งกลุ่มของผู้ติดเชื้อก็คือ ส่วนหนึ่ง ก็คือ การถ่ายทอดเชื้อแลกเปลี่ยนเชื้อ แล้วก็พลาดจากการคุมกำเนิด แล้วก็ไปรักษาแพทย์พยาบาลที่ร.พ. แล้วเริ่มกิน ARV สามีคนที่ 2 ก็เสียชีวิตปี 47 แต่งงานรอบที่ 3 เพราะผู้หญิงคนนี้หน้าตาสวยหลังจากกิน ARV เสร็จผิวพรรณวรรณะดี ทำงานที่ร้านอาหารมาปี 47 ปลายปี ขอเลิกกิน ARV บอกพยาบาล ถ้าท่านเป็นพยาบาลท่านจะตอบอย่างไร ท่านจะให้คำปรึกษาอย่างไรเหตุผลบอกว่ากลัวแขนลีบ แก้มตอบ แล้วก็กลัวผอม กลัวไม่สวย เพราะตอนนี้กำลังทำงานอยู่ อันนี้เป็นคำถาม ผมจะจบตรงนี้ไว้ให้คิด เดี่ยวจะเฉลยร่วมกันกับท่านในต่อไป

นพ. สมยศ ในช่วงที่ 2 จะเป็นการเจาะใจ เจาะลึกที่ท่านในแต่ละท่านมีมุมมองว่าที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับองค์กรรวมอย่างไร เราลองมาเจาะดูในแต่ละพื้นที่ พร้อมกับคำถามที่น่าสนใจ ผมจะเรียนถามท่านวิทยากรทั้ง 5 ท่านว่าที่เข้าไป ท่านมีแรงจูงใจอย่างไรในการทำเพื่อให้บรรลุสิ่งที่เข้าถึงประชาชน และสิ่งที่ท่านทำในมุมมองของท่านเป็นองค์กรรวมอย่างไร

คุณศิริพร

จุดเริ่มต้นของโครงการพยาบาลชุมชน ก็มีจุดเริ่มต้นจากกระแสปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งเน้นความสำคัญในการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ซึ่งทางร.พ.น้ำพอง ได้จัดตั้งศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวเพื่อตอบสนองนโยบาย แต่ก็เป็นการให้บริการที่เน้นการรักษาโรคในระดับบุคคลเท่านั้นและเป็นการบริการแบบตั้งรับ ยังไม่ได้เป็นการทำงานเชิงรุกที่เอื้อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเท่าใดนัก ในขณะที่เดียวกัน ร.พ. น้ำพองก็ได้เริ่มการทำงานเครือข่ายประชาชนสุขภาพ ที่มีเจ้าหน้าที่ของร.พ.เป็นอาสาสมัครจากฝ่ายต่างๆ เข้ามาทำงานในที่มิ่งตั้งชื่อทีมว่า 25 น. ซึ่งประกอบด้วยแพทย์พยาบาล 25 น. ซึ่งย่อมาจาก 25 นาง 25 นาย ไม่ใช่ทำงานจนถึงตี 1 หลังจากทีม 25 น. ได้ทำงานเครือข่ายซึ่งขณะนั้นมีเครือข่ายต่างๆ ในประชาคมสุขภาพ เช่น เครือข่ายอสม. เครือข่ายพระสงฆ์ เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายอบต. ในแต่ละเครือข่ายก็ได้มีการพูดคุยถึงเรื่องสุขภาพบ้าง จากการริเริ่มดังกล่าวทีมร.พ. น้ำพอง แล้วก็อบต.น้ำพองซึ่งมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันอยู่แล้ว ก็ได้มีการพูดคุยกันว่าจะมีแนวทางในการดูแลสุขภาพของประชาชนของเขตอำเภอน้ำพอง แล้วก็ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างไรดี ก็อาจจะมีการปรึกษาหารือกัน เสร็จแล้วก็เกิดความคิดขึ้นว่าเราจะทำอย่างไรดี การดูแลสุขภาพมันจะดีกว่านโยบาย 30 บ.

นพ. สมยศ แรงจูงใจที่ทำให้เกิดการบริการแบบองค์กรรวมแบบเมยวดี

นพ.สุรศักดิ์

สิ่งที่เป็แรงจูงใจทำให้เกิด ผมคงคิดว่าเป็นลักษณะของความฝัน คนทำงานแต่ละคนก็จะมีคามฝันพวกเราทุกคนที่ทำใน PCU หรือ ร.พ. เราลองดูความฝันของเรานี้ว่ามีความฝันอย่างไร อยากให้ระบบการทำงานแบบสั่งการมา ทำลายความฝันของเรา ถ้าเราคิดถึงระบบการดูแลเบาหวานแล้วเราเอาชุมชนมาพ่วง ผมก็ฝันว่าทำอย่างไรถึงจะเรียนรู้ชุมชน ถึงจะรู้จักชุมชนดี ผมก็คิดฝันว่าถ้าเราทำแบบที่เล่าให้ฟัง เปิดคลินิกคนไข้ dm ต้องมาตามคลินิกทุกๆ วัน มันรู้สึกมันตันมันเต็ม มันไปไหนไม่ได้ แต่โครงการนี้จะไปไม่ได้เลย ถ้าผมฝันอยู่คนเดียวแล้วเจ้าหน้าที่ที่ร่วมงานกันไม่ทำอันนั้นผมก็ทำไม่ได้ ความฝันจะบังคับกันไม่ได้ แต่พอของเมยวดีมันลงตัว ฝันของผมฝันของเจ้าหน้าที่มันเอื้อกัน แล้วเขาก็นึกถึงที่จะทำ ก็มาคุยกันใช้วิธีคุยกันแล้วก็ เราอยากจะเรียนรู้ดูก็เลยทำ ที่ทำมาตั้งแต่ปี 45 พยาบาลประจำหมู่บ้านออกไป เขาไม่เคยขอ OT ผมก็บอกให้เขียนมาจะให้ แต่เขาก็ไม่เขียนเลย มันมีความลงตัวเขารู้สึกทำด้วยใจที่อยากจะทำ

ลักษณะของโครงการมันเป็นโครงการเรียนรู้ เรื่องของการได้องค์กรรวม จะต้องเกิดจากมุมมองที่ว่าเราจะพยายามเรียนรู้ผู้ป่วยถ้ามาอยู่ที่ร.พ. อย่างมากเราได้เรียนรู้เรื่องขององค์กรรวมในเรื่องของ Holistic จากปากที่เขาเล่าให้ฟัง เราจะไม่เข้าใจความรู้สึกเลย แต่ถ้าไปอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานเราจะเข้าใจและเราก็จะได้ไปเห็นในสิ่งที่เราไม่

เห็น เช่นเด็กที่เป็นดาวซินโดรม ก็ไม่เห็นถ้าอยู่ที่ร.พ. เชื่อมไปโรคเอดส์ก็ได้ เพราะโรคเอดส์หลาย ๆ คนก็ซ่อนตัวอยู่ในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ก็จะไปเจอ case ที่อยู่ในชุมชนที่เยี่ยมบ้าน ซึ่งการที่จะเห็นไม่ใช่ว่าจะไปเปิดประตูบ้านเขา แต่เราต้องอาศัยเวลาที่เขาไว้วางใจเรา ก็จะคุยก็จะเป็นการคุยในองค์กรรวม ลักษณะของการที่ได้เรียนรู้องค์กรรวมก็ทำให้เขาเข้าใจ พอเจ้าหน้าที่เข้าใจก็จะเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ โครงการนี้เน้นเรื่องการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่และให้เจ้าหน้าที่เปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนที่จะไปเรียนรู้เพื่อให้ชาวบ้านเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อันนั้นเป็น Step ต่อไปซึ่งเราต้องมาคิดว่าเราจะทำอย่างนุ่มนวลยังไงดี

แรงจูงใจสิ่งที่เราเห็น แรงจูงใจมันเกิดจากปัญหาที่เราเจอทุกวัน แล้วปัญหาที่มันเกิดขึ้นก็เหมือนทุก ร.พ. คือมันเกิดจากงานบริการที่เราเห็นอยู่ทุกวัน ขึ้นกับว่าเราทนได้หรือเปล่า ถ้าเราทนก็ทนไปเรื่อย ๆ ปัญหามันก็รุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ แต่เราทนไม่ไหวก็ต้องจัดการใช้การจัดการลงไป ดังนั้นสิ่งที่เราเห็นอยู่ทุกวันก็คือคุณภาพของการบริการ ตรงนี้คือแรงจูงใจหลัก คุณภาพกับปริมาณมันมักจะไม่ได้ไปด้วยกันถ้าเมื่อไรคนไข้เยอะ ปริมาณเยอะ คุณภาพที่ดีมันคงยาก เพราะฉะนั้นคำถามมันเกิดขึ้นว่า ถ้าเราต้องการคุณภาพแล้วประเด็นที่ 2 ที่เป็นแรงจูงใจ แล้วทรัพยากรด้านสุขภาพที่เรามีอยู่ในมือ เรามีอะไรบ้าง ถ้าเราคิดว่าร.พ.เป็นศูนย์กลางคุณก็คิดอยู่แค่นั้น แต่ถ้าเราคิดว่าระบบสาธารณสุขเป็นศูนย์กลาง คือมีร.พ. สถานีอนามัยหรือ PCU ก็ดีขึ้นมานิดหนึ่งแต่ที่ดีที่สุดคือ

ทรัพยากรของเรามีอยู่ในชุมชน ผมเชื่อว่าแต่ละที่สะท้อนคนที่ดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด ไม่ใช่หมอ ไม่ใช่พยาบาล ไม่ใช่ใครทั้งสิ้น ก็คือ ตัวเขา ครอบครัว และชุมชน แต่ทั้งหลายทั้งปวงเกิดขึ้น จากเราทำงานแล้วเราได้เรียนรู้ นั่นคือส่วนของแรงจูงใจ ที่มันเกิดต่อองค์กรรวมอย่างไร มันต้องเห็นภาพอย่างนี้ ถ้าเอาตุ๊กตาของคนไข้โรคเรื้อรังคือคนไข้เบาหวานในอดีตผมเชื่อว่าต้องเหมือนกัน คือคนไข้โรคเบาหวานถูกดูแลในร.พ. เท่านั้น แล้วในร.พ.ถูกดูแลโดยแพทย์เท่านั้น แล้วกิจกรรมที่ดูแลคือรักษาเท่านั้น ทั้งหมดคือส่วนเดียวทั้งหมดเลย ไม่ว่าดูในมุมมองของวิชาชีพ หรือมุมมองของบริการที่คนไข้เบาหวานได้รับ ผมเชื่อว่าเราพยายามจะฉีกออกมาว่า นั่นคือสิ่งที่ดีที่สุดหรือยังที่คนไข้คนหนึ่งหรือผู้ป่วยรายหนึ่งจะได้รับ

ฉะนั้นสิ่งที่กิจกรรมทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบในเรื่องขององค์กรรวมอย่างไร ก็คือในแง่ของคนไข้ เขาคนนั้นที่ผ่านมาได้ดูแล แต่จะกินยาอะไร ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนก็ต้องนอน ร.พ.ก็วันก็ผ่านไป กลับบ้านไปก็ไม่มีใครดูแลหรือการแทรกซ้อนครั้งต่อไป สิ่งที่เขาจะได้จากการเปลี่ยนวิธีคิดแบบนี้ก็คือว่า นอกเหนือจากการดูแลรักษาพยาบาลแล้ว การดูแลเรื่องจิตใจ เขาเคยไหมที่พูดแล้วเจ้าหน้าที่ฟังตรงนี้ได้ เพราะฉะนั้นสังคมสิ่งแวดล้อม ตัวนั้นแหละจะเป็นตัวช่วยเขา ถ้ามองในแง่ผู้ป่วยแล้วการดูแล เขาจะได้รับการดูแลที่ดีทั้งร่างกายจิตใจ และสังคม แล้วการบริการที่เขาได้รับมากกว่าการรักษาพยาบาลอย่างเดียว กระบวนการให้สูตรศึกษากระบวนการไปเยี่ยมบ้าน ทำให้เขาได้รับ การดูแลทั้งด้านการรักษาส่งเสริมป้องกันและ ฟันฟูสุขภาพ นั่นคือ การเป็นองค์กรรวมในแง่ผู้ป่วยที่เน้นการเป็นองค์กรรวมในแง่ทีมงาน

เอาตั้งแต่ระบบบริการก่อน ถ้าระบบบริการคนไข้เบาหวาน ถูกดูแลโดยร.พ. อย่างเดียวคำว่าสถานีอนามัยหรือ PCU ถูกตัดออกจากสารบบการดูแล แต่ถ้าเราคิดแบบองค์กรรวมคนไข้เบาหวานไม่ได้ดูแลที่ร.พ.เท่านั้น ต้องดูแลที่สถานีอนามัยรวมทั้งการไปดูแลในชุมชนด้วย ตรงนี้คือองค์กรรวมเรื่องระบบบริการ อีกส่วนหนึ่งก็คือว่าเป็นองค์กรรวมด้านวิชาชีพ ในร.พ.สมัยก่อนบทบาทเด่นของการดูแลคนไข้เบาหวานคือแพทย์ ต่อมาบอกว่าแพทย์ไม่พอ แพทย์ไม่ค่อยพูดกับคนไข้ คนไข้ได้แต่ยาอย่างเดียว คนไข้ต้องการคำอธิบาย ต้องการอะไรมากกว่านั้น เพราะฉะนั้นก็เริ่มมีพยาบาลเริ่มมีเภสัช เริ่มมีวิชาชีพต่างๆ ขึ้นก็ยังไม่พอ คนไข้เข้ามาร.พ.แป๊บเดียว เดือนหนึ่งมาหนึ่งวันครึ่ง ชีวิตทั้งหมดเขาอยู่ในชุมชน อยู่ในบ้าน มันต้องมีคนตามไปดูแลเพราะฉะนั้นก็ต้องพึ่งทีมที่อยู่ในพื้นที่ อยู่ในสถานีอนามัย อยู่ใน PCU ตรงนี้เกิดการเป็นองค์กรรวมในเรื่องของทีมงานระหว่างวิชาชีพ มีความหลากหลายที่เป็นสหวิชาชีพ และก็เกิดความหลากหลายในระดับบริการในการดูแลคนไข้ อันนี้คงเป็นรูปธรรมในส่วนขององค์กรรวม

ในเรื่องของเอดส์เขา ผมมีเรื่องของการที่นอกจากฟัง ฟังคนไข้ สิ่งสำคัญคือการสังเกตเพราะว่าเราฟังอย่างเดียวบางครั้งเราจะได้มุมมองของการรับฟัง ว่าเขาพูดอย่างไรเขาคิดอย่างไร แต่ว่าการสังเกตอย่างเช่น ผมยก case ที่ว่าไม่ใส่รองเท้า คือการสังเกตในกลุ่มนักเรียนมีเขาคนเดียวไม่ใส่รองเท้าทั้งเจ้าหน้าที่ของเราที่ไปที่บ้านหรือว่าทั้งคุณครูที่ไปร.ร.ที่คุยกัน ก็ใช้วิธีการสังเกตแม้แต่เราพูดคุยกับคนไข้ผู้ติดเชื้อเอดส์เราก็ต้อง สังเกตท่าทีที่ใหม่ ว่าเขาสบายเราไหม ก้มหน้าไหม สีหน้าเขาเป็นอย่างไร เราถึงจะเข้าใจถึงบริบทในตรงนั้น สิ่งที่เราได้ตรงนั้นเป็นการจุด

ปะกายเป็นแรงจูงใจอย่างมากเลย ให้สำหรับเจ้าหน้าที่สถานีนามัย เพราะการลงไปที่ครอบครัวในชุมชนในหมู่บ้าน แล้วเห็นสภาพอาจจะเป็นเรื่องของการเจ็บป่วย ที่แม่ต้องไปตะเวนหาบ้านมาให้ลูกกิน เรื่องของครอบครัวที่ไม่มีเงินที่จะดูแลสุขภาพตัวเองเป็นเรื่องของเศรษฐกิจ เงิน เรื่องของสังคม ตรงนี้ถ้าเราไปที่ชุมชนแล้วเราไปพูดคุยสังเกต ผมว่าเจ้าหน้าที่ของที่มีทักษะอยู่แล้วก็จะจับประเด็นว่าคนไข้โรคเบาหวาน คนไข้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเด็นในเรื่องของบริบทของพฤติกรรมอย่างไร เราก็ต้องพูดคุยสังเกตพฤติกรรมด้วย ไปบางครั้งก็อาจจะไม่ดู ไปถามว่าวันนี้ทานข้าวกับอะไร บางครั้งเราต้องสังเกตว่าวันนี้กับข้าวเขามีอะไร บางครั้งเขาอาจจะหลอกเจ้าหน้าที่ก็ได้ว่า ตอบมาก็ไม่อยากให้หมดคำอีก เพราะฉะนั้นก็ต้องสังเกต

เมื่อเราได้ข้อมูลตรงนี้ พอที่จะชัดเจนจริงแล้วคนหรือครอบครัวมีความต้องการ มีความจำเป็นหรือมีสุขภาพต้องการอะไร เราเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเราตอบสนองตรงนั้นได้หรือไม่ นี่คือหัวใจสำคัญถ้าคุณไม่สามารถจับประเด็นเรื่องของ need เรื่องของความต้องการ เรื่องของสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ถ้าไม่สามารถจับประเด็นได้ว่าเขาต้องการอะไร เราก็สนองตอบตามที่เรต้องการความนึกคิดของเรา ความพึงพอใจของคนไข้ที่มีต่อเราหรือไม่ ไม่ใช่ข้อมูลจากเรา ต้องมีข้อมูลจากคนไข้จากครอบครัวด้วย แล้วถึงจะจัดการตอบสนองต่อองค์กรรวมอย่างไร บางครั้งอาจจะไปเจอเรื่องของการตอบสนองเรื่องการเจ็บป่วย ไข้ยาให้ยาแก้ไข้ให้ยาเออาร์วีทางร่างกาย จิตใจทะเลาะเบาะแว้งกันในครอบครัวเงินไม่พอจ่าย เราจะคุยกับครอบครัวของเขาอย่างไรเรื่องของสามีภรรยาให้เข้าใจ คนไข้เลิกพอหยุดยา ARV แล้วยกก่อนเราต้องค้นให้ได้ว่าเขามีสภาพอะไรเขาถึงหยุด เขามีสภาพอะไรแอบแฝงหรือไม่ ก็ต้องคุยกันในครอบครัว คุยกันในสามีของเขา ว่าจริงๆ แล้ว ก็คืออาจจะกลัวสามีไม่รัก เพราะปกติก็เป็นคนสวย รูปร่างหน้าตาดี กิน ARV แล้วแก้มตอบก็ต้องพูดคุยกับสามีให้เข้าใจว่าจริงๆ แล้วเรื่องของสิ่งที่เขาต้องการจริงๆ ก็คืออยากให้สามีรักอยากให้มีสามีเข้าใจ อยากให้ครอบครัวเข้าใจ ก็ต้องไปคุยกับสามี กับครอบครัวให้เข้าใจว่าถ้ากิน ARV แล้วก็ต้องมีผลข้างเคียงตรงนี้ให้สามีพอใจและยอมรับ อันนี้คือตอบสนองใช้ไหมครับ ไม่เฉพาะในเรื่องของคนไข้ แต่ตอบสนองเรื่องสามีและครอบครัว

ผมมีกรณีตัวอย่างอย่างเช่นกิน ARV แล้วว่างทำงานไม่ได้ ปรากฏว่าเป็นลูกสะใภ้ไปอยู่กับแม่ผัว แม่ผัวก็บอกว่าขี้เกียจ กินยาก็เอาแต่นอนนอนแล้วก็ลุกขึ้นมากินงานการไม่ทำ เราเข้าไปก็ต้องสังเกตว่าปัญหาตรงนั้นเกิดอะไรขึ้น เราต้องคุยกับทางแม่สามีให้เข้าใจ ว่ามันคือผลข้างเคียง ให้ครอบครัวเข้าใจบริบทของสังคมผมเข้าใจว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเขาจะอยู่ในสังคมความเข้าใจ ความลึกซึ้งของผู้ป่วยเอชไอวีสำคัญมาก จริงๆ แล้วเขาอยากอยู่แบบปกติทั่วไป ไม่อยากแบ่งแยก ไม่อยากโดนตราหน้าในสังคม ไม่อยากให้สังคมมองอีกอย่างหนึ่งเป็นมนุษย์อีกประเภทหนึ่งเขาต้องการอยู่สังคมแบบปกติ เมื่อเขาต้องการสังคมปกติ อยู่แบบไม่ต้องมีใครมาห้ามหนุ่หนุ่ สิ่งอันนั้นสิ่งอันนี้ ดังนั้นเราในหน้าที่สาธารณสุขเราก็ต้องเข้าใจตรงนี้เป็นอย่างไร ผู้ติดเชื้อก็เลยมีการรวมกลุ่มกันขึ้น เพราะเขาอยากให้มีสังคมยอมรับ เขาก็พยายามสร้างนะว่าเขาเป็นคนหนึ่งถึงแม้ว่าจะติดเชื้อไปแล้ว เขาก็ยังมีคุณค่าในสังคม เขา รวมกลุ่มกันเกิดขึ้นแล้วก็ช่วยเหลือ เอาประสบการณ์ที่ได้การติดเชื้อไปถ่ายทอดให้กับเยาวชน แม่บ้าน พ่อบ้านก็เกิดกิจกรรมในชุมชนขึ้น แล้วนอกจากนั้นก็ประสานงานกับเจ้าหน้าที่อนามัย แล้วก็คุยกับทางอบต. มันก็เกิดการสร้างเครือข่ายในหมู่บ้าน ในชุมชน ไม่ใช่เฉพาะสอ. ลงไปทำ ให้อย่างเดียว กลุ่มผู้ติดเชื้อก็เกิดภาพอยากให้สังคมตรงนี้ไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ไม่อยากเห็นสภาพที่ครอบครัวต้องแตกร้างไม่อยากเห็นสภาพที่พ่อแม่ต้องมาตายก่อน ลูกทั้งลูกเล็กๆ ไว้อยู่กับตายาย เขาก็เกิดจิตสำนึกตรงนี้ขึ้น อยากทำเรื่องที่ดีให้สังคม อยากให้ชุมชนดี ปลอดภัยจากเอชไอวี หรืออาจจะไม่มีการติดเชื้อหรือแพร่เชื้อเอชไอวี และก็ดูแลไปเยี่ยมให้กำลังใจกับคนที่เกิดติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน ตรงนี้อบต. ก็สนับสนุนงบประมาณในพื้นที่ ช่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวี ช่วยเด็กกำพร้า ช่วยคนชราที่ครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีก็จะเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ต่อยอดจากระบบบริการของเราที่สอ. แต่มันไม่ครอบคลุมใช้ไหมครับ

มันไม่ครอบคลุมองค์รวมถ้า สอ. จะทำอาจจะได้ดีมากเรื่องร่างกาย จิตใจ แต่ในสังคมก็ต้องออกแรงเยอะ เพราะฉะนั้นก็สร้างเครือข่ายให้ครอบคลุมการดูแลทั้งสังคมของเขา เพราะเขาก็ต้องดูแลกันเอง ก็จะเป็นการพัฒนาบทบาทให้ อบต. ให้ชุมชน ให้กับองค์กร ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ประชาชน ได้มาดูแลตรงนี้ ก็จะเกิดเป็นองค์กรรวมทั้งหมด และก็จะเป็นบทเรียนที่ว่า การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวมในแต่ละที่ก็แตกต่างกันออกไป แต่มันต้องมีหลักการว่า เราจะพัฒนาอะไรก่อนหลัง ซึ่งมันมีเงื่อนไข

คำถามจากผู้เข้าร่วมประชุม ตามที่วิทยากรได้พูดถึงการส่งเสริมบุคลากรเช่นเจ้าหน้าที่สอ. ให้มีศักยภาพในการให้การปรึกษาและรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยหากมองในระดับชาติในฐานะที่เป็นแพทย์ ท่านคิดว่าจะมีการสนับสนุนแนวคิด การสนับสนุนบุคลากรระดับล่างดังกล่าวให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการและเป็นการลดต้นทุนการผลิตอย่างไรบ้าง ในฐานะที่เป็นแพทย์จะผลักดันแนวคิดในระดับชาติอย่างไร

นพ.ทินกร

ก็คงเป็นมุมมองในส่วนของผู้วิชาชีพแล้วก็เห็นปัญหาระดับหนึ่ง จริงๆ แล้วการผลิตบุคลากรเมื่อสมัยก่อนผมเชื่อว่า มีบุคลากรอยู่ 2 กลุ่ม ในช่วงที่ประเทศต้องการคนออกไปทำงานมากๆ ในช่วงแรกเราก็พยายามผลิตบุคลากรกลุ่มที่ผลิตเร็ว ออกไปทำงานเร็ว นั่นคือในช่วงแรก แต่ต่อมาเมื่อประเทศชาติพัฒนามากขึ้น เราก็เริ่มผลิตกลุ่มวิชาชีพเฉพาะมากขึ้น ผลิตแพทย์ ผลิตทันตแพทย์ ผลิตเภสัชมากขึ้น ซึ่งทิศทางมันเป็นอย่างนี้ ทั้งๆ ที่ต้นทุนสูงแล้ว ก็ต้นทุนก็สูงกว่าจะผลิตได้ใน 6 – 7 ปีเขาบอกว่าแพทย์ใช้ปีงบประมาณ 1 ล้านบาท กว่าที่จะผลิตได้ผลิตได้จบมาทำงานไม่เท่าไรก็หนีเข้ากรุงถามว่าจะแก้ยังไง

ผมเชื่อว่าตอนนี้เราต้องเข้าใจคือว่าทิศทางในการที่จะพัฒนาประเทศอยู่ที่ระดับ primary care เพราะฉะนั้นรัฐต้องทุ่มลงไปให้มาก แต่ primary care มักจะเสี่ยงเขาไม่ว่าเวลาจะจัดสรรงบหรืออะไรก็แล้วแต่ บุคลากรระดับทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ เสี่ยงดังกว่า ระดับร.พ.ชุมชนก็สู้ ร.พ.ศูนย์ ร.พ.ทั่วไปไม่ได้ ดังนั้นเขาเสี่ยงดังกว่า ร.พ.ทั่วไป ร.พ. ศูนย์ ก็สู้โรงเรียนแพทย์ไม่ได้แต่ผมเชื่อว่าในทิศทางยุคปฏิรูป ผมเชื่อผมฟังจากหลายๆ ที่มันมีจุดเปลี่ยนเมื่อพ.ศ. 2545 นั้นคือการปฏิรูประบบงานสาธารณสุขโดยใช้ต้นทุนมาคิดถ้าคุณมีงบประมาณจำกัดคุณก็จะจัดการบริการที่มีคุณภาพได้อย่างไร เพราะฉะนั้นทิศทางที่คุณจะผลิตหม้อออกมาหลายๆ โดยที่ไม่ดูที่ลักษณะเรื่องงานก็คงยาก ถ้าเราคิดอย่างนี้ PCU หลายๆ ที่ก็มีการปรับตัวพยายามที่จะงานไหนที่ต้นทุน งานไหนที่ใช้หมอ งานไหนที่ไม่ต้องใช้หมอ งานที่ใช้อยู่ใน PCU เอง ใช้พยาบาลวิชาชีพลงไปได้ ใช้เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน ภาระกิจบางอย่างแทนหม้อสิ่งที่ต้องทำคือต้องเพิ่มค่าตอบแทน คุณให้เขาทำงานฟรีๆ ไม่มีนะครบ ก็ต้องให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสม ผมเชื่อว่าหลักการปฏิรูปไปอย่างนี้ รักษาอย่างนี้ไป

30 บาทไม่มีใครยกเลิกนโยบายแบบนี้ ผมเชื่อว่ามันมีแนวโน้มเองที่รัฐต้องมามองต้นทุนการผลิต แล้วก็การสร้างสุขภาพเองจะได้รับการสนับสนุนขึ้นเรื่อยๆ เพราะต้นทุนต่ำกว่า การให้การบริการแบบ Primary care จะได้รับการสนับสนุนขึ้นเรื่อย ๆ เพราะต้นทุนต่ำกว่าเช่นกัน

ถ้าเป็นในระดับ primary care ผมว่าถ้าอยู่ในประเทศไทยความเป็นจริงมันคงไม่ได้ถูกมองเห็นความสำคัญ คือถ้าฟัง เขาบอกว่ามันสำคัญถ้ารัฐมนตรีหรือใครพูดเขาบอกว่า primary care สำคัญ แต่ในความเป็นจริง ในทางปฏิบัติมันไม่ตรงกับเขาพูด ที่นี้พอมันไม่ตรงกับที่เขาพูด ก็ต้องมาถามใจคนปฏิบัติเอง แล้วก็พี่น้องที่อยู่ด้วยกันในพื้นที่ที่จะดูแลกันอย่างไร เราต้องเห็นความสำคัญของงานเราเอง แล้วเราก็ต้องให้กำลังใจกันและกัน เรียนรู้ร่วมกันที่จะทำอย่างไรให้มันเป็นการบริการปฐมภูมิที่มีค่า ไม่ใช่ว่าพอมันถูกมองว่าเป็นพื้นที่ เบื้องต้นแล้วเรายังไปทำให้มันไม่มีคุณค่า มันก็ทำให้ตกย่ำว่ามันไม่มีคุณค่าจริงๆ ขึ้นกับสิ่งที่เราทำเราคิดว่า เราลองเริ่มต้นทำจากของเราเลย ไม่ต้องไปรอให้ใครสนับสนุนก่อนเราต้องพิสูจน์ตัวเราเองว่าเราทำงานที่มีคุณค่าได้ พอเราทำงานได้ระดับหนึ่ง เราต้องหาเครือข่ายในคนที่รู้จักกันพูดคุยกันอย่างที่เมยวดีทำ ก็ต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันกับเครือข่ายไม่ว่าจะเป็นที่ปราสาทหรือที่เขาวง ที่น้ำพอง ก็ต้องไปเจอกันอยู่ที่ขอนแก่น เป็นช่วงๆ คือมันต้องพูดคุยกันให้กำลังใจกันและมองกันและกันว่าเราทำงานเป็นอย่างไรแล้วมันก็จะรู้สึกว่ามันจะเป็นสิ่งเล็กๆ น้อยๆ ก็มีคุณค่า ที่นี้พอถามมาในระดับหนึ่งคิดว่า คนอื่นน่าจะมองเห็นความสำคัญด้วยเหมือนกัน มันก็จะทำให้เวลาหางบประมาณอะไรมันก็จะหาพอได้ ไม่ใช่หาได้ง่ายมากๆ หรืออะไรแต่ที่สำคัญคิดว่าการนอกจากให้ชาวบ้านพึ่งตัวเอง เราก็ต้องพึ่งตัวเองเหมือนกัน

เมื่อมาถูกทางแล้วมูลค่าก็ถูกต้องด้วย ดังนั้นคนที่กำหนดนโยบายต้องฟังเราถ้าเราทำแล้วเราไม่พูดทำแล้วปิดเงียบ อันนี้จะเป็นปัญหาเพราะว่า เขาไม่ทราบที่เราทำแล้วเกิดผลอะไรบ้าง เช่นที่พะเยาทำแล้วเกิดความรู้สึกดีๆ แล้วก็ทำให้ดูแลชีวิตได้ดีที่เมยวดีทำแล้วเห็นอะไรดีๆ สิ่งเหล่านี้ก็คือการสร้างองค์ความรู้ เพื่อจะยืนยันว่าสิ่งที่เราทำมัน

ถูกทางแล้ว ผมมีความเชื่ออย่างหนึ่งว่าทุกคนมีศักยภาพ แล้วเวลาที่ทำงานผมว่าทุกคนแม้ว่าระดับคนงานที่อยู่ใน สอ. สถานือนามัยทุกคนมีศักยภาพ เมื่อเรบอกเขา

บางครั้งเขาทำได้ดีกว่าเราเนื่องจากเขาได้รับการพัฒนาและได้รับโอกาสเพราะทุกคนได้รับโอกาสภายใต้กรอบ ในกรอบคือคงไม่ใช่เจ้าหน้าที่สอ. ไปตรวจแทนแพทย์ คงไม่ใช่พยาบาลไปทำอย่างอื่นแทน เหมือนที่กำหนดที่ เครือข่ายเราทำคือ CPG สำหรับทำในตัวและขอข้อขอบแต่ละคนทำก็ตามหน้าที่ของคนที่เชื่อมโยงเข้าหากัน หมายความว่ามันทำแล้วต้องเชื่อมเข้าหากันได้ ไม่ใช่ทำแล้วทำแล้วแยกส่วนเจ้าหน้าที่สอ. ให้ตรวจแล้วก็จบไป พอจะ ส่งต่อกลัวยากลำบาก มีระบบที่ส่งต่อที่ประหลาด เมยวดี ที่ปลาปาก มีการเชื่อมตัวกันเป็นระยะๆ เมื่อมีการ เชื่อมต่อกัน มีการสนับสนุนกัน บางครั้งเราล้มความทุกข์ขณะที่ทำงานบริบทที่ทำงานรู้สึกยากเย็น บางครั้งลูกน้องก็พว ด้วยไม่ได้ ผู้บังคับบัญชาพวดย้วยไม่ได้ แต่เมื่อเรามาคุยความทุกข์กัน เห็นแล้วยืนยันว่าสิ่งที่ทำมันถูกต้องแล้ว เรามา ถูกทางแล้ว อย่างนี้จะเกิดบรรยากาศการสร้างเครือข่าย ความรู้ และยืนยันว่าความรู้ที่เราทำและแนวปฏิบัติที่เราทำ มันถูกต้อง เมื่อนั้นปฐมภูมิหรือนรภูมิก็คือสวรรค์ภูมิ ทำให้เรามีโอกาสได้ทำงาน ในโอกาสต่อไปก็คือระดับข้างล่าง ในเวทีก็คงมาคุยให้เราฟังบ้าง มีความสุขร่วมกันได้

มุมมองของท่านสาธารณสุขอำเภอในแง่ของการส่งเสริมบุคลากร เรื่องของการพัฒนาบุคลากรมีอยู่ 2 ลักษณะ ก็คือ เรื่องขององค์ความรู้กับทักษะที่จะต้องเติมให้เรื่องขององค์ความรู้จะตามไต่ไลน์ ตามภารกิจที่เราปฏิบัติ ตรงนี้เราต้องมีอยู่แล้ว สิ่งสำคัญก็คือทักษะถ้าเราให้ทักษะส่วนมากต้องฝึกทำเองไม่มีใครที่เก่งอยู่ใน สอ. แล้วไม่ได้ฝึก ทักษะอย่างเช่น คนงานที่สามารถเจาะเลือดได้ ผมว่ามันเป็นเรื่องทักษะ เป็นเรื่องของการฝึกประจำ แม้แต่เรื่องของการไปพูดคุยกับผู้ป่วยเอดส์ ถ้าทำเองไม่ได้พูดไม่ได้คุยท่านบอกว่า ท่านฝึกอบรมมาแล้ว ถ้าไม่ได้ลองทำ ท่านก็ ทำไม่ได้ เหมือนการตรวจร่างกาย มันก็ต้องมีทักษะตรงนี้อยู่ด้วย ก็สำคัญ เมื่อมีองค์ความรู้มีทักษะที่จะต้องเติม แล้วก็ต้องดูสถานการณ์ด้วย ไม่ใช่ว่าเติม ต้องเติมให้ตรงจุด ตรงกับลักษณะของคน ดูความต้องการของเขาด้วย จากนั้นต้องมีการแลกเปลี่ยนระหว่างสถานือนามัยต่างๆ ก็ต้องมาคุย เพราะว่าถ้าไม่คุยไม่มาแลกเปลี่ยน ก็บอกว่าอัน นี้บ้าทำคนเดียว มุมมองสังคมเขาบอกว่าไม่รู้ทำอะไร อย่างน้อยก็บ้าเป็นกลุ่ม เพราะฉะนั้นต้องเอาตัวข้อมูลไป แลกเปลี่ยนมันอาจจะเป็นเวทีที่ใน สอ. ก็ได้ เพราะฉะนั้นเจ้าหน้าที่สอ. ที่อยู่ตั้งแต่หัวหน้าสถานือนามัย พยาบาล ข้าราชการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานทำงานเป็นทีมใหม่ ถ้าว่างพื้นที่ไปเจอคนเดียว ส่วนมากก็ไม่ได้พูดคุย มันก็ ต้องแลกเปลี่ยนกันในสอ. และก็ระหว่างสอ. ดังนั้นต้องมีการจัดการขึ้น ฝ่ายสนับสนุนเช่น สจอ. โรงพยาบาล สสอ. ก็ ต้องเป็นฝ่ายสนับสนุนอย่างเช่น โรงพยาบาลสำคัญเลยต้องสนับสนุนเรื่องของวิชาการเพราะโรงพยาบาลมีวิชาการเยอะ มีแพทย์ มีพยาบาล มีเภสัชกร ก็ต้องการจะเติมอะไรให้กัน ก็ต้องนั่งคุยกับท่านสาธารณสุขอำเภอ หรือหัวหน้าสอ. ว่าขาดตรงไหน ก็เติมไปตรงนั้นแล้วก็ สอ. มีบทบาทอะไรที่จะพัฒนา อาจจะเป็นเรื่องของการบริการ การจัดการ เพราะว่าการทำงานเรื่องของระบบบริการอย่างเดียวทำไป ถ้าไม่มีฝ่ายสนับสนุนเรื่องของวิชาการของโรงพยาบาล สนับสนุนยาเวชภัณฑ์ แล้วก็เรื่องของ lap เรื่องมันเกี่ยวเนื่องกันไปหมด และต้องสนับสนุนให้สอดคล้องกับความต้องการของเจ้าหน้าที่ด้วย ก็จะเกิดการเรียนรู้ การสังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่ๆ เกิดขึ้น อย่างวันนี้เห็นตัวอย่างเลยว่าเป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งเบาหวาน และเอดส์ทุกที่ก็ทำๆ กันไป แต่วันนี้เรามา แลกเปลี่ยนกันว่าทำไปแล้วได้เรียนรู้อะไร ตรงนี้ผมว่าเป็นสิ่งสำคัญ แล้วทางกระทรวงสาธารณสุข สป.รช. ต้อง สนับสนุนเวทีนี้ให้เกิดขึ้น ต่อไปต้องมีเวทีภาคจังหวัดเกิดขึ้น ไม่ใช่จัดเฉพาะภาคกลาง น้องของผมอยู่ที่สอ. มี 30 – 40 มาได้ 2 คนเพราะจัดที่ส่วนกลาง เราคิดว่าลำบากที่จะเดินทางมามันก็ต้องมีหลายเวที

นพ.สมยศ มีแนวทางการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็ยพฤติกรรมเสี่ยงอย่างไร โดยให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตแล้วก็ เป็น Holism (โฮลิซึม) และประชากรมีส่วนร่วม จากประสบการณ์ที่มีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ให้บริการจะต้องมีการสะท้อนให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือพฤติกรรม ที่เสี่ยงของผู้ป่วยว่าคืออะไร และจะเกิดผลเสียอะไรตามมา โดยอาจจะยกตัวอย่างให้เห็นเป็นรูปธรรมเช่นคนไข้ โรคเบาหวาน ถ้าสมมติไม่ไปรับยาอย่างต่อเนื่องก็จะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และทำให้เกิดผลเสียแทรกซ้อน ตามมา เช่นอาจจะเกิดโรคไตตามมา ซึ่งในชุมชนของตัวเองมีCASEอะไรที่เป็นตัวอย่างก็จะให้ผลที่เกิดภาวะแทรกซ้อน

และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกับกันกับเขาว่าจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไรดี เช่นการปรับระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เนื่องจากว่าภาคอีสานจะบริโภคข้าวเหนียว ซึ่งไม่สามารถควบคุมปริมาณการบริโภคในแต่ละมื้อได้

น้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เนื่องจากว่า ภาคอีสานจะบริโภคข้าวเหนียว ซึ่งไม่สามารถควบคุมปริมาณการบริโภคแต่ละมื้อได้ว่าจะบริโภคเท่าไร จากประสบการณ์ที่โรงพยาบาลชุมชนด้วยกันเคยทำมา ก็คือ เขาจะให้ผู้ป่วยกินข้าวเหนียวแล้วก็บอกว่าอ้อมในปริมาณเท่าไร อีก 2 ชั่วโมงจะระดับน้ำตาลดูถ้าสูงเกินก็ปรับลด ให้นับปริมาณคำข้าวว่ากินกี่คำเข้อ้อม ก็อาจจะเหมาะสมในบริบทของแต่ละ case ก็อาจจะไม่เหมาะกับ case อื่นๆ ก็ได้ เท่าที่เคยทำมา

นพ.สมยศ มีวิธีการสร้าง CPG ใน PCU อย่างไร และมี CPG อะไรบ้างผสมผสานกับ holistic (โฮลิสติกส์) อันนี้ลงลึกในเชิงคุณภาพ

คุณสุพัฒน์

เรื่องการสร้าง CPG ในตัวการดูแลผู้ป่วยเบาหวานใน PCU ตัวนี้ แนวทางของการดูแลนี้คือตัวแพทย์ที่เขาทำคือ หมอขึ้นฤดีกับน้องวติกา เขาจะมีไทม์ไลน์ สำหรับตกลงกับเจ้าหน้าที่หอ. ที่มาเรียนรู้ด้วยแล้วเขาจะดูว่าเจ้าหน้าที่จากหอ. เขาจะปรับได้ขนาดไหน การปรับก็คือส่วนใหญ่คนไข้เบาหวานที่มารับบริการที่หอ. ส่วนใหญ่จะเป็นพวกมารับยาตีตม คือมีการเคลื่อนไหวของระดับน้ำตาลไม่สูงมากนัก และก็ให้ยาตีตมไป จะปรับยาได้บ้างเล็กน้อย หรือว่ามีไทม์ไลน์หรือว่ามีภาวะแทรกซ้อนขึ้นมา ส่วนใหญ่ก็จะส่งกลับไทม์ไลน์คือก็จะใช้ยาเดิมที่เขากำหนดกันโดยที่ตกลงกัน คือหมายความว่าตัวเจ้าหน้าที่ตัวหมอต้องมานั่งคุย ต้องมาเรียนรู้ด้วยกัน แล้วกำหนดแล้วต้องลองใช้ดู ซึ่งตอนที่ใช้เขา จะใช้ตอนว่างที่ฝึกกันที่ร.พ.แล้วก็ปรับดู คุณใช้ที่มากลับมาแล้วมีอาการยังงี้ คนที่เรียนด้วยเขาจะได้รู้ คือไม่ได้กำหนดด้วยแพทย์ โดยฝ่ายเดียวก็จะมีแพทย์ที่ร.พ.และหอ. มาด้วย แล้วเขาจะมีสะท้อนกลับเป็นระยะๆ กว่าเราจะเสร็จก็หลายเดือน พอกลับไปทำที่หอ. ก็มีปัญหามือเหมือนกัน เขาก็กลับมาจะมีการ confirm กันเป็นระยะๆ นี่คือการกระบวนการ คือไม่ใช่ไปทำเป็นตายตัว ลงไปทำแล้วก็ทำตามนี้ทั้งหมด แต่ว่าเขาจะปรับเป็นระยะๆ แล้วก็อยู่ตัว คือไม่สามารถ copy ไปใช้ได้เพราะว่าบริบทของโคกสูงและนงเหาะ ก็อาจไปใช้ที่อื่นไม่ได้ ก็คือผู้ป่วยที่นั่นก็อาจจะมียลักษณะอีกแบบหนึ่ง แต่ว่าก็มีกระบวนการแบบนี้

คำถามตอบยากการประเมินผลทั้งโปรแกรม Output outcome ใน PCU ควรจะมีอะไรบ้าง ถ้าเราจะประเมินผลเราต้องตอบตัวเองได้ ก่อนว่า PCU ของเรามีเป้าหมายอะไร เพราะว่าแต่ละที่ผมคิดว่ามันไม่เหมือนกัน ถ้ายกตัวอย่างที่เมยวดี เราก็คงอยากให้ผู้ป่วยที่เราดูแลคือจะมีทั้งผู้ป่วย และคนไม่ป่วยก็มี ถ้าในจุดที่เป็นคนป่วยเรารู้เรื่องอย่างกรณีเบาหวานที่ทำ เราก็คงต้องการให้ผู้ป่วยฟังตัวเองได้ เราก็คงต้องมาดูที่ที่ว่าฟังตัวเองได้นี้เป็นอย่างไร จริงๆแล้วขบวนการที่เป็นคนเมยวดีที่เป็นเรื่องเบาหวาน ตัวนี้เราไม่ได้มองเป็นโครงการอะไรชัดเจน เราเพียงแค่มาคิดแล้วก็ทำร่วมกันเราเป็นขบวนการเรียนรู้ ก็เลยไม่ได้ประเมินแบบเข้ม แต่ว่าเราก็คงมีการประเมินอยู่ ประเมินก็คือใช้รูปแบบของการคุยร่วมกันว่า สิ่งที่เราทำมันเกิดอะไรขึ้นบ้าง แล้วมันจะพาไปสู่เป้าหมายไหม อย่างนี้ ถ้าเป็นโครงการที่เป็นลักษณะ Project ที่เขียน ขอบเงินหรือขออะไร บางทีก็ต้องทำอยู่ก็อาจจะต้องเขียน เขียนที่จะวัดยังงี้ให้ เวลาคนอื่นมาดูอันนี้ก็จำเป็นอยู่ โปรแกรม เวลาเราทำไปเราต้องมาคุยกันว่าไอ้ขบวนการที่เราทำมันดีไหม มันเอื้อไหม หรือว่ามันมีแนวทางอื่นที่มันปรับได้ดีกว่านี้ อะไรอย่างนี้ ถ้าเป็น output outcome ตัวนี้ของเราเวลาจะอะไร

ผมขอเสนอนิดหนึ่ง เวลาที่ผมไปฟังหลายๆ ที่นำเสนอมาในเวทีระดับจังหวัดบางที่เราจะวัดกันที่เป็นตัวเลขมากเกินไป อย่างเช่น เราคิดว่าจัดประชุมแล้วมีคนเข้าร่วม 50 คน แล้ว 50 คนมันเป็นยังงี้ มันดียังงี้ หรือบางที่เราทำโครงการมาก่อนข้างดี แต่เราไปคิดว่าอัตราการป่วยของไข้เลือดออกลดลงต่ำกว่า ซึ่งบางที่การที่เราตั้งตัวชี้วัดในการวัด output outcome ออกมา มันทำให้มันไม่สื่อกับคุณค่ากระบวนการที่เราทำจริงๆ แต่กระบวนการที่เราทำจริงมันมีคุณค่าเลยนะครับ ผมฟังดูเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมไข้เลือดออก คือเขาจะพยายามดูว่าทำอย่างไรที่มันเป็นทุกวัน แล้วเราไปสั่งเขาให้ทำอย่างนี้มันลดได้ไหม หรือมันจะมีวิธีการไหน ที่เขาให้ความร่วมมือมากกว่าที่เราทำมันก็ดี แต่พอตอนวัดมาก็วัดว่า ถ้ามันดีจริงแล้วอัตราการป่วยไข้เลือดออกมันต้องลดต่ำกว่า 50 ต่อ

เสนออะไรอย่างนี้ บ้างที่มันบอกไม่ได้ถ้าเราออกมาอาจจะมาแต่กระบวนการที่เราสร้างให้ เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้ในกระบวนการมีส่วนร่วมมันดีเราคงต้องดูตรงเชิงคุณภาพให้มากอย่างเช่น การประเมินผลที่ PCU เมยวดี เราอาจประเมินในแง่ว่ามีความสุขไหมที่จะทำหน้าที่ได้ทำหรือว่า กระบวนการที่เราไปทำชาวบ้านมีความสุขไหม ถ้าเราต้องการให้เป็นกระบวนการศึกษาเรียนรู้ เราก็จะวัดว่าเจ้าหน้าที่ มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดของตัวเองไหม ซึ่งบางทีคนอื่นฟังมันก็แปลกๆ อยู่ ทำไมมันวัดอะไรอย่างนี้ เคยไปนำเสนอที่จังหวัดๆ ก็แปลกกว่าเวลาเมยวดีวัดทำไมไม่มีตัวเลขอะไรเลย แต่เราก็พยายามจะดูว่ามันสื่อต่อเป้าหมายของเราแล้วก็พยายามทำกระบวนการที่มันไม่ยุ่งยากซับซ้อนจะไม่พยายามวัดให้มันยุ่งยากจริงๆ เพราะว่ามันทำให้คนที่ปฏิบัติงานรู้สึกยุ่งยากไปด้วย

เราลองพยายามทำตามจินตนาการทำตามความฝันอะไรให้เยอะๆ แล้วเราเชื่อว่าการพูดคุยกันในกลุ่มมีการเรียนรู้ร่วมกัน สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นมาในระหว่างการเรียนรู้เราอาจจะไม่ได้ตั้งไว้สิ่งที่เกิดขึ้นมาผมยกตัวอย่างนิดหนึ่งอย่างเช่นเบาหวานในชุมชน สิ่งที่เราพบข้อดีที่เกิดขึ้นบางที่เราไม่ได้ตั้งใจให้แต่บางที่เราไปพบที่หลังก็คือพบว่าการใช้ยาอื่นๆ ของผู้ป่วยเบาหวานอันนี้เราไม่เคยตั้งใจเลย แต่เราทำมา 3 ปีปรากฏว่าลดลงจากพฤติกรรมที่คนไข้เบาหวานไปที่ร.พ. คือนานๆ เขามาครั้ง มาแล้วยุ่งยากมาตี 3 มาตี 4 แล้วว่าจะกลับเขาก็จะขอยาขอยากระเพาะ 2 ขวด น้ำชา น้ำแดง ขอยาพาราขอยาคลายเครียดขอว่าวิตามิน ขอยาบำรุงเลือด ขอยาหยอดตา เยอะมากเลย ถ้าถามเขาจริงๆ ก็บอกว่ามันมาลำบากขอเอาไปไว้ก่อน แต่ที่นี้เราลองไปดูในชุมชนเขาขอมาไว้ก่อน แต่เขาอาจจะไม่ได้ใช้ บางที่เราให้เขาก็กินให้ครบ เขาก็กินแค่ 2 เม็ด มันเผชิญโรคหายก็เลิกกันไป แต่พอไปอยู่ที่ชุมชนเขาจะไม่ค่อยขอ เขาจะขอลงน้อยมากเลย แล้วเวลาเขาเป็นอะไรเขาก็แชร์กัน บางทียาเกิดไม่พอหรือว่าหมอเลื่อนนัดเขาก็ไปขอยาของกันกินก็จะเกิดการช่วยเหลือกัน ตรงนี้เราก็ไม่เคยคิดว่ามันจะเกิด แต่ตรงนี้เป็นกระบวนการถ้าเราได้มาพูดคุย มันก็จะดีกว่าการประเมิน โพรเซส output outcome เพราะว่ามันเป็นสิ่งที่ได้เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการเลยอยากเสริมว่ากระบวนการที่เรามาแชร์กันมันจะได้สิ่งดีๆ

ขอแลกเปลี่ยนที่จริงการวัดผล การประเมินผลเรามักจะเอาตัวเลข เอาการวัดผลจึงทำให้เราเห็นแต่ตัวเลขแล้วที่ผ่านมามีคนทำงานทุกคนทำเองทั้งหมดเวลาเราวัด เช่น ไข่เลือดออกผลสะท้อนเช่นคนป่วยในเขตตำบลนี้ไม่ป่วยเกินคนครั้งนี้เป็นเรื่องจริง แต่เราขาดความลุ่มลึกในการประเมินความสุขคนทำงาน ไม่มีตัวชี้วัดความสุขคนทำงานคนที่ทำงานใน PCU ผมว่ามีความสุขให้ความเอื้ออำนวยเยอะมาก แต่ไม่เคยบอก มาถามเลยว่ามีความสุขในการทำงานอย่างไรบ้าง ว่าตัวนี้จะเป็นตัวชี้วัดอย่างหนึ่ง ซึ่งเอามาวัดก็ทราบตอนนี้กำลังตั้งตัววัดใหม่ ซึ่งเรียกว่าทำ mapping มาใช้ซึ่งเป็นตัวใหม่ แต่ผมว่าตัวนี้จะเอามาวัดได้ แล้วก็วัดในผู้เกี่ยวข้องสามส่วนคือ ตัวคนทำงาน ผู้บริหารหรือผู้ป่วย สุดท้ายคือระบบ ทั้ง 3 ตัวต้องสมดุลกัน คนที่ทำ PCU ทำงานหนักมาก องค์กรมันก็กลางมากมันเป็นภาระมากต้องสมดุลกัน ผู้ป่วยรับมากหรือว่าเป็นภาระมากเขาก็มีความทุกข์ ระบบเอื้อต่อเรามากก็เป็นทุกข์เหมือนกัน ดังนั้นต้องสมดุลกัน ผู้ป่วยระบบแล้วก็ตัวเรา

นพ. สมยศ ขอสรุบทันที 5 ท่านที่มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้คือในการบริการไม่เฉพาะเข้าไปในเชิงวิจัยของการย้ายร.พ.ไปอยู่ PCU หรือจาก PCU ไปอยู่ในหมู่บ้าน แต่การเข้าไปบริการนี้ต้องเน้นความเป็นองค์กรรวมก็คือทั้งกาย จิตใจ สังคม แล้วก็การไปให้บริการแบบองค์กรไม่ใช่เฉพาะต้องเข้าใจโรค ทุกท่านได้เห็นว่า ต้องเข้าใจถึงวิถีชีวิตแล้วก็เข้าใจถึงโครงสร้างสังคม และก็ปฏิสัมพันธ์ของประชาชนกลุ่มต่างๆ ที่อยู่ในชุมชนด้วย ขณะเดียวกันการที่จะไปให้บริการขอบเขตด้านสาธารณสุขมันอาจจะไม่พอแล้ว จะต้องมองถึงมิติในเชิงด้านสังคมมาเกี่ยวข้องด้วย แล้วในเรื่องการให้บริการโรคเบาหวานเท่าที่จับประเด็นก็คือว่า ในการที่ให้ประชาชนที่เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวมีสภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่กับโรคได้ โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีถึงแม้จะป่วยเป็นเบาหวานหรือเป็นเอดส์ก็ตาม สิ่งที่เกี่ยวข้องด้วยก็คือทีมบริการสุขภาพ คือต้องมีแนวคิดที่ฟังประชาชน และก็เชื่อในศักยภาพของประชาชนสนับสนุนการดูแลของประชาชน แล้วก็มีการเน้นย้ำในเรื่องข้อมูล เช่น พะเยาโดยเฉพาะข้อมูลเชิงคุณภาพอาจจะมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ร่วมทั้งการจัดการผู้ป่วย บริการร่วมกับสหวิชาชีพ มีการสนับสนุนทุกระดับ และอีกสิ่งหนึ่งสะท้อนภาพให้เห็นโดยเฉพาะที่น้ำพอง ก็คือชุมชนเองก็มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้การดูแลได้ โดยการฉายภาพให้เห็นของอบต. น้ำพองที่มีส่วนร่วมที่จะผลิตบุคลากรรวมทั้งมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณใช้ในการดูแลสุขภาพ

ผู้อภิปรายสรุป

รูปธรรมคนไข้เบาหวานไม่ว่าโรคเอดส์คงเป็นตัวอย่าง ผมว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดของหลายๆ ท่าน คือทั้งหลายทั้งปวง จะเปลี่ยนทัศนคติของพวกเราต่อการดูแลสุขภาพประชาชน ว่าตรงนี้คือความสำคัญ คือทุกสิ่งทีหลายคนจะไปทำมันได้เรียนรู้ ผมชอบที่คุณหมอสุรศักดิ์บอกว่าอย่าไปมองที่ตรงเป้าหมายมากนัก ถ้ามว่ามันสำคัญไหม แต่สิ่งที่เราได้ระหว่างการเดินทางไปสู่เป้าหมายเราอย่าลืมนว่ามันมีคุณค่า และบางทีสำคัญกว่าเป้าหมายด้วยซ้ำ เพราะฉะนั้นผมมองว่ามันเป็นการเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลสุขภาพ

มองในแง่ที่ว่าทำอะไรให้มันเกิดความสมดุลต่างๆ เวลาไปทำงาน สมดุลก็คือคนที่ทำแล้วมีความสุขไปด้วย แล้วเราต้องการให้ชาวบ้านพึ่งตัวเองได้ เราก็ต้องสร้างสมดุลให้ตัวเองให้พึ่งพาตัวเองได้ การพึ่งพาตัวเองได้หมายความว่าไม่ใช่ต้องทำอะไรเองหมดทุกอย่าง แต่สิ่งที่เขาพึ่งพิงเราก็ต้องมี ตรงนี้นั้นยากที่จะบอกว่าจุดไหน มันสมดุลตรงไหน แต่ผู้ที่ปฏิบัติต้องดูว่ามันสมดุลอย่างไร และการที่เราพึ่งคนไข้เยอะ แล้วเราพยายามตอบสนองความต้องการของเขา อันนี้ไม่ใช่การตามใจ แต่หมายความว่าเราทำกันด้วยเหตุผลและมันเป็นสิ่งที่ควรช่วยเหลือเขาตั้งนานแล้ว แต่เพียงมันอาจจะถูกมองข้าม พอตอนที่เราเริ่มตอบสนองความต้องการชาวบ้านมันจะกลายเป็นการตามใจ ผมคิดว่ามันไม่ใช่ อะไรที่มันไม่เหมาะสมเราจะใช้วิธีพูดคุยกัน ไม่หวังผลเหมือนภายในวันสองวันนี้ อย่างเช่นที่เป็นเบาหวานเราก็ไม่เคยไปวัดว่ามันจะลดภาวะแทรกซ้อนหรืออะไรเพราะว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมันไม่ใช่วัดผลได้ในปีหน้า เพราะว่าเบาหวานมันตั้งนานกว่าจะเป็นมา

สำหรับน้ำพองก็ขอฝากถึงพยาบาลชุมชนทุกท่าน ว่าจะต้องทำหน้าที่เหมือนข้อต่อที่จะเชื่อมประสานระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และคนในชุมชน และก็แสวงหาแหล่งทรัพยากรที่จะเอื้อประโยชน์ในการทำงานของตัวเราเองด้วย แล้วก็การให้บริการในชุมชนนั้นมีความหลากหลายตามบริบทและวิถีวัฒนธรรมในแต่ละแห่ง โครงการพยาบาลชุมชนคงจะดีในบริบทของอ.น้ำพอง แต่ว่าเอาไปใช้ในที่อื่นอาจจะมึบริบทที่แตกต่างออกไปก็อาจไม่เหมาะสม อาจจะมีข้อจำกัด แล้วก็การบริการแบบองค์รวมจะเกิดขึ้นได้ถ้าผู้ให้บริการเปิดใจและมีความเข้าใจกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความสนิทสนมคุ้นเคยกัน เสมือนญาติจนทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่นศรัทธาต่อตัวผู้ให้บริการซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพที่ดีต่อไป

อยากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยากเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ผมว่าชุมชนผู้ป่วยแม้แต่เบาหวานผู้ติดเชื้อเอดส์เพราะว่าเป็นตำราเรียนที่ยิ่งใหญ่เพราะว่าถ้าเราได้เรียนรู้ในเรื่องของสภาพผู้ป่วย และวิถีเคราะห์และรู้ว่าเขามีความจำเป็นความต้องการอะไร แล้วเรามาจัดระบบใน PCU ซึ่งมันเป็นเรื่องสนับสนุนให้เกิดความสมดุล เป็นการปรับให้ก้าวหน้าแล้วก็ตอบสนองผู้ป่วย ให้เกิดความพึงพอใจชุมชนเพราะฉะนั้นสิ่งสำคัญคือต้องเริ่มต้นที่ตัวเอง หรือตัวเจ้าหน้าที่ก่อน

ขอให้กำลังใจทุกคนในที่นี้ คนงานที่ต้องการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้ดีขึ้น ผมคิดว่าทุกคนมีพลังที่จะทำงานและก็อยากจะทำเพราะเคยมีอาจารย์ท่านหนึ่งพูดว่าที่จริงความรู้ในตำราเป็นความรู้ที่เก่า อย่างน้อยๆ ก็ต้องรับการพิสูจน์มาแล้ว 2 ปี ป็นความรู้เก่าอย่างน้อยปีหรือสองปี แต่ความรู้ที่ใหม่ๆ เกิดขึ้นอยู่ทุกวัน ท่านที่อยู่ PCU ความรู้ยิ่งมหาศาลเพราะว่าผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองสั่งสมมานาน เราเรียนเรื่องเบาหวานไม่เกิน 1 เดือน แต่ผู้ป่วยเบาหวานใช้การเรียนรู้โรคเบาหวานมานับ 10 ปี 20 ปี ดังนั้นความรู้มีอยู่ที่ตัวเขาทั้งหมด ก็เลยอยากฝากไว้ว่าเวลาที่เรามาทำงานก็ขออย่าทำงานด้วยสมอง แต่ให้ทำงานด้วยหัวใจ การทำงานด้วยใจเราไม่มองแบ่งแยก ว่าชาวว่าดำไม่ดี แต่เราจะมองเห็นภาพเห็นความรู้ เราก็จะมองเห็นและได้ใช้ เอาความรู้ของเราไปสู่เมตตา กรุณา ให้เกิดมุกตา เกิดอุเบกขา ไปสู่การดูแลผู้ป่วยด้วยนะครับ.

สาระการประชุมห้องย่อยที่ 2

PCU กับการสร้างสุขภาพ

ผู้ร่วมอภิปราย

เภสัชกรพุทธพล ญาตราโมทย์

โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

คุณบุญคุ้ม ปานทอง

สถานีอนามัยตำบลน้ำแก่น จังหวัดน่าน

ทันตแพทย์ไพฑูรย์ สายสงวนสัตย์

โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอกวนช้าง จังหวัดเชียงราย

นายแพทย์มานิต ประพันธ์ศิลป์

บริษัท ยูนิลีเวอร์ ไทย กรุงเทพมหานคร

ผู้ดำเนินการอภิปราย

ทันตแพทย์ ดร.จรัญญา หุ่นศรีสกุล

เภสัชกรพุทธพล ญาตราโมทย์

โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

อาจจะเรียกว่า นโยบายน้ำตกนะครับ เราก็รอรับน้ำตกนะครับอย่าให้มันกระเด็นขึ้นชานะครับ ค่อย ๆ ฟ้าไป โดยเฉพาะช่วงนั้นนโยบาย AmartngThailand หรืออะไรอย่างนี้นะครับ ก็มีนโยบายมา แนวคิดแต่เดิมเราคิดว่า นักสาธารณสุขเป็นผู้คิดและชุมชน ก็ทำตามนะครับ แนวคิดเรามีคำถามนะครับว่า ในใจว่า เอ้าเราจะทำอย่างไรปัญหาชุมชนจะแก้ไขแบบยั่งยืนได้เกิดความรู้สึกรวมของชุมชนเพราะเราเกิดปัญหาว่าเวลาไปทำงานใช้เลือดออกพอเราไปทำ เอาข้อมูลไปให้ะครับอันนี้มีการระบาดแล้วจะต้องควบคุมนะครับแต่เกิดว่าทำไม ชสม.ไม่มา คว่ากะโหลกกะลาให้เคยเจอไหมครับทำไมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มาพ่นหมอกควันให้เคยเจอปัญหาไหมครับอันนี้ละคือคำถามเราทำไปปีทุกปี ก็ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงนะครับอันนี้คือคำถามในใจของทีมงานประกอบว่าเราก็มาวิเคราะห์กันในห้องประกอบกัน นโยบายของทางโรงพยาบาลเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งสิ่งสำคัญก็คือว่าเราจะทำงานเหมือนเดิมไม่ได้แล้วจะทำเป็นเพราะฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งฝ่ายเดียว ฝ่าย PCU ทำไปเลยคงไม่ได้แล้วคงมามองรวมกันทั้งองค์กรและทีมงานทางเราเลยสร้างสหวิชาชีพขึ้นมาแต่คงคือสหวิชาชีพเราไม่ใช่ว่า เฉพาะนักวิชาชีพนะครับจริง ๆ แล้วขยายไปถึงพนักงานหรือลูกจ้างนะครับใครมีศักยภาพก็เชิญเข้ามาโดยใช้ความสมัครใจนะครับเพื่อที่จะสุดท้ายคือตั้งแต่ตัวเจ้าหน้าที่ไปถึงงานประจำไปถึงครอบครัวและไปถึงชุมชนสุดท้ายคือการสนับสนุนหรือว่าทำให้ชุมชนนะครับ สุดท้ายเราก็บอกว่าเวลาเราทำงานเหมือนเดิมคงไม่ไหวแล้ว เราต้องปรับเปลี่ยนวิธีคิดวิธีทำงานและการทำงานนะครับ ซึ่งเราก็ได้บทเรียนในการทำสร้างสรรค์อ่า สร้างสรรค์ชุมชนหน้าอยู่ รวมกันกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนนะครับแล้วก็ต้องมีความรู้จริง ๆ แล้วเราต้องมีองค์ความรู้ใช้ใหม่ครับเราก็ได้จริง ๆ แล้วเราก็มารับปรับปรับใช้กับบริบทของเรานะครับว่าเราจะสร้างสรรค์อย่าง โดยมีกรอบการทำงาน กรอบการทำงานก็คือกระบวนการสร้างชุมชนหน้าอยู่ก็กรอบสี่เหลี่ยม ๆ นะครับ โดยใช้กระบวนการหลัก ๆ คือการสร้างเสริมพลังของชุมชนและก็ดูศักยภาพของชุมชน แล้วก็ผลลัพธ์ก็ต้องขออนุญาตนะครับผลลัพธ์ หรือว่าผล เรายังได้ผลระยะสั้น แต่ในกรอบนี้เราคาดว่าผลสุดท้ายระยะยาวมันมันน่าจะเกิด สุขภาวะชุมชนหรือว่าพัฒนาแบบยั่งยืนได้อันนี้มาดูที่กระบวนการ และก็ใช้กระบวนการขั้นแรกเราต้องดูที่ตัวเราก่อน

เราจะทำงานแบบเดิมไม่ได้แล้วก็หาสมัครพรรคพวกในโรงพยาบาลมาคุยกันวิพากษ์ มาทำงานในชุมชนเราจะทำอะไรเพื่อจะปรับกระบวนการคิดนะครับ และก็ทบทวนจุดหมายรวมกันในการจัดอบรมกันเองเลย เราต้องทำชุมชนแล้วก็เราทำงานชุมชนอย่างไรเอานี้ พี่ที่อยู่ฝ่ายส่งเสริมเอาพี่ที่มีความคิดที่มีประสบการณ์ มาพูดให้หน่อย ๆ ฟังวิชาการงานชุมชนจะอย่างไรการเข้าชุมชนเป็นอย่างไรมาพูดให้กันฟังและเครื่องมือที่จะไปศึกษาชุมชนมีอะไรบ้างนะครับหรือว่า Family Folder อย่างนี้นะครับ บางส่วนฝ่ายกลาง บางครั้งยังไม่รู้เลยนะครับว่า Family Folder คืออะไร เราก็มาร่วมกัน

สุดท้ายก็ถือว่าในมุมมองเขาวิชาไอ้ชุมชนหน้าอยู่ของเขาคืออะไรนะครับน้ำไหลไฟมาหรือเปล่านะครับมีเงินกองทุนหนึ่งล้านแล้วมาแจกกันครบทุกคนหรือเปล่านี่คือความสุขนะครับจริง ๆ แล้วชุมชนหน้าอยู่ไม่ใช่เฉพาะด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจสังคม เทคโนโลยีนะครับเทคโนโลยีเขาก็มองนะครับเขามองเห็นว่าไอ้ตู้โทรศัพท์ที่อยู่บ้านเขานะครับแต่ก่อนที่ชุมชนนี้เอ่อเคลื่อนโทรศัพท์ไปไม่ถึงนะครับเขาเห็นตู้มาอยู่อย่างนี้สองสามปีสองสามปีแล้วใช้ไม่ได้สักทีนะครับอันนี้ก็เป็ทุกข์ของเขานะครับเพราะว่าการติดต่อสื่อสารใช้ไม่ได้อันนี้ในมุมมองในสายตาของนะครับหลังจากนั้นแล้วก็มาสังเคราะห์และก็นำเสนอสมรรถนะ ให้ชุมชนได้รับทราบในมุมมองแล้วก็มาสร้างชิครับว่าที่บอกว่าชุมชนหน้าอยู่เนี่ยเขาจะไปถึงได้อย่างไรในอีกในอนาคตนี้เขาอยากให้ชุมชนเนี่ยเป็นอย่างไรถ้าท่านไหนที่อยู่ในโรงพยาบาลคงอยู่ใช่ไหมครับ เพราะว่าทำงานคุณภาพคงต้องต้องตั้งวิสัยทัศน์พันธกิจปรัชญา core value อะไรแล้วแต่นะครับอันนี้ชุมชนเขาก็อาจจะไปถึงได้อย่างไรนะครับที่มาคุยกันนะครับโดย มีเจ้าหน้าที่ที่กทำบทบาท บทบาทผู้ช่วยถ้าในโรงพยาบาลก็เหมือนบทบาทชา ใช้ไหมครับทีมชาทีม ทีมช่วยก็ช่วยชาวบ้าน ในการที่จะเอาประเด็นมาทำแล้วก็มานำเสนอแนะครับ และก็มาคัดเลือกประเด็น มาทำแผนนะครับว่าแผนที่เขาจะทำไปเป็นอะไรบ้างนะครับก็ได้ชุดโครงการขึ้นมาโครงการนี้บางครั้งมันก็ยังมิกลื่นอายุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ครับถ้าปีแรก ๆ ก็คงเป็นเพราะส่วนหนึ่งเพราะถึงอยู่กับทักษะของเจ้าหน้าที่ด้วยนะครับเราก็เป็นการเรียนรู้นะครับเรียนรู้ไปไม่ใช่ว่าสิ่งนั้นมันออกมาเป็นกลื่นอายุของสาธารณสุข เราก็เรียนรู้ไปว่าบางครั้งบทบาทของเราไม่ใช่เป็นง่ายนะครับการนำข้อมูลไปให้ ชาวบ้านนี่ก็ลำบากนะครับ

34

วัฒนธรรมนะครับเช่นการสวดสารพันะนะครับเราก็เห็นว่านี่เป็นศักยภาพของเขาแล้วก็เป็นการสร้างความอบอุ่น
ดูแลทางด้านจิตใจเราเลยเห็นว่าช่องนี้เราสามารถที่จะเอาข้อมูลทางด้านสาธารณสุขไปช่วยกันแต่งบทสารพันะในการ
สวดก็เป็นการศึกษาในบริบทของชุมชนเองนะครับแล้วก็เด็ก ๆ ไปสวดด้วยนะครับเป็นการเชื่อมวัฒนธรรมระหว่าง
ผู้สูงอายุกับเด็กและก็และก็โรคเบาหวานนะครับ หลาย ๆ ท่านคงคุ้นตานั้นครับมีการตรวจในพื้นที่ออกชุมชนก็เป็นการ
ให้บริการในพื้นที่จับเขาคู่ก็เป็นการให้บริการในชุมชนสุดท้ายของอนุญาตยกตัวอย่างชุดโครงการชุดหนึ่งนะครับเห็น
ไหมครับว่าก็จะเป็นโครงการนะครับเห็นไหมครับว่าตอนแรกที่บอกว่าหมู่บ้านมีคนสูบบุหรี่เยอะ อันนี้เราทำตอนที่เราลง
ไปจริง ๆ แล้วเรื่องนี้เริ่มมาจากการที่เราไปร่วมโรงเรียนชาวนา ครับไปดำนานะครับพอเราไปศึกษาชุมชนแล้วก็เกิด
ความสัมพันธ์เป็นพันธมิตรกันพอเหมือนเพื่อนกันนะครับพอเพื่อนทุกซ์เพื่อนก็จะพรรณนาให้เพื่อนฟัง เอ้อช่วงนี้คุณหมอพอ
ช่วงนี้บุหรี่ในชุมชนนี้มันเยอะนะคุณหมอเคยทำกิจกรรมตั้งแต่ปีโน้นมันก็ได้ผลอยู่นะคือปีก่อนโน้นเรานโยบายแบบบน
ลงล่าง เราเคยทำคลินิกอดบุหรี่คือเราทำในชุมชนเลยใหม่ทำครับคุณหมอมหาทุกตำบลเลยดีใหม่ทำทุกตำบลเลย อสม.
ขอผู้สูบบุหรี่ชุมชนละ50 คนมาจัดจัดก็จัดเป็นจัดในทุกชุมชนอันนี้เป็นภาพเดิม ๆ ที่เราเคยทำนะครับ แต่มันก็ได้ผลใน
ระดับหนึ่งนะครับอันนี้เป็นปัญหาที่เพื่อนบอกเพื่อนว่าเอ้ออันนี้มันมีปัญหานะ เราก็เลยว่าเอ้อ อันนี้มันดีนะชุมชนสะท้อน
ขึ้นมาเห็นเป็นเพื่อนกันนะครับเราก็ดำเนินกิจกรรมตรงนี้ ก็คือหลัก ๆ ก็คลินิกอดบุหรี่สัญญาในชุมชนทำสามวันนะครับ
ช่วงวันละประมาณ 1-2 ชั่วโมง 2-3 ชั่วโมงเป็นช่วงหนึ่งทุ่มถึงประมาณสามทุ่มนะครับส่วนใหญ่ก็ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม
ร่วมนะครับในการดำเนินการก็มีการตรวจสอบสภาพบ้างเสริมแรงเสริมกำลังใจแล้วก็ให้เขาวิเคราะห์หากระบวนการหา
วิธีการแล้วก็มีการยุทธอะไรเล็ก ๆ น้อย ๆ ให้นะครับ ซึ่งในชุมชนนี้ก็ทำอยู่สองรุ่นนะครับแต่ที่เราแตกต่างจากกิจกรรมที่
เราเคยทำมาคือในรุ่นแรกก็จะมีเข้าร่วม 18 คน คือจะมีสองท่านนะครับคือไม่ได้สูบบุหรี่แล้วแต่เข้าร่วมและรุ่นที่
สองมี29 คน มี10 ท่านนะครับที่ไม่สูบบุหรี่แต่อยากเข้าร่วมเราก็ถาม เอ้อแปลกใจทำไมถึงเข้าร่วมเขาต้องการคนที่สูบบุหรี่ถึง
เข้าร่วมแต่จริง ๆ แล้วส่วนนี้ก็เป็นแกนนำชุมชนแล้วก็เป็นผู้ใหญ่บ้านบางเขาบอกว่าอยากมาให้กำลังใจนะครับอยาก
มาร่วมอยากมาทราบกระบวนการเพื่อจะได้ถ่ายทอดต่อเราก็ได้เรียนรู้ว่าเอ้อสิ่งที่มาจากชุมชนเนี่ยสิ่งที่เขาเห็นเป็นสถาน
เนี่ยมันมีความต่างนะจากสิ่งที่เราเคยคิดแต่แม้จะเกิดอย่างนั้นนะครับ ความสำเร็จมันก็ได้เกิดง่าย ๆ เห็นไหมครับ
ตามหนึ่งเดือนก็มีเพียง5 คนนะครับที่สามารถหยุดได้ แต่เราเห็นแนวโน้มว่ามันจะดีขึ้นก็คือว่าคนที่เข้าไปคลินิกก็จะมี
ปริมาณการสูบลดลงที่เคยสูบลองซองก็จะลดลงเหลือหนึ่งซองลดลงกว่าครึ่งหนึ่งนะครับแล้วก็เราพยายามเสริมพลังของ
เขา นะครับเอารุ่นหนึ่งมาเป็นวิทยากรรุ่นสองดีไหม นะครับพอเราทำแล้วทำอยู่ที่องค์กรของตำรวจนะครับเอาเชิญชุมชน
นี้แหละเพื่อเสริมพลังกันนะครับสุดท้ายที่เราได้แนวคิดได้เรียนรู้เพิ่มเติมที่มเรานะครับที่มเราารู้สึกว่าได้เรียนรู้ชุมชนมาก
ขึ้นนะเป็นคำพูดที่มาจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขอนามัยหรือว่าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่ทำงานมาเป็นสิบปีบ้างคนอยู่ในพื้นที่
และบอกว่ารู้หมดแล้วละไปศึกษาทำไมหรือว่าให้ Family Folder เอ้อรู้หมดแล้วไม่จ้าง อสม. ทำเลยนะครับอันนี้คือสิ่งที่
ลงไปแล้วทำให้เราเป็นมิตรขึ้นรู้ขึ้นนะครับว่าอะไรเป็นอะไรมากขึ้นหรือว่าที่ท่านอาจารย์ว่ามันเป็นพลวัฒน์ใช้ไหมครับ
มันเคลื่อนไปเรื่อยสิ่งที่เราเคยรู้มันอาจจะมึสิ่งใหม่ ๆ ขึ้นมาก็ได้ทำให้เราเรียนรู้ะครับรู้ศักยภาพรู้ความสามารถบาง
ชุมชนมีกลุ่มสารพันะที่เด่นนะครับอันนี้มันเป็นจุดที่เราสามารถไปใช้เอ้อทางด้านสาธารณสุขเข้าไปร่วมได้นะอยู่ใน
บริบทของเขาหรือว่าการปรับการทำงานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของเขา

เรามีคำหนึ่งที่สะท้อนใจของเจ้าหน้าที่และก็เป็นคำพูดที่ว่าใช้ได้นะครับเขาสะท้อนออกมาว่าเอ้อคุณหมอมอคุณ
หมอมหาทำไมทำตัวเหมือนผู้ใหญ่ลี้ เคยได้ยินไหมครับผู้ใหญ่ลี้ทำอะไรครับตักลองประชุมใช้ไหมครับ เหมือนเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข เอ้อตอนบ่ายไม่มีคนใช้นะ ช่วงบ่ายสอนดีไหมดี ทำงานชุมชน เราออกชุมชนดีไหม เอ้อออกนัดชุมชนบ่าย
สองเป็นไปบางครับเป็นผู้ใหญ่ลี้เพราะตอก ๆ ประชุมคือปฏิทินของเขากับของเรามันต่างกัน โดยเฉพาะช่วงใกล้ปิด
ปีงบประมาณใช้ไหมครับช่วงนี้ต้องเร่งโครงการออกนะครับเพื่อจะเบิกงบประมาณนะครับจริง ๆ แล้วช่วงนี้นานาเขา
นะครับเขาต้องไปทำนานะครับเนี่ยเวลาเราออกไปก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนแล้วก็เจ้าหน้าที่ต้องสวมบทบาทเป็นคุณ
อำนวยนะครับแล้วชาวบ้านก็ขับเคลื่อนแม้จะเชื่อมเดิมกับทุนเดิมแต่บทบาทคุณอำนวยนี้ค่อนข้างยากนะครับเวลา
ที่มันไปทำเองก็พยายามปรับเปลี่ยนวิธีคิดแต่เวลาไปทำจริงมันก็ยังติดหมวกหมวกเดิมอยู่บ้างครั้งก็ยังชี้แนะเขาอยู่
เลยอันนี้ก็เป็นประสบการณ์ที่เราเรียนรู้ไปนะครับ แล้วก็เรียนว่าชุมชนสิ่งที่เราให้กับชุมชนนะครับสิ่งที่เราคิดให้บางครั้ง
อาจจะไม่ตรงกับเขาก็ได้ช่วงที่ออกทรงกร์การออกกำลังกายใช้ไหมครับออกกำลังกายทรงกร์เต้นแอโรบิคนะครับตั้ง

สรุปสุดท้ายก็คือว่าเราก็ได้มีการปรับเปลี่ยนของทีมนะครับได้เรียนรู้ชุมชนนะครับและสุดท้ายก็คือว่าเราก็รู้จักตัวเองมากขึ้นแล้วมันเป็นปีเดียวนะครับเราคิดว่าการดำเนินการต่อไปจะทำให้ชุมชนนี้มีศักยภาพ เห็นศักยภาพของเขาและทำให้ชุมชนนี้เป็นชุมชนที่น่าอยู่ในสายตาของเขาไม่ใช่ในสายตาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขอบคุณครับ

ผู้เข้าร่วมประชุมถาม มีใครที่ไม่ได้ทำชุมชนหน้าอยู่แต่ใช้กระบวนการอย่างนี้บ้างคะ คล้ายกันไหมคะ อยากจะเรียนถามนิดหนึ่งนะคะตามลักษณะกระบวนการน่าจะดูเป็นและดูหมายถึงว่ามีตั้งแต่ต้นจนจบ ตั้งแต่การหาวิธีวิธีการที่ชัดเจน ตรงนี้เนี่ยค่อยเรียนรู้อไปหรือว่ารู้ล่วงหน้าว่าต้องทำอะไรต้องเดินช้ายก่อนแล้วชวาแล้วก็ Family Folder นั้นแหละครับคือการทำความรู้จักเขาให้เขาเป็นมิตรให้เขาเป็นเพื่อนเรา เพื่อนกันนะครับพอเป็นเพื่อนกันก็จะกล้าคุยกันมากขึ้น แต่กระบวนการที่ได้มาในแผนหรืออะไรอย่างนี้นะครับก็อาจจะมีการสลับก็ได้ ช่วงที่เป็นมิตรก็อาจจะไม่ต้องรอจนถึงต้องชัดเจนต้องได้แผนนะ ไม่จำเป็นครับ พอเราเป็นมิตรกันแล้ว เขา เอ้อ ปัญหาตรงนี้เร่งด่วนไม่ต้องรอประชุมเป็นวิสัยทัศน์หรือแผนที่ในขบวนการนั้นเราทำได้เลยครับอันนี้คือแบบว่ามานาจเป็นกรอบมาไม่จำเป็นแต่ไม่ต้องเรียงลำดับมาว่า เอ้อ หนึ่งต้องไปยั้งนั้นะ สองเดียว ๆ อย่างเพิ่งทำกำลังศึกษาชุมชนอยู่ อย่าเพิ่งทำโครงการคือไม่จำเป็นครับถ้าเกิดเราคิดว่าเป็นมิตรกันนะครับ สามารถทำได้ก็ทำได้เลย อันนี้ก็แค่เพียงกรอบกว้าง ๆ แต่ขบวนการไปทำงานจริงผมยังให้น้ำหนักอยู่ที่หนึ่ง ทีมเรา สองก็คือต้องรู้เขารู้เราเข้าใจชุมชน

36

ไม่ออกว่าทำยังไงให้ถึงเห็นเข้าใจและรู้สึกเป็นมิตรและถึงขั้นทำงานร่อกันและวางแผนกันเนี่ย หนึ่งปีมัน work มันทำได้ อย่งไรบ้างคะ

คุณทศพล

สิ่งที่เรากระบวนการที่สองเราแสวงหาพันธมิตรคือจริง ๆ แล้วเราทำงานชุมชนตั้งแต่ที่เกิด เกิดระบบ สาธารณสุขมา การเข้าไปคลุกคลีไปทำอะไรคือเราไปทำมาแล้วครับ สิ่งนี้ก็ไม่ใช่ว่าสิ่งใหม่ครับคือเราทำอยู่แล้วนะครับจริง ๆ แล้วผลที่จะเป็นชุมชนหน้าอยู่ไม่รู้ว่ามีอีกกี่ปีสามปี สี่ปี ห้าปี แต่กระบวนการเรายังเชื่อมั่นว่าการที่เราทำมีส่วนร่วมนะ ครับ เราเห็นคุณของเขา ดูที่ศักยภาพของเขา เขาไม่ใช่ว่าเขาเป็นแก้วว่งที่จะไปชี้ทำนู่นทำนี่ได้เราคิดว่ากระบวนการ ถูกต้องและสุดท้ายมันน่าจะเป็นชุมชนหน้าอยู่ หนึ่งปีที่เราเริ่มต้นก็คือเริ่มต้น ชุมชนคงหมึกก็ต้องหาพันธมิตรที่คิดว่า เป็นพันธมิตรกับเรานะครับเขาไปทำสิ่งที่เอามาที่นี้ก็คือว่ามันอาจจะยังไม่เห็นผลชัดเรณมันเห็นผลแค่ระยะสั้นที่เกิดว่า เขาเริ่มไวใจเราแล้ว แต่อาจจะไวใจยังไม่มาก ไอ้ที่เขาพูดมานี้เอยอาจจะเป็นแค่เสียงหนึ่ง ของการที่จะพูดคุยได้แต่ในลึก ๆ ถ้าเราใช้กระบวนการนี้ไปเรื่อย ๆ มันก็จะเป็นเพื่อนเหมือนเรารู้จักตอนนี้นะครับอาจจะจะเป็นเพื่อนผิวเผินใช้ไม่ครับ แต่ ต้องใช้เวลาครับถึงจะเป็นเพื่อนซี้เพื่อนตายได้ เราต้องพิสูจน์ครับว่าเราเป็นเพื่อนซี้เพื่อนตายเขาต้องใช้เวลาแต่นั่นคงเป็น ปีแรก ๆ ที่เรามีส่วนรวมในชุมชนนี้

ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมซักถาม อยาจะสะท้อนว่าเหตุผลของทางทีมได้คัดเลือกทางทีมของทางคุณทศพลเนี่ยนะคะ เพราะว่ามองเห็นว่ามีความตั้งมั่นและเชื่อมั่นในเรื่องของการสร้างพลังอำนาจของประชาชนและก็ในการทำบอกว่าปีหนึ่ง เนี่ยเริ่มเห็นผลและจะเห็นว่าในระหว่างที่ทำงาน จะมีวิธีการที่ทำให้กำลังใจนะคะที่บอกว่าเห็นผลและวิธีการให้กำลังใจของ เขาไม่ใช่ให้ลอย ๆ นะคะ คือมีรูปแบบที่ดูข้อมูลมีการประเมินผลดู แะที่อดบู้หรีแล้วเป็นอย่งไรตัวเลขเปลี่ยนแปลงสัก เล็กน้อยหรือมากขึ้นสักนิดหนึ่ง ก็เป็นกำลังใจให้กับทีม รวมถึงผลที่เห็นถึงความงอกงามในพันธมิตรต่าง ๆ ซึ่งตรงเนี่ย ค่ะทีมงานมองว่าตรงนี้เป็นเสน่ห์นะคะ ว่าบางทีก็อาจมีลักษณะอย่างนี้อยู่อาจจะรู้สึกกับมันอย่งไรถ้าเรารู้สึกเชิงพวกกับ มันเนี่ย เราจะไปต่อแต่ถ้าเรารู้สึกว่าได้แค่นี้เองอะไรอย่งเนี่ย เราอาจจะท้อใจนะคะแต่ดูตรงนี้ซิคะว่ามีอีกหลายโครงการ นะคะที่อยู่ในโครงการนี้เนี่ยบอกมาหนึ่งโครงการคือโครงการอดบู้หรี อันเนื่องมาจากคนเชื่อมั่นและศรัทธาในทีมงาน ยากมากคะ เดียวมาถึงตอนสร้างทีมงานเนี่ยคะ พอครบสี่ทีม สี่ท่าน ที่จะนั่งคุยกัันนะคะ จะมาแลกเปลี่ยนกันว่าแต่ละ ทีมสร้างกันอย่งไรให้ลึกซึ้งมากขึ้นและก็อีกประเด็นหนึ่งนะคะ ไม่ทราบวว่าตรงนี้มีใครสนใจไหมคะว่าทำอย่งไรชาวบ้าน เขาถึงเห็นรูปแบบเนี่ยมันเป็นเหมือนกับเวทีประชาชนเนอะ ดึงคนมามีส่วนร่วมถึงอะไรต่าง ๆ เนี่ยทำไมมันถึงโดนใจ เข้าได้ คือบางคนเนี่ยบางครั้งนั่งทำแผนทำอะไรอย่งเนี่ยมันไม่ค่อยสนุกนะคะ

คุณทศพล

ตรงนี้ผมบอกว่ามันขึ้นอยู่กับช่วงแรกที่เราเข้าไปในชุมชนที่เราไปศึกษาเนี่ยการที่เราไปเป็นพันธมิตรกับเขา เหมือนเพื่อนเหมือนเราเป็นเพื่อนกันแล้ว เพื่อนจะบอกอะไรก็เริ่มไว้เริ่มช่วยกันทำจริง ๆ แล้ว ชุมชนนั้นมันก็มีศักยภาพ ทุนเดิมของเขาอยู่แล้วคือว่าผู้นำชุมชนเป็นทั้งผู้นำทางการและผู้นำธรรมชาติด้วย และก็ส่วนใหญ่ก็จะเป็นเครือญาติกัน ในโซนเนี่ยก็จะเป็นเครือญาติกันการดึงคนในชุมชนนี้ค่อนข้างที่จะเื้อถ้าผู้นำชุมชนบอกก็เริ่มเห็นแนวร่วมค่อนข้างง่าย ในการที่จะดำเนินการส่วนประเด็นนี้ก็คือการที่เราเข้าไปแล้วก็เห็นทุนเห็นชุมชนมีศักยภาพก็เรา ทำเราเห็นภาพใน การที่จะดึงและก็ประสานตรงนี้ว่าผู้นำคนนี้มีศักยภาพนะ ถ้าผู้นำเห็นคนเ็นก็ต้องเห็นด้วยนะครับ นี่คือผมคิดว่าถ้าเกิด เราเข้าไปใช้Family Folder หรือว่าการศึกษาชุมชนให้มันเป็นประโยชน์ให้เห็นศักยภาพของเขาและก็ดึงเขามามีส่วน ร่วมได้ แต่บางชุมชนก็ค่อนข้างยากนะครับ แล้วแต่บริบทของแต่ละที่

คุณทศพล

เพียงแต่ว่าเราเห็นส่วนหนึ่งคือเราเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประวัติศาสตร์ของเขาด้วยเกี่ยวกับอะไรด้วยที่มันเป็นประโยชน์และก็มีมาส่งเขามาเก็บข้อมูลเพิ่มเติมคือให้บริบททั้งภาพรวมของชุมชนนะครับ Family Folder อาจจะเจาะลงไปทีตัวบุคคลนะครับ ระดับครอบครัวแต่บางครั้งเราก็ต้องเก็บในภาพรวมของระดับชุมชนด้วย ให้เห็นว่าชุมชนเนี่ยมีภาพรวมเป็นอย่างไรที่เพิ่มเติมนะครับ เพื่อเอ้อในที่มาก็จะเห็นภาพรวมในตอนทำงานก็จะเห็นภาพรวมว่าชุมชนมีลักษณะเป็นอย่างไรนะมีนี้เข้มแข็งนะมีกลุ่มนี้นะ แต่ Family Folder มันจะเป็น จุดย่อยสำหรับตัวบุคคลเป็นแยกย่อยแยกย่อยแยกย่อยกันไปถึงระดับคนเลย ระดับโลกเลยนะครับ แต่นี้ก็ที่เพิ่มเติมก็เป็นภาพรวมจริง ๆ แล้วทุกท่านที่ทำงานชุมชนก็จะมีภาพรวมตรงนี้อยู่แล้วนะครับอาจจะอยู่ในหัวของเรา อาจจะอยู่ในนักปฏิบัติบางท่านอาจจะอยู่ในนักสาธารณสุขบางท่านแต่เราก็พยายามถ่ายทอดตรงเนี่ยให้มันเป็นลายอักษร และก็สามารถถ่ายทอดเหมือนผมนะครับก็ทำงานชุมชนก็ไม่นานนะครับ ก็ไปเรียนรู้จากเอกสารเนี่ยและ แล้วก็ไปต่อยอดในชุมชน ก็มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ตรงนี้ให้ทีมเราด้วย

ผู้เข้าร่วมประชุมถาม พอดีเมื่อกี้ตอนนำเสนอชุมชนน่าย่อยของผู้ที่ทำชุมชนแข็งแรงที่อยากจะเรียนถามว่าที่ของคุณที่จะได้เป้าหมายหรือจะได้โครงการมาแต่ละโครงการเนี่ยเราจะจัดเซตไปว่า หรือจัดลำดับโครงการนี้อย่างไร หรือว่าจะมีประวัติการณ์ของคนในชุมชนหรือว่าอย่าไร

คุณทศพล

ก็จริงแล้วก็น่าจะเป็นกระบวนการคล้าย ๆ กันก็คือก็คือว่าการมีส่วนร่วมแล้วก็จริง ๆ แล้วปัญหาที่ได้มามันค่อนข้างเยอะถ้าหากใครไปทำใครมีประสบการณ์ ก็คือมีเยอะมากคงใช้วิธีการคัดเลือกประเด็นที่เขาคิดว่าสำคัญในชุมชนนะครับอาจจะวิธีหลากหลายนะครับแล้วแต่ที่อาจจะเป็นประชาวิจารณ์หรือการโหวตก็ได้หากประเด็นความรุนแรงอะไรแล้วแต่นะครับตรงนี้ละเราใช้กระบวนการคัดเลือกประเด็นให้ได้ว่าประเด็นไหนสำคัญ ก่อนที่จะมาดำเนินการก่อน และก็ทำให้ชุมชนสามารถดำเนินแผนได้ก็คือว่าเราไม่จำเป็นต้องทำทั้งร้อยหลอกครับ เราก็พยายามคัดเลือกประเด็นก็ช่วยเขาเนครับ ช่วยคัดเลือกประเด็นนะครับ

ทพ.ดร. จริญญา ท่านเป็นเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข เป็นหัวหน้าสถานีอนามัยตำบลน้ำแก่น จังหวัดน่าน ท่านมีความภูมิใจที่พัฒนา PCU ให้เป็นต้นแบบของจังหวัดน่าน และก็ผ่านเกณฑ์ 26 ข้อของการชีวิตประเมิณผล ซึ่งมีทั้งหมด 26 ข้อ จะมานำเสนอในเรื่องของการเข้าถึงมิติของชุมชน การประสานสัมพันธ์เอาตัวเข้ามาแลกเปลี่ยนฟังเสียงสะท้อนว่าอะไรแปลเปลี่ยนความขัดแย้งของชุมชน ไปสู่การสร้างสุขภาพที่ดีโดยชุมชนนะค่ะขอเชิญพบกับคุณ บุญคุ้ม ปานทอง

คุณบุญคุ้ม ปานทอง

สถานีอนามัยตำบลน้ำแก่น จังหวัดน่าน

อยากจะนำเสนอว่าตรงจุดนี้ที่นำเสนอขงจุดนี้ไม่ได้ว่าจะเป็นส่วนที่ดีที่สุด แต่อยากอาประสบการณ์ที่ทำทั้งหมดทั้งร่างกาย แรงใจมาเล่าสู่กันฟังเป็นการแลกเปลี่ยนนะค่ะ ส่วนสไลด์ที่จะนำเสนอทั้งหมดที่เห็นนะบ้างครั้งก็เป็นครั้งที่ 10 นะค่ะ เพราะว่าฟังสะเป็กของผู้ดำเนินรายการก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนจนครั้งสุดท้ายก็เมื่อ 20 นาที ที่ผ่านมานี้เองคะก็นำมาให้ท่านรู้จักจังหวัดน่านนะค่ะ ซึ่งที่ท่านเห็นอยู่ขณะนี้ก็คือส่วนที่เป็นหัวใจของจังหวัดน่านสิ่งศักดิ์สิทธิ์นะค่ะและคำขวัญของจังหวัดน่านคือแข่งเรือลือเลื่องนะค่ะ บนนาช้างดำ ซึ่งคงไม่มีจังหวัดไหนที่จะมีนะค่ะ กิจกรรมวัดพระหม่มมินทร์วัดตรงนี้คือที่มีโบสถ์และวิหารอยู่ที่เดียวกันเคยพิมพ์ในธนบัตรฉบับละ 10 บาทนะค่ะ ดินแดนสามสิทองนะค่ะ เพราะสามที่อื่นก็มีแต่ของน่านจะเหลือซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของน่านนะค่ะ และมีพระธาตุโชแห่งนะค่ะ ซึ่งเป็นปูชนียะสถาน ของจังหวัดน่านนะค่ะ ลักษณะของพื้นที่ของตำบลน้ำแก่นก็เป็นลักษณะพื้นที่ที่เป็นเขาเนค่ะ ลาดเอียงติดต่อกับอำเภอแม่จันท์ อำเภอเวียงสาเนค่ะ และก็ตำบลต่าง ๆ ของภูเพียงเหมือนกัน ขอบเขตรับผิดชอบมี 10 หมู่บ้านนะค่ะ 1,075 หลังคาเรือน แต่ว่าของเรามีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงสามคน และก็มีทันตพยาบาลหนึ่งคน แต่ตรงนี้ก็ป็นวิกฤตินะค่ะ

ที่ว่าของเราขาด แต่เราพยายามจัดการส่วนขาดของเราให้เสริมงานนะค่ะว่าเราทำเราก็คือศึกษาจากบริบทนะค่ะ นี่ก็เมื่อที่ที่เขาวงศ์พูดว่าเราดูที่ชุมชนหน้าอยู่ แต่ว่าเรารู้ได้อย่างไรว่าหน้าอยู่ถ้าเราไม่รู้ว่าเขามีบริบทอย่างไร เราก็คือศึกษาว่าชาติพันธ์เขาเป็นอย่างไรวัฒนธรรมประเพณี สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเขามีอะไรบ้าง จากนั้นเราก็คือศึกษาว่าส่วนที่เรียบร้อยของชุมชนนี้มีอะไรเพื่อที่จะเอามาจัดการภาวะจำกัดของเรานะค่ะ เราถือว่าตรงนี้เป็นส่วนสำคัญจุดหนึ่งที่จะทำให้งานของเราเกิดการเคลื่อนไหวได้ นอกจากทราบบริบทแล้วบางครั้งเราต้องรู้ว่า ปฏิทินของราชการไม่ตรงกันประชาชน เพราะฉะนั้นการจัดการจุดนี้ระหว่างความต่างของราชการกับประชาชนเราจะจัดการอย่างไรให้เหมาะสมเพราะว่าช่วงที่เขายู่เราจะจัดการอย่างไรให้เหมาะสมสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของชุมชนว่ามีอะไรบ้างศึกษาว่าตรงจุดนี้บางครั้งเราก็คือศึกษาจากบุคลากรในชุมชนที่เขาภูมิความรู้หรือจะศึกษาจากข้อมูลมือสองหรืออะไรก็ได้แต่ที่มีอยู่ในชุมชน แล้วที่อดีตของน้ำแก่นนะค่ะเป็นที่ข้าราชการไม่ยอมอยู่ เพราะว่าที่ดินแดนแห่งนักร้อง ร้องเรียนมาก เจ้าหน้าที่อยู่สองปีก็ไม่ผ่านทั้งสองปี เลย ต้องย้าย ย้ายตัวเองออกไปก็เพราะไม่รักกันมีการอิจจาริษยากันอยู่เลย ๑ ปัญหาสารพัดที่จะต้องแก้ไขกันทุกคนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีใครเคยขอย้ายไปอยู่เลยแต่ที่ดินนั้นไปอยู่ที่นั่นเพราะพื้นที่เกิดอยู่ที่นั่นจึงต้องกลับไป

จากการศึกษาจริง ๆ แล้ว พวกเราข้าราชการจะศึกษาชุมชนเขาจริง ๆ ต้องศึกษาว่าชุมชนเขามีปัญหาอะไร ทุกคนคิดว่าเขามีปัญหาอะไร เราก็จะเป็นพระเอกไปช่วยเขาใช่ไหมแต่จริง ๆ แล้วชุมชนเขามีศักยภาพของเขาอยู่แล้วเขาจัดการอยู่กันมาเป็นร้อย ปี แล้ว แต่เราคิดว่าเขามีปัญหาอะไรเราจะขี่ม้าเข้าไปช่วยเขาใช่ไหม เขาคิดอย่างนั้นแต่ความจริงแล้วมันไม่ใช่ ชนเขาเขามีทุนอยู่แล้ว เขาใช้แก้วที่วางเปล่าถ้าว่างเปล่าเขาอยู่ไม่ได้ตลอดถึงวันนี้เขาคงรอเราไม่ทุนเขามีอะไร ศักยภาพเขามีอะไรเราต้องศึกษาตรงจุดนี้ จากที่เป็นดินแดนแห่งนักร้อง เราปรับเปลี่ยนให้เข้ามาเป็นแบบครอบครัวอบอุ่น แต่ให้ดูที่บอร์ดจะเห็นว่าชุมชนเข้มแข็งนะค่ะ ปีนี้เขาปรับนะค่ะรับนิสัยมาเรื่อยถ้าหากว่าตรงนี้มีนพอแล้วก็ปรับวิสัยทัศน์ใหม่ ซึ่งปี2548 เราปรับครอบครัวด้วย เมื่อปีที่แล้วเริ่มที่ชุมชน สภาพเศรษฐกิจ แต่ปีนี้เริ่มที่ครอบครัวด้วยเรื่องของครอบครัวเข้มแข็ง ภูมิทางสังคม ภูมิปัญญา ไม่ว่าจะเป็นพระ เป็นทางสังคม ดำรับตำราที่มีอยู่เราก็คือเอามาจัดการเรื่องของระบบสุขภาพที่เรามาพูดถึงเรื่องกลุ่ม กลุ่มคนในชุมชนว่ามีกลุ่มอะไรบ้างจริง ๆ แล้วกลุ่มในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นท้องที่ไหนก็จะมีกลุ่มย่อย ๆ ไปหมดที่ว่าจริง แล้วเขาจัดการกันเองได้ แต่ละกลุ่มไม่ยอมเชื่อมร้อยกันแต่ละคนก็มีส่วนดีของตัวเองแต่ไม่ได้เอาดีมาวางบนโต๊ะกัน ซึ่งสิ่งนี้จะเป็นปัญหาแต่ที่นี้ทางเราก็คือเคยเอากลุ่มทุกกลุ่มมาหลอมรวมกันในเรื่องของการจัดการการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยภาคใต้กลุ่มเชื่อมร้อยกลุ่มน้ำแก่นสัมพันธ์ ซึ่งกลุ่มนี้ก็ตั้งมาตั้งเขาหลอมรวมกันปี 2542 ที่นี้เรามาดูเรื่องของทรัพยากรธรรมชาติและแหล่งอาหารธรรมชาติซึ่งเดิมสิ่งเหล่านี้จะถูกละเลยและถูกทำลายผลจากเศรษฐกิจพวกป่าเขาพวกนี้ พวกทำไร่เลื่อนลอยอะไรต่าง ๆ แต่ส่วนเหล่านี้ เราต้องชี้ให้เขาเห็นว่าสมัยก่อนไม่มียาฆ่าหญ้าปัญหาเรื่องของสารพิษตกค้างไม่มี ไม่มีเรื่องสารเคมีเพราะว่าเกษตรธรรมชาติ และหลังจากเรื่องเกษตรเศรษฐกิจเกิดขึ้นเรื่องของเกษตรธรรมชาติ หายไป มีปัญหาเรื่องของยาเรื่องของสารเคมีตัวนี้กลับขึ้นมาเราก็คือต้องหาทางให้เขากลับมาใช้วิธีเดิมใหม่ โดยให้เขารู้ถึงตระหนักถึงคุณค่าและทรัพยากรของท้องถิ่นเราจะให้เขารู้ได้อย่างไรบางครั้งเรา ขับเคลื่อนไปเฉพาะกลุ่มเล็ก ๆ มันจะไม่เกิดแรงเหวี่ยงที่แรงพอ ดังนั้นเรื่องของความร่วมมือเรื่องของการประชุมการมีส่วนร่วมของชุมชนเรื่องของความคิดเห็นการทำงานของชุมชนไม่ใช่ว่าเป็นความต้องการของเจ้าหน้าที่ไม่ใช่ แต่ต้องถามว่าเป็นความต้องการของชุมชนหรือไม่มันนี่คือสิ่งที่เขาจะพยายามขับเคลื่อนกับเรา เราก็คือใช้ให้เขามีส่วนร่วมในการคิด ที่นี้แกนนำของชุมชนกลุ่มต่าง ก็มารวมกันขับเคลื่อนในเรื่องของสุขภาพไม่ว่าจะเป็นเรื่องของอาหารเรื่องของอารมณ์ เรื่องของสังคม เรื่องของกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนเรื่องของภูมิปัญญา ก็จะมาขับเคลื่อน เพื่อสุขภาพที่ดีของชุมชน

ที่นี้เรามามองจุดนี้ว่าปัญหาของชุมชนมีไหม มีเรื่องของเศรษฐกิจ เรื่องหนี้สินก็มีเหมือนกัน แต่ที่นี้ชุมชนจะมีกิจกรรมในการเลือกการแก้ไขปัญหสุขภาพของชุมชนได้อย่างไร ตรงจุดนี้เราต้องมาช่วยกันคิดช่วยกันวิเคราะห์ ซึ่งเจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็จะมีเรื่องของ การค้นหาข้อมูลและเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างชุมชนและตัวเจ้าหน้าที่เองว่าตอนนี้เขามองเรื่องของสุขภาพเป็นอย่างไร และความเป็นจริงที่เราพบในสถานพยาบาลเป็นอย่างไร และการที่จะทำให้เขามีสุขภาพดีขึ้นเราควรจัดการอย่างไรอันนี้เป็นข้อตกลงระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชุมชน ที่นี้เรื่องของวิสัยทัศน์ของ PCU น้ำแก่นเรื่องของ การสร้างสรรคงานพัฒนาบริการแบบองค์รวมมีส่วนร่วมด้านชุมชนประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี เพราะว่าสิ่งที่เราตั้งไว้คือเรื่องสุขภาพของประชาชน แต่ที่นี้พันธกิจของเราในทีมเป็นเรื่อง

ความคณรวมพลังพัฒนาองค์กร พัฒนางาน ประสานชุมชน จนเราสามารถผ่านเกณฑ์การประเมินที่ผู้ดำเนินรายการพูด ก็ได้รับการตรวจเยี่ยมจากสาธารณสุขเขต ดังนั้นหลังจากการทำ ทำให้อัตราการป่วยของโรค NCD ของพื้นที่ของเราถึงแม้ว่าจะมีแต่สามารถควบคุมอาการได้และสามารถลดปัจจัยเสี่ยงได้ซึ่งตรงจุดนี้ของเราจากการประเมินตรชนนี้ชีวิต ไม่พบอัตราเสี่ยงแม้แต่รายเดียวที่เราดูแลอยู่ 100 กว่าราย กระบวนการใช้ยาของเราลดลงเพราะเรามีทางเลือกให้ชุมชน มันมีการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพ ปัจจัยที่มีส่วนเสริมของเราเรื่องของ อสม. เรื่องของแกนนำชุมชน เรื่องของเอกชน สมาชิก อบต. ผู้นำชุมชนและราชการอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นครู เกษตร ตำรวจ หรือส่วนอื่น ที่เป็นราชการ จะมีส่วนร่วมตรงจุดนี้ถ้าหากเราทำเรื่องของสุขภาพจะทำพระองค์เดียวคงไม่ได้ต้องอาศัยภาคีรวมเพราะปัจจัยสุขภาพไม่ใช่เรื่องร่างกายอย่างเดียวยังมีเรื่อง สังคมจิตใจเศรษฐกิจต่าง ๆ เพราะฉะนั้นในเวทีหนึ่งเราต้องตอบเขาได้หลายเรื่องค่ะ อาทิ นอสม. หรือแกนนำชุมชนเขาจะมีในเรื่องของการขับเคลื่อนในเรื่องของการดูแลตัวเอง ดูแลกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งกันและกัน ก็มี เรื่องของการออกกำลังกายของชุมชนเราไม่ได้เน้นเรื่องของการกระบวนกรแต่เราเน้นเรื่องของวิถีและความต้องการของชุมชนเอง เพราะฉะนั้นเรื่องของชุมชนเรื่องของการสุขภาพก็เป็นเรื่องของอาหารแต่ที่นี้เรามีปัญหาเรื่องอาหารอาหารที่เราได้รับมันไม่ปลอดภัยมีสารตกค้างเพราะฉะนั้นเราต้องคืนสู่วิถีชีวิตความเป็นธรรมชาติก็จะมีกลุ่มก็พูดได้ว่าของเรากลับมาหลังคาเรือนมีผักปลอดสารพิษบริโภค บางครั้งประชาชนจะไม่ชอบอาหารที่ปลูกของตัวเอง มันไม่อร่อย ไม่อยากกินสุภาพตามร้านหรือตามสื่อโฆษณาต่าง ๆ ก็ไม่ได้รูปแบบมันน่าทานกว่า เราก็พยายามให้เขาแลกเปลี่ยนว่าจะปรับปรุงรูปแบบให้ทานทานอย่างไรและก็ดูแลสุขภาพด้วยที่นี้หลังจากเราจัดกิจกรรมติดต่อกันมาหลายปี จะเห็นว่าผู้ใหญ่แม้ว่าไม่ได้เชิญก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นท่าน ผอ. พับ รองผู้ว่าราชการจังหวัด ท่านสส. สจ. ก็มาร่วมด้วยโดยไม่ต้องเชิญ เพราะว่าคนมาเยอะ และเราก็จะมีการถ่ายทอดภูมิปัญญาของลูกหลานในการถ่ายทอดภูมิปัญญาและสื่อ ๆ ของชุมชนในเรื่องของสังคมและอารมณ์ เรื่องของการส่งเสริมอาชีพปลอดสาร และการพัฒนาภูมิปัญญาสู่เศรษฐกิจตรงจุดนี้ในชุมชนเขาจะมีสมุนไพรเอเยะและจะมีเรื่องของภูมิปัญญาการทำรูปเดิมอยู่แต่เราบูรณาการระหว่างความรู้เรื่องสมุนไพรกับความรู้เรื่องการทำรูปสมัยเก่ามาพัฒนาเป็นรูปสมุนไพรโล่งซึ่งตอนนี้เป็นโอท็อป สินค้าของประเทศ และได้ผ่าน มสช. แล้ว เรื่องของสุขภาพเรื่องของการใช้สมุนไพรดูแลตัวเองเบื้องต้นของครอบครัว ประชาชนจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการกำหนดขับเคลื่อนปัญหาและประเด็นปัญหา และวิเคราะห์ปัญหา และชุมชนสถานื่อนามัยที่มสุขภาพก็เริ่มวางแผนจะทำงานร่วมกันและมีการประเมินผลร่วมกันด้วย และบริหารส่วนตำบลเดิมเราจะไปเคาะเงินออกจากกระปุกของอบต. ยากมากปี 2545 พันหรือยากนะ แต่ว่าสามปีที่ผ่านมาเราได้ปีละไม่ต่ำกว่าสามแสน ซึ่งของเราเป็นอบต. ชั้น 5 มีเงินสนับสนุนปีละสามล้านบาทเอง ทีมสุขภาพของรัฐก็จะมีมารวมในกิจกรรมตรงจุดนี้แพทย์ประจำ PCU ก็มาช่วยในเรื่องของการขับเคลื่อน ซึ่งเราก็จะมีเวทีแสดงความคิดเห็นและเปลี่ยนประสบการณ์กับเป็นระยะซึ่งถ้าหากว่าทีมทำงานร่วมกันและไม่ได้คุยกันถึงประเด็นและหลังจากทำงานร่วมกันและไม่ได้คุยว่ามีประสบความสำเร็จหรือมีปัญหาก็จะไม่มีการพัฒนาที่มากขึ้นซึ่งตรงนี้ของเราก็จะมีเจ้าหน้าที่ของเรามีน้อยแต่เราก็จะมีพยายามไหลเวียนเจ้าหน้าที่ซึ่งกันและกันระหว่าง สอ. ต่าง ๆ ด้วยในเรื่องของการจัดการและเราก็มีการปรับสถานื่อนามัยในเรื่องของการพัฒนาบริการเรื่องของการมาตรฐานต่าง ๆ ตรงจุดนี้และเรื่องของการมาตรฐานบริการเราก็จะมีการใช้ Family Folder เมื่อสักครู่ผู้ดำเนินรายการถามว่า Family Folder มันน่าจะเหมือนกันไหมมันน่าจะเหมือนกันนะ แต่ก็จะมีในเรื่องการกำหนดสีในเรื่องของสัญลักษณ์ของประชาชน ถ้าหากมองว่าพยาบาล CPU ที่อยู่ประจำเป็นตัวแทนและมีการไปจัดบริการประชาชน เราเน้นที่ความสะดวกของประชาชนไม่ใช่ความสะดวกของเจ้าหน้าที่และเราก็จะมีการแลกเปลี่ยนการพัฒนาทีมของเราไปด้วยโดยที่ขอให้ทีมพัฒนาในด้านความรู้และศักยภาพในการดูแลและผู้ป่วยและรักษาคณมุ่งที่คนมากกว่าโรคไม่ใช่ดูแลโรคอย่างเดียวต้องดูแลทั้งคนเราพยายามให้บริการของเรามีคุณภาพซึ่งตรงจุดนี้ก็ดูภาวะวิกฤตของปีประชาชนซึ่งแต่เดิมเราดูแลผู้ป่วยตามโรค ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงสูง ตอนนี้อยู่ที่เราได้รับผู้ป่วยความเสี่ยงสูงทั้งหมดรับมาจากโรงพยาบาลและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันตลอดเวลาว่าของเรามีผู้ป่วยไปใช้บริการเท่าไรในแต่ละเดือนและนอกจากนี้เราก็ดูแลผู้ติดเชื้อ เป็นศูนย์ประสานงานผู้ติดเชื้อของอำเภอตั้งอยู่ที่สถานื่อนามัย เป็นศูนย์เฉลิมพระเกียรติและมีการจัดบริการเคลื่อนที่ในเรื่องของการตรวจคัดกรองเด็กในศูนย์และก็เรื่องของการประเด็นการขับเคลื่อนเรื่องอื่นต่อไปซึ่งตรงจุดนี้หลังจากเราดำเนินการแล้วเราสามารถผ่านเกณฑ์ประเมิน PCU และ Healthy Thailand ก็คงจะนำเสนอเพียงเท่านี้ก่อน สวัสดีค่ะ

ทพ.ดร.จรัญญา อย่างคนที่ทะเลาะกันเขาจะมาร่วมหรือคะ และที่เชิญเขามาเขาทราบไหมคะว่าอีกคนหนึ่งมาด้วย และเชิญมาในเรื่องของหัวข้ออะไรคะ

คุณบุญตุ้ม

บางครั้งคนที่เห็นหัวใจหากให้รับเกียรติเขาจะดีใจ ไม่ว่าจะมีความรู้ความสามารถทางด้านไหนก็แล้วแต่เราพยายามเชิญเขามาเป็นที่ปรึกษาและให้เขาออกความคิดเห็นว่าเขาจะพัฒนาได้อย่างไรเราเอาหัวใจกลุ่มนั้นนะคะที่เป็นแกนนำกลุ่มต่าง ๆ ด้านความรู้มาให้มาเป็นกรรมการที่ปรึกษาขอเชิญเรียนเชิญทราบเชิญอะไรก็แล้วแต่ต้องพยายามไปเชิญมาให้ได้และที่นี้เราก็จะบอกว่าถ้าเราจะทำอย่างนี้และเรามีแต่กลุ่มที่ทะเลาะกัน แข่งกันแบบนี้มันจะดีไม่ ก็ไม่ดี เพราะฉะนั้นให้เขาพูด นะคะไม่ใช่เราไปบอกเขา แต่เราเชิญเขามาก่อนและให้เขามาร่วมคิดกลุ่มต่าง ๆ ที่มีปัญหากันสร้างโอกาสให้เขาเจอกันและมาคุยกันมีอยู่ครั้งหนึ่งต้องเชิญขึ้นรถไป นั่งจากนานไปเชียงใหม่เพื่อไปเข้าค่ายที่แม่แตง แต่ระยะเวลาที่เดินทางเราก็อึดทนไปตลอดที่นั่งไกล ๆ กันก็มานั่งใกล้ ๆ กัน แต่การจัดกลุ่มพวกนี้ห้ามมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาเป็นส่วนผสมเด็ดขาดเพราะสายตามันจะมองไม่ค่อยดีจะมองขวาง ๆ ยังไงไม่รู้ขอความกรุณาว่าถ้าจะประสานเปลี่ยนพันธ์อย่ามีน้ำเปลี่ยนนิสัยมาอยู่ด้วย

ครั้งแรกไม่ทราบนะคะต่างคนต่างได้รับเกียรติเพียงคนเดียวแต่แล้วมาเจอกันในโอกาสที่เราเชิญ มาร่วมปรึกษาเรื่องของการดูแลในหมู่บ้านตำบลของเราว่า ตอนนี้อยู่ในตำบลของเราจะล้าหลังไม่ทันคนอื่นเขาแล้วจะมีปัญหาสาระพัดนะขอเชิญท่านมาช่วยกันแสดงความคิดเห็นหน่อยว่าเราจะจัดการกับตำบลเราอย่างไรทุกท่านก็จะได้รับหนังสือเพียงฉบับเดียวเหมือนกันแต่ไม่ทราบมาก่อนว่าจะมาเจอกัน

ทพ.ดร.จรัญญา ที่บอกว่าเปลี่ยนแปลงจากความริษยาเชิงบวกไปสู่การเปลี่ยนแปลงสุขภาพนี้ขยายความนิดหนึ่งได้ไหมคะว่าเป็นอย่างไร ช่วยยกตัวอย่างนิดหนึ่งนะคะ เพราะที่อ่านมาจะมีเดินชนกันบันไดแค่อะไรอย่างนี้คะ

คุณบุญตุ้ม

ความจริงแล้วความริษยาบางครั้งมันก็ดีบ้างครั้งมันก็ไม่ดีนะ คือเขาจะมีการแข่งขันกันตลอดเวลาว่ากลุ่มนี้ทำอะไรก็ไปชำเลื่องตาดูว่าเขาจะดีกว่าตัวเองไหม ที่นี้เราก็ทำหน้าที่จุดไฟใส่เลย ตรงนั้นนะดีนะ แต่กลุ่มท่านก็ดีนะแต่ถ้าทำอย่างนั้นอีกนิดเดียว ต้องบอกว่านิดเดียวคะเหลืออีกนิดเดียวท่านก็จะเยี่ยมแล้วเพราะฉะนั้นทุกคนก็เหลืออยู่นิดเดียว นะคะแต่ถ้าหากท่านไม่ทำนิดเดียวตรงนี้แพ้กุมนั้นนะ

ถ้าท่านใดเคยอยู่ที่สถานีอนามัยแปลนเดิมนะคะ ที่บันไดแคบ ๆ นะคะ ตรงนั้นถ้าหากคนอ้วนนะเดินสวนกัน สะดวกไหมคะมันจะไม่กระทบกันมีไหมถ้าอ้อมลูกไปด้วยต้องชนกันคะถ้าชนกันทะเลาะกันเลย เพราะต่างคนต่างก็จะไปก่อนไม่มีใครยอมใคร จะมาบอกว่าให้หยุดให้คนหนึ่งไม่ก่อนนะไม่บอกหลอกคะข้าจะไปก่อนละ ที่นี้เดินชนกันก็ทะเลาะกัน ที่นี้เราเชิญคนที่ทะเลาะมาว่าเราอยากที่จะไม่ทะเลาะกันไหมก็อยากนะ ถ้าอยากเราจะทูปประตูปให้ก้าวขึ้นได้ไหมจะทูปบันไดไหมไม่ได้จะต้องไปต่อชั้นล่าง ต่อชั้นล่างเป็นที่บริการ แต่ต่อไม่มีเงินนะอนามัยไม่มีเงินนะท่านจะช่วยให้กันได้ไหม ตอนแรกก็ขอท่านสักหลังคาเรือนละยี่สิบบาทได้ไหมในส่วนของท่านบ้านก็จะช่วยทำบุญด้วยนะ เราก็เอาไปเป็นตัวล่อเลยขอให้ทางบ้านมาช่วยเอามาทอดผ้าป่าเลย ที่บ้านแม่เลี้ยงนะ เขาเรียกดิฉันว่าแม่เลี้ยงไม่มีใครเลี้ยงหมอสักคน แม่เลี้ยงนะไม่ได้มาเดินตรงนี้จะเอาเงินมาร่วมบริจาคได้ไหมบ้านละ 20 บาทต่อหลังคาเรือน ก็ได้ซิ ตอนนีเขาก็จะแข่งกัน ถ้าบ้านนี้มี 20 หลังคาเรือนบริจาค 2,000 บาทแต่บ้านนี้มี ร้อยหลังคาเรือนเอามาสองพันอายุคะอายุที่นี้เขาก็รีบเอามากกว่าเดิมนะคะสถานีอนามัยเราก็เสร็จด้วยวิธีนี้ละคะสถานีอนามัยของเราทั้งสองหลังก็เสร็จด้วยวิธีนี้โดยไม่ต้องใช้เงินงบประมาณ ก็ด้วยจากความไม่ยอมกันนี้ละคะเป็นตัวล่อ ก็ว่าบ้านนี้บ้านใหญ่แพ้อันเล็กนะอายุเขานะเขาก็ต้องรีบเอามากกว่าตรงจุดนี้ยอมกันไม่ได้

ทพ.ดร.จรัญญา แต่ถ้าเราอยู่ในสถานการณ์อย่างนั้นเราจะทำอะไร ถ้าเขาแยะไปแยะมาอาจจะถูกตีหัวเพราะอยู่ตรงกลางนะค่ะ แต่วิทยากรของเราไม่โดยอย่างนั้นนะค่ะ เพราะมีเคล็ดลับอย่างอื่นที่ทราบมาก็คือว่า ที่บอกว่าเอาตัวเขาแลกเนี่ย หมายถึงต้องเข้าถึงวิถีชุมชนไม่ทราบใช้เวลาทำงานตั้งแต่กี่โมงถึงกี่โมงค่ะ

คุณบุญคุ้ม

เราจะทำงานเป็นกะนะค่ะ ตอนเช้าหกโมงแต่ถ้าเรามีงานอื่นเราต้องกลับทำงานอย่างหากมีประชุมแปดโมง ตอนเย็นก็กลับมาทำงานที่สถานีอนามัยใหม่เราก็จะเปลี่ยนกันตามวิถีของชุมชน เข้าเรามาก่อนและหลังจากเวลาราชการเราไปทำงานอย่างอื่นตามราชการ แต่ตอนเย็นชุมชนเขาวางเราก็กลับไปทำงานใหม่อีกก็เป็นอย่างนี้นะค่ะ ถ้าเราทำอย่างนี้เขาเห็นใจเรานะค่ะเขาเห็นว่าเราเหนื่อย เขาก็มาช่วยมีลุงคนหนึ่งอายุ 60 ปี เขาบอกว่าผมนะไม่มีเงินมีทองจะช่วยแม่เลี้ยงหลอกแต่ผมมีแรงกายจะช่วยเขาจะช่วยเหลือเรื่องการเป็นแกนนำเขาสามารถเป็นแกนนำฟรีทั้งสิบหมู่บ้านได้เพราะเขาสงสารว่าเห็นเราเหนื่อยเคยมีคนไปสัมภาษณ์ว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเขาดูแลดีไหมอัย สามทุ่มยังอยู่หมู่บ้านเลยคือบางครั้งตรงจุดนี้บางครั้งตอนแรก ๆ ยอมเหนื่อยนะค่ะคือดิฉันถือว่าการทำงานชุมชนเหมือนการปีนเขา ถ้าเราปีนไปสักครึ่งเดียวแล้วลงมาเราก็ต้องกลับไปปีนใหม่แต่ดิฉันไม่ทำหลอกคะดิฉันต้องปีนให้มันสุดก่อนและก็ค่อยลงมาจะได้ผ่อนแรง ฉะนั้นตรงนี้แหละคะ เราพยายามปีเขาไปแล้วปีนให้สุดเลยเข้าเย็นเข้าเย็น แต่ตรงนี้ต้องพยายามทำ ความเขาใจกับครอบครัวนะค่ะบ้างที่ที่อยู่ห้องเขาอยู่ด้วยเขาต้องเอาข้าวตอนเย็นมาส่ง แต่ดิฉันมีลูกที่โตแล้วน้อง ๆ ที่มงานที่มีลูกเล็ก ๆ อยู่ให้ลูกดิฉันเลี้ยงลูกให้ห้องเราต้องจัดการวันเสาร์ลูกของดิฉันไปเรียนพิเศษไม่สามารถเลี้ยงลูกของน้องได้ก็ให้สามีดิฉันไปเลี้ยงลูกให้ห้องเราก็พยายามปรับกันอย่างนี้นะค่ะพอดีแฟนของน้องทันตเขากมีความสามารถเรื่องของช่างถ้าอุปกรณ์ของอนามัยชำรุดทรุดโทรมเขาก็จะมาซ่อมให้ฟรีก็จะใช้วิธีการครอบครัวสัมพันธ์ ตรงจุดนี้นะค่ะก็จะแลกเปลี่ยนไปมาอย่างนี้

ทพ.ดร.จรัญญา มีวิธีบริหารงานอย่างไรที่กำลังคนเท่านี้แต่ทำงานได้เยอะขนาดนี้

คุณบุญคุ้ม

ดิฉันและน้อง ๆ เนี่ยมีแค่แปดมือถ้าจะให้ยกทั้งหมดบ้านทั้งตำบลมันยกไม่ได้ แต่ท่านก็ต้องมาช่วยเรายก ที่นี้เราก็จะมาหาอาสาสมัครว่าใครจะช่วยเราบ้างก็จะมีผู้กล้าหรือว่าแกนนำต่าง ๆ ที่เราประสานงานเขาก็จะมาช่วยเรา เราก็พยายามให้เกียรติเขาว่าคนที่มาทุกคนมีคุณค่าทั้งหมดไม่ว่าเขาจะจบชั้นอะไรอายุเท่าไรเรายินดีตอนรับเสมอยินดีเป็นที่มงานของเรา(เปลี่ยนบทบาทเนื้อหาบางส่วนหายไป)

ไม่ว่าเรื่องอะไรที่เกิดในชุมชนก็จะมาบอกบางครั้งผู้ใหญ่บ้านก็ไม่ทราบนะค่ะแต่เราทราบก่อนเขาจะมาบอกเมื่อคืนเกิดรถเฉี่ยวกันนะเมื่อคืนคนชนมวยกันนะ เมื่อคืนเด็กไปอยู่ตรงจุดมั่วสุมนะเขาจะมาบอกเราเลยตรงจุดนี้คะ อสม. ผู้นำชุมชนหรือ อบต. ตรงจุดนี้คะ แต่โชคดีที่ในน้ำแกนมมี อบต. สักยี่สิบคน อสม.สัก 15 คนตรงจุดนี้จะทำให้เราเห็นว่าคนที่เป็นอสม.เป็นคนที่ไม่เสียสละอยู่แล้ว เราก็พยายามเชิดชูพยายามให้เกียรติเขาพยายามให้ชุมชนเขาเห็นคุณค่าตรงจุดนี้และทุกคนก็อยากจะมาร่วมแสดงคุณค่าของตัวเอง บ้างครั้งคุณค่าของคนก็มีอยู่แล้ว แต่ไม่มีโอกาสได้แสดงต่อสาธารณะหรือชุมชน ในจุดนี้เป็นส่วนที่มีอยู่ในชุมชนเสมอเสมอถ้าหากมีโอกาสบ้างครั้งมีงาน คนที่มีความสามารถบ้างครั้งก็อยู่ในครัวทำอาหารจัดเต็น ไม่ได้มารับแขกคนที่มารับแขกคือคนที่ไม่ได้ทำงานเพราะฉะนั้นเราพยายามเอาคนที่อยู่กันครัวมาอยู่หน้า นะค่ะตรงจุดนี้

ทันตแพทย์ไพฑูรย์ สายสงวนสัตย์

โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

เสนออยู่อย่างหนึ่งว่าไอ้ที่บอกว่าเด็กไทยไอคิวมันต่ำกว่าเด็กต่างประเทศใช้หรือเปล่าไม่ใช่พอกัน ไม่ต่างกัน สองปัจจัยทางโภชนาการอย่างภาคเหนือแต่ก่อนเราไม่นั้นเรื่องไอคิวเด็กเขาบอกว่าถ้าขาดไอคิวเด็กไอคิวลดลง 13.5 ขาด เหล็กลดลง 5-10 จุดมีสิทธิ์ลดลงถึงสิบจุดใครที่ไอคิว 150 ขึ้นไปนี่เจอที่ลดที่ละ 10 10 นี่หายไปลดไปเองง่าย ๆ เหมือนกันปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมเราก็ว่า 4-8 ขวบ เป็นช่วงที่เซลล์สมองกำลังว่าง ๆ อยู่เนี่ยมันต้องการข้อมูลนำเข้า ข้อมูลนำเข้าก็คือเด็กจะสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวซึ่งเด็กจะมีการสนใจสูงมากและอันไหนที่เด็กสนใจนั้นอาจจะมีคำถามที่ต้องถามพ่อแม่พ่อแม่ที่สำคัญมากนะครับที่จะต้องสนใจกระตุ้นความสนใจของเด็กให้ไปในทางที่ดีการที่เด็กรู้จักช่วยตัวเอง ช่วยผู้อื่นนะครับสิ่งเหล่านี้ทั้งการหยิบจับการเล่นสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการพัฒนาการของสมองทั้งสี่ส่วนที่ไม่ได้รับการกระตุ้นและถูกปล่อยปละละเลยระบบนั้นมันจะถูกทำลายด้วยตัวของมันเองเพราะฉะนั้นการพัฒนาการบางส่วนก็จะหายไปและบางครั้งก็เด็กได้รับการไปดูในสิ่งที่ไม่ดีเช่นพ่อแม่ทะเลาะกันครอบครัวตอนนี้มีการทะเลาะกันสูงเขามีการทดลองกันนะครับว่าถ้าเด็กได้รับทราบในสิ่งที่ไม่มีโดยผ่านทางจออะไรบางอย่างเด็กจะแสดงพฤติกรรมนั้นเพราะว่าสิ่งกระตุ้นเหล่านี้เนี่ยมันจะเข้าสู่สมองเด็กในวัยนี้และเกิดการฝังแน่นแม้กระทั่งในเรื่องเจเนเตอร์เองนะครับเด็กที่ดูสื่อที่ดูไอ้กระเทยอะไรเยอะ ๆ ทางจิตแพทย์เขาบอกว่าผ่านตรงนี้อายุห้าปีไอ้ตรงนี้ฝึกเลย

ดังนั้นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการศึกษาเราจะเน้นเรื่อง knowledge เรื่องของทักษะค่อนข้างจะสูงในความเป็นจริง เขาบอกว่าเราจะแก้ปัญหาอะไรสักอย่างเนี่ยเราใช้สิ่งที่อยู่ใต้น้ำแข็งใต้น้ำเนี่ยน้ำแข็งใต้น้ำตัวสำคัญอันหนึ่งคือแรงกระตุ้น พวกนี้ต้องอาศัยเรื่องของการสร้างตั้งแต่วัยศูนย์ถึงห้าเขาบอกว่ามากที่สุดก็ไม่เกินสิบแต่ศูนย์ถึงห้าเนี่ยพลังในการสร้างตรงนี้สูงมากถ้าเด็กได้ปั้นดินน้ำมันแล้วได้วาดอะไรแล้วหรือทำอะไรประสบความสำเร็จได้รับคำชมเนี่ยสิ่งเหล่านี้จะทำให้เด็กเกิดเขาเรียกว่า motive ในการที่จะทำอะไรให้บรรลุความสำเร็จและถ้าเกิดปัญหาเกิดขึ้นแล้วในเรื่องคุณธรรม

จริยธรรมเนี่ยในวัยศูนย์ถึงห้าถือว่ามีความสำคัญสูงมากเหนือจากนี้แล้วไม่ค่อยจะเข้าแล้วนะครับและที่สำคัญพอเลยเข้าไปถึงระดับประถมเรื่องของ image ก็จะเริ่มตามมาแล้วประมาณ หกเจ็ดขวบขึ้นไปก็จะประกอบด้วยเรื่องของคุณค่าซึ่งถ้าเด็กยังไม่รู้ว่าตัวเองเด่นด้านไหนเป็นผู้นำหรือผู้ตามที่ดีเด่นด้านไหนเด็กคนนั้นนี่โอกาสที่ในอ้อมมีปัญหาในอนาคตก็จะสูงเรื่องของทัศนคติในการแก้ปัญหาสิ่งที่อยู่ใต้น้ำทั้งหมดนี้เราเรียกมันว่าศักยภาพเป็นศักยภาพที่จะองค์ความรู้ด้านบ่นหรือหาความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่มีประสิทธิภาพหรือใช้ไปในทางที่ดีหรือทางที่เลวซึ่งทางจิตแพทย์เขาถือว่ามีความสำคัญและต้องปลูกฝังให้ได้ในเด็กโดยเฉพาะในช่วงศูนย์ถึงหกศักยภาพตรงนี้เขาเรียกเป็น Community

เรื่องสภาวะสุขภาพที่ว่าเมื่อสักครู่นี้และพฤติกรรมของเด็ก นำข้อมูลเหล่านี้ย้อนกลับไปให้กับชุมชนนะครับพ่อแม่ผู้ปกครองเชิญประชุมแล้วก็คือการคืนข้อมูลนี้ก็เป็นกระตุ้นไปในตัวว่าสภาวะอย่างนี้มันมีผลทางด้ายวิชาการอย่างไรบ้างและเขามีความเห็นอย่างไรบ้างระหว่าคนที่มัลลสุขภาพดึกกับไม่ดีทั้งหลายแหล่ จากนั้นก็มีการนำเสนอว่านโยบายสาธารณะของศูนย์นี้ควรจะเป็นเช่นไรนะครับสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญมากต่อการพัฒนาการของเด็กในศูนย์ซึ่งเรื่องเหล่านี้เองเป็นเรื่องที่ค่อนข้างจะตรงกับยุทธศาสตร์สำคัญของอบต. อบต.แต่ก่อนจะเน้นอยู่อย่างว่าอยากจะพัฒนาตรงเนี่ยแต่ไม่รู้จะพัฒนาอย่างไรพอเรานำเรื่องเนี่ยเข้าอบต. จะถือเป็นนโยบายที่สำคัญมากกว่ามันตรงกันนะเขาเรียกว่าเป็น win-win situation นายกท่านนี้ก็เคยพูดเหมือนกันนะครับว่านี่ทั้งหมดมันมีอยู่ห้าอบต. นะแต่ละอบต. ก็เริ่มมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อมาพัฒนาเด็กกลุ่มนี้ซึ่งหมายถึงว่าถ้าทำให้เด็กกลุ่มนี้มีคุณภาพได้ในอนาคตเขาไม่ต้องชิงบประมาณสูง ๆ เพื่อไปแก้ปัญหาที่จะตามมาและที่สำคัญท่านนายกก็ได้ไปลงเยี่ยมศูนย์และพบว่าข้อแตกต่างระหว่างศูนย์ที่ดีกับศูนย์ที่ไม่ดีมันแตกต่างกันอย่างไรศูนย์ที่มีพี่เลี้ยงตั้งแต่สองคนหรือสามคนขึ้นไปสภาพของเด็กพัฒนาการต่างอย่งไรมีคุณภาพของเด็กต่างกันอย่างไรจึงมีแนวคิดกันในเรื่องการรวมศูนย์ในเรื่องการควบคุมกิจการในเรื่องของการเพิ่มวันนะครับจากนั้นก็มาดูว่าการเปลี่ยนแปลงหลังการประชุมร่วมกันเป็นอย่างไรบ้าง อย่างเรื่องขนมเรื่องขวดนมเนี่ยเลือกได้ภายในวันเดียวเท่านั้นเองสักเกตว่าขนมเนี่ยถ้าเด็กทานเข้าไปเยอะ ๆ เนี่ยอาหารกลางวันไม่ค่อยอยากทานเท่าไรและกิตติขวดนมด้วยพันผูกด้วยอะไรตามมาพวกเนี่ยอยากถ้าขาดสารอาหารเยอะ ๆ ในช่วงที่สมองเรากำลังพัฒนาน้อยเนื้อสมองก็ไม่เต็มที่แล้วบางแหล่งก็เพิ่มผลไม้น้ำเข้าไปและพบว่าแค่เพิ่มผลไม้เข้าไปและเด็กทานอาหารกลางวันได้เยอะ

เนี่ยอย่างแรกพันก็ไม่มีภาระทำอะไรและพันผุสลดลง อย่างที่สองน้ำหนักเด็กเพิ่มอย่างสามเด็กก็ดูดีเรื่องการแปรงฟันให้ลูก ก่อนนอนอะไรพวกนี้ก็ตามมาแล้วว่ามีความสำคัญอย่างไร มันก็มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพตามมา ที่เห็นได้ง่าย ๆ ก็มีอุปกรณ์ของเด็กเล่นตามมา มีการสร้างอะไรตามมาตัวผู้นำชุมชนพอรับทราบว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเนี่ยการ ประชาคมเขาก็มีการผลักดันเรื่องพวกนี้ด้วยมีการสนับสนุนสิ่งต่าง ๆ ตามมามากมายตัวที่สำคัญอันหนึ่งก็คือตัว ผู้ปกครองเด็กเอง เขาค่อยข้างจะพอใจว่ามันได้สะท้อนอะไรของลูก ๆ เขาออกมาด้วยและที่สำคัญที่สุดก็คือเขาได้ปรับ พฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กนะครับก็คือถ้าจะทะเลาะอะไรก็ไปทะเลาะนอกบ้านและถ้าอยากกินเหล้าอะไรก็อย่าทำ พฤติกรรมนี้ให้เด็กเห็นไม่เหมือนแต่ก่อนนะครับพาเด็กไปกินเหล้าอุ้มลูกแล้วไปกินเหล้าพอรู้ว่าพฤติกรรมเหล่านี้นั้นจะ ก่อให้เกิดปัญหาอะไรขึ้นมาบ้างเนี่ยเขาก็เริ่มมีการปรับการตรวจสอบข้อมูลต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาหารสิ่งสำคัญอันหนึ่ง ที่อยากจะให้เราเน้นก็คือเรื่องของนิทานตัวนิทาน ณ ปัจจุบันเนี่ยนักจิตเขาบอกว่ามันเป็นตัวกำหนดอนาคตของเด็ก โดยเฉพาะก่อนนอนสำหรับเด็กวัยนี้ เอานิทานดี ๆ เข้าไปมันจะทำให้เด็กมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปตามนิทานที่ดี ๆ นั้นเด็กที่ชอบนิทานเรื่องไหนเด็กมักมีพฤติกรรมไปตามนิทานเรื่องนั้นอันนี้ก็คือของเดิม มาดูของใหม่เดี๋ยวนี้นี้ก็มากขึ้น เพียงเวลาเขาเห็นความสำคัญเก่าไปใหม่เข้ามา ครั้นอันนี้ก็เป็นการสนับสนุนจากองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องครับก็มีใน เรื่องของนิทานตอนแรกก็คิดว่าเด็กมันเล่านิทานเองได้ ความจริงไม่ครับมันจำได้จากที่ครูเขาเล่าและมีการจับภาพสิ่ง เหล่านี้จะสังเกตพัฒนาการในช่วงสองปีมาได้เยอะมาก แม้แต่การรอยลูกบิดทำให้เด็กนั่งมากขึ้นนั่งแบบมีสมาธิซึ่งตรงนี้เองที่มีความสำคัญสูงมาก การที่เด็กเล่นของเล่นแล้วรู้จักเก็บ ในการที่เล่นแล้วทะเลาะกันก็มีการเรียนรู้กันว่าจะ แก้ปัญหากันอย่างไรบ้างอันนี้ก็เป็นการแปรงฟันสิ่งเหล่านี้ก็จะมิกิจกรรมต่าง ๆ ตามมาค่อนข้างจะเยอะ ขบวนการ ทั้งหมดนี้เราใช้เป็น PL นะครับก็คือการเอากระบวนการต่าง ๆ ที่ว่ามาเมื่อสักครู่มากระตุ้นให้เกิดการคิดจากนั้นก็ลองมา วิเคราะห์ดูว่ามันเป็นอย่างไรบ้างหลังจากนั้นก็เกิดว่าแนวคิดในการแก้ปัญหาพวกนี้มันเกิดที่ส่วนไหนบ้างและ ประยุกต์ใช้ส่วนนั้น ๆ

เราจะได้เด็กที่บางครั้งเป็นเด็กอัจฉริยะ แล้วก็แต่เด็กคนนี้จะทะเลาะมากเลย เอาแค่นี้แล้วกันความจริงมันจะมี โครงการที่ต่อเนื่องในเรื่องของไอคิวอีคิวเราพบว่า เรื่องไอคิวอีคิวมันสะท้อนอันหนึ่งก็คือว่า เด็กนะไปอยู่บ้านทำกินมา แปดโรงไม่ค่อยดี(ฟังไม่ค่อยชัด) และสิ่งเหล่านี้มันสะท้อนภาพในอนาคตที่ค่อนข้างจะเยอะว่าคนในครอบครัวของเรา ค่อนข้างจะแตกแยกและสิ่งเหล่านี้พอสะท้อนออกมาปั๊บ ชุมชนเริ่มเห็นความสำคัญของการพัฒนาเด็กว่าเด็กวัยนี้ให้มี คุณภาพดีโดยเฉพาะในช่วงนี้ไปถึงในส่วนโรงเรียน นะตรงนี้ก็ช่วยได้เยอะ ท้ายที่สุดก็คือการพัฒนาในส่วนของ ชุมชนโดยรวมทั้งหมดมีการต่อยอดในส่วนที่เกี่ยวข้อง ท้ายที่สุดก็คือไฮไลในเรื่องการพัฒนาของคนและสิ่งแวดล้อม

ทพ.ดร.จรัญญา คุณภาพชีวิตที่ชาวบ้านเข้าใจคืออะไร การนำเสนอไปสู่ประชาชนจะบอกคุณภาพชีวิต ว่าสุขภาพ ทางกายสุขภาพสังคมสิ่งแวดล้อมเนี่ยจะวิธีเสนอนี้คือข้อมูลอะไร

ทพ.ไพฑูรย์

คำว่าคุณภาพชีวิตความจริงแล้วมีหลายตัวที่เกี่ยวข้องกันนะครับ ก็มันจะเกี่ยวเนื่องตั้งแต่เรื่องของสุขภาพ ร่างกายทั่วไปสุขภาพทางด้านสังคมสุขภาพทางด้านของสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งสิ่งเหล่านี้มันจะเป็นส่วนที่ทำให้ต่อกันและเกิดการพัฒนาลักษณะต่าง ๆ ร่วมกันท้ายที่สุดก็คือว่าถ้าชุมชนมีสุขภาพที่ดีมีความเอื้ออาทรต่อกันสิ่งแวดล้อมดี สิ่งแวดล้อมไม่มีพวกสิ่งเสพติด สิ่งแวดล้อมไม่มีพวกยาฆ่าแมลงหรือว่ามีอะไรต่าง ๆ ที่ชาวบ้านประสบกันค่อนข้างจะ เยอะเนี่ยตรงนี้เองโดยภาพรวมแล้วมันก็จะทำให้คนเรามีความสุขโรคก็จะไม่ค่อยเกิดขึ้นความสัมพันธ์ที่ดีนี้มันก็จะเกิด อะไรต่าง ๆ ตามมากมาย

ส่วนใหญ่แล้วเราไม่พูดคำว่าคุณภาพชีวิต เราจะบอกเหมือนข้อมูลเมื่อถ้าเกิดว่าเรานะครับถ้าเกิดว่าเราจะ ทำให้ชุมชนของเรามีความสุข ลูก ๆ ของเรามีความสุขมีสุขภาพชีวิตที่ดีได้เราจะทำอย่างไร ส่วนใหญ่เมื่อพูดถึงคุณภาพ ตรงนี้ เขาก็อยากให้ลูกมีความสุข อยากให้ลูกมีการเรียนรู้ที่ดี ชุมชนอยากให้พ่ออยู่แม่อยู่มีความสุข ถ้าเกิดลูกหลานดี พวกเขาจะนอนตายตาหลับตรงเนี่ยมันเป็นส่วนที่บ่งบอกว่าชุมชนเขาก็มีกรอบความคิดของเขาสุขภาพชีวิตของเขา

หมายถึงความสุขนะครับเป็นความสุขที่เกิดจากอะไรก็ได้ถ้าลูกดีเขาก็ดีด้วยถ้าลูกไม่ดีเขาก็รู้สึกไม่ดีก็เกี่ยวกับทางร่างกายด้วย เขาจะปน ๆ กันในหลาย ๆ เรื่องก็แล้วแต่ว่าในขณะนั้นเขากำลังเผชิญเรื่องอะไร

ทพ.ดร.จรัญญา หลังจากนั้นเรานำเสนอข้อมูลไปเนี่ย เมื่อกี้ที่บอกว่ามี 4 สเตปไปใช้ใหม่คะเสนอข้อมูลไปเนี่ยมีการตั้งโจทย์ว่าคุณภาพชีวิตที่ต้องการของลูกจะเป็นแล้วยังไงต่อเนคะ

ทพ.ไพฑูรย์

หลังจากที่เสนอไป 4 สเตปไปเนี่ยมันก็ประกอบด้วยส่วนหนึ่งก็คือลูกของคุณเนี่ยมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีพฤติกรรมตรงนี้ดีนะครับและก็มีความรู้สึกว่าลูกของอีกคนหนึ่งมีพฤติกรรมบางอย่างที่อาจจะดูมีปัญหาบางแต่ไม่หมายความว่าส่วนทั้งหมดของพฤติกรรมเขาก็เลยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันและมันมีข้อสรุปว่าเอ้อจริง ๆ แล้วเนี่ยทำดีมันก็ได้ยากนี่หว่าเพียงแต่ว่าข้อมูลเกี่ยวกับเด็กเนี่ยชาวบ้านเขาบอกว่าบางครั้งเขาไม่รู้ว้าวัยนี้เนี่ยมันสำคัญอย่างไร ผลกระทบตรงนี้มันจะไปมากน้อยขนาดไหนถ้าเขารู้แบบนี้เขาก็ทำอยู่แล้วมันแต่ถ้ามันเชิงวิชาการนะชาวบ้านเขาไม่รู้เขายากจะรู้แต่ถ้าเป็นข้อมูลความจริงในเชิงวิถีชีวิตอันนั้นเขารู้อยู่แล้วเราจะประสบประสานกันอย่างไร

ทพ.ดร.จรัญญา ช่วยยกตัวอย่างได้ไหมคะว่าชาวบ้านเขาไม่รู้อะไรบ้าง

ทพ.ไพฑูรย์

ก็เรื่องของพัฒนาการสมองนี้สำคัญชาวบ้านจะไม่รู้ว่าจริง ๆ แล้วเด็กวัยนี้สำคัญอย่างไรเขาจะรู้เพียงแต่ว่าสมัยก่อนปู่ย่าตายายก็เลี้ยงมาได้ผลก็เพียงแต่บอกว่าเออ ปู่ย่าตายายสมัยก่อนนะมดพิษของสมัยก่อนไม่ค่อยมี ข้อมูลข่าวสารลึก ๆ ที่มันไม่ดีไม่ค่อยมีข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตที่มันเขามาที่เราไม่รู้แต่เด็กมันรู้เนี่ยเขาไม่รู้จริง ๆ ว่ามันมีผลกระทบต่อการพัฒนาการของเด็กวัยนี้อย่างไรบ้างพอเราใส่เรื่องพวกนี้เขาไปเขาก็เริ่มเข้าใจว่าเอ้อจริง ๆ นะความจริงแล้วเด็กคนนี้เนี่ยสมัยก่อนเป็นอย่างไรพัฒนาการตอนนี้เป็นอย่างไรและตอนนี้นี่มันมาเป็นหนุ่มเนี่ยเป็นเพราะอะไรเขาเริ่มย้อนกลับไปวัยเด็กว่าตอนนั้นมันมีปัญหาอะไร

เวลาเด็กมันชนมาก ๆ พูดอะไรไม่ค่อยเชื่อฟังหรือชอบทำอะไรแปลก ๆ เช่นเวลาผู้ใหญ่ดูหนังไปเด็ก ๆ ก็ชอบดูตามไปด้วยผู้ใหญ่จะคิดว่าเด็กมันจะไม่รู้อะไร สังเกตหรือเปล่าว่าเด็กวัยเนี่ยสมัยที่มันสูงมากถ้าพ่อพูดไทย แม่พูดจีน ปู่พูดอังกฤษ เด็กพูดได้หมดทั้งสามภาษาถ้าวันนี้ไม่ได้แล้วนะครับวัยนี้จะไม่ได้อีกเขาก็เอ้อความจริงมันเป็นอย่างนั้นหรือเปล่าเขาก็จะย้อนกลับไปและมันเกี่ยวเนื่องด้วยอะไรต่าง ๆ ในวัยเด็กมันมีผลกระทบอย่างนั้นจริง ๆ ซึ่งบางคนบอกว่าลูกเขาตั้งแต่เกิดมาก็ก้าวร้าวแล้วลองสังเกตดูตั้งแต่อยู่ในท้องดูคลื่นสมองคนนั้นถ้าช่วงนั้นเขามีความเครียดจากการทำงานไม่ว่าเรื่องอะไรก็แล้วแต่สมองจะเป็น data web นะครับมีลักษณะของความเครียดการหลังของเคลียชอยอีลาคติพวกนี้เนี่ยมันทำให้เด็กถูกกระตุ้นคลื่นสมองที่ไม่ค่อยดีเท่าไรพวกนี้กระตุ้นบ่อย ๆ เด็กจะไม่แข็งแรงด้วยแต่ถ้าเขามาหลังเรื่องของบาบาชีอาตาเวเนครับคือคลื่นมันจะเริ่มซ้ำมีประสิทธิภาพเขาบอกเพราะไอ้คลื่นตรงนี้เองมันทำให้การพัฒนาของสมองเด็กและคนทั่วไปค่อนข้างจะมีคุณภาพมากขึ้นมันสอดคล้องอย่างไรบ้างในขณะที่เราลงชุมชนและชาวบ้านมีความสบายอกสบายใจสังเกตว่าคนเราพอสบาย นะมันกระตุ้นกระบวนการ มันไปกระตุ้นทำหาคำความอ่อนนัยพูดง่าย ๆ ก็คือว่ามันทำให้เราไม่ต้องไปใช้ครีมหน้าแดงและกีดโอกาสการเป็นโรคมะเร็งเพราะมันจะไปเพิ่มในเรื่องของภูมิคุ้มกันหลาย ๆ ตัวด้วยไม่ใช่เฉพาะมะเร็งโรคเบาหวานโรคความดันโรคภูมิแพ้พวกนี้ลดลงด้วยรู้สึกว่ในโครงการที่เคยทำในเรื่องของหัวใจใหม่ชีวิตใหม่ที่เชียงรายก็ตรงนี้เองไปกระตุ้นตรงนี้ไปกระตุ้นตรงนี้เองสภาวะร่างกายมันดีขึ้นเหมือนกับชุมชนที่ว่าเมื่อก่อนนี้สามองค์การที่ว่าพอชาวบ้านมันเริ่มดีขึ้น เหมือนกับมันส่งถึงกัน

ทพ.ดร.จรัญญา ที่นำตั้งเป็นประเด็นมีสองอย่างก็คือว่า ที่มันงานอยู่ ๆ คิดหรือตรัสรู้ประเด็นเหล่านี้ได้อย่างไรว่าจะไปคลิบเขา ประเด็นที่ สองก็คือว่าเวลานำเสนอชาวบ้านเนี่ย จะไปบอกชาวบ้านเป็นแนว ๆ อย่างเนี่ยชาวบ้านเขาไม่รู้เรื่องหรือคะ

ทพ.ไพฑูรย์

เวลาคู่กับชาวบ้านเราไม่ได้คุยเรื่องเวป เวลาคู่ตัวอย่างเช่น เด็กวัยนี้มีสมรรถนะสมองเป็นอย่างไรชาวบ้านที่ให้เขาเป็นชุด ๆ ก็คืออย่างแรกสุดเนี่ยสังเกตดูว่าเด็กในวัยสองสามขวบที่กำลังอยู่ในศูนย์เด็กเนี่ยเนื่องจากภาวะการพัฒนาสองตรงเนี่ยระบบการเชื่อมเครือข่ายเนี่ยมันมีสมรรถนะสูงเพราะฉะนั้นการรับข้อมูลเข้าของเด็กก็โดยการถามถาม แหกและถามเป็นระบบด้วย ชาวบ้านเขาก็จะเริ่มฮือขึ้นมาแล้วว่าลูกเขาถามอะไรบ้างและจะสังเกตว่าตอนที่ชาวบ้านบอกว่าลูกถามอะไรบ้างเนี่ยเราจะพบอยู่อย่างว่าความจริงไม่ต้องจัดระบบให้เด็กเด็กมันถามเป็นระบบของมันอยู่แล้วคุณไม่ต้องไปเอาตามระบบนั้นเท่านั้นเอง คุณก็แค่ไปกระตุ้นและใส่ปุ๋ยให้มันไปและเมื่อไหร่ที่คุณไม่มีเวลาที่จะตอบคุณก็ให้เด็กรู้จักคำว่ารอสิ่งเหล่านี้จะเป็นการฝึก ซึ่งหมายความว่าทำข้อมูลให้มันซึมเปื้อนมากขึ้นเข้าไปตรงกับเรื่องของที่ชาวบ้านเขาจับต้องได้ทำนองนั้น

ทพ.ดร.จรัญญา หมายความว่าย่อยให้มันเชื่อมโยงกับใช้ชีวิตของเขาและในส่วนของทีมงานเองหมายถึงว่า อยู่ ๆ เราจะมีความรู้เรื่องนี้ หรือหยิบเรื่องนี้ขึ้นมา มันมีที่มาอย่างไรเราถึงไปเชื่อมต่อกับชาวบ้านนะค่ะ

ทพ.ไพฑูรย์

จริง ๆ ทีมงานผมก็ค่อนข้างจะประหลาดแต่ละคนก็ไม่ใช้ธรรมดาเท่าไหร่นักก็จะจะเป็นแบบคนนั้นสนใจด้านนี้ นะบ้างคนสนใจด้านพัฒนาการ อย่างที่มข้างล่างอย่างบ้างคนจะสนใจเรื่องโปร่งพยาซึ่งจะมีการคุยกันฟุ้งนี่นะค่ะ บาง คนผมก็จะสนใจด้านกระแสนเกี่ยวกับเรื่องวิชาการที่มันไปเชื่อมโยงกับเรื่องวิถีชีวิตอีกคนก็จะสนใจในเรื่องแนวราบแต่ เราเพียงแต่จะบอกว่าถ้าเราจะพัฒนาในเรื่องคุณภาพของคนที่เราช่วยให้ดีขึ้นให้ดูภาพของจิ๊กซอและภาพตรงนี้ที่เรา ต้องการไปให้ถึงมันเป็นเรื่องคุณภาพชีวิตคนคนอยู่ส่วนไหนของภาพนั้นต่อจิ๊กซอกันให้ได้และเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน เวลาเราไปพูดเรื่องนี้เนี่ยนายยกอบต.รับได้หมดพูดเรื่องคลื่นอย่างนี้ก็รู้เรื่องกันละ มันเลยมีการโค่นกันใจผมก็ไปแอบดูที่ เขากำลังพัฒนาศูนย์เนี่ย ที่เขากำลังเลือกตั้งใหม่เนี่ยนะปรากฏว่าบางคนอัดเงินเข้าไปเป็นล้านกว่าต่อหนึ่งศูนย์เด็กเพื่อ เป็นการพัฒนาว่าเด็กในอนาคตของเราในเรื่องของการแข่งขันคุณภาพว่าคนในอนาคตของเขาว่าที่ไหนจะเหนือกว่าที่ ไหนก็เรื่องของคุณภาพของคน

ทพ.ดร.จรัญญา ในช่วงที่ส่งต่อการที่บอกว่าการแลกเปลี่ยนในกลุ่มชาวบ้านแล้วมีบทบาทว่าต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้ เนี่ยทีมเองเนี่ยบอกว่าจะไปเชื่อมต่อกับงานที่มีอยู่แล้วเช่นอบต.เนี่ย ใช้ไหมคะลักษณะนั้น

ทพ.ไพฑูรย์

คืออย่างแรกสุดนะอบต. ทำเรื่องนี้ อบต. ได้กับได้เพราะว่าชาวบ้านเรื่องของลูกเนี่ยเป็นเรื่องของความมั่นคง เวลาอบต.ทุ่มตรงเนี่ย เลือกตั้งใหม่เนี่ยเรียบร้อยอบต. เก่า ได้อยู่แล้ว อย่างที่สองจริง ๆ อบต. เขาบอกลดเงินลงนิด หน่อยแต่มันได้คุณค่าอะไรบางอย่าง ซึ่งเป็นคุณค่าที่เข้ามาซึ่งเขาหาไม่ได้ อย่างที่สามอบต.บอกว่าเขา จริง ๆ เขาอย่าง ให้พัฒนา แต่ต้องรู้อยู่อย่างว่าอบต. เป็นเหมือนกระทรวงการคลังเป็นนักบริหารเขาไม่รู้เรื่องสาธารณสุข หรือเรื่อง การศึกษา จริง ๆ จริงทั้งหมดทั้งอะไรก็ไม่ต้องไปบอกว่าเป็นคนที่อื่นน่าจะบอกว่าพวกเราที่อยู่ในที่ที่เดียวกันทุกคนคือ ส่วนหนึ่งของประชาคมและเราจะมาพัฒนาสิ่งเหล่านี้ร่วมกันได้อย่างไร อีกหน่อยถ้ามาอยู่รวมกันไม่ต้องกลัวหรือว่าจะ มาเป็นลูกน้อง อบต.แต่มันหมายถึงว่าในแนวทางในอนาคตข้างหน้าหน้าหน้าจะเป็นว่าเรามาช่วยกันเพื่อจะพิสูจน์ว่าเรา สามารถผลักดันให้เมืองไทยเราเป็นอย่างไรในอนาคตได้ทำนองนั้นเขาพูดอย่างเนี่ยผมว่าเออมันก็เข้าทำดีนะและไปถาม อบต. อื่นเขาก็บอกเขาก็คิดเหมือนกันแหละแต่เขาพูดไม่เป็น

ทพ.ดร.จรัญญา

ท่านสุดท้ายเป็น PCU ในโรงงาน เป็นนายแพทย์ที่ปรึกษาบริษัท ยูนิลีเวอร์ (ไทย) เทรดดิ้ง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นที่ปรึกษาโครงการของ สสส. และอีกหลายโครงการวันนี้คุณหมอมานำเสนอมาพูดคุยและก็แลกเปลี่ยนกันนะค่ะ

ก่อนมีคุณหมอมายอยู่บริษัทยูนิลีเวอร์ ไทย เคยทำงานสาธารณสุขรับราชการอยู่ทั้งหมด 16 ปี ประจำโรงพยาบาลและศูนย์ต่าง ๆ และก็เป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย และก็มีมาอยู่บริษัทเอกชนทั้งหมด 15 ปี

นายแพทย์มานิต ประพันธ์ศิลป์

บริษัท ยูนิลีเวอร์ ไทย กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ผมพูดให้ฟังก็จะเป็นหรือสุขภาพแบบองค์รวม ในแนวความคิดของผมเนี่ยก็เมื่อไปอยู่บริษัทนั้นะครับก็ต้องดูผลงานในโรงงานประมาณ ดูแลอย่าง(แทบหมดเนื้อหาหายไปบางส่วน) เพราะว่ามันเป็นนโยบายของบริษัทแม่ที่พยายามจะดูแลสุขภาพให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้นั่นคือนโยบาย เขาบอกว่าให้ดูแลสุขภาพของคนในองค์กรให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้เพราะฉะนั้นผมก็มาวิเคราะห์ดูนะครับว่าเมื่อมาอยู่บริษัทแล้วจะทำอย่างไรบ้างเพราะผมฟังได้มาอยู่บริษัทก็ไม่มีความรู้เกี่ยวกับเอกชน ก็มาคิดว่าทำอย่างไรคนเราจึงจะมีสุขภาพดีก็พบว่าจากหนังสือเรื่องการป้องกันโรคหรือสุขภาพเนี่ยมันก็มีตัวอยู่ สี่ห้าหกตัวนะครับที่เป็นตัวที่จะทำให้คนอายุยืนหรือว่ามีสุขภาพดีว่าอย่างนั้นอะอายุยืนไม่ใช่นอนยาวนะครับ นอนยาวนะเป็นพวกอัมพาต ยืนยาวก็คือแข็งแรงอายุยืนยาวนะครับ แล้วจะทำอย่างไร มันก็มีอยู่หลายตัว ผมก็มาประยุกต์เป็น 8 อ ด้วยการ 8 อ ก็คืออาหาร ออกกำลังกาย อัมหลับ อารมณ์ดี อดบุหรี่ อันเหล้า เอดส์ และก็อันสุดท้ายคืออุบัติเหตุ เพราะว่านี่เป็นสาเหตุการตายของคนไทยยุคนี้หรือว่ายุค 10 กว่าปีที่แล้วเนี่ยโดยเฉพาะอุบัติเหตุจากมอเตอร์ไซค์จากการเดินทางนะและก็ไม่ค่อยมีข้อยกเว้นสำหรับพนักงานของบริษัท ยูนิลีเวอร์ พวกเราไหน ๆ ก็พูดถึงบริษัท ยูนิลีเวอร์สักนิดหนึ่งนะครับ เราคงจะเคยเห็นในโฆษณาเนครับมียุค หนึ่งมีโฆษณามากที่สุดในประเทศไทย โดยเฉพาะตอนที่เศรษฐกิจตกต่ำค่าโฆษณาถูก เราก็เลยเหมาหมดทุกช่องซื้อได้ถูก ขายเป็นทุกอย่างนะครับตั้งแต่ยาสีฟัน ผงซักฟอกสบู่ แชมพูครีมทั้งหลายใส่ไม่หมดนะครับมากมายจำไม่ค่อยได้ มีโรงงานตั้งอยู่สามแห่ง ผมก็ต้องดูแลพนักงานทั้งสามแห่งมีพนักงานทั้งหมดจริง ๆ ประมาณ 4,000 กว่าคน อันนี้คือโจทก์ ก็ยกอย่างนี้พอไปคุยกับพนักงานก็จะคุยอย่างนั้นะครับ 8 อ เนี่ยครับและถ้าคุยกับฝ่ายบริหารก็จะพูดแทนที่จะพูดเรื่องสุขภาพนะครับ ผู้ถึงคำว่าสุขภาพที่ไร เขาจะบอกว่าเป็นเรื่องของหมอขอพยาบาล ดังนั้นเราก็ต้องพยายามเปลี่ยนความคิดเขาให้ได้ว่าทำอะไรจะให้อะไรของเรามีความสุข ผมใช้คำว่าความสุขนะครับ เราจะไม่ใช่คำว่าสุขภาพ เพราะพูดถึงเรื่องสุขภาพเมื่อไหร่เขาก็จะว่าเรื่องของหมอ เรื่องของพยาบาลก็ไปจัดการกันสิครับแต่ถ้าเราพูดว่า คนอื่นก็จะเริ่มคิดออกหัวสมองก็จะวิ่งได้และทำอะไรจะให้คนของเรามีความสุข ถ้าอย่างนั้นคนอื่นมาช่วยกันคิดได้แล้วจริง ๆ ต้องเปลี่ยนตรงนั้นะครับเปลี่ยนวิธีคิดเปลี่ยนให้ทุกคนคิดว่าภาระหน้าที่ความรับผิดชอบเนี่ยในด้านสุขภาพไม่ใช่เรื่องของทีมสุขภาพ แต่เป็นเรื่องของทุกคนรวมทั้งของตัวสุขภาพด้วยและคนอื่นด้วยนะครับอันนี้คือสิ่งที่พยายามเปลี่ยนความคิดนะครับ อันที่สองที่เปลี่ยนความคิดนั้นก็คือเปลี่ยนจากซ่อมมาเป็นสร้างเพราะจริง ๆ ในกฎหมายแรงงานพูดแต่เรื่องรักษาโรคอย่างเดียวแม้แต่ประกันสังคมก็ใช้เงินเพื่อการรักษาโรคกฎหมายก็พูดถึงเรื่องให้มีหมอพยาบาลไปคอยรักษาปฐมพยาบาลก็พูดกันอยู่ตรงนั้นะครับจะมีบ้างกฎหมายในปัจจัยเสี่ยงการลดปัจจัยเสี่ยงออกไปในเชิงป้องกันแต่พอพูดถึงหมอพูดถึงพยาบาลจะกลายเป็นการรักษาโรคหมดเลยอันนี้คือแนวคิดของสังคมแนวคิดของผู้คนในสังคม และอันแรกเนี่ยจะเป็นโจทย์ที่จะต้องทำอย่างไรจะเปลี่ยนอย่างไรเปลี่ยนความคิดของคนในเรื่องของสร้างน่าซ่อม อันที่สองคือความรับผิดชอบทุกคนร่วมกันรับผิดชอบไม่ใช่ทีมสุขภาพเท่านั้นก็ต้องใช้เวลาอยู่นานเหมือนกันที่จะเปลี่ยนและในเรื่องของ อันหนึ่งก็คือเรื่องขององค์กร รวมเนี่ยเวลาในบริษัทหรือว่าคนในสถานประกอบการคิดเนี่ยเขาจะคิดสุขภาพในเชิงที่เกี่ยวข้องกับงานอะไรที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานก็เป็นเรื่องของเขาบริษัทไม่เกี่ยวกับบริษัทไม่ยุ่ง อันนี้ก็คือสิ่งที่จะต้องเปลี่ยนเหมือนกันว่าทำอะไรจะให้เขาคิดว่าสุขภาพเนี่ยไม่ว่าจะเกี่ยวกับงานหรือไม่เกี่ยวกับงานมันก็เกี่ยวกับบริษัททั้งนั้นแหละ เช่น เขาสุขภาพไม่ดีเพราะลูกหนี้ออกจากบ้านเขาก็มีปัญหาในการทำงานสุขภาพเขาไม่ดีเขาก็ทำงานไม่ได้ ทำงานย่อประสิทธิภาพดังนั้นบริษัทต้องคอนเซอทั้งในเรื่องที่เกี่ยวกับงานหรือไม่เกี่ยวกับงาน เพราะฉะนั้นถ้าจะให้เขาทำงานมีความสุขหรือสุขภาพดีเนี่ยก็ต้องมองทั้งปัจจัยนอกงานและปัจจัยในงานอันนี้ก็ต้องพยายามเปลี่ยนเหมือนกันผมเคยโดยประธานบริษัทไม่พอใจเหมือนกัน ในเรื่องว่าทำไมบริษัทไม่ทำเรื่องนี้นอกงานประธานบริษัทก็ถามบอกว่าไม่ใช่ความรับผิดชอบของบริษัท ผมยกตัวอย่างเรื่องอุบัติเหตุในงานที่จริงบริษัทของเราในเรื่องอุบัติเหตุในงานนี้ดีเยี่ยมอุบัติเหตุบางครั้งไม่มีเลยภายในหนึ่งปี แต่อุบัติเหตุในงานนี้จากการยนต์มีตายกันเกือบทุกปีและก็ต้องหยุดงานจากอุบัติเหตุในงานปีละประมาณ 800-

900ร้อยวัน ผมเห็นปัญหาจากสถิติที่เราเก็บก็ชี้แจงให้พนักงานความปลอดภัยอะไรต่างๆ เขาก็ยอมรับทำมั่งไม่ทำมั่ง มีความรู้สึกว่ามันนอกงานเราจะไปทำอะไรเขาได้ทำอะไรเขาไม่ได้หรอก เขาไปอยู่บ้านเขาไปตายจะไปทำอะไรเขาได้ส่วนใหญ่มองคิดอย่างนั้นแม้แต่ประธานบริษัทก็คิดอย่างนั้นตอนแรกผมก็ยังยืนยันว่าเป็นหน้าที่ของบริษัทโซคติที่ประธานบริษัทวันรุ่งขึ้นคิดได้ก็ส่งอีเมลล์ออกมาถึงผมและได้เลือกเตอร์ทั้งหลายให้สนับสนุนของนอกงานและผมก็เลยดำเนินการเรื่องนั้นและปรากฏว่าดำเนินการไปจนสองปีสามปีหลังนี้เลยไม่มีคนตายและก็มีคนลาพักงานจากอุบัติเหตุของงานเหลือเพียงสองสามร้อยกว่าวันจากพันวันนะเพราะฉะนั้นคนก็มองเห็นว่าเออนอกงานมันก็ทำได้เราสามารถจะกันไม่ให้เขาไปตายที่อุบลที่โคราชที่ไหนก็ได้ถ้าเราเปลี่ยนความคิดเขาเราก็นำไปสู่ของการเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันเช่นเดียวกันทั้งหมด 8 อ เนี่ยนะครับเราก็คงสามารถที่จะเปลี่ยนความคิดเขาและก็นำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมเพราะว่าในที่สุดแล้วเราต้องเปลี่ยนพฤติกรรมของเขาให้ได้ถ้าเราเปลี่ยนพฤติกรรมได้มันก็ไม่มีประโยชน์นะครับการให้ศึกษาป่าว ๆ การให้สอนโน้นสอนนี่นะครับแต่คนไม่เปลี่ยนพฤติกรรมเนี่ยมันก็ ทำไปก็เหนื่อยเปล่าสนุกไปเฉย ๆ ว่าได้ทำแต่ทำไมเกิดผลอะไร จริง ๆ ที่ผมเล่าให้ฟังทั้งหมด8 อ ก็เป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ว่าเรื่องอาหาร อาหารนี้เราต้องตั้งเป้าเลยครับว่ามี vision ที่ว่าเราจะเปลี่ยนนิสัยคนเพราะฉะนั้นมันอยู่ตอนแรกเหมือนกันการทำงานให้สำเร็จเนี่ยอยู่ที่การตั้งวิสัยทัศน์ให้ตรงประเด็นส่วนใหญ่ไม่ประสบความสำเร็จก็เพราะตั้งเป้าหมายไม่ได้เรื่องกลวิธีก็ไม่ได้เรื่องอีกประเมินผล KBI ก็ไม่ได้เรื่องสรุปก็ไม่ได้เรื่องตลอดๆ วิสัยทัศน์นี้สำคัญตอนแรกนะครับการเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการดำเนินการยกตัวอย่างเรื่องอาหารเนี่ย ถ้าเราดำเนินการให้ความรู้เขาหาอาหารสะอาดให้เขากินถ้าคิดตั้งวิสัยทัศน์แค่นี้มันไม่ยากแต่ไม่ได้ผลนะครับแต่วิสัยทัศน์เราบอกเราจะทำให้เขาเปลี่ยนนิสัยในการกิน คราวนี้ต้องคิดหนักละ จะทำอย่างไรให้เขาเปลี่ยนนิสัยในการกิน มันก็ไม่มีจ๊ายมากมาย ผมไม่มีเวลาจะมาบรรยายนะครับ อันแรกคือเรื่องของ การเปลี่ยนนิสัยหรือทัศนคติเรื่องของการให้ความรู้เขา เรื่องของการเอื้อต่อสิ่งแวดล้อมการกินของเขาเรื่องของการสาธิตวิธีกินเรื่องการมีตัวชี้วัด เรื่องของการหล่อลื่นให้เขามากินแบบใหม่อะไรต่าง ๆ นี่ มีตัวดึงเข้าไปมันจะไปประสบประสานในเรื่องของการออกกำลังกายด้วยมันต้องมีตัวนำเข้าไปสู่ เช่นอยู่ดี ๆ มาบอกว่ามาออกกำลังกายกันเถอะและออกไปเพื่ออะไรบางคนก็กินไม่ออกนะหรือเวลาหิวออกผู้หญิงก็บอกต้องไปสระผมทุกวัน ก็คงไม่อยากจะไปสระทุกวัน นะครับ ฉะนั้นมันต้องมีตัวจุด จะทำอย่างไรให้เขาเห็นว่ามันเอื้อออกกำลังกายมันดีนะวิธีผมเชื่อมโยงสองอย่างเข้าด้วยกันเรื่องของอาหารกับออกกำลังกายเป็นตัวที่เชื่อมกันอยู่ ความจริงมันจะไปเชื่อมกับเรื่องอื่นอีกเยอะนะทุกอย่างมันดึงกันไปหมดถ้าเราดึงแหล่งนี้ได้มันก็จะดึงกันไปหมดสมมุติว่าเราบอกว่าต่อไปนี้คนของเราจะไม่มีการอ้วนนะสร้างค่านิยมในองค์กร ว่ายูนิลีเวอร์จะไม่มีการอ้วนเดี๋ยวนี้เราครับคนอ้วนเดินไปเขาบอกไม่ใช่คนยูนิลีเวอร์หรือบางทีเราครับนักศึกษาที่มาฝึกงานมีคนโทรมาแล้ว บอกเนี่ยเดี๋ยวนี้เราครับคนอ้วนมาด้วยแล้วหรือเราต้องชี้แจงว่าไม่ใช่อันนี้เด็กฝึกงานนักเรียนเขาอยู่ชั่วคราวเราไม่รับหรอกคนอ้วน ๆ เนี่ยถึงขนาดนั้นพยายามพิเศษที่เคยมาอยู่กับผมอ้วน ๆ นะเดี๋ยวนี้หุ่นดีกันหมดเพราะว่าอายุชาวบ้านอายุพนักงานนะครับเพราะฉะนั้นคือสิ่งที่เราต้องสร้างค่านิยมเราพยายามชี้ให้เขาเห็นว่าไฮโซนี้ไม่อ้วนนะครับ โลโซอ้วนซึ่งมันก็จริงนะครับ พนักงานที่อยู่ในระดับแรงงานนี้จะมีบางคนอ้วนปึกปักในขณะที่อยู่ในระดับสูงระดับบริหารนี้หุ่นจะดี ฉะนั้นทุกคนก็อยากจะไฮโซ อยากจะเลื่อนอัปเกรดตัวเองในสังคม มันก็เป็นการเปลี่ยนค่านิยมทางสังคมเพราะฉะนั้นใครเริ่มอ้วนจะเริ่มหงุดหงิดแล้วพยายามเราก็เป็นตัวอย่างดูแลสุขภาพไม่ดี ดังนั้นเราก็ต้องเริ่มส่งเสริมการออกกำลังกายเรามีชมชมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย เมื่อปีที่แล้วเราเปิดฟิตเนสคลับที่สำนักงานใหญ่ ให้เขาสามารถเล่นตอนแรกเราไปเข้าข้างนอกเสียเงินให้พนักงานไปเล่นคนละสองร้อยต่อครั้งรู้สึกที่ใช้เงินเดือนละเป็นแสนๆ นะครับเราสร้างของเราเองเลยดีกว่าก็ยันกันไปหน่อยนะครับ ที่โรงงานก็มีสนามมีอะไรเล่นกันอันนั้นก็เชื่อมโยงสองอันเข้าด้วยกันนะครับในเรื่องของอาหาร เรามีการแข่งขันอย่างที่ว่าวิทยากรคนที่แล้ว(คุณตุ้ม) พูดนะครับจริง ๆ แล้วบางทีบางอย่างมันต้องมีแรงกระตุ้นและใช้การแข่งขันแข่งขันกันลดน้ำหนักเราเคยแข่งขันข้างบริษัทก็มีนะครับได้ตัวไปเที่ยวหนองปีทีก่อนโน้น คนอื่นเขาเห็นเราทำดีเขาก็มาขอร่วมแข่งบริษัทเราแพ้เพราะว่าเราไม่มีคนอ้วนไปแข่งครับ คือคนมันไม่อ้วนนี้มันลดยากกว่าคนอ้วนนะคนอ้วนมากมายนิดดูบเดียวมันลดได้นะ สีกิโกลแรกนี้ลดไม่ยากนะครับแต่ถ้าเริ่มเข้าที่มีเนื้อมื่ออะไรแล้วที่นี้จะลดยาก บริษัทเราเลยแพ้ เราก็เลยอดตัวไปสองกองนะครับ แต่เราก็กมีการแข่งอยู่เรื่อย ๆ นะครับภายในผมให้ตัวเขาไปนอนโรงแรมแถวชายทะเลอะไรอย่างเนี่ยนะครับทีมไหนชนะเราแข่งเป็นทีมปีนั้นผมว่าจะแข่งเป็นแผนกเลย แต่ว่ายังไม่ได้เริ่มต้นเลยมีเงินรางวัลเขาให้หนึ่งแสนบาทเนี่ยมีเงินอยู่ในกระเป๋ เฝิงได้รางวัลมา นะครับ

เป็นโครงการที่ผมทำเพื่อลดอุบัติเหตุรถจักรยานในท้องถนนนี้ได้รับเป็นรางวัลโครงการชนะเลิศในเรื่องของความคิดสร้างสรรค์นะครับในเรื่องการดูแลสุขภาพก็เลยมีเงินอยู่หนึ่งแสนบาทที่ได้มาที่พร้อมจะมาแจกจ่ายให้พนักงาน ยากทำอะไรเล่น ๆ ก็ใช้เงินตัวนี้เป็นตัวหล่อลื่นนะครับ ครบไปสองเรื่องเลยนะนี้ อาหารออกกำลังกายนะครับ อุดมทรัพย์ อันเหล่านี้น่าจะสำคัญนะครับ อุดมทรัพย์นี่ก็เราเจอพบว่าบุหรี่ยังทำให้เกิดโรคอะไรเยอะแยะเลยใช้ไหมครับ คนสูบบุหรี่ก็เยอะ ตอนที่ผมเข้าไปนี้มีคนสูบบุหรี่ 33 % นะครับ 33% ทำอย่างไรละมันไม่ดีแน่มันก็เหมือนสถิติทั่วประเทศแหละนะครับเราก็ไม่ต่างกัน 30กว่า% ผู้ชายก็ส่วนใหญ่ก็ 60กว่า % นะแหละเพราะผู้หญิงไม่สูบ สูบน้อยมากดังนั้นผู้ชายเกินครึ่งสูบบุหรี่เราก็ดำเนินโครงการ โชคดีที่ประธานบริษัทสนับสนุนจะเห็นว่าประธานบริษัทเป็นเลิกล้อใจเมื่อก่อนสูบบุหรี่เยอะจนแยะครับ ก็เลยอยากจะทำให้ทุกคนเลิกสูบบุหรี่ ตั้ง ก็สนับสนุนกัน ทำโครงการกันอยู่ ตั้งแต่ 2533 ก่อนที่จะมีการทำอะไรกันเป็นเรื่องเป็นราวมาออกกฎหมายประมาณ 2535 หรือ2536 เนี่ยครับทำให้งานเราง่ายขึ้นนะครับพอหลังจากที่มีกฎหมายแรก ๆ คนก็ต่อต้านเยอะ แต่หลังจากนั้นพอครบ 5 ปีเราเหลือคนที่สูบบุหรี่อยู่ประมาณ 5% ประธานบริษัทก็เลยประกาศตัวเป็นบริษัทปลอดบุหรี่และก็ไม่ให้สูบบุหรี่ภายในบริษัทตั้งแต่ปี2538 เป็นต้นมาจนถึงวันนี้เราก็ได้รับรางวัลเกียรติยศจากมูลนิธิอะไรนะต้านบุหรี่นะครับ ได้รับรางวัลไปเมื่อ 7-8 ปีที่แล้วทุกวันนี้เรายังมีนโยบายที่ไม่สูบบุหรี่แล้วก็รับคนที่ไม่สูบบุหรี่เข้าทำงานและคนสูบบุหรี่ทำอย่างไรครับ เราก็รับเหมือนกันแต่ให้ไปเลิกก่อน เราก็มีเทคนิคอะไรเยอะแยะนะครับเขาก็ไปเลิกมาจนได้เราถึงจะรับนะครับจะใช้วิธีไปสาบานตน หากคนมาค้าประกันอะไรก็แล้วแต่ลูกเมียครอบครัวพ่อแม่มาทำสัญญากันอะไรต่าง ๆ นะครับเพื่อดูแลกันให้เลิกบุหรี่แล้วก็มาทำงานกับเรา ถึงทุกวันนี้เราก็มองรักษาในเรื่องบุหรี่ไว้ได้ในระดับที่ดี ก็มีพนักงานรายวันมาแอบสูบก็น่าจะมีผมเดินไปก็วิ่งหนีกันก็มึนนี่ก็ยอมรับว่า ถ้าไม่เต็มร้อยนี่ลำบาก สูบที่บ้านเราก็ไม่ให้สูบนะครับไม่ใช่เฉพาะในโรงงานเราต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมเขาเลย นั่นก็เรื่องบุหรี่ยังมีสืบเนื่องไปถึงเรื่องยาเสพติดจากบุหรี่ยาเสพติดก็เป็นพวกเดียวกันนะครับเพราะฉะนั้นพอเราลดเรื่องคนสูบบุหรี่เรื่องปัญหาเสพติดก็ลดลง แต่แน่นอนบริษัทอยากได้ประกาศนียบัตรโรงงานสีขาวในที่สุดเราก็ทำโครงการต่าง ๆ ไม่ต้องตรวจปัสสาวะนะครับโรงงานของเราได้ประกาศนียบัตรโรงงานสีขาวโดยที่ไม่ต้องตรวจปัสสาวะเพราะ เรามีมาตรการที่ดีกว่านั้นซึ่งทางกรมแรงงานก็ยอมรับว่ามาตรการของเราดีกว่าการตรวจปัสสาวะ คือเราตรวจพฤติกรรมคน เราจะเฝ้าระวังพฤติกรรมไม่ให้มีเบี่ยงเบน ถ้ามีเบี่ยงเบนบ้างเราจะเข้าไปช่วยเหลือเลย เพราะฉะนั้นเราไม่ต้องรอตรวจถึงตรวจปัสสาวะหรือครบแค่คุณแต่งตัวไม่ดีนี่ก็ถือว่าเบี่ยงเบนแล้ว จากที่คุณเคยแต่งตัวดีและไปโทรมครับคือคุณเคยพูดมากและไปพูดน้อย หรือพูดน้อยและไปพูดมากนี่เรารู้ว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบนหมดแหละครับเราก็จะสอบสวนค้นหาปัญหาและมี psychology ที่เปิดให้ Counseling ยี่สิบสี่ชั่วโมงสามารถโทรไปขอคำปรึกษาได้แต่ยังไม่ถึงขั้นก็มาหาผมก่อนได้นะครับคุยกันซึ่งส่วนใหญ่ก็ไม่ค่อยไปหา psychology เท่าไร หรือพวกที่อาจจะฆ่าตัวตายไปบีบคอภรรยา สามิมนะอันนั้นก็มึนตรงนี้ให้ เหล่านี้ตอนนี้เรากำลังทำตอนนี้กำลังเริ่มได้ผลคือมันต้องแก้ที่นโยบายของบริษัทเลยเรื่องเหล่านี้เนี่ย ผมก็พยายามผลักดันให้ลดเหล่านี้อันที่แล้วนี้เริ่มมีปัญหาก็ลดลงไปเรื่อย ๆ แต่ยังไม่ถึงที่สุด ปีหน้าผมคิดว่าจะไม่มีการเลี้ยงเหล่านางานของบริษัท ผมคิดว่าผมเชื่อว่าจะพยายามผลักดันให้ถึงที่สุด ผมบอกให้แจกเป็นช็อกโกแลตแทนใช้ไหม ผู้หญิงจะได้เอาช็อกโกแลตไปกินบ้านผู้ชายก็หล่อเหล่าผู้หญิงก็นั่งดูใช้ไหมครับ เสียเปรียบกันน่าดูเลย ปีหน้าผมคิดว่ามันเป็นปัญหาเรื่องอุบัติเหตุรถจักรยาน และเราคิดว่าจะออกนโยบายไม่ให้กินเหล้า ขณะเดียวกันเนี่ยอันหนึ่งก็คือเรื่องของอัมหลับมันจะมาสัมพันธ์กับเหล้าถ้าไม่ได้กินเหล้าตอนเย็นมันก็ไม่ได้อัมหลับหลอกครับมันก็ยาวไปกว่าจะนอนใช้ไหมครับ ก็มาทำงานทุกวันนี้เราซื้อเครื่องตรวจอัลกอฮอลล์มานะครับยังไม่ได้เป่าสักคนเลยพวกกินเหล้าหลบไปหมดเลยเพราะว่ากลัวเป่า เราบอกว่าอัลกอฮอลล์ต้องเป็นศูนย์ที่หน้าประตูโรงงาน ผมคำนวณให้ดูคุณกินถึงสี่ทุ่มเนี่ย กินเบียร์สักแปดกระป๋องถึงสี่ทุ่ม พอสี่ทุ่มปั้มถึงตอนเช้านี้คุณเจอแอลกอฮอล์ ทุกคนก็แหงชะครับ รีบกินแต่หัวค่ำแล้วก็รีบไปนอนเดี่ยว 7 โมงเช้ามาเจอแอลกอฮอล์อันนี้ก็เป็นการที่เราใช้ลูกเล่นอะไรเยอะหลายรูปแบบผมคิดว่ามันคงไม่ลงรายละเอียดละครับว่าทำอย่างไรจะให้คนเปลี่ยนพฤติกรรม บางอย่างก็เป็น negative บางอย่างก็เป็นอย่าง positive แต่ในที่สุดแล้วก็เพื่อสุขภาพของเขาเพื่อความปลอดภัยของพนักงาน ของเพื่อนร่วมงาน ของโรงงานอะไรต่าง ๆ อุดมทรัพย์หรืออเดลล์ เอามืออะไรอีกนะอุบัติเหตุก็พูดไปแล้ว พอแค่นี้ก่อนแล้วกันนะ

ทพ.ดร.จรัญญา พวกเราอยู่ PCU จะไปประยุกต์ใช้ได้อย่างไร แส่นหนึ่งจะไปส่องกง คือคุณหมอมือข้อเสนอแนะใหม่จะว่าประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุขใช้อย่างไรบ้าง

นพ.มานิต

เรื่องนี้มันก็ทำได้นะครับผมเพียงจะบอกได้ว่าผมมีพยาบาลแค่สองคนอยู่ที่โรงงานที่เป็น fulltime อยู่ทีนั้น ส่วนผมนี่ก็วิ่งไปวิ่งมาไปทั่วไปข้างนอกบริษัทบางไปโรงงานบ้างไปสำนักงานใหญ่บ้าง ไปโน้นก็คงอยู่ช่วยเขาได้บ้าง ระดับหนึ่งนะครับพยาบาลก็ว่ากันไป ก็คงเหมือน PCU แล้วนะครับก็มีพยาบาลสองคนต้องทำงานทุกอย่างที่คิดกันขึ้นมา นะครับพยาบาลของผมนี่เขาจะต้องทำcampaign ทุกเดือนนะครับเราจะมี campaign ทุกเดือนหนึ่งสัปดาห์ในแต่ เช่น เรื่องเล่า เรื่องยาเสพติด เรื่องสุขภาพจิต ถ้าวันไหนเป็นช่วงวันวาเลนไทน์นี่ก็เป็นเรื่องสุขภาพจิต เรื่องความรักมอบความรักให้กัน เรื่อง EQ เรื่องอะไรต่าง ๆ อันนี้ก็เป็นช่วง เทศกาลแต่ละอันถ้าเป็นช่วงสงกรานต์ปีใหม่ก็เป็นเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุของงานบนท้องถนนนะครับเราก็จับมีสถานการณ์มีอะไรเข้าไป อย่างนางสงกรานต์ด้านภัยอุบัติเหตุอะไรก็แล้วแต่ มันก็จะประสมประสานกันหมดเรื่องฟิตเนสเรื่องของการออกกำลังกายการฉีดยาฉีดวัคซีนทุกเดือนนี้พยาบาลเขาจะต้องจัดตรงนี้หนึ่งสัปดาห์ ทุกกิจกรรมก็มีเยอะมีการประกวด มีการแข่งขันมีรางวัลคำขวัญมี การเชิญอาราภิกแด้นชมาเต้นโชว์ มีเล่นละคร มีอะไรแล้วแต่ที่เขาจะคิดสรรหาได้นะครับ มีVDO มีบุ๋ทขายหนังสือเกี่ยวกับสุขภาพมีการตรวจวัดสารวจเรื่องค่าBMI เปอร์เซ็นแซบ มีการตรวจวัดความดันอะไรต่าง ๆ ก็จะมีกิจกรรมที่ทำให้พยาบาลปวดหัวนะครับ จนบางคนคิดว่าคิดผิดหรือเปล่าที่มายุที่ยูนิเวอร์ นะอยู่บริษัทอื่นนั่งตบยุงเข้าตบยุงเย็นแล้วกลับบ้านถึกนิดตั้ง อ่านนิตยสารแค่นั้นเองพยาบาลบริษัทอื่นทำแค่นั้นแหละครับแต่ที่บริษัทผมก็จะห่วย่ง เพราะฉะนั้นจริง ๆ ทำได้นะครับผมมองดูก็คล้ายอยู่ในชุมชนชุมชนหนึ่งเรามีแฟ้มของพนักงานทุกคน เรารู้ประวัติของพนักงานทุกคน พยาบาลมีความสัมพันธ์ที่ดีกับพนักงานรู้เรื่องครอบครัวเรื่องอะไรต่าง ๆ มาปรึกษาห้องเราจะเป็นห้องศูนย์ร่วมข่าวเหมือนกันนะครับ ใครมีเรื่องอะไรจะเข้ามาบอกข่าวไว้ที่ห้องพยาบาลนะครับบางทีก็มาหาผมมาบ่นว่าผู้จัดการคนโน้นไม่ดี คนนี้ไม่ดี ผมก็เป๊ะแนะอะไรไปเนี่ยนะบ้างคนก็หาเรื่องกับผู้จัดการบ้างหาเรื่องกับเพื่อนร่วมงานบ้างอะไรต่าง ๆ เขาก็จะมาที่ห้องพยาบาล คืออันนี้ผมมองดูก็ไม่น่าจะต่างกันในเชิงของแต่เรื่องเงินเงินทองทองเนี่ยนะ จะว่าไปจริง ๆ เราไม่ได้ใช้เงินอะไรมาเลยส่วนเรื่องเงินที่ได้มามีคนบริจาครางวัลรางวัลกันไปเที่ยวหว่านไอ้ของที่เขาแจกไม่หมดอะไรต่าง ๆ เนี่ยเสื้อบางกระเป๋บางบางที่เขาแจกลูกค้าไม่หมดเราก็ไปควานว่าใส่ถุงสต็อกเอาไว้เลยแะนี้ก็แจกลูกเดียวแหละครับอะไรอย่างเนี่ยและเงินบริจาคบริจาคควักกระเป๋ของผมเองบางต่าง ๆ เป็นรางวัลนะครับบางทีเราก็ต้องทุ่มนะครับอยากให้งานสำเร็จนะครับ

ทพ.ดร.จรัญญา คุณหมอก็ต้องเจอผู้บริหารที่สูงกว่าอยากทราบว่าคุณหมอมือจะขายไอเดียอะไรพวกนี้อย่างไรจะทำอย่างไรเขาถึงมาสนใจทั้งที่ปกติเขาก็ไม่ได้สนใจอยู่แล้ว

นพ.มานิต

อันนี้ก็ต้องมีข้อมูลที่จัดการบริหารจัดการเนี่ยเราก็ต้องมีข้อมูลทุกอย่างเวลาเราคุยกับเขาเรามีข้อมูลหมด สถิติการเกิดโรค สถิติอุบัติเหตุ สถิติต่ำความดัน ค่าไขมันอะไรต่าง ๆ เราสามารถนำเสนอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเขาไปแก้ไขได้หมด เพราะฉะนั้นมันก็ก็ต้องบริหารด้วยข้อมูลนะครับ ก็เช่นเดียวกับ PCU ถ้าเรามีการเก็บข้อมูลที่ดี ผมเคยเจอของสาธารณสุขเนี่ยมีปัญหา คือคนสั่งเก็บเนี่ยคือกระทรวงไม่รู้เก็บไปทำอะไรผมอยู่กระทรวงผมตำกระทรวงประจำบ้างที่ผมไม่ส่งให้เนี่ย ผมบอกว่าผมส่งไปแล้วทุกเดือนบางทีขอสรุป คุณก็สรุปเอาเองสิครับ นะครับนี่คือปัญหานะครับบางทีคนขอเนี่ยเขาเอาไปใช้งานคนละแบบ ส่วนผู้ที่เก็บเนี่ยเขาไม่ต้องการข้อมูลที่ขอไปเลยเพราะฉะนั้นบางทีเนี่ย ผมเคยคุยกับทางกองระบาดกองอะไรเนี่ยต้องคิด เวลาเขาจะเก็บข้อมูล อันที่หนึ่งผู้เก็บเขาต้องได้ใช้ประโยชน์อันที่สองข้อมูลที่กระทรวงได้ใช้ประโยชน์ใช้ประโยชน์ร่วมกันไง ไม่ใช่ว่าคุณใช้ประโยชน์คนเดียวและไปให้พนักงานเป็นคนเก็บซึ่งผมว่าอันนี้มันไม่แฟร์เพราะฉะนั้นต่อไปก็ต้องมาคุยเรื่องการเก็บข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ เพื่อการดำเนินงานของหน่วยงานนะครับนั่นคือต้องเป็นอันดับหนึ่งนะครับ กระทรวงนี้ผมถือเป็นเรื่องรอง คุณอยากได้ข้อมูล คุณก็ใช้วิธีสำรวจวิธีสุ่มวิธีอะไรไม่ใช่เอาภาระมาโยนให้ PCU มาให้เด็ก ๆ ทำกันให้เขาเหนื่อยนะครับ

ทพ.ดร.จรัญญา ที่คุณหมอบอกว่าให้ข้อมูลกับหัวหน้า อันนี้ข้อมูลอะไรคะที่คุณหมอพูดถึง และเขาจะสนใจหรือคะ

นพ.มานิต

จริง ๆ เนี่ยเราต้องเข้าใจว่าแต่ละคนเนี่ยเขาต้องการไม่เหมือนกัน อย่างเช่นคนงานเขาต้องการความสบายไม่ต้องทำงานหรือกแต่ได้เงินเดือน ๆ ส่วนผู้บริหารก็ต้องการงานเยอะ ๆ เสียเงินน้อย ๆ ดูเนี่ยมันจะสวนทางกันนะครับ ดังนั้นเราต้องดูให้มัน balance ตรงนี้ให้ดีกว่า ถ้าฝ่ายบริหารจัดการนี้ก็ดูที่ว่าคนของคุณจะแข็งแรง ทำงานได้ดี ไม่เจ็บป่วย ไม่เสียค่าใช้จ่ายไหมครับ พนักงานก็ได้ คุณแข็งแรง คุณทำงานดี งานคุณไม่เสียไม่ถูกตำหนิได้เลื่อนขั้นได้เลื่อนเงินเดือนก็ได้ทั้งสองฝ่าย คุณจะทำได้ไหมละ ก็ต้องทำแล้วอย่างเนี่ยครับ

ทพ.ดร.จรัญญา อีกประเด็นหนึ่งคะคือที่คุณหมอสรุปประเด็นเรื่องตั้งไว้ 8 ข้อ ฟังดูแล้วมันเหมือนเห็นเป้าหมายชัด ทั้งนี้ทางเราเองหรือว่าทางกระทรวงถามว่าเป้าหมายมีอะไรบ้าง อันนี้ 21 ตัว 21 ข้อ 42 ตัวชัดชัด แต่ก็ไม่ว่า มันไม่มีประเด็น มันไม่เห็นภาพชัดเจนคะดิฉันอยากทราบว่าจริง ๆ แล้วเนี่ย

นพ.มานิต

คือประเด็นเนี่ยตัวชัดก็อยู่ที่ว่าขายให้ใครนะครับผมยกตัวอย่างถ้าตัวชัดในเชิงองค์กรเนี่ยมันก็เป็นตัวชัดตัวหนึ่ง ที่เขาบอก 24 ตัวชัดเนี่ยผมไม่แน่ใจว่า มันเป็นตัวชัดกิจกรรม ตัวชัดเชิงองค์กร ตัวชัดเชิงสังคม แต่ขณะเดียวกันตัวชัดผลสัมฤทธิ์ หรือ outcome ก็คือตัว ออ ทั้งหลายเนี่ยก็คือตัวสุดท้ายหรือตัวสุดท้ายจริง ๆ ก็คือความสุขสบายนะครับ ฉะนั้นมันอยู่ที่เราวัดตรงไหนระดับไหนนะครับ ไม่มีผิดหรือครับ แต่ถ้าเราขายให้ชาวบ้านเลยพูดเรื่ององค์กรเรื่อง การปรับนโยบายเขาเองไม่เอากับคุณด้วย แต่ถ้าเราขายว่าตอนนี้ดูความก้าวหน้าของงานมันไปถึงไหนเนี่ยคนที่เขาจ่ายเงินให้เราทำงานทุกอย่างเนี่ยมันก็ต้องมีตัวชัดอีกแบบหนึ่ง คือ โดยเฉพาะสุดท้ายที่ทุกคนอยากเห็นนะ แต่ตัวชัดก่อนที่จะถึงตัวสุดท้ายเนี่ยมันต้องใช้เวลาตัวชัดสุดท้ายอาจต้องใช้เวลา 5 ปี 10 ปี แต่ตัวชัดที่ input อย่างเนี่ยง่ายสุด ๆ แต่ไม่ได้เรื่องนะไม่มี output เนี่ยง่ายขึ้นมาก็อีกหน่อยคือเห็น output แต่อาจจะไม่ได้เรื่อง put อะไรออกมาไม่รู้ แต่มันไม่เกิด outcome ไม่เกิดตามเป้าประสงค์สูงสุด เพราะฉะนั้นตัวชัดแต่ละอันเนี่ยมันอยู่ที่ว่าเราเอาไปให้ใครดูและดูเพื่ออะไร

ทพ.ดร.จรัญญา อีกประเด็นหนึ่งคะทางบริษัทเนี่ยใช้นโยบายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ตรงนี้คะถ้าสมมุติว่าอยากจะทำให้คุณมองลองยกกลับไประหว่างถ้าเป็นสาธารณชนเนี่ยทำอย่างไรจึงจะเป็นนโยบายสาธารณะขึ้นมาได้

นพ.มานิต

จริง ๆ องค์กรเอกชนก็คือบริษัท องค์กรของชาวบ้านก็คือชุมชนซึ่งมันก็มีโครงการสร้างอยู่มีผู้นำมีการจัดการ มี การจัดการอะไรต่าง ๆ ซึ่งมันสร้างกติกาขึ้นมาได้ผมถึงอยากทำให้อุบัติเหตุนอกงานลดลงพอเราสร้างกติการ่วมกันในชุมชนว่า เช่นช่วงสงกรานต์ คือการชวนเชื้อหรือสะกดจิตก็แล้วแต่ประชาสัมพันธ์อยู่เจ็ดแปดวันนะอุบัติเหตุสงกรานต์เป็น ศูนย์โอมเพียงห้ามตายห้ามเจ็บอะไรอย่างนั้นนะครับหลวงพ่อก่อนเป่ากระหม่อมมีรูปหลวงพ่อก่อนอยู่หน้าตรงงานนะห้ามตายห้ามเจ็บอะไรอย่างเนี่ยสงกรานต์นี้ภัยอะไร ก็แล้วแต่มันก็มีการสร้างcomplement นะครับ ทุกคนกลับไปอย่าเป็นอะไรนะกลับมาอย่าตายอย่าทำอะไรอย่างเนี่ย กลับมาถ้าใครเป็นนะครับโดนตำหนินะครับทุกคนไม่อยากจะตำหนิว่าไม่ช่วยกันสร้างสังคมให้ปลอดภัย ในทำนองเดียวกันถ้าในชุมชนหมู่บ้านเรา ต่อไปเนี่ยลูกหลานผู้คนที่เป้นต้นตระกูลเนี่ยไม่ว่าจะไปอยู่จังหวัดไหนเนี่ยห้ามเจ็บห้ามตายจากอุบัติเหตุถ้าเจ็บตาย ก็เข้ามารายงานที่หมู่บ้านจะไปตายที่จังหวัดอะไรก็แล้วแต่ไปทำงานเนี่ย ส่งกลับมาบ้านเลยเนี่ย เดือนเนี่ย คนของเราเป็นอย่างเนี่ย เจ็บไป ขาหักไปพิการไปตายไป เราจะทำอะไรเนี่ย ลูกหลานเรามาไม่รักดี เออ มันก็เกิดกติกาสังคมนะครับ เด็ก ๆ ในชุมชนนั้นก็ยึดติดเป็นค่านิยมว่า เฮ้ย

อุบัติเหตุเนี่ย ป้องกันได้การเกิดอุบัติเหตุเนี่ย มันปัญญาอ่อน แสดงให้เห็นถึงความปัญญาอ่อน แสดงให้เห็นถึงการไม่รับผิดชอบตัวเอง มันก็จะฝังรากไประยะยาว

วิทยากรทั้งสามท่านตอบคำถามผู้เข้าร่วมประชุม

ถาม คุณตุ้ม มีค่าใช้จ่ายในการประชุม ประชาคมหรือไม่ครั้งละเท่าไร ครั้งละเท่าไร

ตอบ ความจริงแล้วการประชุมไม่ต้องจ่ายเงิน ห้องประชุมก็ฟรี คนพูดฟรี ชาวบ้านก็กินบ้านใครบ้านมัน จริง ๆ แล้วค่าน้ำชุมชนเขาบริจาคจริง ๆ แล้วไม่ได้ใช้อะไรค่ะ ถ้าหากว่าเป็นบางช่วง เป็นบางครั้งมีเงินสมทบจากทางการ ก็จะใช้งบ แต่ส่วนใหญ่แล้วฟรีค่ะ

ถาม คุณหมอไพฑูรย์ จะถามว่ามีหลักในการเลือกหนังสือนิทานเกี่ยวกับเด็กอย่างไรบ้าง

ตอบ ความจริงแล้วผมทำหน้าที่ monitor กลางนะครับผมจะไม่ค่อยรู้ทุกเรื่อง เราเพียงแต่รู้ว่านิทานสำคัญ และนิทานแต่ละเรื่องเรื่องนี้เหมาะสมกับเด็กแต่ละวัย และเด็กแต่ละคนชอบนิทานไม่เหมือนกันเพราะเด็กแต่ละคนมีการเจริญเติบโต เนี่ยเรียกว่าเหมือนกับหน่อ มีทิศทางทางเจริญเติบโตของตนเองไม่ใช่ผ้าขาวที่ใครจะแต้มอะไรก็ได้จะนั้น เด็กแต่ละคนเมื่อชอบอะไร ในทิศทางนั้นเนี่ย นิทานไหนจะเหมาะกับเด็กประเภทไหนเนี่ยอยู่ในเรื่องของจิตวิทยาการ พัฒนาการเด็กในเรื่องของนิทานซึ่งตรงนี้เราจะมีการจัดอบรมในเรื่องผู้ดูแลเด็กให้กับทีมงานที่เขาสนใจเรื่องพวกนี้ผมจะมีหน้าที่ทำการตลาดนะครับ และก็จะมีการทำหน้าที่คนนี้เก่งด้านนี้ คนนี้เก่งด้านนั้นเนี่ยอะ เหมือนจับแพะชนแกะ

ถาม ถามสอ.น้ำแก่น คุณตุ้มอีกครั้ง หลักการค้นหาและเฝ้าระวังสุขภาพผู้ป่วยในกลุ่มเอชบี เนี่ยในโรคไฮเปอร์ เซ็นเซียงดีเอนเนี่ย อสม ได้จัดทำทะเบียนและค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เคทใหม่เนี่ยด้วยตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สอ.คนหาเอง หรือร่วมกันทำคะ

ตอบ การค้นหาผู้ป่วยจริง ๆ แล้ว อสม เขาจะเป็นคนกรองเบื้องต้นนะค่ะ คือแต่ละคนจะมีละแวกรับผิดชอบ ซึ่งเราก็จะมีเรื่องของบริการชั่งน้ำหนัก วัดความดัน วัดเอว ในที่เขารับผิดชอบถ้าหากพบว่ามีความผิดปกติเกินมาตรฐานก็จะจัดส่งเจ้าหน้าที่อนามัย ก็จะเข้าอีกครึ่งหนึ่ง เดิมครั้งแรก อสม ทำก่อนและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยก็จะทำในรายที่ผิดปกติ แต่ก่อนที่ อสม จะทำเราจะทำการพัฒนาศักยภาพ อสม เราพัฒนา อสม เชี่ยวชาญคือทำเฉพาะด้าน อสม คือ บ้านหนึ่งอาจจะมีหลายคน แต่ว่าคนแต่ละคนอาจจะรับผิดชอบไม่เหมือนกันทุกด้าน

ถาม จะถามในเรื่องของการสร้างทีม กับสร้างความคิดของทีมอยากจะทราบแนวของแต่ละท่านเลยนะค่ะว่า ทำอย่างไรถึงได้เป็นทีมในการดูแลสุขภาพ และทำอย่างไรถึงมีการปรับขบวนการคิดได้ ซึ่งเป็นการสร้างสุขภาพในเรื่องของรูปธรรม

ตอบ (คุณบุญตุ้ม) จุดเริ่มที่ทุกทีมมาทำงานรวมกันทั้ง ๆ ที่มาจากคนละที่คนละทาง เอ้อในส่วนของจังหวัดก็มีส่วนสนับสนุนในเรื่องของวิชาการ เรื่องของโอกาส เรื่องของงบประมาณ ในเรื่องของโรงพยาบาลเรื่องของคัม เรื่องของวิชาการเรื่องของการจัดบริการ เรื่องของการพิเศษ ในเรื่องของสถานีอนามัยก็เรื่องของการทำงานร่วมกันซึ่งทีมสถานีอนามัยที่มาตรฐานจุดนี้ก็เป็นส่วนหนึ่งของทีม จริง ๆ แล้วตั้งแต่คนงานลูกจ้างชั่วคราว เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและชุมชน ก็จะเป็นทีมของสถานีอนามัยเหมือนกันเพราะว่าเราถือว่าการทำงานชุมชนหรือเรื่องของสุขภาพทำคนเดียวไม่ได้จะวิ่งทางตรงไม่ได้ต้องวิ่งผลัดและถ้าหากกีฬาทีมก็ทีมฟุตบอลและจะรู้หน้าที่ว่าตัวเองอยู่ตำแหน่งไหนแต่ถ้าหากว่ามีนักกีฬาบางคนเจ็บคนที่อยู่ตำแหน่งถัดไปต้องเลื่อนขึ้นมาแทนเราจะใช้กระบวนการนี้คะ

ถาม ข้อถามต่อนิดนะค่ะว่าคนที่เป็ทีมเนี่ยคะเป็นคนที่มีเข้าใจในเรื่องสุขภาพมาแต่ต้นหรือเปล่าคะ หรือว่ามารวมทีมและถึงได้ไ้ไ้เดียวกัน

ตอบ จริง ๆ แล้วไม่ใช่คะ ทุกคนจะรู้ไม่เท่ากันอย่างของน้องทันตพยาบาลเดิมก็จะรู้แต่เรื่องของช่องปาก แต่ไม่รู้เรื่องของช่องอื่น จะไม่ทราบนะค่ะและยังทำไม่ได้ คือต่างคนต่างก็จะรู้เรื่องของตนเอง แต่ที่นี้เราก็คงจะทำให้ทุกคนรู้เรื่องของช่องซึ่งกันและกัน แม้แต่การแบ่งงานของสถานีอนามัยทุกคนก็ต้องรับผิดชอบทุกงานแต่เปอร์เซ็นต์ต่างกัน เช่นอย่างเรื่องของ การรักษา ทุกคนต้องรับอย่างน้อย ๆ ต้องได้ทราบตรงจุดนี้ แต่เปอร์เซ็นต์คนที่รับเรื่องการรักษาอาจต้องรับเรื่องที่20 นะคะ เพราะทั้งหมด 100 รับเต็มมี 10 แต่คนถนัดมาอย่างน้อย 5 เปอร์เซนต์ต้องรับ แล้วทุกคนก็จะรู้งานของกันและกันทุกคน และที่นี้เราก็คงกำหนดเรื่องของคู่มืองานให้ทุกคนทราบ ว่าถ้าหากงานแบบนี้ต้องทำแบบนี้ 1,

2, 3, 4, 5 เราก็จะบอกเราก็จะทำตามคู่มือของเราที่วางไว้ ถ้าหากติดขัดก็เปิดคู่มือดู แต่ใหม่ ๆ เราก็ใช้วิธีหนีบไปคะ อย่างสมมุติห้องทันต ดูคู่มือแล้วยังไม่เข้าใจก็จะบอกเพื่อน ๆ ไปกับพี่ไปช่วยถ่ายรูปหน่อย บ้างครั้งพอไปถ่ายรูปรูปสักสองสามครั้ง พี่ก็เกิดไปสาย บ้างครั้งบอกเพื่อน ๆ ไปไม่ได้จริง พี่ติดตรงนั้นห้องทำแทนพี่หน่อย น้องก็ไปแทนที่ไปบ่อย ๆ กับเราก็จะทำแทนเราได้ถ้าเกิดภาวะจำเป็นขึ้นมาเพราะว่าไม่ทำไม่ได้ เพราะว่าชุมชนเขามารออยู่แล้วเพราะฉะนั้นต้องใช้วิธีหนีบ หนีบไปปล่อยไว้คะ เพราะสถานการณ์ก็อาจจะทำให้เกิดพระเอกนางเอกขึ้นมาอีกหนึ่งคนก็ได้ เพราะว่าถูกต้องหนีบไปไว้พื้นที่ชุมชนนะคะ แต่เราก็ต้องเฝ้าดูให้เกิดเขามีปัญหาเราก็จะช่วยทัน

ถาม ขอถามคุณทศพลนะคะจะมีการถามเพิ่มเติมด้วยและ จะถามเรื่องการเป็นทีมด้วยนะคะ การทำงานร่วมกันระหว่างที่สหวิชาชีพในการดำเนินสาธารณสุขในชุมชน ถามว่าบทบาทการทำงานของท่านใครเป็นผู้นำทีม แต่ละสหวิชาชีพทำกันอย่างไรบ้าง

ตอบ (คุณทศพล) การทำงานสหวิชาชีพ จริง ๆ แล้วปกติทุกที่ก็มีคนทำอยู่แล้วนะครับ คือเราที่ที่เราทำก็คือว่าแต่ก่อนไม่ต้องทำเราจะตั้งแพทย์ใช้ไหมครับ ถ้ามีทีมอะไรขึ้นมาในโรงพยาบาลหรือว่าทีมระดับหรือว่าทีมที่เกี่ยวกับโรงพยาบาลนั้นส่วนใหญ่ก็จะเป็นแพทย์ แต่เราไม่ได้ตั้งอย่างนั้นนะครับ เราจะใช้ว่าใครสนใจใครมีศักยภาพตั้งเลยครับ เพราะว่าสามารถใช้งานได้ และก็หาเลขาที่เวอร์ ๆ หน่อยก็มาช่วย ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์นะครับ เพราะว่าแพทย์มีภาระในการที่จะต้องดูแลคนไข้ค่อนข้างหนักอยู่แล้ว เราใช้หลักการนี้แหละครับ ถ้าใครเวอร์มาตั้งเลยนะครับ ไม่ใช่ว่าเฉพาะว่าจะจะเป็นนักวิชาชีพนะครับ ในถึงระดับพนักงานเราก็สามารถที่จะตั้งเป็นหัวหน้าทีม จุดหน่อยได้ ถ้าเขามีความสามารถ บ้างท่านเราตั้งเป็นวิทยากรของบูรี เพราะว่าเขามีความสามารถไม่จำเป็นต้องเป็นนักสาธารณสุข บ้างครั้งไม่จำเป็นต้องถึงระดับแพทย์ไปพูด คนที่เขามีประสบการณ์จริงเห็นพินัยจริงเราก็สามารถตั้งเขาเป็นหัวหน้า ก็แล้วแต่ว่าใครจะตั้งใครเป็นพนักงานทีมก็คือเขามีความสนใจและก็อยากเป็นอันนั้นแหละครับผู้นำทีม และเราก็เราแต่ละบทบาททำหน้าที่อย่างไร ก็เหมือนของทางพี่ตุ้ม เราตั้งหาเป้าหมายร่วมกันก็คือว่าอาจจะต้องมีการคุยกันบ่อย ๆ คุยเพื่อออกไปและการออกไปแต่ละครั้งและกลับมาจะมีการคุยกันด้วยนะครับ คุยว่าเราออกไปแล้วเป็นอย่างไร ทุกอย่างมันเป็นการเรียนรู้หมดแหละครับ และเราก็พยายามขยายจากทีมผู้อาวุโสผู้มีประสบการณ์ไปสู่รุ่นน้อง ก็มีพี่อาวุโสที่เคยทำงานชุมชนมานานความรู้เยอะมากเราก็ใช้วิธีคุยให้พี่ ๆ เขาถ่ายทอดน้อง อันนี้มันก็เป็นการขยายทีม แต่ก็ต้องยอมรับว่าเราไม่สามารถที่จะขยายทีมพุ่งออกไปกว้างขวางได้เราจะใช้วิธีค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไปไม่ได้ใช้วิธีการสั่งการ ค่อย ๆ เป็น ค่อยไป ใครสนใจมาร่วมวิธีหนีบ นั่นก็เทคนิควิธีผจญภัยก็ใช้นะครับ บทบาทในแต่ละวิชาชีพ เราพยายามที่จะส่งเสริมทำงานร่วมกัน ทุกคนบางท่านอาจจะไม่ได้ใช้วิชาชีพตนเองนะครับ อาจจะมีความเด่นบางคนอาจจะเห็นทันตแพทย์ มีความเด่นในเรื่องการจัดการในเรื่องการเงิน ก็ให้เขาช่วยการเงินด้วย คือใครเด่นในด้านไหนก็ให้ช่วยในด้านนั้นด้วย เพราะว่าออกชุมชนมันเป็นความรู้ที่ต้องหลายหลาก แต่ถ้าเป็นหลักวิชาการก็ต้องพึ่งเขา แต่ความรู้ที่เพิ่มเติมก็คือใครมีทักษะอะไรพยายามเสริมให้เขามีบทบาทตรงนั้นด้วย

ถาม ตรงนี้หมายความว่ากระบวนการของการเป็นทีมมาจาก ความสนใจ สนใจไม่ได้สั่งการ และถ้าสมมุติว่าบางหน่วยงานลกว่าเราละใครอยากทำเป็นทีมสุขภาพ ก็เขามาเนี่ย เกิดมีอยู่สองสามคน ความจริงได้คาดหวังว่าจะมีกี่คนคะตอนแรกเนี่ย

ตอบ (คุณทศพล) ก็ต้องยอมรับวัฒนธรรมของคนเรานะครับ คนไทย ส่วนใหญ่ถ้าบอกว่าใครจะทำงานไม่มีใครยกเลยครับ แต่ใครเก่งในที่นี้ไม่มีใครยกกันละครับเป็นเหมือนว่าเราส่วนใหญ่ก็จะเป็นต้องพูดถึงผู้นำนะครับผู้นำต้องมีทักษะที่จะเกลี้ยกล่อมก่อนที่จะขัดช่วยอย่างนั้นต้องมีการให้เหตุผล คือต้องมีทักษะในการชี้แจงการที่จะพูดตรง ๆ ไปเลยก็อาจจะยาก แต่ทักษะนี้ต้องขึ้นอยู่กับผู้นำในการที่จะขัดชวนชักจูง หรือว่าอาจจะไม่มีประกาศตรง ๆ เห็นใครมีแววกก็จะจับเลยครับการต้องนั่งคุยกัน อาจจะประกาศในที่ประชุม ใหญ่ ๆ คงไม่มีถ้าบอกว่าหวังเท่าไรในทีมสหวิชาชีพที่เริ่มต้น ถ้าว่าความจริงเราก็มีทุนเดิมอยู่แล้วทีมชุมชน เป็นทีมที่เรามีอยู่แล้ว คือยาไปทั้งเขาจะครับไม่ใช่ว่าตั้งทีมใหม่จริง ๆ แล้ว คือทีมเดิมนั้นแหละเพียงแต่เราพยายามสร้างจากทีมเดิมคือก่อนอาจจะเฉพาะ PCU ใช้ไหมครับ หรือว่าอาจจะเฉพาะฝ่ายส่งเสริมหรือ เราก็ไปจับทางรัฐบาลฝ่ายการจัดการมาซิ เอ้อ คนนี้มีแวนะ มาร่วมกันร่วมกันมาคุยกันบ่อย ๆ มันก็จะเป็นทีมกันไป คือใช้ลักษณะนี้ละครับ

ถาม คุณหมอไพฑูรย์ มีความคิดเห็นในการสร้างทีมอย่างไรบ้างคะ คล้ายกับพี่ตุ้ม กับน้องเล็กร่วมกันนะครับ ก็ของพี่ตุ้มนี้เราหนีบ เราจะหนีบไม่แรงให้จิตใจเขาตามมาเลย ซึ่งจริง ๆ แล้วในทีมงานแต่ละคนจะเก่งกันคนละไม่มาก หรือคนละนิดคนละหน่อยอยู่แต่เราจะจับใครมาใส่ในกระบวนการไหนอันนี้เป็นเรื่องที่ มีความสำคัญว่าอาจจับคนไปทำงานในสิ่งที่เขาไม่ชอบ ก็คือให้เขาทำในส่วนที่เขาชอบให้เต็มที่แต่ละคนจิตจะต่างกัน เพราะฉะนั้นเวลาจัดนี้เอาให้ลงล็อกนะครับ แต่หลายคนก็จะเรียนรู้จากกันได้บ้างพอสมควร แต่ว่าเรียนรู้กันไม่หมดหรอก ความองคืรู้ของใครก็ความองคื รู้ของมันนะครับ องคืความรู้ข้างไหนบ้างครั้งมันเป็นบุคลิกที่มาพุดง่าย ๆ ว่าใครเตรียมส่วนได้นำแข็งมาตีขนาดไหน นี่มันลอกเรียนแบบกันไม่ได้แต่พัฒนาได้นะครับ และที่สำคัญที่สุด ไม่ว่าจะมีข้อผิดพลาดจากการทำงานมากมายขนาดไหนก็แล้วแต่ถือ ว่ามันเป็นการเรียนรู้วิเคราะห์ตัวเองให้ได้ว่าอยู่ในความผิดพลาดส่วนไหนนะครับก็อย่าไปโทษสิ่งแวดล้อมมากนักไม่อย่างนั้นพอทำไปนาน ๆ แล้วจะรู้สึกว่าการรอบข้างเราไม่ดี ถ้าทำไปนาน ๆ แล้วรู้สึกว่เอา ทำไมเราได้อยู่คนเดียว วะ เป็นต้นนะครับ

ตอบ (นพ.มานิต) สำหรับเรื่องทีมเนี่ยนะ ผมมองอย่างเนั้นนะว่าทีมเป็นส่วนหนึ่ง ของโครงสร้างของการทำงาน ฉะนั้นเราคงต้องมีการพัฒนาทีมะครับซึ่งก็คงมีหลายรูปแบบจะวิธึแบบค่อย เทนกันไป หรือว่าเทนกันอย่างเป็นทางการหรือว่าอะไรก็แล้วแต่ก็ขึ้นอยู่กับลักษณะงานและลักษณะทีมะครับแต่อีกอันหนึ่งที่ผมว่าสำคัญผมคิดว่า โครงสร้างนะครับ เพราะว่าถ้าการจะเกิดการยังยืน ถ้ามีทีมแต่ไม่มีโครงสร้างเนี่ย เกิดทีมอ่อนลงไปพับเนี่ย งานก็ล้มเลยซึ่งผมเห็นส่วนใหญ่งานจะเป็นอย่างเนั้นะครับ คือขึ้นมาเป็นโปรเจก พอโปรเจกมันก็เจ้งจบมันก็คือว่าโปรเจกจบ โปรเจกที่ดีมันต้องพัฒนาต่อไปเป็นโปรแกรมให้ได้ซึ่งก็คือความยังยืนทำต่อเนื่องไป ซึ่งเมื่อเราสามารถที่จะผนวกรงานของเราให้มันเป็นงานประจำ เป็นงานที่อยู่ในโครงสร้าง อันนั้นนะครับถึงจะเกิดความยังยืน เพราะฉะนั้นเทคนิค ของผมก็คือว่าอันที่หนึ่งต้องหาโครงสร้างให้เจอ ว่าเราจะเอางานนี้ไปเหมะไว้ที่ไหนหลักการก็คือว่าทำงานให้น้อยที่สุด คือผมเนี่ยจะทำงานให้น้อยที่สุด หาให้คนอื่นเขาทำนะครับ เราคิดได้แต่อย่าไปทำนะครับถ้ามีคนอื่นเขาทำให้เขาทำไป จะได้คิดต่อไปอีกคนอื่นก็ทำไปเรื่อย ๆ นะครับ ผมมาบอกพยาบาลตั้งแต่ผมมาอยู่ในวันแรก ๆ ว่า ต่อไปเนี้งานคนต้องทำให้น้อยลงนะ แต่ความจริงมันไม่น้อยหรอกไปมากกับอย่างอื่น บอกว่าคุณเลิกไปเลยโยนทิ้งของพวกเนี่ยเพราะเราจะไม่เปลี่ยน อย่างเช่นงานรักษาเนี่ยเย็บผ้งเย็บแผลโรงพยาบาลอยู่แค่ห้าร้อยเมตรเนี่ยคุณไปเย็บทำอะไรโยนทิ้งไปให้หมดเอาเครื่องเย็บแผล แจกสถานื่อนามัย เตียง เตอง แจกหมดนะครับ ต่อไปเนี้เราจะเปลี่ยนเป็นป้องกัน ผมบอกอย่างเนี่ย ก็เหลือรักษา เล็กน้อยและก็ส่งต่อไปข้าง ๆ โรงพยาบาลก็เยอะ เราไม่ต้องอยู่หลังเขาเราอยู่ในเมืองแล้ว ที่นี้มาถึงเรื่องแจกงานให้คนอื่น อย่างเช่นเรามองดูว่า งานอย่างเนี่ยมันควรจะอยู่ในโครงสร้างของใคร ฝ่ายบุคคล ฝ่ายความปลอดภัย ฝ่ายจัดการทั้งโรงงาน ฝ่ายผลิต หรือแม้แต่ว่าสภาพเนี่ย เราจะเอาเข้าไปได้ไหมเพราะฉะนั้นช่วงแรกมันอาจจะมองไม่ค่อยเห็นอ้อ เราทำอย่างเนี่ยดึงเขาเข้ามาร่วม เสร็จแล้วก็มอบหมายให้เขาไป ให้เขาไปทำต่อ คุณก็ไปทำต่อเอานะ เดียวผมช่วย support หรือถ้ามีอะไรต่าง ๆ พยายามดันออกไป นะครับคิดแล้วดันออกไปให้มากที่สุดแล้วมันก็จะไปเกิดทีมขึ้นมาเองแหละ ยกเว้นเขาขาดความช่วยเหลือ เราก็ไปช่วยในด้านความคิด วิชาการ การสนับสนุน เรื่องประสานงานให้เกิดความคล่องตัวอันนี้ก็คืออยากให้เกิดในเชิงนี้ะครับในการทำงานอยู่ในชุมชนก็เหมือนกันนะครับมันมีโครงสร้างในชุมชนในสังคมเยอะเยะ มีกลุ่มมีกรรมการมี อบต. มีอะไรต่าง ๆ นะครับ มีสมาคมมีโรงเรียน ฉะนั้นแหล่งเงินทุน แหล่งทรัพยากร แหล่งทีมเนี่ยอยู่ตรงนั้น ถ้าเราผนวกเข้าไปในกิจกรรมงานหลักเขาได้ อยู่ในแผนงานของเขานะครับ นั่นแหละคือความยังยืน อย่าไปหอบเอาไว้นะครับ บางคนพยายามสร้างอาณาจักร พยายามให้มีคนเยอะ มีงานเยอะ ๆ มีเงินเข้ามาเยอะ ผมกลับมองว่เป็นความตอยปัญญา นะครับถ้าเรามีปัญญาก็ต้องทำให้น้อยคิดให้มาก ส่งเสริมให้คนอื่นเขาทำแทนเรา

ถาม ในแง่ของแนวความคิดในการสร้างเสริมสุขภาพเนี่ยอยากทราบว่ในทีมเนี่ยมีวิธีการอย่างไร ในทีมถึงมีความเข้าใจ อย่างของสามท่านเนี่ย จะเดินเส้นของการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งในวิชาที่เราเรียนกันอยู่ก็ทำงานกัน อะไรต่าง ๆ ตรงเนี่ยไม่แน่ใจว่ามันมากไหม มากไหมคะการมีส่วนร่วมในชุมชนเนี่ยได้เรียนรู้ในห้องเรียนไหมคะ คงมีน้อยใช้ไหมคะ และที่ในทีมต้องมาทำเนี่ยถามว่าต้องมีกระบวนการเรียนรู้อะไรบ้างในทีมที่มาทำนะคะ

ตอบ (คุณบุญตุ้ม) ที่ผู้ดำเนินรายการถามว่า การเรียนรู้เรื่องชุมชนในห้องเรียนสอนไหมขอตอบว่าไม่มีคะ ถามว่าทำไมเราต้องทำตั้งแต่ทำงานมาประมาณ 30 ปี ถ้าหากว่าเราทำในเรื่องของการรักษาที่ปลายเหตุเราก็ต้องทำต่อไปหยุดไม่ได้ แต่ที่นี้ในภาวะความเจ็บป่วย ปัจจุบันป่วยมากขึ้นเพราะว่าปัจจัยรอบด้านมันมากขึ้นเพราะฉะนั้นตรงจุดนี้เรา

ต้องมาหักการทำงานเคยมีคนเขาบอกว่าถ้าเราไม่เปลี่ยนแปลงตัวเองในการทำงานแล้ว ระบบมันเปลี่ยน อีกหน่อยเราต้องถูกบังคับให้เปลี่ยนแต่ถ้าหากเราจะเปลี่ยนตัวเราเองก่อนที่จะถูกบังคับก็ถือเป็นผู้กล้า แต่ถ้าหากว่าเราถูกระบบบังคับให้เราเปลี่ยน เราถึงต้องยอมจำนน เพราะฉะนั้นเราก็คิดว่าเราจะเปลี่ยนอย่างไร ก็อย่างที่พูดไปตรงช่วงก่อนหน้านี้ที่บอกว่าถ้าหากเราไม่ศึกษาเราคิดว่าเราจะทำงานตามระบบราชการแปดโมงครึ่งมาทำงานและสี่โมงครึ่งกลับบ้าน พอถามว่าอีกร้อยปีมันก็ยังเหมือนเดิมเพราะว่าเขาไม่อยู่ให้เราบริการ เขาไม่อยู่ให้เราทำ แต่ที่นี้เรื่องของ การสร้างสุขภาพ หากเราไม่ทำให้เขาคิดว่าเขาถึงเวลาต้องดูแลตนเองในกระแสดังกล่าว และสังคมปัจจุบัน และใครจะสร้างให้เขา แต่ถ้าหากว่าคนทุกคนทั้งหมดเห็นว่าการสร้างสุขภาพเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวยังมองไม่เห็น แต่เราต้องหาตัวอย่างในการสร้างสุขภาพให้เขาดู ซึ่งในหมู่บ้านอาจจะมีบุคคลตัวอย่างด้านสุขภาพ ซึ่งเราจะต้องค้นหาว่าบุคคลคนนั้นเขามีสุขภาพดีตามสถิติแล้วเขาไม่เคยเจ็บป่วย ในเรื่องของโรคต่าง ๆ หรือคนที่ป่วยแล้วสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติตรงจุดนี้เราอยากจะเป็นเหมือนเขาหรือไม่ถ้าหากเขาอยากจะเป็นเหมือนคนไม่เคยป่วย หรือว่าป่วยแล้วดูแลตัวเองได้สามารถอยู่ในสังคมปกติตรงจุดนั้น เราก็ถามความสมัครใจเขาว่าเขาอยากจะทำจุดนั้นหรือไม่ ถ้าเขาอยากทำเราก็ต้องหากระบวนการและวิธีทำให้เขาทำ แต่บางครั้งการสร้างสุขภาพ คนอื่นจะคิดว่าหมอยากได้หน้าทำให้หมอบางคนคิดแบบนั้น เราก็ถามว่าถ้าเขาใส่หมวกหรือเขากางร่มและใครจะไม่ร้อนฝนจะไม่ตกใส่หัวใคร ถ้าฝนตกและเขากางร่ม แต่หมอยืนข้างนอกร่มหมอยะค่อมฝนให้ได้ไหม เพราะฉะนั้นร่มใครก็ร่มเสื้อใครก็คนนั้นใส่ เพราะฉะนั้นตรงจุดนี้เขาจะต้องทำเองเรื่องของสุขภาพเป็นเรื่องของบุคคลเพราะฉะนั้นต้องปลูกจิตสำนึกให้เขารู้ว่าสุขภาพของเขาเป็นเรื่องของเขาแต่ถ้าหากว่าเขาไม่รู้ว่าจะไปไหนทางทิศไหนที่จะสร้างสุขภาพ นั้นเป็นหน้าที่ของเราที่จะเป็นคนนำเขาไปสู่เรื่องของสุขภาพตรงจุดนี้ ฉะนั้นในเรื่องของสุขภาพบางครั้งก็ดูเหมือนจะง่าย บางครั้งก็ดูเหมือนจะยาก แต่ยากที่จะทำให้เขามองเห็นว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของบุคคลเรื่องของตัวเอง คือเรื่องของสุขภาพไม่ใช่ว่าไม่ป่วย แต่จะต้องเป็นเรื่องของทั้งหมดซึ่งทุกคนจะต้องร่วมกันในสังคม เพราะว่าอาจจะมีตัวอย่างบุคคลหนึ่งคนในเรื่องของสุขภาพดี แต่ต้องศึกษาถึงวิถีของเขาว่าคนหนึ่งคนที่มีสุขภาพดีเขาอยู่ได้อย่างไร เขาทำอะไร และจะดีต่อสังคมอย่างไร ตรงจุดนี้ บางครั้งโมเดลในการสร้างสุขภาพเราต้องหาตัวอย่างที่เขารู้จัก และถ้าผลของการไม่สร้างสุขภาพเป็นอย่างไรเราเคยพาเขาไปดูตึกผู้ป่วยหนัก ถ้าใครไม่ป่วยเป็นอย่างผู้ป่วยหนัก ก็ต้องช่วยกันสร้างตรงจุดนี้ต้องให้เขาเห็นบางครั้งสุขภาพดีขึ้นยังใช้ได้ ที่ว่าต้องเห็นโลงศพจึงจะหลังก้นดา ตรงจุดนี้ก็จะเห็นว่าบางครั้งต้องปลอบบางครั้งต้องชู และพาให้เขาเห็นเหตุผลเชิงประจักษ์ค่ะ

ถาม ทำอย่างไรถึงให้ตัวทีมเองเห็นความสำคัญของการเสริมสร้างพลังงานสุขภาพให้แก่ชุมชน(ถามหมอไพฑูรย์)

ตอบ (ทพ.ไพฑูรย์) จริง ๆ แล้วมันจำเป็นต้องหาแนวร่วมค่อนข้างจะเยอะ จริง ๆ แล้วเราหาแนวร่วมเพื่อให้สภาวะโรคลดน้อยลงจริง ๆ แล้วมันมีความรู้สึกอีกประการหนึ่งคือว่าอยากประสบความสำเร็จอะไรบางอย่าง พูดแบบพื้นๆ เลยพูดอย่างเห็นแก่ตัวนิดหนึ่ง ป่วยน้อย ๆ หน่อยได้ไม่ทำพังไม่ยากทำแล้ว คือถ้าเขาสุขภาพดีเราก็จะสบายขึ้น นี่คิดแบบเห็นแก่ตัว อย่างที่สองถ้าหากเรารวมมวลชนได้แล้ว ทุกคนเห็นความสำคัญเนี่ยมันจะเกิดความรู้สึกยิ่งใหญ่ จริง ๆ ชาวบ้านจะเป็นอะไรไม่รู้ แต่รู้สึกว่าตัวเองยิ่งใหญ่ทำนองนั้นแหละคิดแบบเห็นแก่ตัวไว้ก่อน ก็อย่างที่สามเนี่ยแต่ก่อนเคยไปทำงานแล้วมันจะเกิดคำถามว่าทำไมไม่ไปทำงานแล้วคนไม่เห็นความสำคัญ ตอนหลัง ๆ ถ้าจะคิดว่าถ้าจะให้งานเราบรรลุต้องคิดว่าจะพัฒนาศักยภาพของเราไปอย่างไรสร้างแรงจูงใจให้คนอื่นเห็นความสำคัญที่สุดในสิ่งนี้ก็ต่างกันแล้ว และเวลาเราทำอะไรและคนให้ความสนใจ อย่างเนี่ยพูดเรื่องสมองเนี่ยคนทำหน้าแบบโอ้โฮ ออกมาเลย แต่รู้สึกว่าตรงเนี่ยมันทำให้เราพอ พอสมควร ผมคิดว่าการสร้างสุขภาพในส่วนตัวของหมอเองเนี่ย มันเป็นกระตุ้นท้าทายว่าเราสามารถจะทำตรงนี้ได้หรือไม่ อย่างที่สองถ้าทำได้ชาวบ้านเขาได้ประโยชน์ มันเป็นการเรียนรู้ สิ่งเหล่านี้มันเป็นในแง่ของความเห็นแก่ตัวมันก็ใช่เนาะครับ ชาวบ้านก็ได้เราก็ได้ โอ้ที่สำคัญเนี่ยกระบวนการเรียนรู้มันไม่จบสิ้น ทำตรงนี้เสร็จปั๊บมีปัญหาดังนั้นต่อ ใครที่ขวางทางเรามาก ๆ เนี่ยดึงมาเป็นเพื่อนได้ (เทพหมด) เมื่อไหร่ที่เราทำให้มันบรรลุเนี่ยมันจะเป็นความท้าทาย เรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพเนี่ยมันท้าทายและคนบางครั้งก็ได้เห็นความสำคัญทั้งหมดความรู้สึกอันหนึ่งถ้าเราทำได้เราก็มีความสุขกับตรงนั้น

ตอบ (คุณทศพล) ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพเนี่ย คือทีมงานก็ต้องชัดเจนนะครับว่าเราจะมุ่งไปทางไหน คือไม่ว่าเป็นเราจะอยู่กันสองสามคน ที่PCU หรือโรงพยาบาลที่อยู่กันร้อยกว่าคน ก็ต้องสร้างแนวคิดที่ว่าเออเราจะมุ่งไป

ทางด้านสร้างเสริมสุขภาพพอเรามุ่งไปแล้วเราก็หาวิธีร่วมกันการสร้างแนวคิดทั้งใหญ่ทั้งเล็กมันจะสอดคล้องกันนะครับ หรือว่าทางที่ระบบบริหารขององค์กรเอ้อหรือก็ได้ เราสร้างทีมเล็ก ๆ มันก็ยังเป็นทีมเล็ก ๆ อยู่ นั่นและครับมันไม่สามารถที่จะเสริมแรงให้เป็นทีมใหญ่ได้ เราก็จะเป็นประเภทฝ่ายค้าน นะครับหัวรุนแรงในองค์กรนะครับ จริง ๆ แล้วหน่วยงานต้องชัดเจนว่าจะมีการสร้างเสริมสุขภาพอย่างไร แต่ในระดับทีมย่อยผมให้ความสำคัญว่าเราต้องสร้างการเรียนรู้ เราต้องมองในด้านบวกทุกคนมันมีความคิดต่างกัน เราขยายความคิดไป เอ้อสร้างกับผู้รู้ นะ อย่างเช่นบ้างท่านอาจจะมึนระบบของเขา อย่างเช่นทางที่ทางพยาบาลจะต้องมีการรักษาและการะงานค่อนข้างมากบางครั้งที่เขาอาจจะไม่สามารถมาร่วมกับเราได้คือเหมือนว่าเราต้องมองคนว่า เหมือนการวิเคราะห์ชุมชนแหละครับ ถ้าเราไปวิเคราะห์เขา แต่เราไม่เคยวิเคราะห์เรา เราไม่เคยดูว่าทีมเราเป็นอย่างไรเลย เราก็ไม่สามารถสร้างได้ เราเอาคนที่ในศักยภาพของเขาที่มีมาร่วมกัน ในการสร้างทีมก็คงจะเป็นการค่อย ๆ เรียนรู้กันไป ไม่มีใครเก่งทางการสร้างเสริมสุขภาพ สุดท้ายคือมันต้องเริ่มที่ตัวเราอยู่แล้วนะครับก็ถือว่า ถ้ารู้ว่าตัวเองมีปัญหาที่ต้องมีกระบวนการสร้างนะ สรุปแล้วก็คือการสร้างทีมก็คือว่าขึ้นอยู่กับตัวเราเป็นเริ่มต้น เราก็พยายามชักชวนคนในองค์กรมาเป็นทีม ซึ่งจะรู้อยู่แล้วว่าเก่งด้านไหน และก็คุยกันบ่อย ๆ นะครับ พาไปแลกเปลี่ยนในกลุ่มตัวเอง พาไปแลกเปลี่ยนนอกกลุ่ม ความรู้ก็จะได้เพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นนะครับการทำงานก็จะมีหลากหลาย เราก็จะได้ทีมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ขยายความคิดไปเรื่อย ๆ นะครับ ขยายความคิดที่ทำงาน ไม่ว่าโรงพยาบาลก็สามารถสร้างเสริมสุขภาพได้นะครับ สร้างได้ทุกที่ไม่จำเป็นต้องที่ชุมชน เพียงแต่ว่าองค์กรต้องชัดเจนเราสามารถขยายความคิดไป

ถาม มองว่าตัว PCU เองเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพเนี่ยความหมายมันคืออะไรและเอาไปใช้ได้อย่างไรบ้าง และก็อยากจะฝากอะไรไว้กับผู้เข้าร่วมทุกท่านนะค่ะ

ตอบ (นพ.มนิต) ผมคิดว่าPCU เนี่ยก็มีศักยภาพทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพได้เพียงแต่ว่าเราจะต้องทำให้ถูกใช้กลยุทธ์ที่มันเหมาะสมอย่างลึ้มว่า PCU มันเป็นทีมเล็ก ๆ อย่างที่ผมเรียนให้ทราบถ้าเราทำเองหมดมันคงไม่สำเร็จเพราะเรามีคนแค่สองสามคน แต่งานสร้างเสริมสุขภาพเนี่ยมันเป็นงานที่รอบด้านมีปัจจัย มีองค์ประกอบทุกด้านเลยก็ว่าได้ นี่ผมยังไม่พูดถึงเรื่องการทำงานเรื่องอะไรนะครับ การทำงานคือปัจจัยหนึ่งของเรื่องสุขภาพเหมือนกัน ถ้าคุณทำงานได้ดีทำงานได้เก่งหากินได้ดีมีเงินใช้ สุขภาพมันก็จะยอมตามทั้งกายและใจนะครับ อันนั้นก็คือสิ่งที่เกี่ยวข้อง เพราะฉะนั้น PCU เนี่ยคงจะต้องคิดให้หนักว่าอย่างที่เราคิดของผมนะว่างานนี้เนี่ยใครเขาทำได้เราจะไปส่งเสริมให้เขาทำได้อย่างไรพยายามคิดออกไปทำนองนั้นมันก็จะง่าย ฉะนั้นวิธีที่จะนำเสนอให้คนอื่นเข้ามาร่วมทำงานหรือว่าขยายโอเดียเขาเนี่ย เลิกใช้คำว่าสุขภาพ ถ้าเรายังใช้โอเดียคำว่าสุขภาพ ว่าช่วยกันสร้างสุขภาพกันนะ คนอื่นเขาก็จะสมองตันนะคือไม่คิดและเอา ๆ หมอคุณช่วยคิดมาแล้วกันว่าจะให้เขากันอย่าไรมันก็จะกลายเป็นอย่างนั้นนะครับ เพราะฉะนั้นเลิกใช้ซะ ผมไม่ค่อยอยากใช้คำว่าสุขภาพผมชักชวนให้ สสส อะไรเนี่ยเลิกใช้กันมานานนะครับ ช่วยคิดร่างวางร่างวัลเนี่ย สสส ไม่มีคำว่าสุขภาพเลยตอนหลังนะครับ คนสร้างสุขเท่านั้นเอง อย่างตอนหลัง ๆ เนี่ยคนสร้างสุขเท่านั้นเอง ผมก็เป็นคนช่วยคิดให้เขา ว่าแต่คุณเลิกใช้ซะที่คำว่าสุขภาพเนี่ยผมใช้อย่างไรดี อ้อ เสนอแล้วก็ต้องมีทั้งแก่นะ ไม่ใช่ฝ่ายค้านค้านลูกเดียว อ้อไม่มีทางออก ใช้คำอย่างนี้ครับ เรามาช่วยกันทำให้คนของเราเนี่ยสุขกายสบายใจได้ไหม เราจะทำอย่างไรให้ชาวบ้านของเราสุขกายสบายใจ เขาบอกเอ้อคิดกันออกแล้วนะสุขกายสบายใจทำอย่างไร ไม่พอครับถ้าสุขกายสบายใจมันนอนเล่นเฉย ๆ มันก็สุขกายสบายใจนะครับ ให้มันไม่มีชีวิตชีวาด้วย คือรู้จักเขาสังคมอยู่กับคนอื่นไม่ใช่ว่านั่งสมาธิเดินจงกรมทั้งวันนะครับนี่ก็สุขกายสบายใจเหมือนกันแต่ไม่สังคมกับใครเลย ห้ามพูดห้ามคุย สามวันเจ็ดคืนเลยนะครับผมเคยไปเขามาแล้วนะครับห้ามพูดห้ามคุยเนี่ยอึดอัดเหมือนกันนะครับไม่ได้สังคมเคยนะครับ ผมว่ามันสุขกายสบายใจแต่ไม่มีชีวิตชีวา เพราะฉะนั้นจะทำอย่างไรให้คนในสังคมสุขกายสบายใจ มีชีวิตชีวาพบปะผู้คนได้ยังไม่พอครับ สุดท้ายกำกับครับ ก็คือว่ามีคุณค่า ถ้าคนในสังคมมีความสุขกายสบายใจ มีชีวิตชีวา และก็มีความสุขต่อสังคมเนี่ย เรามาช่วยกันคิดชีวาจะทำอย่างไร ผมว่าชาวบ้านเขาคิดออกชุมชนคิดออกและมันก็จะไหลลื่นของมันไปเองเพราะฉะนั้นเลิกซะที่คำว่าสุขภาพนะครับ

ตอบ (คุณบุญตุ้ม) แต่ดิฉันเชื่อว่า PCU หรือเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยที่นั่นอยู่ในที่ที่มีศักยภาพมีพลังในตัวเอง เพียงว่าเราจะปรับเปลี่ยนมุมมองเท่านั้นเองว่าเราจะทำอย่างไร เพราะว่าพวกเราถูกสอนให้รักษาที่ปลายเหตุแต่ไม่ได้สาวถึงว่าต้นเหตุมันคืออะไร เพราะฉะนั้นตรงจุดนี้ถ้าหากว่าพวกเราใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของเราเองและปรับเปลี่ยน

วิถีคิดจากการที่ดูปลายเหตุมาดูที่ต้นเหตุ และที่นี้เรามาดูเรื่องของสุขภาพ เราไม่ได้บอกว่าเรื่องของการสร้างสุขภาพ แต่เราอยากจะทำให้ทุกคนอยู่อย่างมีความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจและสามารถร่วมสังคมได้อย่างปกติ ตรงนั้นคือจุดยอดที่เราปรารถนาที่จะให้เขาเป็น ดังนั้นเราต้องหาว่าจุดของความมีชีวิตชีวาของชุมชนหรือของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ดังนั้นตรงจุดนี้เพราะว่าในส่วนของทีมงานเราเองก็ต้องสร้างสุขภาพในทีมงานด้วยเพราะฉะนั้นถ้าดูที่ทีมงานของเราสีหน้าจะเปลี่ยนไปต้องพยายามทำให้เขาหน้ากลับมาเหมือนเดิม ก็ต้องหาเหตุว่าทีมงานวันนี้เกิดจะมีอะไรเปลี่ยนไปหรือไม่ และตรงนี้เราเชื่อว่าทุกท่านมีความสามารถมีศักยภาพดำเนินการได้ถ้าเราอยากจะทำแต่ถ้าหากว่าเราทราบแล้วเราเราก็คิดแล้วศักยภาพมีแต่เราไม่ได้ปรับเปลี่ยนวิถีคิดหรือการทำงานซึ่งการทำงานในทุกวันนี้ต้องพูดว่าจากประสบการณ์ที่ผ่านมาเรารู้ว่าจากใจสู้ใจ และมันจะได้ใจค่ะ

ตอบ (คุณทศพล) ประเด็นสร้างสุขภาพนะครับจริง ๆ แล้วความคิดผมในเวลาทำงาน หนึ่งก็คือทำให้เราพยายามมองในแง่บวกบางคนโดยเฉพาะกระแสดอนนี้ถ้าเรามองในแง่ลบ ทำให้ที่สถานีนามัยทำไมเดี๋ยวก็มีตัวชี้วัด ส่งรายงานเดี๋ยวก็นับประมาณก็น้อยคนก็น้อยแล้วจะเอาอะไรอีกนี่คือจะมองในแง่ลบ แต่ถ้ามองในแง่บวกละเอ็งงานมันก็เยอะดีนะ ยังไงเขาก็ไม่ไล่เราออกเพราะว่างานมันเยอะ ถ้าเรามองในแง่บวกไปเรื่อย ๆ นะครับก็จะทำให้เรามีความสุขพอดีทำงานอยู่ที่โรงพยาบาล แต่ถ้าเป็นการทำงานของระดับ PCU หรือว่าสถานีนามัย คือทำงานเหมือนกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในชุมชนคือนอกจากสาธารณสุข มหาไทย์ให้ได้อีกนะครับ เวลาชุมชนเข้มแข็งก็เอาคูณหมอบไปด้วยนะครับ เกษตรให้ได้อีกนะครับต้องคือเกือบทุกระทรวงนะครับ อย่างเช่นกำลังใจการทำงานก็ต้องให้กำลังใจซึ่งกันและกันนะครับ เราจะทำงานอย่างมีความสุขนะครับ เห็นไหมว่าถ้าเรามองในแง่บวกแล้วอย่างน้อยเราก็คงไม่เครียดใช่ไหมครับ อย่างน้อยก็เป็นการสร้างสุขภาพในตัวเราแล้ว สร้างสุขภาพที่ดีที่สุดมองในแง่บวก พอเราบวกแล้วมันก็จะบวก ๆ บวกก็จะเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้น เราก็ไปบวกกับชาวบ้านไปสร้างกับชาวบ้านมองชาวบ้านในแง่บวกและก็ทำงานในด้านการเสริมสร้างสุขภาพต่อไป

ตอบ (ทพ.ไพฑูรย์) ก็ด้านสุขภาพหลัง ๆ นี้ผมก็พูดน้อยลงนะครับ เราจะพูดถึงเรื่องของคุณภาพของคนในอนาคตเรามีการทำหายกันในประเทศเหมือนกันว่าถ้าอีกหน่อยเนี่ยประชาคมของเรา คนมีคุณภาพเยอะเราไม่ต้องไปแก้ปัญหาเรื่องยาเสพติดเรื่องเอดส์แล้วเราคงจะมีเงินเหลือเยอะในการพัฒนาตำบลของเรา พื้นที่ของเราในอนาคต อีกหน่อยไม่แน่ว่าเงินมาจะเป็น CNO เรื่องการกระจายอำนาจเนี่ยเงินมันจะมาเป็นแพคเกจ ก่อนเดี๋ยวเสร็จปั๊บเนี่ยมันต้องพัฒนาในทุกเรื่องพร้อมกัน ถ้าเราจะมีเงินเหลือไว้ใช้เนี่ยเราต้องมาดูแล้วว่าใครจะเหนือกว่าใครในเรื่องคุณภาพของคนตรงนี้ ก็หลาย ๆ แหล่งก็เห็นด้วยแล้วนะครับว่าถ้าเราจะพัฒนาตรงนี้ไปได้ก็ขอให้มองภาพรวมของทั้งทั้งหมดที่เกี่ยวข้องของครับ แค่นี้ครับ

สาระการประชุมห้องย่อยที่ 3
จะสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองอย่างไร

ผู้ร่วมอภิปราย

พระสุบิน ปณีโต
เครือข่ายสัจจะออมทรัพย์ จังหวัดตราด
คุณยงยุทธ ตรีษฐกร
เครือข่ายอินแปง จังหวัดสกลนคร
คุณสมฤทธิ์ ต่อสติ
ศูนย์แพทย์ชุมชนป้อมเพชร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
คุณธีระพล เลิศสงคราม
PCU ปางคำ จังหวัดเชียงราย
นายแพทย์ภักดี สืบบุญการณ
โรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย
ผู้ดำเนินการอภิปราย
นายแพทย์เอกชัย ปัญญาวัฒนกุล

คุณยงยุทธ ตรีษฐกร

เครือข่ายอินแปง บ้านบัว ต.กุดบาก อ.กุดบาก จ. สกลนคร

ที่อินแปงนี้เป็นสังคมที่เอื้ออาทร เวลาที่มีบุญคุณ บุญผ้า ก็ยกขบวนไปกันเขาจะพากันไปแล้วก็มีกองทุน สำหรับผู้นำตายก็มีกองทุนให้ถ้าลูกยังเรียนอยู่ก็จะส่งให้เรียนจนจบ ม.6 จนถึงปริญญาตรี คนที่เข้ามาในกลุ่มจะรู้สึกมั่นคงเป็นเงื่อนไขทางสังคม อีกข้อหนึ่งคือ เวลาประชุมกันเราไม่ได้เป็นคนกำหนด ชาวบ้านเขาเป็นคนกำหนดเอง เวลาไปพบคนสำคัญอย่าง ส.ส. หรือใครก็ตาม ชาวบ้านจะเป็นคนแสดงบทบาทเอง ทางกลุ่มจะอยู่เบื้องหลังซึ่งเมื่อบทบาทเป็นของเขา ชาวบ้านก็จะสามารถนำประสบการณ์ที่ได้รับกลับมาปรับใช้กับวิถีชีวิตประจำวันได้และทุกอย่างที่ชาวบ้านทำสามารถแก้ปัญหาได้ เช่น ยกปามาไว้ที่สวน กินทุกอย่างที่ปลูก ปลูกทุกอย่างที่กิน

นพ.เอกชัยใช้เวลานานไหม กว่าที่ชาวบ้านจะเรียนรู้ คิด วิเคราะห์ ชีวิตตัวเองได้ แล้วก็มาทำกิจกรรมที่เอื้อกับตัวเองได้

คุณยงยุทธ

ใช้ความถี่หลายครั้ง อย่างน้อยเดือนละครั้ง โดยเฉพาะผู้นำย่อยตามบ้าน เล็กสุดจะเป็นจุ่ม หรือคุ่ม คุ่มคือหน่วยเล็กที่สุดมีการรวมตัว ประมาณ 4-5-6 ครอบครัว และคุ่มจะเป็นตัวแทนของการจัดกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพสูงสุด เพราะเราต้องการจะจำลองรูปแบบการลงแขกหรือ ลาวาน แล้วก็เอาตรงนั้นมาเป็นหน่วยของสังคมเวลาเมื่อไรก็จะมาจากรฐานคุ่มก่อนซึ่งก็จะเจอกันบ่อยแล้วก็มีหมู่บ้านตำบล แล้วก็กระโดดไปเป็นเครือข่ายเลยและจะมีคนข้างนอกเข้าไปพบปะเป็นประจำในทุกระดับ ซึ่งตรงนี้สำคัญมากเพราะแลกเปลี่ยนมากชาวบ้านก็จะสังเคราะห์และเติบโตทางความคิด เราเริ่มจากไม่กี่คนและเห็นว่านี่สินะเยอะจึงปลูกพืชที่กินได้และเป็นพืชลองเทิร์ม ก็เลยคิดถึงเรื่องหว่ายแล้วก็ไปดูงานหว่ายและลองเพาะหว่าย ซึ่งก็ไม่สำเร็จกว่าจะเกิดก็อีกปีจึงเข้าไปในป่าเพื่อสังเกตการณ์เกิดของหว่าย ซึ่งช่วงแรกจะไม่มีมีเงื่อนไขการให้ทุนแต่จะคิดว่าจะทำอย่างไรให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ก็ให้ไปเข้าป่าเพื่อสังเกตจึงรู้ว่า ป่าต้องถูกเผาก่อนถูกความร้อนอบจึงเกิดเป็นต้น แล้วจึงเอามาใส่ถุงซึ่งช่วงหลังก็ใช้วิธีเพาะในถุงพลาสติกเลย แล้วก็อบหรือเพาะกลางแดด จนสามารถเพาะได้ใน 7 วัน จากเดิม 1 ปี พอชาวบ้านมั่นใจว่ากระบวนการเรียนรู้แบบนี้มันได้ผล ก็จะจับหลักการเรียนรู้ สืบเสาะหาความรู้แล้วก็มาแลกเปลี่ยนกัน เกิดการสร้างมิติการเรียนรู้ โดยที่เงินไม่ได้เป็นตัวหลักแล้วก็ทำซ้ำ ๆ ซึ่งก็คือการวิจัยแบบพื้นบ้าน แต่ปัญหาคือ พอมีคนมาดูงานเยอะแล้วก็ดึงดูดผู้นำไป ก็ชักจะหลงสังคมเมือง เริ่มหลุดจากพื้นที่ มา

เป็นวิทยากรที่ชอบมาก สนุก ได้คำวิทยากร ได้กินดีแบบคนเมืองด้วย กลับไปเริ่มคุยกับชาวบ้านไม่รู้เรื่อง แต่มีชื่อเสียงระดับประเทศก็ผู้นำบางส่วนก็หลุดออกไปเขาไม่เอา

นพ.เอกชัย ก็แสดงว่าชาวบ้านเค้าดันออกไป...

คุณยงยุทธ

ออกไปเองเขา เก๊ทเอาท์ออกไปเอง โดยธรรมชาติเพราะว่าหลักของอินแปงคือจะทำไงให้คนรักกันให้เป็นพี่น้องกัน ทุกกิจกรรมจะมุ่งไปตรงนั้น จะมุ่งไปสู่ความเกื้อการุณ เพราะฉะนั้นทุกปีจะมีจัดบุญอินแปงเหมือนบุญกฐิน บุญผ้าป่า สมาชิกก็เอาข้าวปลาอาหารมากินกันปรกติเหมือนชาวบ้านทั่วไป เขามีโรงเล่าของเขาเอง

นพ.เอกชัย แล้วเมามากกว่าซื้อเหล้ากิน...

คุณยงยุทธ

ไม่เมาเพราะเหล้าพวกนี้กินแล้วหลับเร็ว มันเป็นยาระบายด้วยแล้วเครื่องที่ผลิตเป็นของ สวทช. ซึ่งสะอาดใช้ได้ แล้วเราก็จำหน่ายในพื้นที่ ก็กินกันแล้วไม่อาละวาด เมาผลไม้ไม่มีปัญหา

นพ.เอกชัย เหมือนกับว่าชุมชนเขาอยู่ด้วยกันด้วยความรัก นี่เป็นหัวใจใช่เปล่า

คุณยงยุทธ

เครือข่ายในชุมชนมันก็ยังแยกแยะกันเหมือนเดิมนั้นแหละ มีแค่ 10 % คือตอนนี้อินแปงสูงสุด เนี่ย ถ้าจะทำด้วยประสิทธิภาพของเค้าก็ประมาณ 20 % อย่างมาก ในหมู่บ้านหนึ่งของประชากรของครอบครัว ความสามารถเราแค่นั้น ยกเว้นเราสามารถยึด อบต. ได้ แล้วเอางบทั้งหมดมาพัฒนาตามแนวทางของอินแปง เขาพยายามทำอยู่แต่สู้อำนาจการเมืองท้องถิ่นไม่ได้ พวกนี้ด้านอินแปงเยอะ เพราะเข้าไปปั๊บไม่มีทางได้ % กินแน่นอน ไม่มีทางเลย

นพ.เอกชัย มีอันหนึ่งที่ผมอ่านเจอของอินแปง คนอินแปงคิดถึงเรื่องสุขภาพ ความหมายของสุขภาพในความหมายของอินแปง แล้วจัดการอย่างไร

คุณยงยุทธ

เรามองสุขภาพแบบเมื่อก็คือเรามองเรื่องภูมิคุ้มกัน เรื่องสุขภาพของเค้าที่เค้าทำอยู่คือเรื่องฐานของระบบการป้องกันซึ่งจะมีคลังอยู่ 10 คลัง นี่สำคัญมากก็คือคลังข้าวปลอดภัย คลังโอสถสาร คลังอาหารประจำวัน นั่นคือต้นทุนทรัพยากรซึ่งต้นทุนขนาดนี้เรามีการคำนวณว่าถ้าใน 1 ชุมชนมี 1000 คน อย่างน้อยจะต้องมีต้นทุนทรัพยากรที่ % ก็ขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นที่อีก บอกเป็นสูตรตายตัวไม่ได้ แต่คำนึงเรื่องกินเป็นหลักก่อนเค้าต้องกินข้าวต่อวันเท่าไร ต่อครอบครัวในวัยต่างๆ ก็เอาตัวนั้นเป็นตัวแปรในการคิด ต้องมีต้นทุนธรรมชาติเท่าไร ต้องมีที่นาผลิตข้าวเท่าไรต่อปีจึงจะพอกิน ที่นี้ข้าวมันไหลออกไปข้างนอก ทำอย่างไรจะให้มันไหลอยู่ในชุมชนจะไหลให้พวกเดียวกันที่มีข้าวเพียงพอแล้วเอาข้าวจากที่ลุ่มไปให้ที่สูงกินยังงี้ ก็เป็นวิสาหกิจจะนั่นสำคัญตรงนี้ตรงระบบป้องกัน ถ้าเรามีอาหารที่มีคุณภาพอย่างนี้ผมว่าตรงนี้เป็นภูมิคุ้มกันที่สำคัญมากที่จะทำให้เราไม่เป็นโรคเป็นภัย แล้วตรงนี้นั้นจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคน ต้องอาศัยความเป็นพี่เป็นน้องและตัวความสัมพันธ์นี้เป็นตัวที่เลื่อนไหลเศรษฐกิจไปหากัน ตอนนี้นั้นความสัมพันธ์มันถูกตัดโดยระบบทุนนิยม ฉะนั้นตรงนี้ขึ้นอยู่กับพ่อค้าหมด แล้วมันควบคุมไม่ได้ ฉะนั้นจะ รีโปรดิวิชั่นใหม่คือต้องสร้างฐานตรงนี้ให้มั่นคงแล้วมีการจัดการมีคนมีความรู้ใหม่เข้าไปจัดการชาวบ้านเขายังมีขอบเขตจำกัดของตัวเองอยู่ในระดับหนึ่ง ถ้าเกินขอบเขตต้องอาศัยนักวิชาการเข้าไปช่วยแต่ต้องมีความเชื่อเดียวกันนะว่าจะทำเพื่อสร้างสังคมแบบนี้

นพ.เอกชัย คือถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่สกล อุตร จะเข้าไปสนับสนุนกลุ่มอินแปงเขาจะทำไมยัง

คุณยงยุทธ

ตอนนี้มันไม่มี โรงพยาบาลยังไม่รู้จักอินแปงเลย ถ้ามีก็ในแง่ที่ศูนย์อินแปงนี้เราจะมีศูนย์ใหญ่ มีสถานีวิทย์ โรงพยาบาลก็มาอาศัยออกอากาศทุกวันเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพแค่นั้นเอง

นพ.เอกชัย ที่เป็นไปไม่ได้นี่เพราะอะไรครับ

คุณยงยุทธ

คนมันไม่เห็นด้วยกับแนวทางนี้ กลายเป็นว่าคนที่เห็นด้วยมากๆ คือ พ่อใหญ่จิว เป็นสมาชิกคนหนึ่งของอินแปง เป็นเจ้าของโรงงานหมักเม้า พ่อใหญ่จิวคือ พล.อ. ชวลิต ท่านจะไปเยี่ยมทุกปี ปีละ 2 คน ไปนั่งกินข้าวธรรมดาแหละ ท่านไม่เคยให้อะไรอินแปง แต่คือชอบนิสัย มันหึง มัน ยโส มันพึ่งตนเอง แกก็ชอบไปกินมาแล้วก็กลับไปเยี่ยม แต่ว่าโดยความคิดอย่างนี้เราก็พยายามผลักดันระดับนโยบายนะครับ ต่อสายตรงกับข้างบนก็อาศัยพ่อใหญ่จิว ซึ่งตอนหลังจังหวัดก็ยอมรับมากขึ้น

พระสุบิน ปณฺโ

กลุ่มสัจจะอมรินทร์ จ. ตราด

กิจกรรมที่ทำอยู่ก็เนื่องจากวัฒนธรรมของตะวันออกกับภาคใต้อีสาน เหนือ จะต่างกัน แต่เราก็ไปทุกภาค จากการเดินธุดงค์ การจาริก เพื่อศึกษาตนเองและก็ศึกษาวัฒนธรรม วิธีชีวิตของคนในชุมชน เราก็ได้ใช้วิธีแบบนักบวชก็คือ เดินธุดงค์ ขวบนกฏ อยู่ตามชุมชนต่างๆ แล้วก็เห็นถึงวัฒนธรรมที่ต่างกัน โดยเฉพาะวัฒนธรรมตะวันออก จะต่างจาก อีสานและภาคเหนือค่อนข้างสูงมาก ภาคใต้กับตะวันออกจะคล้ายๆ กัน บ้านใครบ้านมัน แล้วคนใต้กับคนตะวันออกจะคล้ายๆ กัน คือแข่งกระด้างไม่ยอมใครง่าย แต่คนอีสาน เหนือจะอ่อนรวมนตัวกันง่าย แล้วก็เคารพจริง แต่คนตะวันออกนี้ไม่เชื่อใครง่าย ๆ แม้แต่พระ ฉะนั้นการจัดการจะเอาเหมือนกันค่อนข้างลำบาก ตอนที่เดินธุดงค์ไปเฝ้าคนอีสานกับคนเหนือ ที่จริงถ้ามีผู้นำดีๆ โดยยังมีพระด้วยแล้ว จะพัฒนาทางจิตวิญญาณและงานพัฒนาเรื่องอื่นๆ จะได้เร็วกว่าแม้เศรษฐกิจไม่ดี แต่ศรัทธาดี มันคง เพราะการพัฒนานี้ไม่ขึ้นกับเงิน ที่จะไปได้เร็วขึ้นอยู่กับปัจจัยทางศรัทธาทางความเชื่อ ฉะนั้นถ้าเรามี ศรัทธา จะใช้ต้นทุนทางการเงินน้อยมากแต่ถ้าไม่ศรัทธาแล้วทุบเงินไปเท่าไรมันก็ไม่เกิด งานพัฒนานี้จึงต้องอาศัย พัฒนาคนโดยเริ่มจากการศรัทธา เราก็เริ่มเห็นปัญหาต่างๆ แต่จากการเดินธุดงค์อีสานนี่คนอ่อนน้อมมาก ฉะนั้นเราเห็น ปัญหาต่างๆ ก็เลยกลับมาทบทวนแล้วเกิดแนวคิด ประมาณปี 28 สมัย พล.อ. เปรม จัดโครงการแผ่นดินธรรมแผ่นดินทอง ตอนนั้นปัญหาสังคมนิยมยักตัก ก็เอาทหารไปช่วย เอาพระไปช่วยเทศน์ เทศน์ไปก็รู้สึกว่าเป็น ถ้าพระถอนตัวมัน ก็ไม่สามารถเกิดแผ่นดินธรรมแผ่นดินทองได้ เพราะเอาทหารไปรวมไปคุม เราเลิกอะไรเหล่านี้ได้เพราะเกรงทหาร ทหาร ออกก็เหมือนเดิม อยู่ชกพาก็เลยหนีลงใต้ไปเลย ก็ไปอยู่ป่าซังพักหนึ่งจนปี 30 ก็เกิดแนวคิดใหม่ซึ่งพระพุทธรเจ้าใช้คำว่า อย่ามาติดในตัวเองแต่จงติดในธรรม เราก็เลยมองว่าหลวงพ่พุทธรธาตุนี้นะ แต่หลวงพ่ไปแล้วก็ไปหมด หลวงปู่แหวนวัดก๊กร้าง นี่คือติดในตัวเอง เราเลยคิดว่ามันต้องเปลี่ยน ทำยังไงให้มาติดธรรมะ ก็เกิดแนวคิดจาก กศน. ที่ นิมนต์ไปบรรยายตอนที่อยู่ป่า จ.สตูล กศน. ก็ไปสอนคนแก่ๆ เพราะรณรงค์ให้รู้หนังสือทั่วหน้า ไปแล้วนักเรียนไม่อยู่บ้าน ไปกรีดยางบ้าง เก็บผักบ้าง พอไปบรรยายที่หมู่บ้านหนึ่งเป็นหมู่บ้านใหญ่โตแต่วัดร้าง เขาเรียกน้ำตกวังทรายทอง น้ำค่อนข้างดี บรรยายเสร็จแล้วก็นั่งคุยกับกับเขา ตอนนี้น้ำตกที่ไหลผ่านบ้านเค้าทั้งปีเลยแต่ไม่มีน้ำทำการเกษตร ก็คิดจะกู้เงินมาทำฝาย เราก็นั่งฟังพอตกกลางคืนก็เลยเรียกผู้นำมา 5 คน นั่งคุยกันก็บอก อย่างที่คุณคิดมันคิดไม่เป็นนี่ แล้วก็แก้ปัญหาไม่ได้ เพราะแค่คิดก็เป็นหนี้แล้วชาวบ้านกู้เงินมาทำฝายจะได้ชกเท่าไรกัน น้ำมันมาทั้งปีเดี๋ยวก็พัง แล้วคุณก็ยัง ไม่รู้ดีกว่าตลาดอยู่ไหน หนี้ไม่มีทางลด เราก็เลยบอกเปลี่ยนแนวคิด ทดลองแทนได้ไหม มาทดลองนาร่อง 10 บาท เต็ดตร้อนใหม่ 100 หลังคาได้ 1000 บาท ลองทำดูก่อนถ้ามันดีค่อยขยาย ก็ให้แนวคิดเค้า แล้วเราก็มาธุดงค์ต่อเรื่อยๆ ชาวบ้านก็เริ่มเปลี่ยนจากร้านเหล้าเป็นร้านกาแฟ มีหมู่บ้านหนึ่งชวนทำวันละบาทอีกที่ภาคใต้ เราอยู่ในป่าชาวบ้านก็มา จับตัวเรียกค่าไถ่กัน ก็เกิดแนวคิดว่ามันต้องทำวิธีหนึ่งคือ รวมคนในหมู่บ้านให้ได้จะเกิดพลังการต่อสู้ก็ต้องรวมคนใน หมู่บ้านให้ได้ ทำยังไง ก็กลับไปหา อ. สมบูรณ์ ที่ทำงานที่ กศน. ที่สตูล ก็กลับไปถามว่าโครงการที่เราเสนอถึงไหนแล้ว เค้าบอกว่าท่านออกมาก็ไม่ได้เข้าไปอีกเลย เป็นอันจบกัน

เราก็มองว่าจะต้องพัฒนาใหม่เพราะถ้ายังเทศน์อย่างเก่าคงไม่มีใครเข้าวัด เรามองถึงปัญหาว่าชุมชนนี้มันมี ปัญหา ทั้งการเงิน สิ่งแวดล้อม แต่เราว่าปัญหาจิตใจ การศึกษา สุขภาพ อนามัย ครอบครัว มีปัญหาทั้งนั้น เราก็มองว่ายิ่ง เทศน์คนยิ่งจน มันมีหลักธรรมที่แก้ปัญหาคือความยากจน มี 4 ข้อ เรียกว่าเศรษฐศาสตร์ในพุทธ คือ 1. ขยันหา 2. รักษาให้เป็น 3. สร้างกันยามมิตร 4. ใช้ชีวิตตามสมควรกำลังทรัพย์ ตอนนั้นคนไทยขยันมากแต่รักษาไม่เป็น พูดอย่างนี้โยมง ษณาจารย์ขยายออกเรื่องบอกรักษาไม่เป็นได้ไง ลองยกตัวอย่าง อย่างโยมมีเงินฝากให้ลูก 4 พันมีหนี้ประมาณ 1 หมื่น บาท คิดยังไงเอาเงินไปฝากให้ลูก ไปฝากกิน ร้อยละ 75 สตางค์ แล้วกู้กลับมาร้อยละ 7 ใครรวยกัน เราถูกปลุกฝังมา นาน สอนให้ประหยัดแต่ไม่สอนให้บริหารต่างชาติเลยเข้ามาบริหารแทนแล้วก็รวยขึ้นๆ เทศน์อย่างเก่าไม่ได้บอกว่าต้อง บริหารจัดการเองให้เป็นบริหารให้ได้ สิ่งที่เราสอนกันมากก็คือเอาเงินใส่กระปุกออมสินในหมู่บ้านมีเด็ก 100 คน ใส่ กระปุกออมสินวันละ 100 บาท เงินก็จะตายเดือนละ 3000 ปีละ 30000

แต่เงินตายอยู่ในกระปุกแต่ถ้าเอาเงินมาบริหารให้เกิดมูลค่าเพิ่ม อย่างโยมเปิดบัญชีให้ลูก 4000 กลับไปเปลี่ยน กระบวนการคิดใหม่ ใช้สัจจะนำหน้า ถ้าโยมเป็นเป็นหนี้ 10000 โยมไปยืมเงินลูกออกมาเลยให้มันร้อยละ 6 ก็ได้ เป็นการ วัดคุณธรรม ครอบครัวนี้ต้องมีสัญญาใหม่ ถ้าแม่โกงลูกคุณธรรมใช้ไม่ได้ไหม เราก็เอามาบริหารซะเอง 4000 บาทนี้ เงินก็จะ โตขึ้นมา ชี้ให้เห็นว่าต้องเอาหลักธรรมมาประยุกต์ แล้วให้คนเห็นจริง อยู่ได้พักหนึ่งทำไม่ได้ก็กลับมา จ. ตราด เพราะบ้าน เดิมอยู่ ที่นั่น เพราะการรุดงค์ของเราไม่มีเงินแม้แต่บาทเดียว เวลาพูดกับคนไม่รู้จะเริ่มตันยังงี้ก็กลับบ้านไปทำอุปกรณ์ วิธีการ สมุด สมุดฝาก ก็เอามาทำในวงญาติก่อนเริ่มจากพี่น้องตอนนั้นมีเงินอยู่ 5-6 แสน ต่อมาก็เอา จนกระทั่ง สามารถเอาเงินไปดาว์นรถ ดาว์นบ้านดอกเบียร์ร้อยละ 6 ต่อปี ตายก็มีเงินช่วย พอญาติเสร็จ เริ่มมาอยู่วัดจะขยายเรื่องนี้ ยากมากเลย ไปพูดกับผู้นำก็ไม่เห็นด้วย นายอำเภอก็ไม่เห็นด้วย พวกผู้ใหญ่ไม่เห็นด้วย คำบอกกล่าวผิดกฎหมาย พัฒนา ชุมชนทำเหมือนกัน กฎหมายก็เหมือนกัน อาตมาก็เลยชวนพัฒนาชุมชนทำเขาก็บอกไม่เอา เรามองว่าคุณมีงบประมาณ ทั้งอุปกรณ์ ส่วนเรามีความสามารถในการพูดให้คนเชื่อไปพร้อมๆกันแบบนี้มันจะเร็วขึ้นเค้าก็ไม่เอา ปัจจุบันยังทำงาน ร่วมกันไม่ได้ นั่งคุยกับรองนายก สุวิทย์ความเห็นไปคนละทางเลยต้องแยกกัน ฉะนั้นตราดจึงไม่ได้รวมกลุ่มร่วมกันไม่ได้ เพราะเงินเรามากกว่า ตอนนี้มีเงินหมุนเวียน 400 กว่าล้าน เงินโตปีละ 70-80 ล้าน ตอนนี้มีชาวบ้าน 50000 กว่าคนจึง พัฒนาต่อไปพร้อมกับเรื่องจิตใจด้วย การเมือง สิ่งแวดล้อมไปพร้อมๆกันเท่าที่จะทำได้ และรวมกลุ่มกันไว้เพื่อหน่วยงาน ไหนสามารถไปจับกลุ่มนี้ได้ ถ้าจะไปหาหมู่บ้าน 5 หลังคาเรือน 20 หลังคาเรือนไปเชิญเขาก็ไม่มา แต่กลุ่มมันมาทุกเดือน แต่จากการเริ่มรวมเรามีชุมชนไว้ 160 ชุมชน ทำไง เมื่อหน่วยงานไม่เห็นด้วย เราก็ต้องรบแบบกองโจร วันพระเราก็เข้า รถเลยแล้วก็ไม่ต้องบอกว่าไปไหน วันพระนี่ก็ไปวัดนี้เลยไปถึงช่วงชาวบ้านถวายทานเสร็จจะขอเจ้าอาวาสซัก 30 นาที คุยเสร็จเรื่องการเงินเห็นด้วยไหม เห็นด้วย แต่มันต้องพูดให้เขาเห็นด้วยแต่มันต้องพูดให้เขาเห็นภาพนะ เห็นด้วย 10 คน 15 คน เราก็ทำเลย ยกมือมาคนเดียวได้หมดทั้งครอบครัว ก็ให้ทำทั้งหมด ก็เตรียมอุปกรณ์ไปเสร็จ เก็บเงินเสร็จ ตั้ง กรรมการ ออกระเบียบเสร็จ กลับวัดเลย วันพระหน้าก็เปลี่ยนวัดอีกทำแบบนี้อีก สันปีไปเป็นพี่เลี้ยงว่าจะสรุปยังงี้ ทำ บัญชียังงี้ ทำอย่างนี้เรื่อยๆกระทั่งถึงปี 40 เกิดปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งหมอประเวศส่งให้คุณเอกไปก่อนว่าวิธีการมันได้ผล จริงหรือเปล่า ต่อมาหมอประเวศลงไปตั้งจันทร์โพบูลลงไปเมื่อก่อนผู้ว่าไม่เห็นด้วย ส.ส.ไม่เห็นด้วย ข้าราชการไม่เห็น ด้วย พอหมอประเวศไปก็เลยต้องไปปรับหมอประเวศก็ชวนสภาพัฒน์ไปประชุมที่ตราด ชอง 9 ก็ตามไป แล้วก็ออกทีวี ออก รายการเสร็จรองผู้ว่าก็เดินมาตบหลัง บอกว่า คนที่คิดโค่นท่านตอนนี้เลิกแล้ว

ช่วงหลังก็เลยเปลี่ยนแล้วส่งคนมารับแนวคิดนี้มากขึ้นเรื่อยๆ แล้วเอาพระไปกระจายไปประมาณ 40 จังหวัด มี เครือข่ายหลายร้อยแห่งตอนนี้

ที่นี้มาทำเรื่องสุขภาพก็ไปร่วมกับ สสส. ครั้งแรกเค้าทำเรื่องยาเสพติดอย่างเดียว ถามว่าเป็นหนี้มากมายเครียด ไหมถ้าปลดหนี้ได้หายเครียดไหม คนเครียดกินไม่ได้อาหารไม่ย่อย นอนก็ไม่หลับ ทำงานก็ผิดพลาด เมื่อคนมีหนี้สินการ มีหนี้เป็นทุกข์ในโลกการปลดเปลื้องหนี้สิน จะไปดันสุขภาพ ทำร่วมกับ สปสช.จะให้งบลงมา 1000 นิง อบต. 100 นิง แล้ว เอาแพทย์ลงไป อาทิตย์ละครั้งที่ทำในแพทย์แผนปัจจุบันเอาพยาบาลคนเดียวพอแล้วสร้างคนในชุมชนมาอีก 3 ถ้า พยาบาลออก แพทย์ออก เค้าจะเป็นพยาบาลในหมู่บ้าน แล้วตอนนี้นักส่งเสริมแพทย์แผนไทยอยู่ต่อไปเราจะปลูก สมุนไพร บ้านละ 5-6 อย่าง แล้วก็อาจจะส่งคนให้เรียน เรียนแล้วหมอยูบ้านนี้หรือจะมีอยู่แล้วแต่ ใครมาหาหมอคนนี้ ตอนนั้นเราก็เริ่มทำอยู่แล้วนะ กลุ่มสัจจะ จะให้เงินเดือนหมอ เสร็จแล้วใครป่วยก็หาหมอในบ้านยาให้กินฟรีไม่มี

คำตอบแทนยกเว้นคนนอกพื้นที่ เวลาใครป่วยก็ไปเอายาบ้านคนนี้เราจะสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ต้องพึ่งพากันเป็น เรื่องหนึ่งที่มันต้องโยงใยไปเรื่องสิ่งแวดล้อม อาตมากำลังทำเรื่องการศึกษาด้วยมันโยงใยไปหลายเรื่องแต่เอาเงินนำ ร่องก่อน ก็เพื่อเป็นเครื่องมือในการรวมคน

คุณสมบัติ ต่อสติ

ศูนย์แพทย์ชุมชนป้อมเพชร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

เราก็คงมาคุยเรื่องการพึ่งตนเองของภาคประชาชน ในมุมมองของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานกับชาวบ้าน ประสบการณ์ จากการทำงานชุมชนเมือง การพึ่งตนเองของประชาชน ก็ต้องย้อนถามตัวเองว่าการพึ่งตนเองคืออะไร ก่อนจะมาเกี่ยว ไปเปิดพจนานุกรมก็ไม่ได้มีอะไรใหม่ พึ่งตนเองแปลว่า อาศัยตนเอง แต่พอผ่านไปแล้วก็รู้สึกว่ามีอะไรมากขึ้น ก็คือ ตัวเองเป็นที่พึ่งแห่งตน มุมมองตอนแรกของชาวสาธารณสุข คือ นำที่จะพึ่งตัวเองให้ได้ก่อน ในส่วนของการที่เราจะทำให้ ชุมชนพึ่งตัวเองได้เราจะต้องเริ่มจากยังงี้บ้าง ประสบการณ์ที่ผ่านมาเราต้องเข้าไปทำความรู้จักและเข้าใจชุมชนให้ได้ หลายคนอาจจะรู้จักเครื่องมือทางด้านมานุษยวิทยาหรือเครื่องมือ 7 อย่างในการศึกษาวิถีชีวิตชุมชน การที่เราใช้ เครื่องมือในการศึกษาจะทำให้เราเห็นความแตกต่างของชุมชน มีความเป็นปัจเจก ดร.วิชัย พังมาแล้วหลายครั้ง ทุกครั้งที่ ได้ฟังก็จะมีความคิดที่บรรเจิดขึ้นเรื่อย ๆ ฟังบ่อย ๆ เริ่มเข้าใจ เริ่มเห็นธรรมชาติของความเป็นปัจเจก เราเห็นในสิ่งที่เค้า เป็นอยู่ เห็นโรค เห็นอาการที่เค้าเป็น สิ่งเหล่านี้ถ้าเรามองเห็นได้เมื่อเราเข้าไปในชุมชนแล้วจะทำให้เราเข้าใจบริบทและ สังคมที่เค้าอยู่ วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป นำมาสู่ชีวิตที่ยุงยาก เห็นชีวิตของสังคมที่เป็นสลัมบ้านเรือนที่เป็นลักษณะนี้มันเสื่อม โทรมทุกอย่าง ทั้งที่อยู่อาศัย จิตใจก็เสื่อมโทรมลง ยาเสพติดการพนัน เด็กในชุมชนต้องเร็วกว่ากำหนดเพราะว่าลักษณะ ของที่อยู่อาศัยอยู่กันกันด้วยสังกะสีเหมือนบ้านพักคนงาน ฉะนั้นลักษณะที่คุ้นชินที่เห็นกันอยู่ทำให้ตอนนี้ต้องเริ่มหันมา สนใจศึกษาว่า ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนมีปัญหาอะไรบ้าง เพราะว่าอายุยิ่งน้อยลงทุกที ต่อไปนี้เราคงดูแลกุมกำเนิด ให้หน่อยแล้วกัน ให้ถึงวัยอันควรก่อน เพราะบางทีในเรื่องของความไม่ แมททัว ในการเลี้ยงดูทารกที่จะเป็นตัวแทนคน รุ่นใหม่แทนเราได้อย่างดี แล้ววิถีชีวิตคนจนอาการปวดหัวที่ไม่มีพยาธิสภาพ มันมีได้นะความจน ก็คงนำแนวคิด ลักษณะนี้ไปช่วยดูแลชุมชนด้วย การติดยานี้มีแน่ในชุมชนนอกจากเราจะต้องรู้จักและเข้าใจชุมชนแล้ว เราจะต้องเอาปัญหา ชุมชนเป็นศูนย์กลาง เมื่อมีปัญหายากจน แต่เราทำเรื่องเบาหวาน ความดันหัวใจใครจะมาสนใจ

ฉะนั้นเราเริ่มจากการส่งเสริมให้เค้ามีอาชีพก่อน พอมีรายได้เราก็ส่งเสริมการออมเหมือนกันเพราะกลุ่มออม ทรัพย์เป็นเครื่องมือให้เกิดการรวมตัวกันได้ง่ายขึ้น เรามีการแก้ไขปัญหามีอาชีพมีรายได้ เราเริ่มที่จะมีสิ่งหนึ่งที่เห็น ว่าถ้าจะทำเรื่องยาเสพติดได้ ต้องส่งเสริมให้มีพอสมควร พ่อแม่เขาเกรงใจถึงบอกปัญหาเรื่องนี้ได้ เด็กก็เกรงใจ คนขายก็ เกรงใจ เราถึงจะลบเรื่องที่มีมันยุ่งยากได้ คุยกันในชุมชนซัก 2-3 ชั่วโมง ก็ให้เขาเขียนว่าจะทำอะไรเพื่อคนที่เขารักบ้าง มันเป็นเรื่องการพัฒนาจิตใจให้คนรู้จักศักยภาพที่จะพัฒนาตัวเองไปในทางที่ดีขึ้น ทำ 2 ชั่วโมง เขาสามารถเขียนได้ว่าเขาจะเป็นคนดีของคนที่รักตลอดไป จะเลิกยาเสพติด ถ้ามว่าเด็กติดยาขนาดนี้เลิก ทันทีไหม ยาก... แต่เค้ามีความตั้งใจที่จะเลิก การไปประชุมอย่างต่อเนื่องทำให้เขารู้ถึงความจริงจัง 6 เดือน เริ่มเดินมา บอก ผมเลิกเสพยาได้แล้ว นี่ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่อย่างน้อยก็ทำให้เด็กเลิกเสพยาได้ เจ้าหน้าที่ก็ได้ประโยชน์ได้สัมผัส เกิด ความเชื่อมั่นในการทำงานในชุมชนมากขึ้น ที่นี้เรื่องของพัฒนาที่อาศัยเรียกว่าพัฒนาทุกรูปแบบแต่ไม่ใช่พร้อมกัน ต้องรู้ว่าทำอะไรก่อน หลัง อะไรง่ายทำไปก่อน ประชาเห็นแล้วเกิดการยอมรับ เราสร้างความรักให้เกิดขึ้นในหมู่ ประชาชนที่เราทำงานด้วยความรัก เขาจะศรัทธา เขาจะเกรงใจแล้วก็พร้อมจะเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น

จะอย่างไรให้คนรักทักษะง่าย ๆ คือการคุย ฉะนั้นทุกคนจะคุยได้ต้องผ่านการอบรมก่อน ว่า คุยยังงี้ มองตา ยังไง ทำท่าสนใจอย่างไร การมีความรู้มีประสบการณ์มีเงินทุนเข้ามาเป็นสัญญาณว่าจะเกิดความประะหรือความแตกต่างใน ชุมชน เราต้องบริหารความขัดแย้งให้เกิดน้อยที่สุด มาได้แปลว่าชุมชนที่พึ่งตัวเองไม่การขัดแย้ง ความขัดแย้งมีขึ้นและ ตลอดเวลาแต่จะอย่างไรให้ตรงนั้นมันอยู่ได้ เราจะจัดการให้เขาอยู่ได้ด้วยความเป็นสุขอันนี้จะเห็นว่าการทำที่อยู่อาศัย ก็ไม่ได้แปลว่าเราจะไปช่วยคิดเอง เขาจะต้องพัฒนาศักยภาพ การรวมตัว มีกลุ่มออมทรัพย์มีการเก็บเงินสามารถที่จะ กู้ยืม ซึ่งถูกมาก ร้อยละ 3 ต่อปี จากการทำกลุ่มออมทรัพย์มาก่อน นึกถึงที่อยู่อาศัยที่มันพึ่งเนี่ยมันไม่สามารถทำให้ สุขภาพดีขึ้นมาได้ ก็พัฒนาเป็นระยะ ๆ ก็จะให้เห็นภาพที่ว่า บ้านดีไม่มีขายอยากได้ต้องช่วยกัน ก็เป็นอีกส่วนหนึ่ง แต่ไม่

จบแค่นี้ ในชุมชนสลัมเราจะมีครูอัตราจ้างที่จบปริญญาตรี คนแรกของชุมชนการที่เราไปทำงานในชุมชนนั้นนอกจากที่จะทำให้เขารักและศรัทธาแล้ว เรามีโอกาสที่จะเรียนรู้ถึงศักยภาพอะไรบ้าง แล้วทำให้เกิดประโยชน์ อย่างอึดเป็นครู พอจบมาเราก็คุยกันในเรื่องจิตเอื้ออาทร แต่เราต้องเข้าใจธรรมชาติเหมือนกัน ถ้าคนเราไม่มีอึดก็เอื้ออาทรยาก ฉะนั้นอย่างไปหวังว่าคนที่ยังปากกัตดินก็บอยจะหาเสียสละเพื่อคนอื่น ถ้าสามารถพูดให้คนมาดูงานของเราได้ ฉะนั้นเราจะเก็บค่าเหี่ยบบแผ่นดิน 200 บาท ให้เป็นค่าแรงสำหรับคนที่มาเล่าประสบการณ์ให้เขาฟัง ฉะนั้นสิ่งเหล่านี้เราต้องคนรุ่นใหม่ เด็กๆที่มีปัญหาทางครอบครัวทางสังคมเราจะใช้เล่านิทานสานสัมพันธ์ครอบครัวช่วยให้จิตใจเด็ก ซอฟ ลงเป็นส่วนหนึ่งของงานตรงนี้เราให้โอกาสมีส่วนร่วมด้วยแล้วนำไปสู่ความผาสุกและพึ่งตนเองได้ สิ่งหนึ่ง เราใช้สูตรนี้ในการทำงานกับชุมชนคือเข้าไปหาเขา เรียนรู้จากเขา ทำงานกับชาวบ้าน เริ่มจากสิ่งที่ชาวบ้านรู้ สร้างจากสิ่งที่ชาวบ้านมี ทำงานเป็นแบบอย่างเป็นระบบเท่านี้ความสำเร็จและการพึ่งตนเองก็จะเกิดขึ้นในชุมชนก็จะเกิดขึ้นกับประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบเรา

นพ.เอกชัย คุณสัมฤทธิ์ให้แถมว่าขนาดในชุมชนเมืองที่ทำงานยากแล้วเนี่ยเขายังทำได้แล้ว ที่น่าสนใจคือเครื่องมือที่ใช้แบบเดียวกับพระสุบิน ใช้กลุ่มอมมทรัพย์มาเป็นเครื่องมือให้คนมารวมตัวกันต่างกับพวกเราที่พยายามมารวมตัวชาวบ้านมาทำเรื่องไข่เลือดออก

คุณสัมฤทธิ์

ถ้าเกิดทำงานของเราเขาก็จะรู้สึกไม่อยากมีส่วนร่วมเพราะเค้าก็ไม่ได้ประโยชน์ในระยะแรกของการรู้จักกันเนี่ยไม่มีทางที่ครั้งแรกเขาจะเสนออยากช่วยโน้นอยากช่วยนี้ แต่เมื่อไรที่มีความสัมพันธ์ เรารู้จักกันต่อเนื่องไปแล้วเขารับรู้ถึงความตั้งใจที่จะมาช่วยกันทำงาน คือทุกคนมีศักยภาพแล้วเอามารวมกันและนำไปสู่การทำงานที่เป็นประโยชน์ทั้งเขาและเราเค้าพึ่งตัวเองได้เราก็เห็นกับตา

นพ.เอกชัย ใช้เวลานานไหมกว่าชาวบ้านจะไวใจ

คุณสัมฤทธิ์

ใช้เวลา 3 ปี ตั้งแต่ปีแรกๆเรายังไม่มีประสบการณ์ เข้าตรวจคนไข้ บ่ายเยี่ยมบ้าน ทุกวัน เราก็ไปตามชาวบ้านถ้าเวลาที่เหมาะกับการรับบริการเวลาไหนเค้าบอกอยากให้เราเหมือนคลินิกเค้าบอกอยากให้เราเหมือนคลินิก คือ เข้าเปิดบริการ เย็นก็มี ช่วงบ่ายก็ไปเยี่ยมเด็กคนแก่คนที่ไปไหนไม่ได้ ก็เลยเพิ่มโอกาสให้คนที่ไม่มีโอกาสรับบริการในสำนักงานเราเนี่ย เราก็นำบริการนั้นไปสู่ เมื่อเค้าครอบครัวเค้าเจ็บป่วยเนี่ยเราก็ตามไปดูแล เลยเข้าใจคำว่ารักและศรัทธาไป ทำงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเดีวนะ รักษาไม่ได้เรื่องหรือไม่เคยรักษาใครให้หายได้เลยเนี่ย เค้าก็ไม่ค่อยศรัทธาเท่าไร ฉะนั้นก็เลยทำไปคู่กัน

นพ.เอกชัย อีกหนึ่งที่หมอมหาใช้ไม่ได้คำว่าเยี่ยมบ้าน แต่ใช้คำว่าเยี่ยมสารทุกข์สุกดิบ ยังจี๊ปะ

คุณสัมฤทธิ์

คงเป็นส่วนหนึ่ง ถ้าเราไปเยี่ยมสารทุกข์สุกดิบจะเปิดโลกทัศน์ออกไป เราต้องดูเค้าเนะ อยู่เป็นอย่างไร อย่างบางคนมั่งก็ดำหมิ่นกลิ่นเยี่ยวมากเลยนะเด็กบางคนมาด้วยอาการเป็นไข้หายใจหอบจะนิวโมเนีย เนี่ยสามารถที่จะคุยได้เลย ออแกกซ์ซึกมั่งหนอยซิ ก็จะลดแรงกระตุ้นให้เกิด นิวโมเนียน้อยลงนะ ก็ไปสู่การดูแลที่มีมันครอบคลุมมากขึ้น

นพ.เอกชัย คำพูดหนึ่งที่ชอบ คือ "การทำงานในชุมชนต้องไร้กระบวนการแต่มีทิศทาง อธิบายหน่อย

คุณสัมฤทธิ์

การทำงานต้องไร้รูปแบบมากที่สุด แต่เราต้องพร้อมสามารถ เลือกวิธีที่จะใช้ได้ทุกเมื่อ ขึ้นอยู่กับชาวบ้านมีบริบทชีวิตช่วงนั้นเป็นอย่างไร ถ้าเค้ายังจน เค้ายังร้องไห้อยู่เราไปเริ่มจากงานเราก็ไม่มีใครสนใจ แต่ถ้าเริ่มจากเค้ารูปแบบบางที่ไม่ต้องอาศัยการพยาบาลเลยแต่คุยกัน จะทำให้เค้าอบอุ่นแต่เรามีทิศทางด้วยว่าเค้าจะมีสุขภาพที่ดีและพึ่งตนเองให้ได้

นพ.เอกชัย แล้วคนชุมชนสลับเค้าคิดถึงสุขภาพเค้ายังง

คุณสัมฤทธิ์

สุขภาพ คือ มีอยู่มีกินได้นอนหลับสบายการค่อยๆ สร้างให้คนอ้อมแล้วต้องคุยให้ฟังบ่อยๆ เพราะบางทีคนรวยแล้วยังไม่เอื้ออาทรก็มี แต่คนในชุมชนเราจะคุยกันเรื่อยๆ มันเป็นเรื่องที่ช่วยกันไป เราไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในพริบตา อย่างช้าๆ สักก็เท่ากับอายุที่ผ่านมา แต่อย่างไรถ้าเราหวังดีต่อกันเราอาจจะเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วกว่าก็ได้

คุณธีระพล เลิศสงคราม

PCU บางคำ จังหวัดเชียงราย

มันเป็นจุดเริ่มต้นของผมเอง ตอนเรียนจบใหม่ๆ ก็เข้าใจว่าความหมายสุขภาพก็เท่าๆ กับที่เราเรียนมา หมายถึงว่าการให้บริการ แค่นั้น แต่พบว่า เราตั้งใจให้บริการทุกอย่างแต่เหนื่อยมากแล้วปริมาณชาวบ้านก็มารับบริการมากขึ้น เห็นความยุ่งก็เป็นจุดตั้งข้อสังเกต แล้วที่จริงสุขภาพมันคืออะไรกันแน่ เป็นจุดเริ่มต้นค้นหาของผม ผมจึงปรับความคิดว่าจะลองลงไปร่วมรับรู้จากชาวบ้านให้มากที่สุด อย่างเช่นวงสนทนา เพื่อจะรู้ว่าในขณะนี้เขาคิดอะไรอยู่ เขาทำอะไรกันอยู่หลังจากนั้นจึงรู้ว่าความหมายของสุขภาพไม่ได้เหมือนที่คิดไว้ตอนแรก วันนี้ทำให้ผมเข้าใจพื้นที่หลังจากที่ผมได้ทลายกำแพงของตัวเอง และที่สำคัญคือนานไปเค้าบอกว่าการที่จะมีสุขภาพดีนั้นต้องมี 8 ดี อย่างตอนเช้า เค้าบอกว่าถ้ามีองค์ประกอบ 8 อย่างนี้แล้ว เค้าจะมีสุขภาพดี

นพ.เอกชัย ชาวบ้านเค้าคิดออกมาได้เลยหรือครับ 8 ดี ทำไปถึงคิดขึ้นมาได้

คุณธีระพล

มีแกนนำของชาวบ้านกลุ่มหนึ่ง ที่เค้าได้ทบทวนตัวเองเป็นนักคิดอยู่ 4-5 ท่านในหมู่บ้านเค้าก็นั่งคุยที่ผ่านมาระกัพยายามทุกสิ่งทุกอย่างให้ความเป็นอยู่ของชาวบ้านดีขึ้นแต่ทำไมชาวบ้านยังไม่ดีขึ้น มาร่วมมือเป็นครั้งคราวเท่านั้นอบรมประจำเดือนก็ไม่ได้อะไรมากมายก็เลยเปลี่ยนวิธี ก็ลงไปหาชาวบ้าน เช่นหน้าหนาวก็ไปนั่งผิงไฟคุยกัน แล้วอีกอย่างนึงเค้ามีการใช้โครงสร้างของหมู่บ้านที่มีอยู่เนะครับ เป็นคุ้มเป็นอะไร เป็นการใช้โครงสร้างของชุมชนค้นหาก่อนจะได้ 8 ดีตรงนี้ เป็นบรรยายได้อะไรเยอะแยะจากชาวบ้าน ได้อยู่ 60 กว่าเรื่อง เอเรื่องไม่ได้มีแต่เรื่องสุขภาพมีเรื่องของเศรษฐกิจ เรื่องดิน เรื่องป่า การศึกษาภาวะหนี้สินหลายๆอย่าง กลุ่มแกนนำก็เอามารวบรวมแล้วก็ได้ 8 ดีตรงนี้ เป็นสิ่งที่ชาวบ้านเค้าคิดว่าถ้าจะอยู่เย็นเป็นสุข เค้าจะต้องเป็นปกติด้าน 8 อย่างนี้

นพ.เอกชัย ถ้าไปอ่าน เอกสารแล้วกลไกการขับเคลื่อน 8 ดี น่าสนใจมากลองเล่าให้ฟังหน่อย

คุณธีระพล

มันเป็นเป้าหมายของชุมชนด้วย เมื่อเค้ารู้เป้าหมาย ก็คิดว่าต้องมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับตัวนี้ พื้นที่เรียนรู้ของชาวบ้าน และที่สถานีนอนามัยของผมเนี่ย บังเอิญว่ามันอาจจะเป็นที่พบปะที่เอื้อให้ต่อการเรียนรู้ของชุมชน เป็นทำเลที่ต้องของสถานีนอนามัยให้เป็นจุดเรียนรู้ ทุกอย่างไปเลยที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับ 8 ดี ตรงนั้น

นพ.เอกชัย แล้วความหายของการสร้างพื้นที่การเรียนรู้ทำไ้ครับ

คุณธีระพล

การสร้างพื้นที่ ตรงนี้ จุดเด่นก็คือการเปิดพื้นที่ของสถานบริการของเราเองนะครับ คือเราไม่ได้บริการด้านปกติแค่นั้นเค้าก็ช่วยกันคิดว่าจะให้เป็นจุดสาธิตเพื่อให้ความรู้ของชุมชน

นพ.เอกชัย ถ้าดูใน VDO ภาพของสถานีนอนามัยที่คล้ายวัด มีคนมารวมกัน แต่ต้องถามคุณธีระพลว่าทำไมต้องทำแบบนั้นทำไมใช้ที่อื่นไม่ได้ละ แล้วใครเป็นคนเลือก

คุณธีระพล

สถานีอนามัยค่อนข้างจะเป็นสาธารณะจริงๆ ก็พบปะ การประชุมของชาวบ้านก็จะมาใช้ที่ตรงนี้ ฉะนั้นจุด
สาริต 8 ดี ก็เลยถูกกำหนดโดยชุมชนเอง นำเอาบริเวณนี้ได้ไหมเพราะทำเลก็เหมาะสมหน่อย อย่างดนตรีไทยก็จะ
จัดภาคเช้า ผมเองก็เป็นครูสอนดนตรีด้วย

นพ.เอกชัย มีคำถามว่างานที่ถูก เจ้านายสั่งเจ้านายมันดีขึ้นมาไหม ใช่เลือดออกเอเย่ หัวदनกเอเย่

คุณธีระพล

ผมยืนบนขา 2 ข้าง ข้างหนึ่งอยู่ในสุขภาพของชุมชนนั้นในวินาทีนั้น แต่อีกข้างหนึ่งก็ยืนอยู่ในเจ้าหน้าที่ของรัฐ
ผมก็ใช้ 2 คำ คือการเรียนรู้ กับการจัดการผมเชื่อว่าการเรียนรู้จะทำให้ชุมชน พึ่งพาตนเองแล้วก็จัดการตนเองได้
อย่างยั่งยืนมากกว่า

นพ.เอกชัย ที่ว่าเรียนรู้ทำให้ชุมชนจัดการตัวเองได้ คุณธีระพล ทำยังไงบ้าง

คุณธีระพล

ที่ผ่านมาเปิดพื้นที่ ให้กลุ่มต่างๆ มีโอกาสมาพบปะพูดคุยใช้ประโยชน์การเรียนรู้ประเด็นมาจากเวทีของแต่ละ
ครั้งเป็นประเด็นร่วม

นพ.เอกชัย แล้วบทบาทของคุณธีระพลช่วยยังไง

คุณธีระพล

ก็คอยจัดเวทีให้ชาวบ้าน เมื่อเค้าได้แลกเปลี่ยนกันเค้าก็จะเกิดการเรียนรู้กันเอง อีกอย่างหนึ่งการคืนข้อมูลต่างๆ
ที่ทำให้เค้ารู้สึกตัวว่า มีตัวอย่างเป็นรูปธรรมไม่ครบคืนข้อมูลให้ชาวบ้านเค้ารู้สึกตัว อย่างการรวมตัวกันของกลุ่มชาวซอม
มือเพื่อสุขภาพ มีแกนนำชาวบ้านท่านหนึ่งถามว่าในรอบปีที่ผ่านมา 6 หมู่บ้านในเขตสถานีอนามัยนี้ มีหมู่บ้านไหนที่ป่วย
น้อยที่สุด ก็บอกว่าหมู่บ้านของชาวเขาเผ่าม้ง แล้วในเวทีก็คิดกันต่อว่าทำไมสาเหตุหนึ่งที่เราคิดว่าจะใช้ก็คือ เรื่องการกิน
การเคลื่อนไหวแรงงานต่างๆ นี่ เป็นสาเหตุหนึ่งให้คนม้งไม่เจ็บป่วย เค้าก็เห็นว่าข้าวนาจะเป็นตัวหนึ่งที่ทำให้ชาวม้งไม่
เจ็บป่วย คือ เค้ากินข้าวซอมมือเป็นประจำฉะนั้นกิจกรรมตรงนี้จึงเกิดขึ้นจากเวทีของกลุ่มชาวบ้านที่เห็นความสำคัญตรง
นี้ไม่ใช่ทั้งหมด จะมีกลุ่มหนึ่งเริ่มทำคนเห็นมนเริ่มดีก็จะมีสมาชิกเพิ่มเรื่อยๆ และอีกอย่างหนึ่งคือการจัดการในงานเชิง
นโยบายที่จำเป็นต้องทำต้องตอบเป็นรายเดือนราย 3 เดือน ผมก็ใช้การจัดการ และก็มีการเรียนรู้ด้วยตัว เช่น งาน
ชุมชนตรงนี้มีผมใช้กลไกของชุมชน คือ อ.ส.ม. ที่มีอยู่ในเรื่องสาธารณสุขตรงนี้ จะคิดค้นเครื่องมือขึ้นมาเป็นเล่ม นะครับ
สำหรับ อสม. อสม.แต่ละคนจะเป็นเจ้าของงานสำคัญๆ เป็นเจ้าของงานมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับ แต่ละคน
ตรงนี้จะต้องมีการเรียนรู้มีการฝึกฝนทักษะให้เชี่ยวชาญ เฉพาะเลย แล้วทุกๆ 2 เดือน ผมก็จะมีเวทีให้ปูเสื่อนั่งคุยกันกิน
ข้าวด้วยกันแลกเปลี่ยนกันทั่วทั้ง 6 บ้าน ผลเป็นอย่างไร เค้าก็จะเกิดการแลกเปลี่ยนทั้งวิธีการ และผลที่กระทำด้วยผมก็
เลยสามารถทำงานสุขภาพตามวิถีของชาวบ้านได้ โดยที่เราไม่เชิงเรียนรู้ไปเรื่อยๆ ตามสถานการณ์จริง ขณะเดียวกัน
งานเชิงนโยบายผมก็สามารถจัดการได้โดยใช้กลไกของชุมชน อสม. นี้แหละครับจัดการ

นพ.เอกชัย แล้วนายเค้าอยากจะให้นโยบาย แฟมิลีโพลเดอร์ 100 % ทำไง

คุณธีระพล

ก็ต้องยอมรับว่าบางอย่างเราไม่สามารถตอบสนองเบื้องต้นได้ทั้งหมดในข้อจำกัดที่เรามีอยู่แต่ผมก็สามารถ
อธิบายได้ว่า ผมพยายามอย่างเต็มที่แล้ว 2 คนทำได้แค่นี้แต่ผมกำลังสร้างคนทำงานของตัวชุมชนเองขึ้นมาให้เค้าเรียนรู้
แล้วจัดการตัวเองให้ได้มากที่สุด แล้วผมก็พร้อมรับครับ ถ้าเกิดเจ้านายมีประสบการณ์ดีๆ ที่จะแนะนำผมก็พร้อมรับครับ

นพ.เอกชัย จริงๆแล้วเนี่ย วิธีการทำงานของ อสม. ก็เหมือนที่จังหวัดทำกับเรา อำเภอกำกับเราแล้วทำไมมันไม่เวิร์ค
ละแล้วของเราทำไมเวิร์ค

คุณธีระพล

ผมทุ่มเทเป็นเวลาเกือบ 1 ปี ต้องอดทนมากที่ลองให้เค้าไปทำดู ทั้งที่เป็นเครื่องมือง่าย ๆ แต่สำหรับเขามันยาก ผมต้องเช็คทีละหน้าว่าเค้าไม่เข้าใจตรงไหน ก็บันทึกไว้เหมือนเดกซ์เจอร์ยาน

นพ.เอกชัย ถามว่า 2 คนที่ทำเนี่ยเหนื่อยไหม

คุณธีระพล

เหนื่อยและหนักมาก แต่ผมก็ถามตัวเองก่อนว่า อยากจะทำไหม สุดท้ายคือการตอบตัวเองว่าท่านเชื่อมั่นในการเดินทางนี้ไหม ถึงตรงนี้อยอมรับว่าหนักและเหนื่อยมาก แต่ก็มีความสุขและที่สำคัญคือผมมีเพื่อนคือตัวเองชาวบ้านที่เริ่มเข้าใจกันมากขึ้น เป็นความสุขจริงๆของคนทำงาน

นพ.ภักดี สืบหาการณ์

โรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย

PCU หนองมน จะมีความหมายที่ตรงกันข้ามกันเลย ก็คือคำว่า RCU นก จำเป็นกับที่คนในระดับประเทศระดับนโยบาย จะต้องบินให้สูงแล้วมองให้เห็นภาพรวมทั้งประเทศต้องมองให้ออกแล้วว่าผ่านมาในช่วง 4 ปีเนี่ย คนในระดับนกก็ทำอะไรได้บ้าง เยอะเลยนะครับ แต่ส่วนเอาโครงการไปปรับปรุงแล้วแต่ จังหวัดนะครับ อย่างเช่นแนวทางการปฏิบัติการของแต่ละระดับ อ.พูดเมื่อเช้าว่าไม่ได้จัดซะหุ้ แต่เราคงไม่กดดันแต่ต้องมีแนวทางลองไม่มีชี้อะก็จะโดนตำ คุณหมอช้างไม่เห็นมีคู่มือออกมาเลย พอมีคู่มือเสร็จแล้วก็สบายใจ แต่ไปเคยเปิดดูเลย เมื่อหลังทางก็จะได้เปิดดูบ้าง ซึ่งมีประโยชน์มากที่เดียวแล้วก็มีการพัฒนาบริการ สิทธิประโยชน์ต่างๆ เพื่อจะไปตามชาวบ้านด้วยว่า 70 บาท รักษาทุกโรคได้ทำแล้วหรือยัง แพ็คเคจเป็นแบบนี้ก็เป็นการป้องกันว่าทำครบนะแล้วก็ผู้บริหารระดับนกก็ยังมองว่า สอ. กับ รพ. ที่มันสื่อสารไม่ดีมีปัญหากันเนี่ย ต่อไปทำในรูปแบบบังคับนะ บางที่หัวร้างคางแตก ก็แล้วแต่กรรม เพราะในความจริงแล้วก็เป็แบบ อ.พูดเมื่อเช้านะครับว่าเป็นระบบที่ต้องเข้ามาดูแลอย่างเร่งด่วน แต่ปัจจุบันก็ปล่อยให้มันอยู่อย่างธรรมชาติ อย่างนี้ถึงเป็นอย่างนี้นะครับ สุดท้ายท่านก็ได้แนะนำบริหารจัดการเครือข่าย การส่งต่อผู้ป่วยในระดับต่างๆซึ่งผมคิดว่าการมองระดับนกมันก็จำเป็นถ้าไม่อย่างนั้นก็คงมองไม่เห็นความแตกต่างของบริการปฐมภูมิ ชัดเจน ทุติยภูมิ ก็จะไม่เกิดขึ้น ตติยภูมิจะมองไม่เห็น แต่ผมคิดว่าถ้าเรามองอย่างนก 4 ปีผ่านมาแล้วก็หันกลับมาทำเพื่อคอแพคเคจ ฉะนั้นต้องทำที่เค้าแนะนำอย่างนี้เสร็จปั๊บ เราก็จะเลยจุดเล็กจุดน้อยในแต่ละท้องถิ่นที่ อ. แนะนำเมื่อเช้านะครับว่า ทุกอย่างเป็นไปตามความหลากหลายของท้องถิ่นนั้นๆ แล้วถ้าคำพูดด้านซ้ายเนี่ย มันจะมีท้องถิ่นแทรกอยู่ในนั้นอีก ฉะนั้นท้องถิ่นเป็นเรื่องที่เราต้องสนใจ อย่างใน PCU ต้องเป็นคนสนใจรายละเอียดเล็กๆน้อยๆ ถึงอยู่ได้ คราวนี้เรามองอย่างหนองมนเนี่ย ก็จะเป็นข้อได้เปรียบเพราะเราอยู่ใกล้ขีด ทุกหมู่บ้าน ทุกหลังคาเรือนเราก็จะมองเห็นหมดละ ฉะนั้นการเข้าใจ พื้นที่ทางวัฒนธรรม แล้วกันเป็นกลุ่มก้อนนี้ ผมว่าโจทย์นี้คุณหมอโกมาศ ให้แนวทางมา บางที่ใช้ได้ บางที่ไม่ถนัด แต่ทำงานทุกวันก็ไม่มีเวลาเดินไปสำรวจแล้ว แล้วก็ความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม สิ่งสำคัญที่พวกเราละเลยกัน เราทำงานเรื่องสุขภาพมากๆเนี่ย เราก็นึกแต่เรื่องสุขภาพ เรื่องการศึกษาช่างเค้า เรื่องสิ่งแวดล้อมข้างมันเถอะ สิ่งพวกนี้เราละเลยแล้วเราก็เสียโอกาสในการทำบางอย่างไปอีกอันหนึ่ง อีกอันหนึ่งที่เราละเลยอยู่แล้วคือความเชื่อศาสนา แล้วก็เริ่มดูแลสุขภาพในท้องถิ่น วิธีทำก็อย่างนี้ครับที่ ด่านซ้าย เป็นเมืองปิดเป็นเมืองที่สงบสุขมาก คือประวัติศาสตร์ท้องถิ่นถูกเขียนโดยคนนอก แล้วเอามาหลอกหลวงให้คนในท้องถิ่นได้เรียนแล้วเป็นประวัติศาสตร์จินตนาการ คนด่านซ้ายที่มีประวัติศาสตร์ ชัดเจนกลับละเลยพวกนั้นไป รากที่เคยมีอยู่ถูกตัดหมด ก็เลยให้คนในท้องถิ่นเขียนประวัติศาสตร์ ขึ้นเอง ก็เลยให้ชมรมผู้สูงอายุ เขียนประวัติศาสตร์แล้วผมเป็นคนเรียบเรียง

นพ.เอกชัย หมายความว่าเรียนรู้อะไรที่เรารู้โดยไม่ต้องลงไปเก็บเอง

นพ. ภักดี

พระอาจารย์ต้องให้ชาวบ้านฟังตนเอง พอเขาเสร็จก็มาสั่งให้เรา พอเขียนเสร็จแล้ว ผลที่อยากได้ข้อแรกคือให้ชาวบ้านเรียนรู้อะไรที่ตัวเองให้เห็นความเปลี่ยนแปลงชัดๆในช่วง 50 ปีแล้วก็ทำเป็นหนังสือให้ทุกคนได้เรียนรู้ว่าเค้าเป็นยังไงบ้าง

นพ.เอกชัย ได้เรียนรู้อะไรที่เรารู้ ทำให้คนท้องถิ่นเกิดประโยชน์อะไรบ้างครับ

นพ. ภักดี

แรกสุดเลยคือด้านซ้าย ตั้งบ้านอยู่ริมแม่น้ำ เป็นสังคมเกษตร วิถีชีวิตเขาผูกพันกับแม่น้ำ ฉะนั้นสุขภาพกับแม่น้ำเลย ก็เลยคิดว่าวิธีที่จะเชื่อมแม่น้ำกับสุขภาพ จริงๆแล้วโรงพยาบาลด้านซ้ายก็มีระบบบำบัดน้ำเสีย แต่เราก็มองว่าแม่น้ำหมัน ซึ่งไหลผ่านกลางเมืองด้านซ้าย ไปดูลุ่มน้ำห้วยหลวง ก็เลยตั้งกลุ่มอนุรักษ์แม่น้ำไปชวนเด็กนักเรียนมัธยม ที่มีความรู้วิทยาศาสตร์พอสมควร โดยใช้ซอฟต์แวร์มีชื่อว่านักสืบสายน้ำน้อยให้เค้าเรียนวิทยาศาสตร์กันจริง ๆเลย จะมีตัวชี้วัดทางชีวภาพ กลุ่มนี้ตั้งขึ้นเราก็มองเทศบาลเข้าร่วมด้วย กลุ่มนี้ก็รีพอร์ตให้เทศบาล ปรากฏว่าคุณครูที่เรียนอยู่โอ้วมันทำได้ด้วยหรือ จริงๆแล้วเนี่ยเราต้องผลักดันเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพให้กระจายออกไปให้หมดอย่ามาทิ้งที่เรา นี่ก็เป็นตัวอย่างหนึ่ง คือการให้ชุมชนได้เรียนรู้ มันไม่สำเร็จในสองปี แต่มันถ่ายทอดรุ่นลูกต่อไปเลย คนเหล่านี้ถ้าเป็นตัวแทนท้องถิ่นเค้ามีประเด็นอยู่ในใจฝังแน่นนอน เพราะฉะนั้นเรื่องที่กรมอนามัยทำอยู่ภาคนี้เองมันก็เกิดขึ้นได้ อีกอันพอเราเรียนรู้อะไรที่ชาวบ้านเห็นได้ชัดเลย เมื่อก่อนที่ด้านซ้ายที่วิถีไม่มี ไม่ต้องอ่านหนังสือคู่มือการเกษตรก็ไม่มี โรงเรียนก็มีแค่ชั้น ป.4 ป.7 คนก็อยู่กันได้แล้วเค้าถ่ายทอดกันได้อย่างไร ถ่ายทอดเรื่องสุขภาพได้อย่างไรถ่ายทอดการเกษตรได้อย่างไร เรามีกระบวนการอย่างนี้หมดเลย ด้วยสภาพแวดล้อมอย่างนั้น คนเค้าพอเพียงกับตรงนั้น วิถีชีวิตมันทำให้คนถ่ายทอด ความดี ความรู้สึกดีต่อกันมาตลอดแต่ยุคหลังที่วีเข้ามาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การถ่ายทอดที่ดีๆเหล่านั้นขาดตอนไป สื่อให้ไม่ค่อยได้ผล สรุปชาวบ้านมีปัญหาเรื่องการเรียนรู้ การส่งต่อ และการสะสมความรู้ การสะสมความรู้เลยต้องลองคิดว่าลองใช้กระบวนการเรียนรู้โดยใช้หนังสือเป็นสื่อได้ไหมพอตอนนั้นโรงพยาบาลทำโครงการส่งเสริมให้อ่านหนังสือกันโดยให้หนังสือนิทานกับครอบครัวในโรงพยาบาลก่อนคิดว่าได้ผลเลยขยายไปครอบครัวใน PCU ให้หนังสือนิทานไปอ่านกันก็ได้ผลอยู่ 2,3 ปี โครงการนี้ผลพลอยได้คือสร้างพ่อแม่ให้อ่านหนังสือเป็นแต่จุดประสงค์จริงๆแล้วคือให้พ่อแม่มีความสุขกับลูกน้อยโดยมีหนังสือเป็นสื่อหวังไกลๆว่าเด็กเหล่านี้จะมีพัฒนาการถูกพัฒนาการทางสมองซึ่งจากที่เราทำวิจัยไปด้วยเด็กพวกนี้มีพัฒนาการดีนะคับ นี่ก็อันหนึ่งที่ได้เรียนรู้จากท้องถิ่น อีกอันเรื่องวัฒนธรรมที่ด้านซ้าย ในงานบุญพระเทศน์เป็นการให้กำลังใจคนที่ออกไปทำมาหากิน จากนี้คนด้านซ้ายจะเข้าไปทำงานกันเจออีกที่ก็งานบุญปราสาทผึ้ง เราพบว่าช่วงนี้คนจะเป็นห่วงมากช่วงนี้ถ้าใครเจ็บออกๆแอ๊ดๆชาวบ้านที่ด้านซ้ายเค้าจะมีการแบ่งปันกันมีการแบ่งข้าวให้ครอบครัวที่ผอมแห้งแรงน้อยทำงานไม่ไหวเอามาไปให้กิน ใครมีควายพันธ์ดี ๆ ก็มาแลกผสมพันธ์กันแต่สิ่งที่ได้เรียนรู้จากชาวบ้านคือวัฒนธรรมเหล่านี้มันถูกซ่อนในท้องถิ่นถ้าเราดูแล้วมีประเด็นใดเกี่ยวกับสุขภาพเราต้องหาทางเชื่อมโยงพอเราเข้าใจประเด็นสุขภาพก็จบอย่างนี้ อย่างภาพนี้เป็นกล่อมเนื้ออ่อนแรง ให้มาโรงพยาบาลหน้า มากายภาพทุกวันแกก็ไม่มาพอไปเยี่ยมบ้านแกนี่ละเลย แกทำรีสอร์ทที่บ้านมีทางเดินไปยุ่งข้าวพบว่าคนเราต้องการ โปรตีนที่ดีทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจสุดท้ายต้องไปจัดกับข้าวบ้าน จะมีสารพัดหม้อ อันนี้เป็นหม้อเฉพาะทางเรื่องจิตวิญญาณ เวลาคนจะตายจะเกิด จะทำอะไรก็จะไปปรึกษาหม้อคนนี่ สุดท้ายได้บทเรียนจากพ่อหม้อเหล่านี้ แกเป็นตัวอย่งที่ดีกับสุขภาพคือที่จะทรงได้ต้องถือศีล8 เลยมองว่าเวลาโรงพยาบาลโฆษณาส่งเสริมสุขภาพต่างๆ คนในโรงพยาบาลทำตัวดีแล้วหรือยังเลยเอาสิ่งเหล่านี้มาใช้ในโรงพยาบาลทุกจุดในโรงพยาบาล ปรากฏว่าทุกหน่วยในโรงพยาบาลสามารถ ครีเอทงานได้สุดท้ายเราก็ได้เข้าใจเรื่องความสุขสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่เราต้องไปเรียนรู้เค้า นี่เป็นบางประเด็นที่ต้องเรียนรู้ว่า วิธีการเข้าไปเรียนรู้ท้องถิ่นเนี่ย ให้คนท้องถิ่นเขียนประวัติศาสตร์ มันจะมีอะไรเล็กๆอีกหลายจุดเลย ถ้าเราขยายไปจะพบว่าปัญหาเรื่องสุขภาพลงไปสู่คนอื่นเยอะเราก็มองไปที่ตัวเองถนัดมากขึ้น จ. จะเห็นว่าวิทยาการพูดมามีแก่นที่เหมือนกันอยู่เท่าที่ถอดออกมาได้ อันแรกจะมีจุดเปลี่ยนความคิดตัวเองจากวิธีเดิมแล้วเปิดกว้างออกไป ซึ่งอยู่ที่การทบทวนพอหลังจากการทบทวนแล้วมุ่งไปสู่ความคิดเรื่องสุขภาพแบบใหม่และทุกท่านได้ไปสร้างเสริมการเรียนรู้และเรียนรู้จาก

ชาวบ้าน และการเรียนรู้แบบนี้จะต่างกับที่เรียนมาเพราะมันเรียนรู้ด้วยใจ ด้วยความเป็นเพื่อน ความรักที่อยากจะทำอะไรให้ดีขึ้นอย่าง และการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ชุมชนชุมชนถึงไวใจศรัทธาซึ่งส่งผลให้ทำงานได้ดี ท้ายที่สุดคนทำรวมทั้งชาวบ้านด้วยคือทำให้พึ่งตัวเองได้ สุดท้ายเลยทุกท่านมีความสุขกับการทำงานและเชื่อมความคิดนอกกรอบไปกับการทำงานปกติได้

ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมแสดงความเห็น

คำถาม ถามคุณธีรพลว่า ทำไมเราต้องเป็นทุกข์กับสถานการณ์ จริงกับหน่วยเหนือที่เรากำลังหาการจัดการจัดการกับหน่วยเหนือว่าทำไมไม่กำหนดนโยบายจากสถานการณ์จริง

คุณธีรพล ครับผมก็เคยตั้งคำถามนี้ไว้เหมือนกัน

นพ.ภักดี เราต้องเข้าใจเรื่องนกเพราะข้อมูลที่เบื้องบนได้ต้องยอมรับว่าเป็นข้อมูลที่ไมครบถ้วนหรือข้อมูลเท็จก็ว่าได้ เมื่อไหร่จะอยู่บนความเป็นจริง คิดว่าไม่ต้องเป็นห่วงเลยตรงนี้นั้นเป็นธรรมชาติ

คุณสัมฤทธิ์ การที่เราให้คนอื่นเปลี่ยนแปลงอาจยากกว่าที่คนทำงานเรียนรู้แล้วก็เปลี่ยนแปลงที่จะอยู่ให้ได้จากตรงนั้นนะ คะ ถ้าไปดูที่เคาต์ดาวน์ไว้จะเห็นว่าถ้าจะปลูกพืชให้เตรียมดิน ถ้าจะกินต้องเตรียมอาหาร ถ้าจะพัฒนาการต้องเตรียมคน ถ้าจะพัฒนาตนเองต้องเตรียมใจถ้าจะพัฒนาใครให้พัฒนาที่ตัวเองก่อน ที่สำคัญที่สุดจะพัฒนาอะไรก็ติดถ้าจิตเราไม่พัฒนา

นพ.เอกชัย เห็นด้วยกับหมอ ภักดีเพราะข้อมูลที่ข้างบนได้ก็มาจากข้างล่างก็ต้องดีด้วย เพราะคนในกระทรวงก็มีคนที่มีความเจตนาที่ดีอยู่ แต่เนื่องจากข้อมูลที่เขาได้รับมีอยู่เท่านั้นก็ทำให้คิดแบบนั้นเมื่อไหร่ที่เราสวมกันได้อย่างพอเหมาะนั้นก็ไปด้วยกันได้แสดงความคิดเห็น

คุณธีระพล ขอบคุณครับ การเปลี่ยนแปลงที่ผมเก็บสะสมไว้และเริ่มมั่นใจว่า ผมเห็นการเป็นภาวะผู้นำของตัวชาวบ้านเองเป็นกลุ่มของเด็กที่ได้กล่อมเกลามาในตัวของผู้ใหญ่ในขณะนี้สามารถขับเคลื่อนได้แล้ว

คุณสัมฤทธิ์ การเปลี่ยนแปลงเป็นธรรมชาติถ้าเราทำให้เค้าพึ่งตัวเองได้ จะเห็นถึงศักยภาพของเขาออกมา เราอย่าไปยึดติดกับกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เราอย่าไปหลงกับความสำเร็จว่าเห็นเขาพึ่งตนเองได้แล้วก็ปล่อยเขาไปไม่ได้ดูว่าคนเหล่านี้เปลี่ยนแปลงไปได้เงินจาก NGO ไปโน่นไปนี่กลับไปชุมชนถูกปฏิเสธจากคนในชุมชน เพราะเริ่มทำตัวไม่เหมือนกับคนในชุมชน การเตรียมคนรุ่นใหม่ต้องให้เขาร่วมเรียนรู้ จากรุ่นพ่อแม่เค้าอย่างต่อเนื่องหรือไม่ได้เข้าร่วมก็ต้องเห็นวิธีการ และเราก็ต้องคอยมองว่าคนเหล่านี้จะต้องพัฒนาตาม ๆ กันมาเพื่อที่จะให้เค้ามาชดเชยคนรุ่นที่จะต้องจากไปโดยธรรมชาติ ถ้าชุมชนพึ่งตนเองได้เขาก็จะสามารถเรียนรู้วิธีการจัดการหาคนมาพัฒนางานเค้าต่อไปได้

นพ.เอกชัย การเปลี่ยนแปลงก็คือความจริง แต่เปลี่ยนแล้วจะดีแบบเดิมไม่ตอบไม่ได้ อย่างตอนที่หมอออกมา มีคนถามผมเสนอว่าแล้วที่โรงพยาบาลจะเป็นยังไงผมก็ตอบว่ามันเปลี่ยนแน่ แต่ผมก็เชื่อมั่นว่าเจ้าหน้าที่ผมเนี่ยเค้าดีพอที่การเปลี่ยนแปลงเนี่ยมันจะ...ความดีมันเหลืออยู่การทำงานรูปแบบกิจกรรมมันอาจจะเปลี่ยนก็ไม่แปลก อย่างคุณสัมฤทธิ์หรือคุณหมอภักดีเองพยายามจะสร้างคนรุ่นใหม่เริ่มจากเด็กและเยาวชนตรงจะป่วยชะลอความเปลี่ยนแปลงที่มันตกต่ำลงได้ถ้ามีคนรุ่นใหม่มาเสริมอยู่เสมอ วิทยาการคงได้ตอบคำถามคนที่ถามแล้วนะครับ เวลาล่วงเลยมาพอสมควร ผมอยากจะรักษาเวลา ผมขอขอบคุณทุกท่านที่ฟัง ณ.นี้ แล้วก็อยากให้คุณวิทยากรทั้ง 3 ท่านด้วยครับ

สาระการประชุมห้องย่อยที่ 4
การจัดบริการปฐมภูมิรูปแบบที่หลากหลาย

ผู้ร่วมอภิปราย

นายแพทย์รชชาติ ปัตยะบุตร
โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา
นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ
โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา
นายแพทย์อมร รอดคล้าย
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
นายแพทย์พรชัย พิกุลทองอำไพ
คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
เภสัชกรศิริพร จิตรประสิทธิ์ศิริ
โรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา
นายแพทย์สันติภาพ ไชยวงศ์เกียรติ
โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท
กรุงเทพมหานคร
ดำเนินการอภิปรายโดย
นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ

นพ.รชชาติ ปัตยะบุตร

โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา

ผมอยู่ที่โรงพยาบาลรามันมา ๒๐ ปี อ.รามันมีประชากรประมาณ ๘ หมื่นกว่าคนส่วนใหญ่ ๙๕% นับถือศาสนาอิสลาม วัฒนธรรมที่นั่นต่างจากที่อื่นโดยสิ้นเชิงและแตกต่างจากมุสลิมในพื้นที่อื่นของประเทศด้วย ในฐานะของ PCU โรงพยาบาล ก็พยายามเรียนรู้เรื่องของศาสนาของบทบัญญัติต่างๆของคนที่นี่เพื่อปรับระบบการบริการให้สอดคล้องกับชีวิตและความต้องการของคนที่นี่

มุสลิมหรืออิสลามกล่าวไว้ว่า"อิสลามคือวิถีแห่งความครบถ้วนและสมบูรณ์ในการดำรงชีวิต" นั่นหมายถึงอิสลามทุกคนยึดถือศาสนาอิสลามเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต บทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุหลอ่านว่าไว้อย่างไร มุสลิมต้องปฏิบัติตามนั้นทั้งหมด ต่างจากศาสนาอื่นเช่นศาสนาพุทธที่ใช้เป็นเพียงแค่ว่ายึดเหนี่ยวทางใจ ซึ่งในบทบัญญัตินั้นได้กล่าวไว้ทุกเรื่องแม้กระทั่งเรื่องเศรษฐกิจและสังคมการปกครอง ดังนั้นไม่ว่าเราจะไปพัฒนาด้านใดใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ก็ต้องเรียนรู้คัมภีร์ในบทบัญญัติไว้บ้างเพื่อที่จะจัดระบบบริการให้เป็นที่พึงพอใจของคนที่นี่ มุสลิมจะต้องปฏิบัติหลัก ๕ ประการอย่างเคร่งครัด ถ้าไม่ปฏิบัติตามจะถือว่าผิดกฎศาสนาอย่างรุนแรง

การละหมาด ต้องละหมาดอย่างน้อยวันละ ๕ เวลา ซึ่งมีเวลากำหนดชัดเจนถ้าไม่สามารถละหมาดในเวลาที่กำหนดได้ต้องไปละหมาดทดแทน ในโรงพยาบาลชาวบ้านจะไม่ยอมให้น้ำเกลือเพราะน้ำเกลือทำให้เขาละหมาดไม่ได้วิ่งบางที่โรงพยาบาลก็ต้องปรับระบบ บางทีก็เป็นเรื่องเล็กน้อยแต่เป็นเรื่องที่ซีเรียสถ้าเราไม่เข้าใจวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของเขา โรงพยาบาลใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้จะจัดให้มีศาลาละหมาดไว้สำหรับผู้ป่วยหรือญาติ

เรื่องการถือศีลอดก็ถือเป็นบทบัญญัติที่มุสลิมต้องปฏิบัติแม้ว่าจะเจ็บป่วยก็ตาม แต่ในบทบัญญัติก็มีข้อยกเว้นสำหรับคนที่ร่างกายอ่อนแอ ถ้าในบางคนทีเคร่งก็จะไม่ยอม ดังนั้นเราจึงควรดัดกิจกรรมที่หนักๆ การเจาะเลือด การฉีดยา ในช่วงที่มีการถือศีลอด การสั่งยาต้องมีการปรับเปลี่ยนเช่นยาลดน้ำตาล ๓ เวลา ก็เปลี่ยนเป็น ๒ เวลาเช้า-เย็นแทน

การไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ นครเมกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย ถือว่าเป็นสิ่งสูงสุดในชีวิตครั้งหนึ่งของคนที่เกิดมาเป็นมุสลิม เราจะพบอยู่บ่อยๆว่าคนป่วยหรือมีอายุมากแล้วยังอยากที่จะไปซึ่งในประเทศไทยจะต่างกับที่อื่น ส่วน

ใหญ่ที่ไปจะเป็นผู้สูงอายุส่วนในบุรีใน สิงคโปร์ ส่วนใหญ่จะเป็นคนหนุ่มสาว เนื่องจากมาตรฐานดีกว่าและมีการเตรียมพร้อมที่ดีกว่า เราต้องให้การฉีดวัคซีน มีการเตรียมยาต่างๆให้พร้อม ให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัวเมื่อไปถึงที่นั่น

มุสลิมถือว่าร่างกายเป็นของขวัญของพระเจ้า หมายความว่า การบริจาคโลหิต บริจาคอวัยวะจึงถือเป็นการผิดหลักของศาสนา เรื่องการชันสูตรศพ การผ่าศพก็มีปัญหา การตายก็จะมีสภาพสมบูรณ์เหมือนตอนที่ได้รับจากพระเจ้า ซึ่งคนที่ต้องปฏิบัติใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคตอนพยายามเรียนรู้เพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข

การเป็นโรคหรือหายจากโรคก็เป็นสิ่งที่พระเจ้ากำหนด หมอและพยาบาลเป็นเพียงแค่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น การที่จะเป็นหรือตายนั้นได้ถูกกำหนดแล้วจากพระเจ้า ผู้ป่วยหนัก ๆ จึงมักจะปฏิเสธการรักษา ถ้าหมอรักษาไม่ได้ก็จะขอเอาคนไข้กลับไปนอนตายที่บ้านนี่คือตัวอย่างที่เราเจอทุกวัน

เรามีปัญหาหญิงมีครรภ์ไม่ไปคลอดที่โรงพยาบาลค่อนข้างเยอะมาก ส่วนใหญ่จะนิยมคลอดกับหมอผดุงครรภ์ที่บ้าน เพราะคลอดที่บ้านมีความอบอุ่น มีญาติพี่น้องมาช่วยดูแล มีผู้ใหญ่ในชุมชนมากล่าวคำอาซานแรกคลอด เด็กไม่ต้องถูกเจาะเลือด ไม่ต้องถูกแยกอยู่ห้องเด็กอ่อน ความเชื่อเหล่านี้ยังมีอยู่จะอย่างไรให้เขามาเข้ากับเครือข่ายสุขภาพของเรา ก็ได้นำเขามาฝึกอบรมให้ความรู้ให้เข้าใจในบริบทของโรงพยาบาลสมัยใหม่ให้มากขึ้น ให้มารู้จักกับบุคลากรในโรงพยาบาลเวลามีปัญหาที่มาหาคนไข้ พยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน เราไม่อยากให้เขารู้สึกว่าโรงพยาบาลน่ากลัว พาไปชมห้องคลอดอธิบายว่าทำไมต้องเจาะเลือดแม่ตอนฝากครรภ์ ทำไมต้องตรวจปัสสาวะ มีประโยชน์อะไร ห้องคลอดของเรามีมิชชั่นไม่มีผู้ชายเข้าไปเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง หาโปรแกรมขึ้นมาทำให้เขารู้สึกดีกับโรงพยาบาล เช่นมาฝากครรภ์ ๔ ครั้งมอบไข่ ๑ ตะกร้าเป็นการแทนคำขอบคุณ จัดให้มีพิธีทางศาสนาได้ มีผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลมากล่าวอาซานให้ ให้ญาติสามารถเข้ามาให้กำลังใจ ในห้องคลอดได้ ต้องพยายามให้เขามาคลอดที่โรงพยาบาลให้ได้เพราะ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้มีอัตราการตายของแม่และทารกมากที่สุด พยายามให้เจ้าหน้าที่สื่อสารภาษาท้องถิ่นได้ จัดให้มี Exit Nurse มีหน้าที่จัดการปัญหาทุกอย่างให้จบในโรงพยาบาลอย่าให้คนไข้เอาปัญหากลับไปบ้านด้วย

มีคำกล่าวในอิสลามกล่าวว่า "การตายมิได้เป็นที่สิ้นสุดหรือเป็นจุดสุดท้ายของชีวิตหากแต่เป็นจุดเริ่มต้นของการที่มนุษย์จะก้าวไปสู่ชีวิตที่แท้จริงและนิรันดร์" ซึ่งมีนัยสำคัญว่ามุสลิมจะไม่ยึดติดกับความทุกข์ในชาตินี้โลกนี้ แต่ความตายเป็นจุดเริ่มต้นไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิตเป็นเหมือนจุดเริ่มต้นของการมีชีวิตที่สมบูรณ์แบบในสรวงสวรรค์ เขาเชื่อว่ามนุษย์จะไม่กลับมาเกิดอีกแล้ว ซึ่งเรามองได้หลายแง่ในแง่ของความรุนแรงว่าทำไมจึงมีระเบิดพลีชีพเรื่องสุขภาพทำไมเขาไม่ยอมรักษา นี่คือนิสัยที่ฝังแน่นทุกคนที่จะไปปฏิบัติตามที่นั่น

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนตายควรเปิดโอกาสให้ญาติมาอ่านคัมภีร์อัลกุรอานให้ฟัง การเก็บศพโดยปกติต้องเก็บประมาณ ๒ ชั่วโมงแต่อิสลามต้องจัดการให้เร็วที่สุด ซึ่งก็ยังขัดกันอยู่ดังนั้นถ้าเราเข้าใจถึงวิถีชีวิตของพวกเขาจะทำให้เราปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น

นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ

โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา

จากประสบการณ์การทำ Primary Care มา ๑๐ ปี สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการเปลี่ยนแนวคิดของคนทำงานในระบบ เราเสียเวลาไป ๑ ปีเต็มที่มาเรียนรู้ด้วยกันและเน้นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ หัวใจของมันเป็นอยู่ตรงที่ว่าเป็นสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ เราจะแบ่งเป็น ๒ ส่วนคือฝั่งตนเองและฝั่งบริการ เราให้ระบบบริการปฐมภูมิเป็นจิ๊กซอร์สำคัญ คนที่ทำงานตรงนี้ต้องมีความภูมิใจให้เขาเห็นว่าตัวเองมีความสำคัญอย่างไรที่จะเชื่อมต่อระบบบริการและระบบที่เราอยากจะทำให้เกิดขึ้นในระยะยาวคือการฝั่งตนเองซึ่งมีสิ่งที่ต้องเตรียมคือ

การขึ้นทะเบียนที่ผ่านมาเราต้องยอมรับว่าเราบังคับชาวบ้านให้เลือกตามเขตปกครองของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งแบ่งตามหมู่บ้านตำบล ถ้านอกเขตก็ต้องมีระบบตามจ่ายกันแต่ทางเทพาเราจะใช้วิธีที่ ๒ บวกกับวิธีที่ ๓

เราจะรับหรือขึ้นทะเบียนสมาชิกก็ต่อเมื่อเราไปหาเขา ก่อน โดยต้องออกไปเยี่ยมบ้านทุกบ้านก่อนไปบอกว่าเราจะจัดระบบบริการอย่างไร แล้วนำไปผนวกกับวิธีที่ ๓

ให้เขาเลือกเอง เราใช้ GIS เอาแผนที่ทั้งอำเภอมาและส่งคนไปสำรวจพื้นที่ด้วย คอนเซ็ปของการเลือกสถานบริการ ไม่ใช่เลือกเมื่อป่วย เลือกที่ใกล้และเดินทางสะดวกที่สุด

เราใช้เวลาทำแบบนี้ ๑ ปีเต็มเพื่อให้ นายอำเภอ เจ้าหน้าที่ ชาวบ้านเข้าใจ เรายังทำ GIS ทั้ง Secondary Care และ Tertiary Care ด้วยรวมไปถึงจังหวัดข้างเคียงด้วย

หัวใจของการจัดการบริการคือการเตรียมคน ทั้งฝั่งผู้ให้บริการและฝั่งผู้ใช้บริการซึ่งต้องใช้ทั้ง Knowledge และตัวที่สำคัญคือ Attitude เพราะเป็นงานที่ทำยากและใช้พลังกำลังมาก ต้องเดินเยี่ยมทุกบ้าน เพื่อรับสมาชิก ทำข้อตกลง เรื่องเวลาเปิดเปิด จาก GIS เราพบว่ามีจุดบอดอยู่ ๓ ที่ต้องตั้งใหม่ซึ่งจะเน้นให้ตั้งอยู่ในชุมชนให้ใกล้บ้าน

อีกประเด็นหนึ่งคือ PCU ตั้งอยู่ด้วยตนเองไม่ได้ต้องเชื่อมประสานกับหน่วยบริการในระดับสูงกว่า ทางเราจัด Green Channel ช่องทางด่วนคือถ้ามาจาก PCU แล้วมีการส่งต่อจะไม่มีภาระต้องได้รับการตรวจเลย ทำให้ ชาวบ้านเห็นว่าโรงพยาบาลก็ให้ความสำคัญกับ PCU

สรุปโดยแนวความคิดของเทพา

- อยากให้ตั้งอยู่ใกล้บ้าน
- ให้ประชาชนเป็นคนเลือกสถานบริการ
- มีทีมงานที่มีคุณภาพ ควรทำได้หลายเรื่อง
- มีชาวบ้านเป็นศูนย์กลาง

นพ.อมร รอดคล้าย

โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ปัญหาที่เราพบส่วนใหญ่คือการหลากหลายที่มีอยู่ ความสำเร็จของการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอยู่ที่เรานำยุทธศาสตร์ของการบริการสุขภาพปฐมภูมิไปใช้ โดยที่สามารถดำรงอุดมการณ์ไว้ให้มากที่สุด ๒ ด้านคือความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการบริการประชาชน

ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น

พญ.ชลดา จากโรงพยาบาลขอนแก่น หัวข้อเดียวกันในเรื่องของเขตเมือง PCU คือการเรียนรู้ตลอดชีวิตถ้า PCU ที่ไม่มีแพทย์จะทำอย่างไรดี?

นพ.อมร ก็ต้องมีนักศึกษาแพทย์ปฏิบัติงานอย่างน้อย ๑ วัน มีแพทย์ในเวลาราชการอย่างน้อย ๑ วัน มีพยาบาลไปเยี่ยมบ้านเน้นการส่งเสริมป้องกัน เน้นดูแลพวกที่อยู่ห่างไกล

คุณสุชาติ สิมาชัย พยาบาลวิชาชีพ ที่สอ. มีแค่ ๒ คนอยากทำเหมือนที่อื่นแต่ทำไม่ได้ ไม่มีบไม่มีคน เยี่ยมบ้านก็ไม่ได้ เวลาจะเขียนรายงานก็ไม่มีอะไรให้เขียน ทำอย่างไรดี?

นพ.สุวัฒน์ ต้องสวดมนต์ไปก่อน ต้องพยายามพึ่งตนเอง รายงานนั้นเขียนเขียนไปเลยก็ได้ แต่คุณต้องตอบให้ได้ว่าปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ของคุณคืออะไร เราต้องเปลี่ยนความคิด เราทุกคนมีไฟมีศักยภาพในตัวเอง

นพ.รชชาติ การทำงานในส่วนที่เป็นชุมชน ถ้าเรามีเครือข่ายก็ทำให้การทำงานง่ายขึ้น พยายามเรียนรู้วัฒนธรรมชุมชนแล้วนำมาพัฒนาเพื่อสร้างความสุขทั้งผู้ให้และผู้รับ

นพ.พรชัย พิกุลทองอำไพ

คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรณีศึกษาศูนย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หัวไทร ผมอยู่ที่หัวไทรมาเป็นเวลา ๘ ปีแล้ว อำเภอหัวไทรเป็นอำเภอใหญ่พอสมควรการกระจายบริการด้านสุขภาพยังไม่ดีพอ ตอนแรกๆเราเห็นว่าเราจะขยายการรักษาพยาบาลลงไปยังไรดี เพราะเรายังทำได้ไม่ทั่วถึง โรงพยาบาลก็อยู่ห่างจากตลาดประมาณ ๔ กม. และในตัวตลาดก็ไม่มีสถาน

บริการของรัฐ เราจึงคิดว่าต้องขยาย PCU ลงไปที่ตลาดด้วย พอตีว่าทางเอกชนคือรวมแพทย์หัวไทร ซึ่งเป็นหนึ่งในสองแห่งของคลินิกเอกชนในตลาดที่เปิด fulltime

พอนโยบาย ๓๐ บาทมาคนก็มาที่โรงพยาบาลเยอะ เราส่งพยาบาลวิชาชีพไปตาม PCU ต่างๆประมาณ ๑๐ คนเพื่อไปช่วยเจ้าหน้าที่อนามัยด้วย แต่ก็ยังไม่เพียงพอโรงพยาบาลก็ยังคงต้องรับเยอะอยู่ จะตั้งให้โรงพยาบาลเป็น Secondary ก็ทำไม่ได้ ก็เลยมาคุยกันว่าจะทำยังไงดี

ซึ่งทางรวมแพทย์เองก็มีความคิดว่าอยากจะมาเข้าร่วมด้วย ผมเองตอนนั้นเป็นประธาน คปอส. ทางอนามัยเองก็ไม่เห็นด้วยบอกว่าเปลืองเงิน ทางเอกชนก็ขาดงบประมาณ แล้วเราจะทำอย่างไรให้บริการทั่วถึง เรามีบุคลากรแค่นี้ ถ้ามันไม่พอก็ต้องให้เอกชนช่วย ถึงแม้ว่าเหมือนกับต้องเอาเงินไปจ้างเอกชนแต่ผู้ที่ได้รับประโยชน์ก็คือประชาชน จึงทำเรื่องเข้า คปสอ. และเข้า CUP Board การที่เอกชนจะเข้าร่วมได้มี ๓ ลักษณะคือ

๑. เป็น CUP ไปเลยเหมือนกันโรงพยาบาลใหญ่ๆรับทั้ง Primary และ Secondary

๒. แบบคลินิกชุมชนอบอุ่น มีทั้งการรักษาและการส่งเสริมป้องกันเข้ามาด้วย

๓. เป็น PCU ซึ่งศึกษาดูแล้วไม่มีเอกชนรายไหนอยากมาเข้าเป็น PCU กับภาครัฐ

ก็มีเพียงหัวไทรที่เดียว ซึ่งอาจจะไม่ได้รับการสนับสนุนจากทั้งภาครัฐและสปสข. ถึงแม้ว่าจะได้รับรางวัลในปี ๔๕-๔๖ แต่ก็ไม่มีการสนับสนุนมา การนำเข้าคปสอ. ยากที่สุดเพราะว่ามีข้อขัดแย้งกันมากมายเช่น เอกชนรับเท่าไร เขาได้รับเท่าไร ต้องอาศัยความยืดหยุ่นค่อนข้างมาก และต้องชี้แจงกับทางอนามัยเดิมว่าจะมีบางหมู่บ้านเข้าร่วม PCU ของเอกชน

ทำไปได้ ๒ ปีได้บทเรียนหลายอย่าง อย่างแรกคือจำนวนผู้ลงทะเบียน โดยช่วงแรกให้ทางรวมแพทย์หาลูกค้าเองก่อนแต่ก็ไม่เข้าเป้า ระบบการรายงานข้อมูลของรัฐก็มีปัญหามากมาย ก็ต้องมีการแลกเปลี่ยนความรู้กันในเรื่องแบบฟอร์มรายงาน การจัดสรรงบประมาณของ CUP มีขั้นตอนเยอะยุ่งยากจนเอกชนไม่ชอบ ผู้บริหารยังขาดความเชื่อมั่นที่จะทำงานร่วมกับเอกชน ชาวบ้านบางคนก็คิดว่าถ้าไปที่รวมแพทย์แล้วจะกลับมาที่โรงพยาบาลไม่ได้จึงต้องแก้ปัญหาด้วยการทบทวนประชาคมในหมู่บ้านที่เรากำหนดให้ไปอยู่กับรวมแพทย์ไปเป็นการโปรโมท ทางรวมแพทย์เองก็ส่งอสม.ไปร่วมไปโมชันบ้าง ก็มียอดเพิ่มขึ้นแต่ก็ยังไม่ถึงเป้าที่กำหนด

โดยสรุปแล้ว PCU เอกชนที่จะเข้าร่วมกับเครือข่ายของรัฐคงไม่เหมือนกันทุกที่ แต่เราเองก็มีงบจำกัดที่จะจัดสรรให้ ทาง PCU เอกชนก็ต้องเข้าใจระบบการทำงานของภาครัฐเป็นอย่างดี ต้องเข้าด้วยความตั้งใจจริง ไม่ได้มาแสวงหากำไรเพราะหาได้ยากมาก ต้องมีทีมที่มีประสิทธิภาพและจำนวนที่เหมาะสม

CUP ของภาครัฐที่จะบริหารเครือข่ายเอกชนได้ จะต้องมาจากหลายๆส่วนจากในพื้นที่ ต้องมี ภาครัฐ ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ตัวแทนเอกชน มีระบบบริหารที่ดีมีประสิทธิภาพตรวจสอบ บริหารงานโดยมุ่งเน้นผลงาน มีระบบด้านการจัดการด้านข้อมูล รายงานไม่ยุ่งยากเกินไป มีทีมงานคุณภาพและประสานงานที่ดี มีเวทีให้ประชาชนร่วมเสนอแนะ ตรวจสอบและประเมินผล

CUP หลายๆแห่งอาจคิดว่าเป็นการสิ้นเปลืองที่ต้องไปจ่ายเงินให้เอกชน แต่ประชาชนก็จะได้รับความสะดวกสบายขึ้น ซึ่งในปัจจุบันทางรวมแพทย์หัวไทรได้ออกจากระบบ ๓๐ บาทไปแล้วทางเราก็พยายามช่วยแต่ก็มีข้อจำกัดมากมาย เราจึงให้เขาไปต่ออยู่ในเวทีของคลินิกอบอุ่นที่มีข้อดีกว่าหลายอย่าง

กฤษฎิ์พร จิตรประสิทธิ์ศิริ

โรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา

- การปฏิรูประบบบริการยาและสุขภาพให้ส่งเสริมการมีสุขภาพดี

จุดเริ่มต้นของโครงการนี้คือเราได้เห็นปัญหาในหมู่บ้านมีปัญหาเยอะแยะ แล้วเราก็อายุจะแก้ปัญหาร้านยาในอำเภอทุกร้านไม่มีเภสัชกรอยู่ร้านจริงมีแต่ชื่อ ทำให้ชาวบ้านไม่ได้รับความคุ้มครองในด้านนี้ทำให้ไม่มีความปลอดภัยเกิดขึ้น จากการวิเคราะห์ดูที่ อ.สนามชัยเขต ชุมชนมีการเกาะกลุ่มกันเข้มแข็ง มีองค์กรต่างๆเยอะเช่น กลุ่มเกษตรกร กลุ่มออมทรัพย์ จึงคิดว่าน่าจะมีทางเป็นไปได้

ห้องยาชุมชนก็คือร้านยามาตรฐานของชุมชนต้องมี

๑. ต้องมีเภสัชกรประจำตลอดเวลา
๒. มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพดีและการใช้ยาที่เหมาะสมในชุมชน
๓. ให้บริการในราคาที่เหมาะสม ตามธุรกิจยุติธรรม
๔. มีระบบประกันคุณภาพยา มีการบันทึกติดตามการใช้ยา

วัตถุประสงค์ทั่วไปของห้องยาชุมชนคือ ปฏิรูประบบยาให้คุ้มครองผู้บริโภคและส่งเสริมการมีสุขภาพดี
หลักการของห้องยาชุมชนมีเยอะแต่อันหนึ่งที่นำมาเสนอคือระบบการบริหาร การจัดการระบบไตรภาคีคือการมี ๓ ภาคี
ประกอบด้วย

๑. ภาคีภาครัฐ
๒. ภาคีภาคประชาชน
๓. ภาคีของเภสัชกร

โดยจะโหวตเสียง ๒ ใน ๓ ก็จะเป็นเสียงที่ชนะ ตอนนี้อยู่ที่ อ.สนามชัยเขตเป็นห้องยาชุมชนแห่งเดียวในประเทศไทย การก่อตั้งในตอนแรกมี ผอ.โรงพยาบาลชวนไปทำ หลังจากนั้นก็ไปขออนุมัติจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
หลังจากผ่านแล้วก็มีการสำรวจความเห็นประชาชน จากนั้นก็มีคณะกรรมการจัดตั้งเริ่มต้นมี ๒๕ คนมีเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลอยู่ประมาณ ๕ คนและอีก ๒๐ คนคือคนจากชุมชนแท้ๆ

ต่อมาก็จะระดมทุนเหมือนกับการขายหุ้นแต่จะพยายามหลีกเลี่ยงคำว่า"ขาย" จะใช้คำว่า"แบ่งปัน" ให้ผู้มีรายได้
น้อยมีโอกาสเข้าถึงร้านยา ถ้าไรที่จะได้ก็คือสุขภาพดีไม่ใช่แง่ของเม็ดเงิน ซึ่งข้อนี้ต้องตกลงกันให้ชัด เริ่มต้นด้วยสมาชิก
เข้าร่วม ๕๔๓ คน ได้เงินทุน ๒๔๘,๐๐๐ บาท จากนั้นก็ประชุมผู้ถือหุ้นเพื่อเลือกตั้งคณะกรรมการ เปิดบริการครั้งแรก
๒๔ มิถุนายน ๔๔

สิ่งที่ห้องยาต้องทำในเบื้องต้นคือให้การรักษาในเบื้องต้น ให้ผู้ป่วยและผู้บริโภคมีสิทธิเลือกในการใช้ยาตัวไหน
ที่ไม่จำเป็นหรือมีอันตราย มีการจัดทำทะเบียนประวัติการป่วย ผู้รับบริการต้องได้รับคำแนะนำเรื่องความปลอดภัย
ทางเลือกอื่นๆนอกจากการใช้ยา การป้องกันไม่ให้เป็นอีก การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการศึกษาและเฝ้าระวังการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน แหล่งข้อมูลที่สำคัญก็คือผู้ใช้บริการ
และการทำทะเบียนประวัติ จากนั้นก็จะนำข้อมูลมาเข้าประชุมกับคณะกรรมการบริหารเพื่อตัดสินใจว่าจะหยิบยกปัญหา
เรื่องไหนมาแก้

ตัวอย่างปัญหาที่พบ

- ขอซื้อยาให้สัตว์ พบบ่อยมาก บางครั้งสัตวแพทย์แนะนำให้มาซื้อ
- เป็นแล้วไม่หาย กลับมาซื้อเรื่อยๆ
- การใช้ยาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์

นพ.สันติภาพ ไชยวงศ์เกียรติ

โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท กรุงเทพมหานคร

- คลินิกชุมชนอบอุ่นและการส่งเสริมสุขภาพในคลินิก

เราผูกพันกับ สปสช.โดยตรง มีอยู่ทั้งหมด ๑๕ แห่ง อยู่ในโรงพยาบาล ๒ แห่ง ภายนอกโรงพยาบาล ๑๓ แห่ง
กระจายตัวกันอยู่ คนที่มาคลินิกเพราะ ใกล้บ้านและเขาสามารถเลือกได้ด้วยตัวเองในคลินิกจะมีคน ๓ ประเภทที่เข้ามา
ได้คือ

๑. โอนจากในกม.ด้วยกัน
๒. พกสิทธิ์ว่างคือยังไม่มีบัตร ๓๐ บาทเราก็จับมาเข้ากับเรา
๓. มาจากต่างจังหวัดมาอยู่กม.นานก็แนะนำให้ย้ายมา

เรามีปัญหาอยู่ ๓ แห่งก็คือ Exclusive หมายความว่าเรารับมา ๖๐๐ บาทอีก ๗๐๐ ให้ Secondary ไปซึ่งถ้ารวมทั้ง ๑๕ สาขาจะต้องจ่ายให้ Secondary กับ Tertiary ทั้งหมด ๕ ล้านบาท

ด้านบุคลากรต้องมีน้อยที่สุดเท่าที่จะมากได้ มีแพทย์ ๑ คนทำงานวันละ ๑๐-๑๒ ชม. ล้วนก็เป็น Part time พยาบาล ๒ คน ผู้ช่วยพยาบาล ๓ คน ไปเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์อีก ๑ คน มีทันตแพทย์อีก ๑ คนและนักศึกษาอีก ๑ คน ข้อมูลทั้งหมดจะถูก Online มีกล้อง Teleconferences ให้แพทย์ ๒ โรงพยาบาลช่วยกันตัดสินใจและเก็บข้อมูลทั้งหมดที่ฝ่ายการแพทย์

เข้าไปในคลินิกจะเจอนักศึกษาก่อนเหมือนกับเป็นห้องรับแขกพอตรวจเสร็จก็กลับมาพบกับนักศึกษาอีกครั้ง ดังนั้นนักศึกษาจะเป็นหัวใจของคลินิก ทุกเคสที่มาครั้งแรกจะให้พบนักศึกษาก่อนพบหมอ ถ้าเป็นเคสก่อนๆก็จะแบ่งออกเป็นกลุ่มๆเช่น เบาหวานกับความดัน ตรวจเสร็จก็รวมกลุ่มกันแล้วนักศึกษาก็มาให้ความรู้ ถ้าว่างก็จะส่งออกไปหาผู้ลงทะเบียน

จุดเด่นของคลินิกจริงๆก็คือทันตกรรมเพราะว่ามีทันตแพทย์ทุกวัน แต่ก็ไม่ค่อยมีคนมาทำฟันจริงๆที่ทำฟรีหมดที่ทำให้อยู่ได้จริงๆคือประกันสังคมและคนไข้เงินสด

มีการทำ External P&P ทุกสาขาโดยมีโรงพยาบาลเป็นหัวแม่ใหญ่ ตั้งบริษัทชื่อ Virtual Hospital P&P ทำหน้าที่ทุกอย่างนอกโรงพยาบาล ไปเยี่ยมบ้าน จัดกิจกรรมความรู้ข้างนอก เต้นแอโรบิก โยคะ แพทย์ทางเลือก

ผู้อภิปรายสรุป

ภญ.ศิริพร หัวใจสำคัญที่สุดของ Primary Care คือชาวบ้านทำอย่างไรเขาถึงจะมีความสุขได้ แต่ละคนมีบทบาทของตนเองอยู่แล้ว แต่จะใช้บทบาทของเราอย่างไรที่จะเสริมทีมให้ทุกคนอยู่เย็นเป็นสุขได้ในมุมมองของสุขภาพ

นพ.พรชัย การมีส่วนร่วมบริการยิ่งไ้ก็มามีที่สิ้นสุด ถ้าชาวบ้านยังขาดความรู้ ก็เกิดปัญหาแบบนี้อยู่ตลอดเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขจึงต้องไปให้ความรู้ว่าการจะดูแลสุขภาพไม่ใช่เรื่องยากอะไร

นพ.สันติภาพ หัวใจของความประทับใจในการให้บริการคือ

๑. ตั้งอยู่ในที่ชุมชน
๒. รูปลักษณ์ดี
๓. รวดเร็วไม่ต้องนั่งรอ
๔. แพทย์ต้องอธิบายให้คนไข้เข้าใจได้ทุกเรื่อง
๕. ถ้าเป็นโรคที่รักษาไม่ได้ ก็ส่งไปยัง Secondary

บทเรียนและการจัดการสิ่งสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ (ส่วนที่เป็นสถานีนอนามัย)

ผู้ร่วมอภิปราย

คุณสกวรัตน์ เหมือนละม้าย

PCU โคกสลุง จังหวัดลพบุรี

คุณนิตยา หาญรักษ์

สถานีนอนามัยตำบลหนองบัวน้อย จังหวัดหนองบัวลำภู

คุณสุวรรณา เมืองพระฝาง

สถานีนอนามัยตำบลนาบัว จังหวัดพิษณุโลก

คุณยงยุทธ สุขพิทักษ์

PCU เขาพระบาท จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้ดำเนินการอภิปราย

คุณสุรเดช เดชคุ้มวงศ์

คุณสกวรัตน์ เหมือนละม้าย

PCU โคกสลุง จังหวัดลพบุรี

ทำงานมาตั้งแต่ปี ๓๘ ถูกส่งมาลงสถานีนอนามัย ตอนแรกก็รู้สึกทำไมเราต้องลงมาทำงานแบบนี้ แต่ด้วยความรู้สึกที่ว่าเราอยู่ที่ไหนก็ทำงานได้ การทำงานของเราคือเรื่องทันตกรรมแต่บทบาทหน้าที่ของเราคือต้องลงไปทำหน้าที่ส่งเสริม พอลงไปทำแล้วไม่ใช่แค่นั้นเขาต้องการเรื่องของการรักษามากกว่า ตอนแรกๆก็มีปัญหาเพราะว่าเจ้าหน้าที่สอ.ทุกคนมองว่าเราต้องทำได้ทุกอย่างไม่ใช่แค่ทำฟันอย่างเดียว ซึ่งเราก็เข้าใจระบบและพยายามเรียนรู้กับเพื่อนร่วมงาน เวลาที่เราไปประชุมกันเราอยู่คนเดียวก็พอทำแทนได้ แต่ถ้าบางส่วนเราทำไม่ได้ก็ต้องพยายามอธิบายให้ชาวบ้านเข้าใจว่าเราเป็นทันตภิบาลถ้าเรื่องอะไรที่ซับซ้อนมากๆและไม่มีเจ้าหน้าที่อยู่ก็ให้ไปโรงพยาบาล แรกๆชาวบ้านไม่เข้าใจพอลงไปอยู่มาเขาก็เริ่มเข้าใจว่าเราเป็นทันตภิบาล เรามาทำฟัน การจ่ายยา การรักษาพยาบาลง่ายๆ ถ้ามีเจ้าหน้าที่คนอื่นอยู่ด้วยก็พอทำได้ พอทำงานผ่านไปเรื่อยๆก็รู้สึกว่ายากทำงานรักษา อยากให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมและช่วยเหลือตัวเองให้มากขึ้นแล้วก็เริ่มลงพื้นที่ในทันที เริ่มจากโรงเรียนก่อนเพราะรู้สึกว่าเป็นพื้นที่แรกที่เรามาเข้าไปได้ง่ายและได้รับความร่วมมือจากทางโรงเรียนเป็นอย่างดีถือว่าประสบความสำเร็จพอสมควรมีการสอนสุขภาพในโรงเรียนด้วย เวลาถึงงานจัดอบรมทางโรงเรียนก็ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ต่อมาเหมือนมีการพัฒนาขึ้นมาเรื่อยๆเราก็เริ่มรู้สึกว่าถ้ารอให้สถานีนอนามัยช่วยเหลือตัวเองก็คงไม่ไหว ก็เลยเริ่มเข้าหา อบต. ส่วนใหญ่ก็คือ อสม.เก่า สอ.มีความสัมพันธ์กับ อสม.ค่อนข้างเยอะ พอ อสม.เปลี่ยนเป็น อบต.เขาก็จะเข้าใจบทบาทของเราเวลาขอความสนับสนุนเขาจะให้เรา ทำให้รู้สึกว่าเราไม่ได้ทำงานโดดเดี่ยว เวลาทำงานจะออกไป ๒ คนตลอดจะไม่ออกไปคนเดียวจะทำให้ได้ ๒ งานเช่นไปวัดความดันเราก็ได้ตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุด้วย ทำให้ผลงานของเรามีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย ไปเป็นทีมชาวบ้านชอบให้หมอออกมาแบบนี้ เพราะไม่ต้องเดินไปสถานีนอนามัยส่วนใหญ่ที่มาสถานีนอนามัยก็คือคนแก่ จะเห็นว่าเราไม่ได้งานด้านทันตสุขภาพอย่างเดียวเราทำงานด้านสุขภาพทุกมุมมองด้วย

คุณนิตยา หาญรักษ์

สถานีนอนามัยตำบลหนองบัวน้อย จังหวัดหนองบัวลำภู

จริง ๆแล้วเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เคยปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น แล้วทำเรื่องย้ายไปอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน ห่างจากบ้านประมาณ ๑๖ กิโลเมตร พอติมีรุ่นน้องของที่ สอ.ลาไปศึกษาต่อก็เลยขอย้ายไปอยู่ สอ. ก็เกิดเรื่องปั่นป่วนขึ้นเป็นอย่างมากเขาไม่เข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้น ไปอยู่โรงพยาบาลไม่ดีกว่าหรือ แต่เราอยากไปทำจริงๆเหตุผลไม่ใช่แค่ออกไปอยู่บ้าน การที่ได้กลับบ้านนั้นเป็นผลกำไร อยากไปช่วยเติมเต็มสิ่งที่สอ.ขาด อยากพิสูจน์ความรู้ที่ตัวเองเรียนมา ต้องยอมรับว่าเจ้าหน้าที่ สอ.ไม่ได้อยากได้พยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลที่ซีใหญ่ๆ เงินเดือนสูงๆ จากประสบการณ์ที่ตัวเองได้พยายามต่อสู้เพื่อให้ได้มาอยู่ สอ.วิเคราะห์ว่าเขากลัวอะไร

๑).กลัวเราไปเป็นหัวหน้า

๒).กลัวการเปลี่ยนแปลง กลัวว่าเรามาแล้วจะไปเปลี่ยนการทำงาน

อีกเรื่องก็คือเรื่องเงินแต่ก็มีปัญหาไม่มาก แต่พยาบาลในพื้นที่ส่วนใหญ่ที่ไปอยู่ใน สอ. ก็ไปเป็นหัวหน้าจริง ๆ รับสองเก้าอี้ทั้งหัวหน้าและพยาบาลวิชาชีพ สุดท้าย PCU ก็ไม่ได้ทั้งพยาบาลวิชาชีพและยังเสียหัวหน้าไปอีกคนนี่คือเหตุการณ์จริง เวลาเราไปอยู่ก็ยากเหมือนกันต้องไปนั่งจับเข่าคุยกับ สสอ. ว่าเราอยากมาทำงานจริงๆ ความก้าวหน้าของเรามีอยู่แล้วคือการสอบผู้ชำนาญการพยาบาลในสายผู้ปฏิบัติงาน การเป็นหัวหน้าไม่ใช่ความก้าวหน้าของเรา แล้วก็มาคุยกับน้องในพื้นที่ว่าที่มาเพราะอยากมาจริงๆ สัญญาเลยว่าจะไม่มาเป็นหัวหน้า และที่นี้ก็เป็นบ้านพี่เราต้องช่วยกันแรกๆ เขาก็ไม่มั่นใจเท่าไรก็ต้องพิสูจน์ตัวเองเหมือนกัน จากนั้นก็ทำงาน ทำงานมากจนเหมือนกลัวจะไม่ได้ทำอีก พอมีโครงการมาเราก็มานั่งคุยกัน พอทำไปซักพักก็มีปัญหาชาวบ้านไม่ยอมตรวจกับหมออีกคนบอกว่าหมอนี้ตรวจไม่ดี เราไม่ได้อยากได้ยินคำนี้ พอดีมีโครงการ PCU ในฝันเราก็ทำโครงการส่งไปแต่ก็ไม่ได้เงิน แต่ได้กำไรตรงที่เราได้คุยกันว่าเราอยากได้อะไร สรุปได้ว่าเราไม่อยากได้ยินหมอนี้ดี คนนี้ไม่ดี อยากได้ยินว่าหมออนามัยเราดีแล้วเราก็ตช่วยกันน้องอีกคนตรวจไม่เก่งแต่ทำเอกสาร บริหาร การเงิน และประสานงานเก่ง ทั้งเบิกยาจัดหาครุภัณฑ์เงินเหมือนเรานั่งเฝ้าหน้า ชาวบ้านก็เริ่มถามว่าหมออีกคนไปไหน? ถ้าคนไหนอยู่ก็ต้องชี้แจงว่าไปไหนเช่น ออกไปหายา วัคซีนมาให้พวกเรา

หนึ่งปีผ่านไปมีคนมาชวนกลับไปอยู่โรงพยาบาลเราก็ไม่ไป มีหมอให้กลับไปช่วยงานก็ตอบไปว่า หมอจะขอช่วยคุณหมอข้างนอกเถอะ อยู่ข้างนอกช่วยคุณหมอได้เยอะมากกว่า อย่างน้อยก็กันคนไข้ก่อนถึงหมอ ถ้าดูจากผลงานเฉลี่ยเดือนละเกือบ ๑,๒๐๐ คน ถ้าเข้าไปอยู่โรงพยาบาลแล้วจะรู้สึกว่ามีประโยชน์อย่างนี้หรือเปล่า ที่ สอ. เป็นอิสระถ้าเราคิดจะทำอะไรเราจะทำได้หมด สามารถบูรณาการได้ว่าจะใช้ทรัพยากรอะไร วางแผนได้ครบวงจรสามารถคิดทำและประเมินผล เราคิดว่าเราเป็นที่พึ่งได้ รู้สึกอบอุ่นมั่นคง มีคนถามว่ามันอย่างไร การงาน ครอบครัวยังไง? มันเป็นความรู้สึกที่มั่นคงในจิตใจไม่ทราบจะอธิบายอย่างไรอย่างเช่นในงานศพเราจะเห็นขบวนแห่มีมากบ้างน้อยบ้าง ก็คิดถึงตัวเองว่าจะมีเยอะไหม แต่หลังจากที่มาทำงานที่ สอ. แล้วรู้สึกว่าจะต้องเยอะมากๆแน่นอน อยากทำให้มากที่สุดเพราะไม่รู้ว่าจะอยู่ไปได้ถึงเมื่อไหร่

คุณสุวรรณ เมืองพระฝาง

สถานีอนามัยตำบลนาบัว จังหวัดพิษณุโลก

สอ. ของเรามีทุนทางสังคมแต่เราไม่ค่อยได้ใช้ทุนตัวเอง เราเปิดสอ. ของเราเป็นพื้นที่สาธารณะใช้จุดเด่นของสอ. ที่หน่วยงานอื่นไม่มี ยกเว้น อบต. ที่เกิดทีหลังแต่ร่ำรวยขึ้นทุกวันแต่ สอ. เกิดก่อนแต่จนลงทุกวัน เราเป็นหน่วยงานเชิงรุกแต่รับมือกับที่เปิดให้ชุมชนเข้ามาใช้ทุกพื้นที่ของสถานีอนามัยในการทำกิจกรรมของชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเรามีอาวุธอยู่อย่างหนึ่งแต่ไม่ค่อยใช้ในการทำงานคือปาก พอตรวจคนไข้เสร็จก็คุยกับชาวบ้านเรื่องต่างๆ ด้วยเป็นการสร้างความคุ้นเคยด้วย ทำให้ชาวบ้านมาใช้พื้นที่อนามัยเรื่องอื่นๆ นอกจากความเจ็บป่วย

นำอีกงานที่น้องเขาได้ที่มีพื้นที่สาธารณะอย่างมัสยิด ซึ่งคนที่เข้าไปมัสยิดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีพลังกลุ่มคนทำงาน ผิดกับชาวไทยพุทธที่ส่วนใหญ่ที่เข้าวัดมีแต่ผู้สูงอายุเราจึงขาดพลังในส่วนนี้ เราใช้พื้นที่อนามัยเป็นพื้นที่สาธารณะเพื่อให้คนวัยต่างๆ เข้ามาทำงานด้วยกันเพราะฉะนั้นที่ สอ. จะไม่เหงานำทำทุกเรื่องไม่ว่ากับหน่วยงาน องค์กรไหนทำการะทั้งรับนักท่องเที่ยวต่างประเทศก็รับกันที่อนามัย แต่ใครจะมาทำอะไรกับเราคุณต้องบอกให้ได้ว่าชาวบ้านจะได้อะไรถ้าทำแล้วได้แค่เอกสารเพื่อเลื่อนซีเราไม่ทำ

เราพยายามผลักดันให้ สสมช. เป็นพื้นที่สาธารณะเพราะวัดไม่มีทุกหมู่บ้านขบวนการเรียนรู้จึงหายไป ส่วนหนึ่งที่ยับยั้งมาใช้คือส่วนของพลังศาสนาและความเชื่อ ซึ่งจะช่วยย่นเวลาในการเรียนรู้บริบทของชุมชนทำให้เรารู้วิถีชีวิตของคนที่นี่ การเข้าหาความเริ่มจากมักทายกวัดก่อนยังมีภักตยาเป็น อสม. จะยิ่งง่าย เวลาพระพูดคนจะเชื่อ

กระทรวงสาธารณสุขขอให้เราทำงานจากปัญหาแต่ที่นาบัวของเราจะกลับ เราจะเริ่มจากสิ่งดีๆ อีกจุดหนึ่งเราไปทำอนามัยสิ่งแวดล้อมทำให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมโดยการเชื่อมโยงกับการสร้างจิตสำนึกการรักถิ่น มีการคัดเลือกบ้านที่มีการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนดีเด่น ถ้าบ้านไหนผ่านการคัดเลือกในระดับตำบลหรือหมู่บ้านก็จะมีสิทธิรับนักท่องเที่ยวเครือข่ายที่ช่วยเราทำเรื่องสิ่งแวดล้อมโดยไม่รู้ตัวก็คือ ททท.

เราพบปัญหาไม่รู้ว่าที่อื่นเจอเหมือนกันหรือป่าว คนแก่กับเด็กพูดกันไม่รู้เรื่อง ที่เราทำเรื่องนี้เพราะในปี ๔๓ เยาวชนเราฆ่าตัวตาย ๒ รายติดกัน ทำให้เราต้องมาทบทวนว่ามันเกิดอะไรขึ้น เราพบว่าเวลาเด็กมีปัญหาไม่รู้จักปรึกษาใครเพราะพูดกันไม่รู้เรื่องจึงทำกิจกรรมให้คน ๓ วัยมานั่งคุยกันโดยใช้งานจรรยาบรรณที่มีอยู่เดิมมาเป็นเครื่องมือในการทำงาน

เรื่องของพลังความเชื่ออย่าไปโต้แย้ง ถ้าไม่เห็นด้วยก็ต้องมีวิธีอย่างนุ่มนวล แต่ถ้าเรารู้จักนำเอาพลังความเชื่อมาเกื้อหนุนในการทำงานเราจะได้รับการยอมรับและความไว้วางใจจะตามมา ส่วนใหญ่เวลาเข้าชุมชนเรามักจะเข้าหาแต่กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เราไปคุยกับคนทรงเวลาร่างทรงเข้าเขาจะบอกสิ่งที่เราพูดแทน อีกอย่างที่ใช้คือพลังจิตวิญญาณ โดยการสร้างทีมงานที่มีเวทีของเขาจริงๆ มีการทำงานเป็นขั้นตอนผ่านกระบวนการ เราใช้จิตสำนึกกระตุ้นเกิดมาเป็นพลังในการพัฒนามีกระบวนการสร้างความสุขเราพบว่าสังคมไทยสอนให้เด็กไทยเก่งวิชาการแต่ไม่เก่งเรื่องของตัวเองและของชุมชน เราจึงตั้งวงดนตรีผู้สูงอายุ ฝึกจินตนาการและสมาธิเด็กด้วยงานหัตถกรรมเครื่องปั้นดินเผา ให้เด็กมาอบรมการนวดเท้าเด็กก็จะกลับไปนวดปู่ย่าตายายที่บ้าน ทำเวทีวิชาการชาวบ้านทำให้ชาวบ้านเท่านั้นที่ขึ้นพูด

การสนับสนุนจากภาครัฐ CUP ให้กำลังใจเราแต่ไม่เคยให้เงิน คนก็ไม่ให้ เราพบว่าแพทย์จะด้อยเรื่องวุฒิภาวะ แต่สาธารณสุขอำเภอจะด้อยเรื่องวิชาการ สาธารณสุขอำเภอจะชอบตั้งแง่กับเรา แต่เราอย่าไปทำงานโดยยึดติดนายเป็นหลักเพราะจะทำให้เราคิดนอกกรอบไม่เป็น ให้คิดเสมอว่าเจดีย์ที่ยอดแหลมนั้นจะตั้งอยู่ไม่ได้ถ้าฐานไม่แน่น ความเป็นเครือข่ายทุกคนเป็นเจ้าของผลงานไม่ใช่แค่มีส่วนร่วม ทำ Healthy Thailand ให้เหมือนแองกีสัมจะสูตรใครก็สูตรมัน มีหลายวิธีที่จะไปถึงตรงนั้น

แหล่งทุนของเรา งบประมาณ CEO เรากี่ใช้ ส่งเสริมสิ่งแวดล้อม ทำ Home Stay สสส.เป็นแหล่งที่เติมฝันให้เรา จะเห็นว่าเราทำจากพื้นๆ จากสิ่งที่ทุกชุมชนมี เริ่มต้นจากค้นหาตัวเองให้เจอแล้วใช้พลังแก้ปัญหาด้วยตัวเอง

คุณยงยุทธ สุขพิทักษ์

PCU เขาพระบาท จังหวัดนครศรีธรรมราช

หมออนามัยทุกคนคือคนเก่งแต่พวกเขาถูกปิดกั้นทางแนวคิดและการปฏิบัติ ในการทำงานเราต้อง ปากดี ยิ้มง่าย ขาบริการ ประสานใจให้เป็นหนึ่งเดียว หัวหน้าจะต้องดูแลลูกน้องเหมือนกับลูก เรากินข้าวด้วยกันทุกวันเป็นการซื้อใจกันในการทำงาน มีการประชุม อสม.ทุกเดือน มีเลี้ยงกันทุกเดือน เอาเงินตัวเองออกเป็นการซื้อใจ แต่หากขาดการประชุมเกิน ๓ ครั้งจะถูกตัดออกจากการเป็น อสม. ในงานบริการต้องทำด้วยใจแต่ที่เน้นอยู่เสมอก็คือคุณภาพ list ข้อเสียของเราเอาไว้แล้วทุกอาทิตย์เราจะมีประชุม ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำงานทุกอย่างโดยแบ่งงานหลักเป็นเปอร์เซ็นต์มากน้อยและงานด้านอื่นรองลงมา อย่าทำให้ สอ.เป็นเนื้อสองก้อนต้องรวมกันให้ได้

งานชุมชนเราเยี่ยมบ้านโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง เราไม่ยากให้ตัดสินใจโครงการ PCU ด้วยเศษกระดาษ ด้วยการเขียนรายงาน เราต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของคนไทยให้ได้แล้วงานสาธารณสุขจะลดลง

ปัญหาที่ค้างคาใจคือการเป็น PCU เราถูกตัดจาก สสอ. เราถูกไล่ออกจากโรงพยาบาล ถามว่าเราอยู่ตรงไหน ใครจะโอบอุ้มเรา ความก้าวหน้าของ PCU อยู่ตรงไหน ท่านคิด PCU มาให้เราต้องเลี้ยงดูเรา อย่าให้เราต้องกัดก่อนเกลือกินเลย เราได้งบประมาณ ๔๕ มาสองล้านหกแสนแล้วลดลงเรื่อยๆจนปัจจุบันเหลือไม่ถึงสองแสน อยากให้เราร่วมมือเป็นหนึ่งเดียว เราต้องสร้างองค์ความรู้วิชาชีพหมออนามัยให้ได้เราจะได้มีสิทธิรับรองได้

ข้อคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุม

คุณสุชาติ สิมาชัย หลังจากทำอยู่โรงพยาบาลมา ๕ ปี ก็ลงมาอยู่อนามัย ที่อนามัยมีสองคน ถ้าวันไหนไปประชุมแล้วชาวบ้านมาไม่เจอหมอก็โดนร้องเรียน ตอนนี้ที่เครือข่ายกำลังขาดขวัญและกำลังใจ ในการทำงานส่วนใหญ่ต้องใช้เงินส่วนตัว รถส่วนตัวน้ำมันก็แพง อยากรู้ว่าสภาพพยาบาลวิชาชีพบุรีรัมย์รับส่วว่ามีพยาบาลวิชาชีพอยู่ในสอ. ค่าตอบแทนพันเดียวมันไม่พอและอยากให้น้องที่สอ. ได้เงินด้วย

คุณจุฬาลักษณ์ ณ.น่าน เห็นด้วยกับคนเมื่อกี้คืออยากให้น้องที่สอ.ที่เป็นระดับวิชาชีพและเจ้าพนักงานที่ได้เรียนต่อได้เงินเดือนด้วย ขอให้ สปสช. หรือผู้มีอำนาจช่วยแต่งตั้งพิจารณาให้ด้วย ส่วนวิธีของPCUเรคือจับกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. มาเป็น อสม.หมดเลย เพราะฉะนั้นมีอะไรเขาจะไม่ขัด การทำงานที่ซื้อใจชุมชนได้ถือว่าบรรลุไปกว่าครึ่งแล้ว

ผู้อภิปรายสรุป

คุณสกวรัตน์ พวกเราคือหมออนามัยเหมือนกัน ถ้าไม่ช่วยกันแล้วใครจะช่วยเรา

คุณสุวรรณา ก่อนที่จะทำให้คนอื่นมีความสุข ตัวเองต้องมีความสุขก่อนและต้องสนุกกับงาน

คุณนิตยา จริงๆแล้วพวกเรามีความคิด ความหวัง ความฝัน ขอรับรองอย่าสั่งพวกเราจนเราไม่มีความคิด ไม่มี ความหวัง ไม่มีความฝัน

คุณยงยุทธ ทุกอย่างอยู่ที่ใจ แม้ว่าร่างกายจะไม่ไหวแต่ถ้าใจไปแล้ว ก็สำเร็จไปเกินครึ่ง

บทเรียนและการจัดการสิ่งสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้ร่วมอภิปราย

คุณอุทัย นามวงศ์

โรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย

เภสัชกรยาพรรณ มั่นระโท

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

นายแพทย์เจษฎา พิชัยชุมพล

โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา

ผู้ดำเนินการอภิปราย

นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ

คุณอุทัย นามวงศ์

โรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย

ประสบการณ์ในการจัดปฐมภูมิ ตอนที่มี PCU ตอนแรกเลยก็เข้าใจว่าต้องมีหมอประจำ PCU ถ้าไม่มีก็มีพยาบาลวิชาชีพประจำใช้ไหมครับ ก็ต้องหมายความว่าเมื่อก่อนนี้ไม่มีพยาบาลวิชาชีพอยู่ใน PCU ปัญหาตรงนี้ก็จะมีอยู่ 2 ส่วนที่ทำงานผ่านมาก็คือ ส่วนหนึ่งก็คือปัญหาจากหน่วยงานเองว่าจะหาใครไปอยู่ ปัญหาที่ 2 ก็เกิดกับตัวเรา คือผมก็เข้าไปอยู่ในระบบด้วย ก็คือหน่วยงานเองเขาคิดแล้วว่าเราจะเอาคนไปยังไงผมก็โดนเอาไปด้วย คือก่อนหน้านี้ผมเป็นหัวหน้า ER ชั้น 1,500 ฝึคน้องมาก็เยอะเหมือนกันแต่วันดีคืนดี เมื่อ PCU เข้ามา เขาก็มาบังคับด้วยเชิญให้ไปอยู่กับ PCU ไปอยู่นานมาก่อน ก็กลายเป็นชั้น 1,000 ก็แปลกเหมือนกัน เริ่มแรกที่จะมี PCU ปัญหาที่ถือว่า เราจะเอาพยาบาลจากไหนไปอยู่ แหล่งของพยาบาลที่จะหาได้ก็คงเหมือนกันทุกที่ ก็คือ จากกลุ่มการพยาบาลเพราะในพยาบาลทั้งหมดของโรงพยาบาลก็อยู่ที่กลุ่มการพยาบาล ปัญหาคือคนที่เป็หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเอง คงจะเข้าใจดีว่าทั้งประเทศคงเหมือนกัน ก็จะให้น้อง 1 คนย้ายฟอร์ แลบนายเป็นเรื่องใหญ่โตกันทั้งโรงพยาบาลไม่ใช่เรื่องง่ายนี้ เราจะเอาเขาไปไว้ที่นอกโรงพยาบาล ไว้ที่สถานีอนามัย อยู่ที่ PCU ในโรงพยาบาลก็ตามกำลังจะตัดค่าตอบแทนเวร บ่ายดึกเขา ทั้งที่เขาใกล้ชอบ กำลังจะขึ้นเวรได้ตรงนี้ไม่ใช่ใครอยากมามีปัญหามากตัวผมเอง ผมอาจจะไม่ค่อยชอบ ขึ้นเวรด้วยส่วนหนึ่งแต่ผมอยู่ ER คือปกติผมก็ไม่ได้ขึ้นเวรบ่ายดึกอยู่แล้ว ก็คือภาพ PCU ตอนแรก เขาก็วางไว้ดูดี เหมือนกับผู้ใหญ่ใครๆ ก็ให้ความสำคัญ เราก็มองดูแล้วว่าคงจะไปโลดกว่าอยู่ ER เราก็เลยไปทำ นั่นก็คือปัญหาส่วนหนึ่งของ โรงพยาบาลก็ค่อนข้างหมดไป คือเราสามารถดึงพยาบาลออกมาได้ส่วนหนึ่ง อาจจะด้วยวิธีบอกว่า มันเป็นงานสำคัญนะ มันเป็นงานนโยบายมันเป็นสิ่งที่กระทรวงอยากเห็นอยากได้ให้มีคุณภาพ คุณคนไปทำก็น่าจะมีความสำคัญพลอยไปด้วยแล้วก็ไปในส่วนหนึ่ง ในส่วนที่ 2 คือ ก็ต้องมีค่าตอบแทนมาด้วย ไอ้ค่าสิ่งที่มีน่ายอย่างเช่น ค่าป้ายดึก คือคนที่อยู่โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เขาจะมีความพร้อม ยังอยู่ในวัยที่จะขึ้นเวรกันอยู่ พร้อมที่จะขึ้นป้ายดึก แล้วก็ทำงานโดยไม่ต้องขึ้น OT แค่อุ้ยป้ายดึกปกติ แค่นี้รวมค่าตอบแทน 1,500 - 2,000 อยู่แล้ว พอเราให้เขาไปอยู่ PCU มันก็หายไปตรงนี้เราต้องไปหาวิธีที่จะชดเชย ตอนแรกคนที่ไปอยู่เองก็ไม่อยากไป ต้องมีข้อแม้ต่างๆ เช่น ขอค่าเดินทางหน่อย พอไปอยู่เขาก็มองกลับมาในโรงพยาบาลเราไปอยู่ก็อยู่นานมัย ค่าเวรก็ไม่ได้คนที่อยู่ในโรงพยาบาลได้ค่าป้ายดึกมี OT ขึ้นกัน เพราะในโรงพยาบาลไม่มีคน เขาต้องหาคนมาแทน ก็เหมือนกับเราเป็นคนสร้าง OT แต่เรากลับไม่มีสิทธิไปเอาเพราะมันอยู่ข้างใน แล้วเราอยู่ข้างนอก ทั้งที่ก่อนหน้านี้ฉันก็เป็นหัวหน้าเธออยู่ ER ทำไมฉันไม่มีสิทธิ

ก็เรื่องประมาณ 1 ปีที่ผ่านมาเลยตกลงกันใหม่ ว่าไม่ว่าไม่มีใครยอมอยู่นานมัย ก็ใครที่อยู่นานมัยต้องเหมือนคนที่อยู่โรงพยาบาล เพราะฉะนั้นคนอยู่โรงพยาบาลฝ่ายพยาบาลเองห้ามห้วง OT จัด OT ให้ได้เท่าเทียมกัน คุณจะไปเอา OT นานมัยก็เอา แต่ว่าในโรงพยาบาลคุณเป็นคนของโรงพยาบาล OT ของทั้งโรงพยาบาลเท่ากันหมดไม่ว่าจะอยู่ตึกไหน แต่ว่าจะทำแบบนี้ได้ต้องตบตีกันยกใหญ่เหมือนกัน เพราะว่าของของใครก็หวง นั่นคือปัญหาของหน่วยงาน เหมือนจะไปได้ดีพอทำมาขนาดนี้ เริ่มแรกๆก็ไม่มีใครยอมไปเท่าไรก็ไปเป็นทีมก่อน ไปเป็นทีมสัก 3 คน ไปร่วมอยู่นานมัยแห่งหนึ่ง แต่เราประกันว่าเราจะมีคนไปช่วยอยู่ทุกวัน แต่ว่าทำเป็น 3 ทีม คนก็จะหมุนกันไป มี

หมู่บ้านรับผิดชอบชัดเจนมีงานรับผิดชอบชัดเจน แต่ว่าทำเป็น 3 ทีม เปรียบเสมือน 1 คน ทำไปได้สัก 1 ปี เขาก็เหมือนมันเหนื่อย มันหลายคน กว่าที่จะมอบหมายงานที่มันต้องคุยกัน 3 คน ไม่เหมือนคุยกับตัวเอง ว่าใครจะไปทำอะไร สุดท้ายตอนนี้น่าผ่านไปปีที่ 4 ตอนนี้เราก็ไม่มีแบบนั้นแล้ว ทุกคนส่วนใหญ่จะสมัครไปอยู่คนเดียวแรกๆก็บังคับ ตอนนี้น่าส่วนใหญ่ก็จะสมัครไปอยู่ ตอนนี้น่าก็เกือบประมาณ 12 คน ที่อยู่ PCU นอกโรงพยาบาลตอนนี้ปัญหาคือ PCU ในโรงพยาบาลก็ไม่มีใครอยากมาอยู่

ปัญหาที่สามารถแก้ได้ก็คือ ต้องกลุ่มการพยาบาลต้องเป็นตัวที่สำคัญเพราะมันเป็นกลุ่มที่มีคนเยอะที่สุดที่จะเอามาช่วยได้ และลักษณะของการหมุนเวียนของพยาบาล คือ มันหมุนไปหมุนไป คราวนี้น่าจะมีวันที่ off อยู่ ถ้าวันที่ off ถ้ามองไปเนี่ยบางอย่างก็จะไปอยู่เอกชนบ้างไปขายแอมแวร์บ้างไปอะไรบ้าง ผอ. ที่ถูกระดิงก็บอกว่าเอาเวลามาขายให้ผมก็ได้ ผมซื้อ 500 ต่อเวอร์พอร์ทแบบนี้เสร็จก็มีคนมาอยู่ในระบบของ PCU มากขึ้น เพราะฉะนั้นพยาบาลที่ถูกระดิงก็ไม่ต้องไปทำที่โรงพยาบาลเอกชนก็เอาเวลามาทำเอกชนของหมอเกรียงศักดิ์ ก็คือทำที่โรงพยาบาลเองคือหมุนกลับมาอยู่ในนี้ คือเวอร์ของเขานอกจากมีเข้า บ่าย ดึก ธรรมดา ก็จะมีเข้า บ่าย ดึก ออ เราเรียกว่าเวอร์ อรวิ ที่จริงคือเวอร์ออกหมู่บ้านเพราะฉะนั้นพยาบาล

ทุกคนก็เป็นพยาบาลใน PCU หมด และเราก็มีพยาบาลที่อยู่ PCU จำนวนหนึ่ง เพื่อจะคอย RUN งานไม่เช่นนั้นงานจะไปต่อเนื่อง แต่ว่าพยาบาลที่มาหมุน เขาก็มีหมู่บ้านของเขาชัดเจนพอถึงวันเขาจะไปออกหมู่บ้านของเขา แล้วก็มา link งานกับเราส่งงานกับเรา ก็จะมีพอที่จะแก้ไขปัญหาการขาดคนได้ส่วนปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเราเอง คือ ถ้าเราอยู่ตอนอยู่ ER เราก็มีหน้าที่ในงาน สกรีนหนึ่งมีผู้ป่วยสมมติว่าช่วงนี้เป็นไข้เลือดออกมามันเป็น box ของเราคือเราถูกส่งอบรมมา เราเรียนรู้มาแบบนี้ เราต้องทำรายงานส่งหมอ แต่พอเราอยู่ชุมชน ก็จะมีคนเปลี่ยนคำถามเราแล้วแหละว่าทำไมถึงมีโรคคือก่อนหน้านี้จะตอบคำถามว่าทำไมคนไข้อยู่ มีไข้ก็ให้พาราเซตตามันเป็น box แบบนั้นแต่พอเรากลับมาอยู่ PCU คำถามที่เกิดขึ้นกับเรา ก็เป็นทำไมพื้นที่คุณปล่อยให้มีไข้เลือดออก คราวนี้เรา จะตอบคำถามยังไงดี ก็เกี่ยวพันเกี่ยวเนื่องไปแล้วก็ไม่มีใครบอกทำแบบนี้แล้วจะไม่มีไข้เลือดออก นี่คือคำถามที่นางพยาบาล ที่อยู่

โรงพยาบาลเองออกไปแล้วไม่คุ้นเคย แบบว่าบางที่มีบัตรลูกน้ำต้องส่ง 100 % จะทำยังงัยก็ช่วง คือ โรงพยาบาลมันมีไข้ก็ถือมีไข้ให้พาราเซตตามันไม่ลด ก็คือรายงานกันแบบนั้น ก็ไปอินเวตติเกรทอย่างอื่น แต่พอไปอยู่ PCU บัตรลูกน้ำต้องส่ง 100 % ห้ามมีเหตุผลด้วยนะ ว่าทำไมครบมีเหตุผลได้แต่ไม่ฟัง ตอนแรกๆเราก็ได้ประมาณสัก 60 % ก็ถูกเพ่งเล็งอย่างใหญ่ตัวขึ้นบอร์ด ว่าทำไม PCU โรงพยาบาลถูกระดิงได้ 60 % เอง แล้วก็ไปถามจากพี่อนุมาลัยว่าทำยังงัย ถึงจะได้ 100 % พอรอบที่ 2 ยังไม่ถึงกำหนดเลยเราก็ได้ 100 % เหมือนกันแต่เรา 100 % เราออกหมู่บ้านนานแล้วเราจำได้ว่าหมู่บ้านไหนเป็นหมู่บ้านไหน เราก็มานั่งเขียนเองได้ นี่คือปัญหาที่เกิด conflict กับพยาบาลเองพอทำทำเหมือนจะไปได้สวย แต่ว่าระหว่างเดินทางมา 4 ปี ก็จะมีสาเหตุแบบนี้มาขึ้นคอลน คนที่ไปทำงานตลอดแล้วน้องเขาก็จะขอกลับด้วยเหตุผลต่างๆ ที่ปัจจัยภายนอกมาบังคับเรา พอเราทำแบบนี้ทางจังหวัดก็บอกว่าทำแบบนี้ไม่ใช่ PCU ไปนำทำไม คนที่ไปอยู่ก็มาถามพี่ๆให้หนูไปทำๆไม่เหรอ ดิจจังหวัดเขาไม่ได้ยอมรับเราไปอยู่ทุกอนามัยของเรานี้ปูพรมทั้งอำเภอเพราะฉะนั้นพยาบาลสัดส่วนต่อประชาชนทุกอนามัยจะเท่ากัน คือ อย่างน้อยจะมีวิชาชีพอยู่ 1 คน แล้วก็คิดเป็นอัตราประชากร ต่อเจ้าหน้าที่ทุกคนไม่เกิน 1 ต่อ 1200 เหมือนกันทุกพื้นที่ พอเราทำแบบนี้จังหวัดก็บอกว่า ทำไมไม่เลือกทำพอร์ทอย่างนั้นแล้วก็เป็นอย่างนี้ แล้วก็สับสนพอร์ทผ่านไปสักหน่อยก็บอกทุก PCU เป็นโรงพยาบาลก็ใจขึ้นขึ้นมาหน่อย แล้วก็ทำมาสุดสำหรับโดนตำมาตั้งนาน ก็เป็นสิ่งที่ถูกแต่เขาก็ตำเราไปแล้ว ก็สั่นคลอนอยู่แบบนี้ พอทำไปทำไปน้องเขาก็จะขอกลับอยู่เรื่อยๆ ตัวผมเองก็ขอกลับมาอยู่โรงพยาบาลเหมือนเดิม แต่ไม่ได้อยู่ ER แต่ไปอยู่ใน PCU ไม่ว่าคุณจะไปอยู่ในอนามัย หรือ โรงพยาบาล คุณจะได้ OT เท่ากัน ค่าตอบแทนที่ไปออกหมู่บ้าน อันนี้ก็จะมีการประเมินผลงานซึ่งเราก้ทำมา 2-3 ปีแล้ว จะเป็นแบบเป็นวิจัยแบบเชิงประเมิน เก็บข้อมูล มีการเก็บข้อมูล มีการสังเกต มีอะไรก็รวมทั้งหมด ออกมาก็จะเป็นมีเครื่องชี้วัดประมาณสัก 20 ปี 2 35 ปี 3 เกือบ 50 ตัว เครื่องชี้วัดผลของคนที่ไปหมู่บ้าน ทำ folders ได้สักเท่าไร เยี่ยม dm ได้กี่เปอร์เซ็นต์ทั้งหมดก็จะออกมาเป็นเปอร์เซ็นต์ แล้วก็จะมีค่า weight ค่ารายหัวไว้ให้ จะเป็นตามระยะทาง ตามความยากลำบากในการเดินทาง ตามจำนวนคนที่ดูแล

เภสัชกรยาพรรณ มั่นกระโทก

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

เภสัชมีหน้าที่อะไร เหตุการณ์ที่ทำให้เข้าไปร่วมงานใน PCU

“ฉันเคยฝันว่าสักวันคงมาถึง	วันที่ซึ่งทำงานในพื้นที่
ด้วยเชื่อมั่นการพึ่งตัวเองเป็นสำคัญ	ตัวบ่งชี้สุขภาพพี่น้องประชาชน
และแล้ววันนั้นก็มาถึง	วันที่ซึ่งมีบริการปฐมภูมิทุกหนแห่ง
รอบด้วยปรัชญาที่แนบยล	ฉันจึงกระโจนลงมาทำตามตั้งใจ”

เดิมตัวเองทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลสูงเนินนครราชสีมา ได้ทำงานกับพี่น้องชาวสถานีอนามัย เป็นเวลาร่วม 10 ปีซึ่งก็ได้เห็น นอกพื้นที่ของโรงพยาบาลมีอะไรอีกหลายอย่าง ที่เรายังไม่รู้เรายังไม่เห็น มีอะไรอีกหลายอย่างในเรื่องสุขภาพประชาชนที่ไม่ใช่แค่การรักษา ซึ่งที่ทำงานอยู่ในช่วงนั้นก็คือ เราก็ก้าวด้วยความสนใจ แล้วก็ก็มีทีมพี่น้องจากการที่ได้ลงไปทำงานตรงนั้นก็มีความคิดว่าเมื่อไรจะได้ลงมาทำจริงๆซักที เมื่อมีบริการปฐมภูมิเกิดขึ้นมาก็มามองดูว่างานเภสัชของเราเคยทำงานเภสัชกรรมชุมชน เพราะฉะนั้นงานตรงนั้นมันน่าจะปรับเข้ามาได้เพราะว่างานเภสัชกรรมชุมชน ของเราเป็นบทบาทวิชาชีพ เภสัชกรรมในบริการสุขภาพในระดับพื้นฐานในระดับปฐมภูมิ แล้วที่สำคัญมีทั้ง 2 ส่วนอยู่ด้วยกันทั้งเชิงรับเชิงรุก แล้วก็งานนี้ทำทั้งในสถานบริการและในชุมชน ซึ่งวัตถุประสงค์ของการทำงานด้วยเภสัชก็คือ เรื่องของการใช้ยาที่เหมาะสมในทุกระดับ คำว่าใช้ยาที่เหมาะสมก็มีคนสงสัยอีกว่า แปลว่าใช้ยาถูกต้องอย่างเดียวใช่หรือเปล่า ในความคิดที่เป็นหัวใจหลักของตัวเองตลอดมา ท่านหัวหน้ากลุ่มงานท่านให้การสนับสนุนเรื่องนี้อยู่ก็เรียกว่า ตรงส่วนนี้เป็นเพราะแรกที่ทำให้เรารู้สึกโล่งในการทำงานที่นี้ก่อนหน้านี้น้องเขาก็จะมีผลของการนิเทศสถานีอนามัย เราก็มารู้ปัญหาในการบริหารเวชภัณฑ์ปัญหาเรื่องการบริการมีปัญหามันปัญหานี้ แต่อย่างว่าโบราณเขาบอกว่า 10 ปากว่าไม่เท่าตาเห็น แล้ว 10 ตา เห็นไม่เท่ามือคลำ เห็นก็เห็นแล้ว คลำก็คลำแล้วมันเหลืออย่างเดียว 10 มือ คลำไม่เท่าลองทำเองโคราชเครือข่ายมหาราชดูประมาณ 2 แห่ง ตอนนี้เป็น 29 แล้ว มี PCU หลายแบบ PCU แบบแรกคือศูนย์แพทย์ชุมชนขยายงานมาเยอะแยะเลย แล้วก็ตรงนี้มีแพทย์ครบ 5 วัน มี PCU ประเภทที่มีแพทย์ไป 2 วันต่อสัปดาห์บ้างแล้วก็อันนี้เป็นส่วนที่อยู่ในส่วนของเครือข่ายมหาราช***เดิม จากนั้นเราก็คิดว่าในความเป็นจริงมันไม่ได้เกิดอย่างนั้นะ เราก็เลิก PCU อีก 2 แห่งขึ้นมายุ่งในความดูแลของสาธารณสุขอำเภอแล้วเราก็กองไปทำงาน ลงไปทำงานร่วมกับเขา การที่จะได้รู้ว่าเขาทำอะไรกัน เขามีปัญหาแบบที่นี้เทศจริงไหมปัญหาที่จะมีจริง แล้วจริงๆแล้วเงื่อนไขที่ทำให้เกิดปัญหาอะไรละ ที่ทำให้เกิดปัญหานี้มันก็ถือหัวใจสำคัญด้วยหัวใจที่คิดว่า เราไม่ได้ไปหาอะนะ เรากำลังจะไปมองว่า เราจะไปช่วยเขาทำอะไรได้บ้าง ซึ่งในตอนที่เราเข้าไปไม่ได้เข้าไปในฐานะของเภสัชกรผู้ยิ่งใหญ่ แต่เข้าไปในฐานะของ Staff หนึ่งของ PCU นี้เพราะฉะนั้นเมื่ออยู่ใน PCU หัวหน้า PCU ใหญ่สุด เพราะฉะนั้น เราคือทีมงานเดียวกัน ก็ได้เข้ามาสู่กระบวนการของ PCU เลย ซึ่งตรงนี้จากการที่ได้ลงไปทำงานใน PCU เราพบว่าจริงๆแล้ว งานเภสัชของเราเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยเลย หน่วยแรกที่เห็นชัด คือ ส่วนที่ 5 บริการก่อนกลับบ้าน ทุกหน่วยบอกว่าเภสัช มาจ่ายยาให้หน่อย เราบอกว่าเภสัชจ่ายยาไม่ได้หรอกที่ PCU เพราะไม่ได้มาที่ PCU ทุกวัน เพราะฉะนั้นอีก 29 วันหรืออย่างดีวันที่ไปวันอาทิตย์ละ 2 วัน เพราะฉะนั้นอีก 5 วัน ของ PCU ใน 7 วัน ไม่ได้ได้อยู่กับ PCU เพราะฉะนั้นไม่มีประโยชน์ เราต้องมาคิดกันใหม่ว่า ทำยังไงในการบริการ จ่ายยาที่เราเห็นกันเนี่ย มันมีประสิทธิภาพ คนไข้ของเราจึงได้รับยาอย่างถูกต้องเหมาะสม จากนั้นเราเริ่มจากจุดที่เขาสนใจก่อน จากนั้นพอไปถึงเรื่องของคำปรึกษา ก็ส่งมาแล้ว เภสัชตอนนี้คนไข้มารับยาใหม่ เภสัชช่วยให้คำปรึกษาหน่อย เอาอีกแล้วละก็บอกว่าถ้ามาทุกวันเนี่ยทำได้หมดเลยนะตอนอันนี้อาจจะมีคนรับคำปรึกษา 3 คน แต่ประชากรอีก 7,000 คนที่มาใช้บริการที่นี้จะทำยังไง เพราะฉะนั้นเราต้องมาช่วยกัน แต่ว่าตรงไหนมันเต็มกลืนแล้ว เราค่อยส่งกันเอาวันที่เรามา ตรงนี้ก็คือที่มาของการที่ได้ทำงานร่วมกัน และก็คิดงานร่วมกันซึ่งจากนั้นเราก็ได้ร่วมงานกัน เริ่มจากจดทะเบียนคัดกรองมีงานเภสัชอะไรบ้างเข้าไปเกี่ยวข้องอันนี้คือ เริ่มได้มีการคุยเริ่มกันแล้วว่าในกระบวนการหลักของเราเนี่ย เภสัชลองบอกซิว่ามันตรงไหนนอกจากที่เห็น 2 จุดแล้วเนี่ย มันน่าจะมีส่วนในการที่เภสัชจะเข้ามาช่วยเหลือ เราก็ก็นะเขียนคัดกรองของเราเนี่ยมีเรื่องของ ADR นะ โดยสรุปในเรื่องบริการหลักเรื่องของการส่งจ่าย ส่งจ่ายยาเราพบปัญหาเราพบตั้งแต่ว่า

มีการใช้ยาซ้ำซ้อนหรือผู้ป่วยมีการแพ้ยา แพ็กกลุ่มยาซัลฟารูรู้ว่าคนไข้เบาหวานไปรับยาที่นั่น เราจ่ายยาใกล้เคียงกันนะ ในบริการเยี่ยมบ้านส่งต่อ ส่วนที่เยี่ยมบ้านส่วนหนึ่งมาจากอยู่ใน CASE แต่อีกส่วนหนึ่งคนไข้ที่มา pod ของมหาราช เนื่องจากรายการยาบางตัวมันไม่มีใน PCU แล้วก็บางอย่างมันมีไม่ได้ด้วย เพราะฉะนั้นทางเรา มหาราช ก็มีข้อดีตรงหนึ่ง คือเภสัชทุกคนต้องรับฐาน PCU ด้วย เพราะ PCU ต้องมีการเชื่อมต่อกันและกัน ปัญหาที่เกิดขึ้นที่ PCU จะต้องนำมาซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นภายในเวิร์กได้ด้วย เป็นต้น เพราะฉะนั้นเราจะได้รับ CASE จาก pod ที่ตั้งแต่มีการใช้ยาเกิดปัญหา แล้วเขาไม่ได้ไปที่ PCU เพราะฉะนั้นตรงนี้จะมีการส่งต่อ CASE กัน แล้วไปเยี่ยมบ้านด้วยกันกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นต้น ในเรื่องของการสำรวจครอบครัวตรงนี้ พอเราลงไปกับเขา เวลา ลงไปดู เราจะลงไปดูว่าเขาจะใช้ยาถูกไม่ถูก แต่เราไม่ได้ดูว่ายาที่มีในหลังคาเรือนของเขามันเป็นยาอะไร เราพบยา ของเราพบยาชุด แต่เราไม่ได้พบแค่ปัญหา เราพบศักยภาพด้วย เพราะในความเป็นเภสัชสมุนไพรก็เรื่องของเภสัช ด้วย บ้านนี้มีฝรั่ง บ้านนี้มีตะไคร้ บ้านนี้มีมะขามเทศ เราก็จดมา จากองค์ความรู้ ต้องคิดรูปแบบการทำงาน ทำยังไง ถึงจะแก้ปัญหาในชุดนี้ได้ ถ้าแต่จะไปให้คำปรึกษาในวันเดียวคงไม่พอแล้ว จ่ายยาในวันเดียวคงไม่พอ เราเลยมาคิด รูปแบบในการทำงาน ว่ารูปแบบการทำงานของเรานี้มันต้องมี 2 ส่วน ส่วนแรกก็คือ เราจะทำยังไงให้พี่น้องที่อยู่ใน PCU ของเรามีความเชื่อมั่นในการทำงานด้านเภสัช ส่วนที่ 2 เราจะช่วยเขาอย่างไรในส่วนที่ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้อง ทางด้านยา โดยเราจะร่วมปฏิบัติงานด้วย โดยใช้วันสำคัญของเราหรือวัน D-Day ที่ลงไปทำงาน หรือกรณีพิเศษใช้ โทรศัพท์ติดตามตัวได้ อันนี้กรณีที่เราทำที่มหาราช นี่ก็คือ เราจะคิดกันว่าเราทำอะไรกันบ้างอันที่ 1 เราทำเรื่อง การสนับสนุน องค์ความรู้เราไปพบเรื่อง ระบบยาปัญหาที่เป็นปัญหาหลักตั้งแต่สมัยที่ทำงานปี 31 จนถึงปีนี้ จริงๆ แล้วที่ ไหนก็ไม่แตกต่างกันนั้นก็คือมียาขาดยาที่จะใช้ก็ไม่ได้ใช้ มียาเกินที่ไม่ได้ใช้ และก็ไม่ได้คิดจะใช้และต่อไปก็ Expiry ก็ขอ มาเปลี่ยนโรงพยาบาลก็มารับเพราะ Expiry เป็นเรื่องใหญ่โต เพราะฉะนั้นนอกจากมีผลกระทบต่อคนไข้ มีผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่เราอีก สดง. มาตรวจเรื่องคนไข้ขาดยาที่ยังพอทำสำเนา ยังพอไปขอยืมยาเขาได้ แต่ สดง. มาตรวจนี้ บอก สดง. เอาคนนั้นไปปรับผัดแทนฉันก่อนได้ไหม มันไม่ได้เพราะฉะนั้นเราก็มาคิดกันว่าอะไร การบริหารเวชภัณฑ์ของ พี่น้องเรามันสามารถและสามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ตรงนี้ได้ เราก็มีการจัดอบรม ซึ่งการจัดอบรมไม่ได้มีครั้งเดียว เป็นการปลูกความรู้ จากนั้นเราก็ไปติดตามและในปลายปีเราก็จะมีการประเมินการทำงานบริหารเวชภัณฑ์ของเรา ตั้งแต่การวางแผน จัดแผนมา มันขาดไปกี่ส่วน เกินไปกี่ส่วน มันเป็นอย่างไง ต่อจากนั้นเขาสามารถ จะรู้ได้เลยว่า ถ้า ในปีนี้เขาได้เงินมาเท่านี้เขาจะใช้เงินกับค่ายาเท่าไรเขาจะมีส่วนบริหารจัดการเท่าไร ถ้าเขาบริหารไม่ดี ปีที่แล้วเขา สูญเสียจากยา Expiry ไปเท่าไร เขาสูญเสียจากยา Overstock ไปเท่าไร ซึ่งปีนี้เป็นปีที่ 2 ซึ่งจะจัดในเดือนสิงหาคมนี้ ซึ่งประสบการณ์ที่ได้ทำที่สูงเนินตั้งแต่ปี 3 จนถึงปัจจุบันก็ยังดำเนินการกันอยู่ ซึ่งอันนี้เราก็ใช้ประสบการณ์ที่มหาราชของ เราด้วยในเรื่องของ ADR เรารู้ว่าถ้าแพ้ยานี้เป็นยังไง แต่ปัญหาของเรา เราจะถามจากคนไข้ที่ PCU เราจะถามจาก คนไข้ คนไข้บอกแพ้ยานี้แพ้ยาโน้น ซึ่งจริงๆ แล้วเขาแพ้ยา ซัลฟาร์ แต่ของยาเหมือนกัน เพราะฉะนั้นคนไข้จะขาด โอกาสในการใช้ยาดี ดูยังไงก็ต้องมีการมาอบรมกัน แล้วมีการเขียนรายงานไว้แล้วถ้าสมมติไม่แน่ใจ เภสัชลงไปเราจะ ช่วยกัน หรือว่าใช้โทรศัพท์ได้ นอกจากในเรื่องของ Self care ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในเรื่องของงานปฐมนุรักษ์ การดูแล สุขภาพตนเอง ก็อาศัยองค์ความรู้ในเรื่องของเภสัชอีก ทำยังไงในเรื่องของการใช้สมุนไพร เรามองเรื่องของการใช้ยา กันเยอะ จริงๆ แล้วมันไม่ใช่ มันอยู่ในวิถีชีวิต การกินการอยู่ พูดถึงผักพื้นบ้าน พืชสมุนไพร มีสรรพคุณทางยา มีคุณค่าทางอาหารการนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ในการ ดูแลสุขภาพ ลดการใช้ยาแก้ปวดบอกว่ามีการอบรมพวกนี้ เยอะแยะแต่คนไม่มีตังค์ไปนวดไม่ได้ แก้มฉันต้องไปหาคนไม่มีเวลาไปนวด เราจะทำยังไงให้เขาดูแลสุขภาพก็ทำได้ นอนอยู่บนเตียงก็นวดได้ ทั้งเล่นก็นวดได้ เราถ่ายมาที่กะลามาเลย จะเอาไม้นวดก็แพงเพราะฉะนั้นกะลาใบเดียว เมื่อขูดมะพร้าวเสร็จก็เอามาใช้ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ซึ่งโดยเฉพาะคนไข้คลินิก CASE อ้วนๆ นี่ให้ไปวิ่งไปทำ อะไรไม่ทำทั้งนั้น เพราะฉะนั้นอย่างน้องที่ชุดช่วยบรรเทาด้วยการยืดเหยียดก่อนแล้วกัน ซึ่งส่วนนี้ก็ยังเป็นประโยชน์ นอกจากนี้ อบรมกลับไปแล้ว เดี่ยวลืมนึกอีก ซึ่งในการสนับสนุนองค์ความรู้ในทุกเรื่องในคู่มือปฐมนุรักษ์เราเรียกว่า พัฒนาการบริการปฐมนุรักษ์ ในเล่ม 1 นี้ว่าด้วยพื้นฐานหลักที่อยู่ใน PCU ในเล่ม 2 ว่าด้วย การดูแลสุขภาพวิถีไทยโดยใช้ทรัพยากรเมื่อใช้โดยใช้ตะไคร้ ใบมะขามเทศ ฝรั่ง ที่หาค่ายาพามาใช้ที่นี่ แล้วที่สำคัญคือความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากการจ่ายยา การสั่งจ่ายยา การให้ยา จากการที่คนไข้ต้องไปใช้ยา แล้วก็สิ่งเหล่านี้ก็จัดเป็น

คู่มือขึ้นมา นี่ก็คือรูปแบบของการทำงานที่เราลงมือทำ ในระดับปัจเจกบุคคล เราก็ทำหลายรูปแบบในกลุ่มผู้ป่วยมีการเอาข้าวมากินด้วยกัน คุยกันไปว่านอกจากมันเป็นผักแล้วมันยังมีสรรพคุณทางยาด้วย เพราะฉะนั้นผักพื้นบ้านมีคุณค่าทางยา มีสรรพคุณทางอาหาร เรื่องของงานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่เราร่วมช่วยกัน นี่คือการเรียนรู้ของการทำงานระบบปฐมนิเทศ ที่สำคัญที่สุดเลยก็คือว่าหัวใจของเราเป็นหัวใจเดียวกับการบริการปฐมนิเทศหรือเปล่า ถ้าเราเป็นหัวใจเดียวกันกับการบริการปฐมนิเทศทุกข้อนี้เราได้หมด

นายแพทย์เจษฎา พิชัยชุมพล

โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา

จริงๆ แล้วทางทีมงานเขาเชิญให้พูดก็ไม่ได้บอกว่าหัวข้ออะไร ผมก็ไม่ทราบหัวข้ออะไรเหมือนกันจุดมุ่งหมายของการทำงานของผมเอง ก็มันจะมีอยู่หลายเรื่อง แต่จุดสนใจจริงๆ แล้วมันจะเป็นเรื่องของการพัฒนาคนพัฒนาทีมของในระดับบริการปฐมนิเทศคราวนี้นั้นจะเป็น ความสามารถในการปฏิบัติงานศูนย์สุขภาพชุมชนจะต้องมีอะไรบ้าง ก็มีบริการอย่างเป็นองค์รวม สนับสนุนการพึ่งตนเองเน้นการสร้างสุขภาพ 3 คำ 3 คำที่ท่านให้มา บริการอย่างเป็นองค์รวมดูจากทางกายเมื่ออยู่ที่คุณอยู่ทองพุดถึง Skill ของ ER แล้วไปปฏิบัติในศูนย์สุขภาพชุมชน ทางเภสัชก็พูดถึงเรื่องการบริหารเวชภัณฑ์เรื่องของยาตรงนี้จริงๆ แล้วเรื่องของกายก็หลายกาย เรื่องของจิตใจ สังคม บริบทอื่นๆ อันนี้เป็นสิ่งที่เหมือนกับรับรู้แล้วแต่ตอนที่เรามาอยู่กับ PCU หรือศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ก็ไปพบกับสมาชิกเขาส่งไปบังคับบ้าง แถมบังคับบ้างผมสมัครใจไป ก็มีแพทย์ มีพยาบาลมีทันตะ กลุ่มนี้ก็จะรู้เรื่องทางกายดีมาก อาจจะมีเภสัชด้วยรู้เรื่องทางยาถือว่าเป็นเรื่องของกาย รู้เรื่องของสังคมเป็นเจ้าพนักงานในพื้นที่ทำงานในพื้นที่จริงๆ แล้วตรงนี้ไม่ใช่ตำแหน่งที่เรารู้ เท่าที่สังเกตดูว่าจริงๆ ที่เขาเรียนจบมา เมื่อวานมีนัดอยู่คนไปนำเสนอที่ห้อง 3 เรื่องของการพึ่งตนเอง จริงๆ แล้วมันเป็นเรื่องของการทำงานจากการทำงานของตัวเองในพื้นที่จริงๆ ไม่มีจากตำราเลยเรื่องของใจมีการฝึก ให้คำปรึกษาบางแห่งก็มีบ้างไม่มีบ้าง รู้เรื่องจิตวิญญาณ อันนี้ Questionnaire เลย์ว่ามันคืออะไร จริงๆ สรุปรว่าตอนที่เข้าไปอยู่ในทีมครั้งแรก เรารู้กันคนละแบบแล้วก็จริงๆ แล้วสภาพที่เกิดขึ้นช่วงแรกๆ ที่เราคุยกันมันจะเป็นภาพที่ลักษณะ หันหน้าออกแล้วคุยกัน คือ คุยกันคนละเรื่องไม่เข้าใจกันผมคิดว่าทุกๆ แห่งคงเป็นคล้ายๆ อย่างนี้ ยกเว้นบางแห่ง ที่มีความพร้อม หรือ บางแห่งโชคดีไปพบสถานที่ที่ดีๆ คราวนี้จะทำยังไงดี เราก็เลยใช้กรณีศึกษาเป็นเครื่องมือ เปลี่ยนจากวินิจฉัยโรคมาเป็นวินิจฉัยคนแทนจากคนไปสู่ครอบครัว แล้วก็ชุมชน ก็เปลี่ยนคำวัตถุประสงค์สักหน่อย แล้วที่สำคัญก็คือว่าเราไม่ต้องมาเถียงกันเรื่องความเห็น ความเห็นหรือความเป็นเฉพาะทางของแต่ละคนก็รู้กันคนละแบบ เรามองเอาข้อมูลที่ได้รับมาจากผู้ใช้บริการ มาคุยกันเลย ลองยกตัวอย่างเรื่องของจิตวิญญาณ จริงๆ จิตวิญญาณไม่เข้าใจนะช่วงแรกๆ ตอนนั้นก็ยังไม่แน่ใจช่วยกันอยู่แล้วกัน เป็นกรณีศึกษาที่ยกตัวอย่างมาให้ดูเป็นผู้หญิงอายุ 89 ปี อีก 2 วันจะครบ 90 ปีก็มีมาที่โรงพยาบาลญาติพามา มีลูกหลาน 6 – 7 คน ก็มาถึงโรงพยาบาลก็ตรวจดู ก็รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องแล้วก็บอกว่าอยากจะไปตายที่บ้าน แล้วก็บอกว่าไม่อยากอยู่แล้ว บอกให้หมอช่วยถอดเครื่องช่วยหายใจออกด้วย พอย้ายกลับบ้าน ยาดีก็บอกว่ายายเสีย ยายบอกว่าอยากตายในวันที่ครบ 90 ปี คราวนี้ก็มาเทียบเคียงกับเรื่องจิตวิญญาณมาคุยกันว่าใช่หรือเปล่า อันนี้ก็เป็นกรณีศึกษาก็คุยกับเจ้าหน้าที่เรา บอกการตายทางการแพทย์ ชาวบ้านเขาบอกการตายอยากเป็นสุขขอบุญ คือ การตายอย่างเห็นลูกเห็นหลานล้อมไปหมด ได้เห็นได้ยินเสียงลูกหลาน พูดคุยและทางพุทธศาสนาเขาบอกว่า การตายไปสู่ภพภูมิที่ดีสันถมอย่างมีสติ หมายถึง ลมหายใจสุดท้ายยังมีสติอยู่เลยจริงๆ เป็นเรื่องสมองไม่ตาย ถ้าสมองตายแล้วก็ไม่มีสติอันนี้เป็นสิ่งที่เราต้องคิด คราวนี้ตัวที่เป็น เจ้าหน้าที่อยู่เป็น PCU จริงๆ แล้วมันเป็นเรื่องของการใช้ศรัทธาจริงๆ เป็นเรื่องของ กาย จิต ใจ วิญญาณ สังคม แต่จริงๆ แล้วเก่งทีละเรื่องมันอยู่ที่ความพอดี เรื่องของกาย เรื่องของสังคมเรื่องของจิตวิญญาณพอดีกันและพัฒนาไปเป็นผู้ให้บริการปฐมนิเทศ ซึ่งตรงนี้พอถึงตรงนี้แล้วจริงๆ มันไม่ค่อยง่ายเท่าไร

คราวนี้อีกอันก็คือสมาชิกของ PCU ก็จะมีหน้าที่อยู่ 2 ด้าน ตรงนี้ไม่เหมือนกับในโรงพยาบาลล้วนๆ ที่เป็นบอร์ดเป็นอะไรต่างๆ เขาจะบริการไปเลย แต่สมาชิกในบริการ PCU เนี่ย ผู้ที่ปฏิบัติที่ไม่ใช่หัวหน้ามีการให้บริการรายบุคคล ราบครอบครัว หัวหน้าก็จะเป็นเรื่องของบริการระดับชุมชน องค์กรท้องถิ่นอย่างเช่นเรื่องของการให้บริการเรื่องข้อมูลให้คำปรึกษาเรื่องวิชาการต่างๆ แต่อีกอันหนึ่งที่อาจจะต่างจากบริการจุดอื่น คนที่อยู่ใน PCU ทุกๆ

คนคงยอมรับกันว่า มีพื้นที่รับผิดชอบ แล้วก็ทำหน้าที่ทั่วๆไป คือเป็นผู้จัดการสุขภาพพระตำหนักภูพาน ไม่ใช่ไปเป็นในเรื่องของ การให้บริการอะไรบางอย่างในเรื่องของรายบุคคลถ้าเราเข้าใจในเรื่องของการบริหารเวลาคนไข้ การบริหารยาที่จะเปลี่ยนหมด คงต้องเปลี่ยนหมด เราต้องเข้าใจบริบท แม้กระทั่งสิ่งที่จัดการ เรื่องของคลินิกตามนัดก็ต้องอีกแบบหนึ่ง คราวนี้จริงๆแล้วคนที่ทำงานใน PCU ต้องรอบๆเลย รอบทิศทาง เรื่องทางกายก็ต้องรู้ เรื่องทางจิตวิญญาณ เรื่องทางสังคมก็ต้องรู้ การจัดการก็ต้องทำให้ได้ สรุปแล้ว อันนี้สรุปส่วนตัว ว่าจริงแล้วคำว่าองค์กรรวมไม่ใช่วิชาไม่ใช่ไม่ใช่ความรู้ แต่มันเป็นทักษะทักษะที่ต้องฝึกฝนกัน แต่อาจจะเป็นการฝึกในสถาบันการเรียนหรือเปล่าไม่รู้ แต่ที่แน่ๆคือฟังมาจากทุกห้อง บอกว่าการฝึกตรงนี้ ไม่มีในสถาบันการศึกษามันเป็นการฝึกในพื้นที่หมดเลย แล้วก็การศึกษาจะให้ที่ละอย่าง 1 2 3 แล้วก็ 4 ที่ละอย่าง แล้วปล่อยให้คนละคนด้วย ลักษณะการทำงานก็เป็นลักษณะอย่างนั้นจริงๆ จะลองยกตัวอย่าง ว่า คนที่ไม่มาตรวจมะเร็งปากมดลูกจะมีลักษณะอย่างไร คือคนที่ไม่มาจริงๆๆก็คือว่าถ้าติดรอบเดือนก็มาได้ ชนชาติคนเมือง คนทางเหนือเนี่ยะก็จะมีคนเมืองที่เป็นคนพื้นเมืองทั่วๆไป ไหล่ ไทภูเขา โดยคนเมืองยังเห็นไม่ค่อยชัดเท่าไร แต่คนไทลื้อ เขาเป็นคนที่ค่อนข้างอยู่ในกรอบวัฒนธรรม ถ้าไปจัดหน่วยเคลื่อนที่ทางเดินที่เขาไม่ไป เขากลับประเจิดประเจ้อ แล้วชาวเขาตรงห้ามถ้าผู้ชายตรวจไม่ได้เลยผิดนี้ เตือนร่อนงานในเรื่องการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่เป็นพื้นที่สูง ผู้ชายทำไม่ได้ต้องเอาคนอื่นขึ้นไปทำอาชีพเกษตร คำขาย รับจ้างราชการ ที่จริงก็มีข้อจำกัดต่างกัน อย่างเช่น ราชการ อย่างวันธรรมดาเขาไม่ได้เลย อีกอันคือการเรียนรู้ประสบการณ์ตัวเองและผู้อื่น มีอยู่บางครั้งเมื่อตรวจแล้วเจ็บ แล้วถูกตำเมื่อ 10 ปี ก่อน ตอนนั้นยังฝังใจอยู่เลย เวลาที่ทำงานต้องแก้ตรงนี้ด้วยคราวนี้มาคิดว่าความสามารถที่เป็นองค์กรรวมจริงๆ แล้วเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาคน พัฒนาระบบเพราะว่ามันจะนำไปสู่การเข้าใจในการพึ่งตนเอง ที่จริงพึ่งตนเองมันมีหลายประเด็นมากมาย พึ่งตนเองในเรื่องอะไร ประเด็นไหน ในระดับอะไร ยั่งยืนหรือเปล่า ยั่งยืนนี่คือมันเปลี่ยนหรือเปล่านั้นคือ ความเข้าใจในการสร้างสุขภาพ จะสร้างสุขภาพใครอะไรยังไง เรื่องออกกำลังกายภายใน 2 วันให้ได้ 80 % ไข้หรือเปล่า จริงๆตรงนี้ก็คิดว่าความสามารถที่เป็นองค์กรรวมเป็นจุดเริ่มต้นนำไปสู่การพึ่งตนเอง และจะต่อไปสู่การเน้นสุขภาพ อันนี้เป็นความเห็นส่วนตัว แต่ว่าตรงนี้จะเข้าใจได้ว่าความเป็นองค์กรรวม มันเป็นทักษะ ไม่สามารถที่จะสอนกันได้ง่ายๆ สอนเป็นวิชาไม่ได้

ลองสรุปดู ข้อสรุปตรงนี้หรือสังเกตดูว่าลักษณะการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ข้อแรกมันมีมิติของความเมตตา คือ เวลาคนเข้าไปอยากพูดอยากปรึกษาด้วย อันที่ 2 มีความเป็นญาติหรือเป็นเพื่อนคือ พูดคุยได้ทุกเรื่องเลยทุกที่ อยู่ตรงไหนก็พูดได้ เวลาไหนก็ได้

อันที่ 3 เป็นวิชาการที่ถูกต้องด้วย คือ แนะนำเขาได้ และต้องให้มีหลักมีการ จริงๆตรงนี้เป็นญาติหรือเป็นเพื่อน เจ้าหน้าที่อยู่ในพื้นที่มีสูงอยู่แล้ว แต่ว่าบางที่ต้องเข้าไปเสริมเข้าไปเติม

อันที่ 4 ต้องมีความสามารถด้านการจัดการหลายๆอย่าง ตั้งแต่เรื่องของการให้ข้อมูล การต่อรอง การจัดสรรบุคคล งบประมาณ จากท้องถิ่น จากอะไรต่างๆรวมกัน

ปฐมภูมิคือระดับประถมจริงๆหรือเปล่า ชื่อมันคล้ายๆกัน จริงๆหลายๆคนคิดตรงนี้ คำว่าปฐมภูมิเป็นระดับต้น มันใกล้เคียงกับประถมต้นหรือเปล่า มันก็เลยกลายเป็นวัดค่าจริงๆแล้วคนทำงานตรงนี้นั้นมีความรู้ไม่เยอะ มันเด็กๆ เด็กๆจริงหรือเปล่าไม่รู้ ค่าตอบแทนก็เลยให้น้อยตามความสามารถหรือเปล่าแต่จริงเท่าที่ผมศึกษาด้วยตนเอง คำว่าองค์กรรวมเรื่องเดียวผมว่าผมใช้เวลาเป็น 10 ปี ว่าคืออะไร ดังนั้นจริงๆมันอาจจะโยงไปถึงระบบการผลิตของเรามันคืออะไร

หมอเจษฎายกตัวอย่างเช่นช่วงแรกๆ อันนี้ต่อระบบพัฒนาด้วยแล้วกัน ช่วงแรกๆ ที่ของตั้ง PCU เมื่อปี 44 มีหลักสูตรของ พยาบาลครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวกับชุมชนเยอะแยะไปหมดแต่จริงๆเวลาสอนเนี่ยะตามตามดูก็คือสอนที่ละอย่างกายเรื่องหนึ่งเอาหมอเหม็ดมาสอนเอาไปฝึก ER ส่งไปฝึกเรื่องสังคมอะไรต่างๆ แยกที่ละอย่างฝึกการจัดการจริงๆ แล้วในเรื่องของการทำเรื่องทักษะฝึกในพื้นที่เนี่ยะเหลือไม่กี่วันและไปเน้นการทำโครงการด้วยการทำโครงการซึ่งเป็นการทำโครงการที่คล้ายๆนโยบายกำหนดมาแก้ไขอย่างนี้ภายใน 5 วัน และถ้าเกิดทำโครงการไม่เสร็จไม่จบ ซึ่งผมก็ว่ามันแปลกๆ

อันนี้ระบบผลิตระบบพัฒนาเนี่ยะจริงๆคล้ายๆกัน ระบบการทำงานก็ไม่ค่อยส่งเสริมไม่ค่อยส่งเสริมเรื่องการบัญชาเท่าไร มันเป็นอย่างนั้นบ่อยมาก แล้วก็เรื่องของการพัฒนาคนในระบบการทำงานเนี่ยะจริงๆค่อนข้างจะมีปัญหาค่อนข้างมาก

เพราะว่ามันไม่ค่อยเป็นสเต็ปยกตัวอย่างว่าเราจะข้ามขั้นตอนอะไรบางอย่าง ยกตัวอย่างที่ผมคิดว่าเจอทุกเรื่องนะ เรื่องของ family folder ครบร้อยเปอร์เซ็นต์เนี่ยะจริงๆแล้วคนเรายังไม่เข้าใจเรื่ององค์กรรวมตรงนั้นเลยหรือว่าค่อยๆก้าวข้ามไปเรื่อยๆ แต่ว่าพยายามไปเน้นเรื่องเชิงปริมาณซึ่งว่าจะทำยังไง จ้างคนใช้ไหมครับ จ้างคนแล้วได้อะไรได้ตัวเลขตัวนั้นมารายงานจบ นี่ระบบงานที่ไม่เอื้อต่อเรื่องปัญหาเท่าไร ก็มี 3 ระบบเลย ก็เอาไว้แค่นี้ก่อนขอบคุณมาก

แต่ประสบการณ์เท่าที่ผมฟังมาดูเหมือน คุณหมอจะถามถึงความเชื่อมั่นว่าการเรียนรู้จากชีวิตจริงการทำงานจริงเนี่ยะ น่าจะเป็นคำตอบในการจัดการบริการปฐมภูมิแล้วก็สามารถทำให้คนทำงานทำงานอย่างมีความสุขด้วยกลับมาแล้วอาจจะห่างจากสถานที่ทำงานด้วยซ้ำไป แล้วก็หลายๆเรื่องในบทบาทของทีมงานที่ได้ไปทำงานมีความเป็นการทำงานร่วมกันไม่มีใครรู้มากไปกว่าใคร นั่นคือรอบแรกของท่านวิทยากรทั้ง 3 ท่าน

ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น

คำถาม (แพทย์หญิงสาธิต วิษณุโยธิน) ทำงานอยู่เหมือนกันกับพี่อืดคงไม่ฮือฮาเพราะจะแชร์ไอเดียที่สะท้อนขึ้นไปให้เบื้องบน ซึ่งจากการฟังเมื่อวานและวันนี้มันมีจุดที่สะกิดใจนิดนึง เรื่องข้อมูลเรื่องการเก็บข้อมูลการนำเสนอข้อมูล การส่งรายงานจริง ๆ การมองนโยบายของตัวเองเนี่ยะ ก่อนที่จะมีนโยบายอะไรออกมา คงมีมูลอะไรบางอย่างที่ทำให้นโยบายนั้นออกมา ท็อปดาวลงมาก็ข้อมูลบางอย่างอย่างที่ได้พูดถึงอย่างเช่นเรื่องลูกน้ำ ก็บางอย่างที่เราทำกับที่เราเราเสนอไปแล้วกับโดนได้รับการฟีดแบคอะไรออกมาอย่างนี้ซึ่งมันเป็นบรรยากาศที่ไม่ดีทำให้เราไม่ได้ข้อมูลที่จริงทำให้มองไม่เห็นปัญหาที่แท้จริงเพราะฉะนั้นเมื่อนำข้อมูลนั้นมาดูก็ไม่เกิดปัญหาหรือพัฒนาที่แท้จริงก็อยากจะฝากเรียนท่านผู้ใหญ่หลายๆท่านในที่นี้ด้วยคะถ้าเกิดท่านยอมรับและทำใจได้กับข้อมูลนั้นมันก็จะทำให้เห็นว่าโอเค PCU มันทำแล้วมันได้แค่นี้จริงๆถ้าเกิดท่านกรุณาไปช่วยดูนิดนึงว่ามันมีปัญหาอุปสรรคในการทำงานจะเกิดการพัฒนาไม่ว่าจะเรื่องกำลังคนกำลังเงินกำลังของรวมทั้งเรื่องระบบด้วย ขอบคุณคะ

คำถาม (คุณอดิสร) เป็นนักวิชาการสาธารณสุขท่านคงแปลกใจว่าทำไมผมถึงเข้าห้องนี้เพราะเขาให้โรงพยาบาลเข้าแต่ในด้านส่วนของสถานื่อนามัยผมเข้าฟังมาบ่อยและผมอยากฟังฝั่งนี้บ้างแต่สิ่งที่ผมอยากจะบอกเลยว่าการดำเนินการของ PCU ทำไม่มันไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งผู้ใหญ่ไม่ใช่ไม่รู้ รู้ว่าปัญหาเกิดขึ้นมากมายไม่ว่าจะเป็นความขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่พยาบาลกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานื่อนามัยซึ่งผมคาดว่าเกิด 70 % ที่เกิดปัญหานี้ผมไม่ได้ว่าใครนะแต่ฝากข้างบนยังไม่ลืมหลืมตาเลย ทำอยู่นั้นแหละก็จะเอางานแต่ไม่ได้ดูเลยปัญหาที่เค้าเสนอมาคืออะไรบ้างถ้าโคราช ถ้าโคราชไม่ใช่หมอแผนกงานต่อมาจะดำเนินงานมาถึงนี้ไหมผมถาม งานของโคราชจะดำเนินงานได้ดีขนาดนี้ไหมความต่อเนื่องของงานจะมาถึงขนาดนี้ไหมบางจังหวัดนี้ล้มเหลวทั้งจังหวัด แต่ก็ไม่ยอมรับความล้มเหลวผมอาจจะโชคดีว่าอยู่ที่จังหวัดศรีสะเกษแล้วก็มีคนที่อยู่จำนวนมากแออัดแล้วก็ได้รับค่าหัวเยอะสักหน่อย แต่ก็กำลังเกลี้ยกันอยู่ในส่วนของผู้ที่อยู่เบื้องบนว่าศรีสะเกษรับไปปีนึงตอนแรกมันได้เยอะไปripแล้ว มันจนมานานจนที่สุดได้เยอะแล้วเป็นยังไขเงินกันยังงี้ก็พูดกันเยอะแยะแต่ในส่วนนั้น สำหรับของที่ศรีสะเกษก็ต้องยอมรับว่า PU มีหลายระดับสำหรับผมที่อยู่อำเภออุษณห์ร่วมกับท่านเภสัชเด่นชัย เภสัชเด่นชัยจะทำงานในพวกเนี่ยะ งาน คบส. อะไรเนี่ยไม่เคยอยู่ในโรงพยาบาลทำงานมากเนี่ยะทำงานในชุมชนเยอะแยะมากมายแล้วก็ในส่วน PU ผมไม่มีปัญหาเรื่องพยาบาล พยาบาลไปอยู่ 7 วัน แล้วแต่ก่อนเดือนนึงไปกัน 2 คน แต่เดี๋ยวนี้ขอไปอยู่เป็นปีครับ ก็เป็นส่วนน้อยแต่การจัด PU ผมอยากบอกเลยว่าไม่ให้พยาบาลไปวิ่งผ่านสถานื่อนามัยก็จะไม่เกิดปัญหาไม่ใช่ 10 โมง ให้รถพยาบาลไปรับหมอกับพยาบาลออกไปพื้นที่ แล้วบ่าย 2 ทุ่มมารับจะปรับลูกอย่างนั้นความสำเร็จของ PU ไม่มีแน่นอนการคัดเลือกคนที่ไปอยู่ขวัญและกำลังใจของพยาบาลที่ไปอยู่จะต้องดูแลแล้ว PU เมื่อไหร่ที่จัดให้ PCU กับสถานื่อนามัยทั่วไป ค่าพื้นฐานอะไรเท่ากันไม่มีทางประสบผลสำเร็จคุณจะฝันเอาหรือว่าจะเอา PCU จริงๆ ผมบอก PU ในฝันไม่ใช่เรื่องที่เราต้องฝัน แต่เป็นเรื่องที่เราต้องคิดให้เป็นระบบบูรณาการอย่างที่คุณหมอบอก ปฐมภูมิจริงแต่มันไม่ใช่ปฐมภูมิเป็นเรื่องที่คล้ายๆที่เราเรียนป.1 ครูที่สอน ป.1 ต้องมีความรู้ ถ้าเริ่มเปิดหัวจาก ป.1 ได้ดีนักเรียนคนนั้นกลายเป็นคนะหมอนี่นั่นมีความรู้ความสามารถนี้แหละครับ ผมบอกได้เลยว่าเพราะฉะนั้น การบริการปฐมภูมิ อย่างที่คุณหมอบอกการเป็นองค์กรรวมเป็นเรื่องที่ยากมาก ถ้าเริ่มต้นได้ดีแล้วไปได้สวยชุมชนนั้นแน่นอนครับ ผมถึงบอกว่าถ้าผู้ใหญ่อย่างที่คุณหมอบอกอยู่

โคราชได้บอกว่า ยอมรับความเป็นจริงบ้าง การจัดการปฐมนิเทศให้ดีแล้วก็ไปดูหน่วย PCU ไหนหน่วยปฐมนิเทศไหนเป็น PCU ที่วิ่งผ่าน PCU ต้องมีระดับมาตรฐานที่เป็นมาตรฐานเดียว ผมอยากให้เป็น 1 2 3 4 5 ก็อยากจะฝากคำนี้เป็นคำสุดท้ายว่าการพูดคุยระหว่างเจ้าหน้าที่พยาบาลแล้วก็ลดเอาทางพระเข้ามามั่งไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่อนามัย และก็พยาบาลจำเป็นจะต้องดำรงชีพ เพราะฉะนั้น ถ้าท่านเป็นพยาบาลมานานถ้าท่านคิดว่าจะออกไปอยู่เป็นครั้งแรกที่ท่านคิดจะเสียสละผมบอกได้เลยว่า เมื่อไปอยู่สถานอนามัยแล้วค่าตอบแทนลดลงบ้างก็ต้องยอมรับบ้างแล้วก็ต้องหันหน้าไปพูดคุยกันอย่างดีแล้วกันแล้วกันมันก็เป็นสิ่งที่ทำให้ PCU ประสบความสำเร็จแล้วก็ทำให้ผู้ใหญ่เข้าไปดูแลด้วยขอบคุณครับ

นพ. สุวัฒน์ จากคุณหมอที่โคราชเป็นนักวิชาการจากศรีสะเกษคงย้อนกลับไปที่คุณหมอครับ เรื่องนี้ผมมองว่าเรื่องนี้จริงๆ แล้วเราพูดกันชัดเจนโดยแนวคิดหลักการแก่นเนี่ยะ อธิบายหลายท่านบอกว่าคือสำคัญเราต้องฟังตัวเองด้วยคือเมื่อก่อนผมได้ยินคำว่าเบื่องานมา สองสามครั้ง ส่วนหนึ่งใช้ครับต้องเป็นในแง่ของความชัดเจน ในเรื่องของนโยบายทิศทางก็แล้วแต่ เชื่อว่าวันนี้คนที่เข้ามาประชุมเนี่ยะเอาใจมาก่อนแล้วตั้งแต่เมื่อวานแล้ววันนี้ยังอยู่กับอันไหนฝากแล้วยังไงก็ตามใน 2 ประเด็นนี้ ผมเข้าใจว่าทางวิทยากรทั้ง 3 ท่าน อาจจะมีความเปลี่ยนแปลงเปลี่ยนเชิญที่พออีกก่อนเลย มีพาดพิงบุคคลที่สามว่าถ้าหัวหน้าที่ไม่เอาด้วยจะเป็นถึงขนาดนี้ไหมเป็นไปได้รับสวามุมมองที่เป็นใจครับ

เภสัชกรยุภาพรรณ

จริงๆ แล้วถ้าจะว่าไปแล้ว คำว่าปฐมนิเทศเนี่ยะ ความรู้สึกนั้นมันคงไม่ได้เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อ 4-5 ปี ที่แล้วที่อยู่บนหลักการนี้เพียงแต่ว่าโอ้ตัวนี้ โอนนโยบายตัวนี้เนี่ยะมันทำให้เราแต่ก่อนถามว่าพวกเราไปทำงานในชุมชนไหม ทำไหมคะ ทำหลายๆ แห่ง อาจจะเรียกได้ว่าไม่ได้งานใหม่ด้วยซ้ำไปแต่หลายแห่งอาจจะทำงานในชุมชนเชิงของการรักษารักษาลงไปทำเรื่องของ วัคซีนของอะไรต่างๆ ถามว่าเราทำงานเรื่องสังคมไหม อึดเชื่อได้เลยค่ะว่า เอ้ออึดจำได้ว่าตั้งแต่อดีตไปอยู่โรงพยาบาลสูงเนินตั้งแต่ปี 31 ที่สิ่งหนึ่งที่ต้องรู้สว่าเจ้าหน้าที่ สอ. ความรู้สึกต่อเภสัชคือผู้ตรวจสอบขนาดมาทำที่มหาราชช่วงแรกๆ ใน PCU ที่ สอ. ไป PCU ความรู้สึกเหมือนกันเลยไม่ต่างจากปี 31 ซึ่งตรงนี้ถามว่าถ้าเราไม่มีทางด้านสังคม ก็จะทำงานร่วมกับเขา ไม่มีทางเลยคะ หรือว่าแม้แต่กับคนไข้เนี่ยะเราทำแล้วเพียงแต่ว่ามันอาจจะไม่ได้ถูกจัดระบบ หลายแห่งที่เชื่อว่าได้ทำแล้วก็จริงๆ แล้วถ้าเราไม่รากฐานนั้นตั้งแต่เดิม PCU หลายๆ แห่งที่ประสบความสำเร็จไม่ใช่ภายใน 4 ปี นี้คะ แต่มีรากฐานเดิมที่ตัวเองเนี่ยะ ได้ทำงานร่วมกับชุมชนได้ทำงานอย่างมีการคิดค้นมีอินโนเวชั่นใหม่ๆ อยู่เสมอเพราะฉะนั้นความสำเร็จตรงนี้เขาเกิดได้เพราะฉะนั้นอยากจะบอกอย่างเมื่อก็บอกว่าถ้าหัวหน้าไม่เอาด้วยท้วงใจของเรา อย่างที่บอกว่าใจของเราเนี่ยะ คิดว่างานตรงเนี่ยะ ปรัชญาของงานตรงเนี่ยะมันตรงใจเราไหม ถามว่าตรงนี้ไม่เห็นตรงใจเราเลย แต่จำเป็นต้องอยู่เขาบอกว่าไม่ว่าอะไรก็ตามไม่มีใครหรอก ที่จะได้ทุกอย่างที่เราต้องการแต่ถ้าเราอยู่ตรงนั้นวิธีคิดของอึด ก็คือว่าให้ทำยังไงว่าเราอยู่ตรงนั้นแล้วจะมีความสุขเมื่อเราจำเป็นต้องอยู่ตรง ณ.วันแรกเป็นความจำเป็นจะต้องตามนี้เค้าให้ไปอย่างนั้นเค้าให้ไปอย่างนี้

ตอนนี้รู้สึกว่ายากอยู่ตรงนี้หรือเปล่า มันเป็นความจำเป็นเพราะเค้าให้ไป แต่วันนี้ไม่ได้พูดเรื่องความจำเป็นแล้วให้ฉันไปอยู่ฉันก็ไม่เอา มันจะเป็นอย่างนั้นรับสวามุมมองเพราะอย่างนั้นแหละสำคัญก็คือว่าใจของเราทำให้เริ่มรักเขาแล้วหรือยัง ถามว่าท่านผู้บริหารเองเมื่อมีนโยบายมา ไม่สนใจมากก็สนใจน้อย แต่ว่าเราสามารถที่จะพลิกแพลงความคิดของเราอย่างว่าอึดมองว่าเภสัชต้องลงไป 1 2 3 4 ลงไปแล้วทำทุกอย่างสำเร็จในวันเดียวแล้วสำเร็จมันไม่ใช่เพราะฉะนั้นเราอยากให้เขามีศักยภาพทางด้านนี้ทั้งหมด เราต้องคิดหาวิธีพลิกแพลงทุกวิถีทาง ขนาดนี้มาอยู่ที่กรุงเทพยังออนไลน์ตลอดว่าอึด ตอนนี้คนไข้มีหมามากันตอนนี้เนี่ยะ หมามากัด 1 2 3 4 เป็นอย่างนี้ทำไงดี ส่งคนไข้มาหาเรา ส่งคนไข้มาหาเราคนไข้หอบคะ คนไข้เป็นโรคหอบกินยามาเป็นหลายปีแล้วคนไข้ก็ไม่ดีขึ้น แนะนำก็แล้วส่งมากี่แล้วเขาเซอรั่ว เราพบว่าเราพบคนไข้ 2 คน ผัวเมียเลี้ยงแมว หน้าที่ของเราต้องกำจัดแมวต้องไม่เลี้ยงแมวสัตว์มีขน แต่ขอโทษบ้านนี้เค้าสวดมนต์ตั้งแต่ 1 หุ่ – 3 หุ่ เค้าทำได้ไหมคะ ไม่ได้คะ ตอนแรกเราก็นั่งอย่างนั้นเราก็ต้องเอาแมวออกให้แก่มากไม่ทำเราก็นั่งคิดกันใหม่ว่าอย่างนี้เนี่ยะ แก่เอาไปไว้ในห้องนอน ตัวนี้เราน่าจะท้วงใจกันดี เพราะว่าตัวเนี่ยะจะเป็นสาเหตุหนึ่งด้วยเน้อๆ เลยทำใจกันดีป่าเอาแมวไปปล่อย ป่าไม่เอาแน่ให้ป่าไปฆ่าป่าไม่เอาแน่

ถ้าอย่างนั้นหนูว่านะ เราต่างคนต่างไม่มีความสุขป่าทำดอกไม้ให้แมวดิใหม่ แล้วเอาเขามาข้างนอกผ้าห่มที่เคยห่มให้เขาก็ห่มให้เขาและตอนนี้คนไข้ของเรา ตอนนี้ดีขึ้นอย่างนี้เป็นต้น เพราะฉะนั้นหลาย ๆ อย่างไม่ต้องรอนโยบายเลยคะ แต่ว่าที่สำคัญที่สุดคืออย่างตัวที่บอกว่าบทเรียนอันหนึ่ง ที่เราได้รับจากการทำงานตรงนี้ ก็คือว่า การร่วมมือกับสหวิชาชีพ เขาบอกว่าหลายหัวดีกว่าหัวเดียว อึดคิดอย่างนั้น แล้วก็ได้บทเรียนตรงนี้จริงแล้วก็ที่สำคัญก็คือ ก็หมั่นศึกษาหาความรู้ ความรู้ที่ว่าไม่ได้อยู่ในตำราอย่างเดียว ความรู้ที่เราเห็นจากสิ่งแวดล้อมแล้วก็ปฏิบัติที่ง่าย ๆ เนี่ยหลาย ๆ อย่างพอไปเจอตำราแล้วเราก็นึกถึงสิ่งที่เรามีอยู่ ทั้งวิธีเดิมที่เราคิดอยู่เพราะฉะนั้น เอาความรู้ทั้งใหม่ทั้งเก่ามาอินทิเกรตกัน ในบางครั้งเราไม่ต้องรอผู้บริหารก็สามารถทำได้คะ ขอขอบคุณคะ

คุณอุทัยทอง

พอดีพาดพิงถึงพยาบาลผ่าน PCU ซึ่งจริงอาจจะเป็นแบบนี้กับเป็นส่วนใหญ่ไปเข้าเย็นกลับเอารถไปส่งคือมองผมเดาเอาเองคนที่เค้าคิดเอาพยาบาลไปอยู่ PCU เขาคิดแบบไหนผมก็เลยมองผมเดาว่า เขาคิดว่า PCU หรือ สอ. เองเนี่ยะมีความพร้อมอยู่แล้ว เอาพยาบาลวิชาชีพไปเสริมเพื่อจะไปเพิ่มคุณภาพให้มันสูงขึ้นมาก็คือสมมติถ้าเป็น PCU แล้วเอาพยาบาลวิชาชีพไปเติมไว้แบบเนี่ยะครับเราก็จะมีบล็อกของเราไปเรามีหน้าที่ เขาบล็อกให้เราแล้วเรามีหน้าที่เท่านี้เราก็ไป ถ้าฉันไปฉันก็อยู่ของฉันแบบนี้ อานามัยก็อยู่ของยูไปเขาคงว่าจะมองว่าอย่างนี้พยาบาลวิชาชีพก็จะเปลืองทรัพยากรกำลังความสามารถ เพราะว่าเราไปในลักษณะแบบนี้แต่จริงๆเราไป เราไปอยู่เจ้าหน้าที่มีแค่ 3 คน 4 คน พี่วิ่งไปควบคุมลูกน้องวิ่งไปทำนั่นทำนี่ ให้เราวิ่งไปมองตาปริบๆ เป็นไปไม่ได้สหวิชาชีพบอกอย่างไปทำอย่างอื่นที่ไม่ใช่วิชาชีพพยาบาล มันจะเป็นไปได้อยู่ได้ยังงั้น ก็เขานั่งทำกันจนหัวหมุนให้เราไปนั่งมอง แล้วมันไม่ใช่วิชาชีพฉันไม่ทำ ที่ผ่านมามันจะเป็นปัญหาเพราะมันเป็นอย่างนี้คือ เอาเราไปเสริมวางไว้ถ้าเอาเราไปจริงต้องเอาเราไปแบบนั้นให้เราไปอยู่รวมเป็นคนหนึ่ง กับอานามัยนะครับ เราก็เป็นคนหนึ่งของอานามัยในนั้น แต่ก็คือยังโรงพยาบาลไม่ใช่โคเรมอน มันจะได้ทำได้ทุกอย่างนะครับคนที่เขารู้เอง คือเมื่อคืนก็คุยกับเพื่อนที่อยู่อานามัยก็รู้ว่ายูนั้นเก่งเรื่องอะไรมาจากโรงพยาบาลฉันให้เธอรับผิดชอบนะเรื่อง AMC นะเธอเก่ง เธอมาจากนั้น การดูแลเรื่องเทคนิคต่างๆ เรื่องของการทำแผลฉีดยาอะไรคุณเก่ง แต่ว่าเรื่องอื่นๆก็ต้องช่วยเขาไม่ใช่ฉันจะทำเฉพาะแบบนี้ถ้าเป็นแบบนี้ก็เป็นแค่พยาบาล PCU มันก็แยกกันอยู่ อย่าไปให้มันทะเลาะกันเลยถ้าเป็นแบบนั้นคือ พยายามจะสร้างไปให้เป็นเจ้าหน้าที่คนหนึ่งของอานามัยไม่ให้ไปแบบเหมือน ที่ทุกคนคาดหวังคุณภาพเต็มเปี่ยม โอเค การเป็นพยาบาลมันตามไปแน่ แต่จะไปตั้งหลักเอา 100 % ว่าฉันจะเป็นพยาบาลเท่านั้นมันเป็นไปได้ไหมคะ ในสภาวะปัจจุบันนี้

นพ.เจษฎา คงจะขอนิดเดียวให้กำลังใจกัน คือในช่วงที่ไปอยู่แม่เปิงใหม่ ๆ เป็น PCU ใหม่ ๆ มีการสำรวจว่าชาวบ้านต้องการอะไร มีหลายคนบอกต้องการหมอเฉพาะทางแต่พอ 3 ปีไปแล้วคำตอบอย่างนี้ไม่มีเลย เขาบอกต้องการหมออย่างนี้ที่อยู่ตรงนี้เพราะว่ามีอะไรพูดกับเขาได้เขาพูดได้หมดทุกเรื่อง แล้วก็หลายครั้งที่เขาไป รพ.ใหญ่กลับมา กลับมาถามต่อ จริงๆไม่ใช่เรารู้ดีเรารู้เก่งแต่เรารู้มากกว่าหมอที่อื่นไม่เกียวยเลย เพียงแต่เราเป็นคนที่เขาไว้วางใจ และเขาพร้อมที่จะคุยได้ ปรึกษาได้ ตรงนี้จริงๆแล้วมันเป็นความปิติที่ทำให้เราอยู่ได้ และผมคิดว่าหลายๆคนรู้สึกตรงนี้ถึงทำงานได้เรื่อยๆ

คำถาม (ภก.เด่นชัย เตาะพอง) ในส่วนของ รพ เวลาที่เกี่ยวกับ ในเรื่องของความขัดแย้งด้านวิชาชีพ ตรงนี้ต้องมีถ้าไม่มีเป็นเรื่องแปลก แต่ภายใต้ความขัดแย้งเราจะทำงานยังไงผมคิดว่าคนเราที่จะมารักกัน เราไม่ได้อยู่เพราะความเหมือน แต่เราอยู่เพราะความต่าง และเรายอมรับความต่างของกันและกันได้ และอีกประเด็นหนึ่งเรื่องของ Check list เยอะมาก ไม่เคยมีปีไหน ที่ Check list ลดลงมีแต่เพิ่มขึ้น ขอแบบนี้ได้ไหมถ้ากระทรวงดูว่างานพื้นฐานอะไรที่คิดว่าจำเป็นต้องมีอย่างเช่น การให้วัคซีนที่คิดว่าจำเป็น หรือในกรณีของงานคุ้มครองบางอย่างรักษาบางอย่าง กระทรวงเอาซัก 40% อีก 60% กระทรวงให้เป็นความคิดสร้างสรรค์ของพื้นที่ และเมื่อกระทรวงสั่งมา 100% หรือ 110% พื้นที่ไม่มีเวลาไปนั่งคิดว่า จะไปสร้างสรรค์อะไร แค่ทำตาม Chile list ก็พอและบางอย่างให้จนถึงความเป็นจริงอย่างเช่น นโยบายคลีนฟุตส์ บอกว่าปีนี้เอา 40 สมมุติว่าอย่างครุฑัน มีเกือบประมาณ 200 ร้าน แค่เดินตรวจทั้งปีก็ไม่ทัน เขาบอกว่าเอา

10% 10% ของ 220 ก็ง่ายขึ้น ปีต่อมาบอกว่าเอา 50 ปีนี้บอกว่าจะเอา 100% ก็ไม่ยาก ไม่ make ข้อมูล ก็ผ่าน 20 ร้านเท่าเดิมแต่เราก็ไปบอกเขาว่า 180 ร้านนั้นเขาปิดกิจการก็เลยเหลือ 20 และก็ในเรื่องของการขัดแย้งในเรื่องของการทำงานผมคิดว่ากระทรวงยังจัดคนลงไปโดยเอาเป็นตัวคน กระทรวงพยายามบอกว่ามองไปเชิงจิตวิญญาณแต่ก็ยังมองเป็นลักษณะของการมองว่าต้องมีวิชาชีพวิชาชีพนี้เอาไปตั้ง ซึ่งผมมองว่าในแต่ละวิชาชีพมันมีบางอย่างมีความซ้อนทับกันอยู่ มันมีบางส่วนที่เป็นปฏิสัมพันธ์กันบางอย่างทำแทนกันได้และบางอย่างมันอยู่ในส่วนวิชาชีพ คือจริงๆคนที่มีความเป็นคนเหมือนกันบางทีบทบาทบางอย่างมันไม่จำเป็นต้องเป็นวิชาชีพไม่แนคำตอบของ PCU ที่ครูชั้นอาจต้องเพิ่มพระเข้ามาอีกก็เป็นได้ถ้าเราล้าที่จะเปิดกว้างขนาดนั้น การเตรียมคนคงไม่ได้มองที่วิชาชีพของตนเองจะสร้างกรอบแล้วลงไปทำ ในความเป็นวิชาชีพมันมีความซ้อนทับกันอยู่ เราต้องยอมรับการซ้อนทับ การยอมรับการซ้อนทับได้ก็หมายความว่าแทนที่เราจะไปจ้างมองคนอื่นเราก็ต้องมองตัวเอง ผมจำถูกไหมว่า”ผมจำถูกไหมว่าก้าวอย่างแห่งปัญญา”ของแม็คคินส์นี่ เขียนไว้ว่า การทำงานที่ยิ่งใหญ่นั้นต้องทำให้ตัวเองเล็กที่สุดเท่าที่จะเล็กได้ เพราะการทำให้ตัวเองเล็กที่สุด และทำงานที่ยิ่งใหญ่ได้นั้นคือไม่มีอำนาจอะไรเลยไม่มีบารมีอะไร ก็สามารถทำงานที่ยิ่งใหญ่ได้ แต่ก็อย่างว่าการใช้อำนาจเป็นธรรมชาติของมนุษย์

ถ้าท่านพุทธทาส ก็บอกว่าต้องลดตัวของคุณ อีกอันหนึ่ง การเอื้อของบทบาทงาน ผมไม่อยากให้เรามามองว่าเภสัชต้องไปดูเรื่องยา พยาบาลต้องดูเรื่องการตรวจรักษา หมอนามัยต้องไปลงพ่นยา แต่จริงๆแล้วงานหลายอย่างในอนามัยมันต้องช่วยกัน ผมเลยลงไปพื้นที่ปรากฏว่าไปผมต้องไปทำใช้เลือดออกด้วย ร่วมกับทางเจ้าหน้าที่อนามัย ทำไปทำมาเราก็ไปสนุกกับมัน ก็ไม่มีอะไรมากมายที่เราได้ทำก็เป็นการเรียนรู้ จะมาจำกัดขอบเขตของวิชาชีพคงไม่ได้ขอบคุณครับ

การจัดการการเรียนรู้...สู่ความสำเร็จ

ผู้ร่วมอภิปราย

นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

คุณรุ่งนภา มลารัตน์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

ผู้ดำเนินการอภิปราย

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

นพ.โกมาตร ผมอยากจะตั้งข้อสังเกตว่าเวลาเราทำงานในระดับปฐมภูมิ เรามักจะบอกว่าเราต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์ เรื่องสุขภาพและการจัดการ ที่เราคำนึงกันส่วนใหญ่จะเป็นผลลัพธ์ควบคู่มาจากอุตสาหกรรม ที่เป็นความสำเร็จรูป แต่เราต้องทำงานด้านสุขภาพซึ่งความรู้แต่ละพื้นที่ไม่เหมือนกัน ถ้าเราไม่มีการจัดการความรู้บางครั้งความสำเร็จรูปก็ไม่เหมาะกับพื้นที่เรา

นพ.อนุวัฒน์ ผมเริ่มทำงานด้านคุณภาพ HA มาประมาณ ๑๒ ปี ฟังเริ่มมีประกันสังคมใหม่ๆ ตอนนั้นโรงพยาบาลของรัฐเริ่มอยู่เฉยๆไม่ได้เพราะจะโดนโรงพยาบาลเอกชนแย่งสัดส่วนการตลาดไปหมด เราจึงไปจับเรื่องดีๆที่โรงพยาบาลเขาทำมากมี ๓ เรื่อง

๑. OD

๒. ESB

๓. QC

ก็เลยจับ ๓ อันนี้มารวมกันแล้วทำเป็นโครงการขอความร่วมมือไปหลายแห่งและชวนโรงพยาบาลที่สนใจเข้ามา เริ่มแรกมีนาร่อง ๓๕ โรง และมีหลายโรงที่อยากเข้าร่วม เราก็บอกว่าอย่าเพิ่งเลย ถ้าเราได้บทเรียนอะไรแล้วจะจัดประชุมแจ้งให้ทราบ เราได้เงินทุนจากองค์การอนามัยโลกและค่าลงทะเบียนจากผู้เข้าร่วมบ้าง ครั้งแรกๆเราจะเป็นผู้ถ่ายทอดความคิดไปฝ่ายเดียว แต่ครั้งต่อไปเราจะเอาความคิดและประสบการณ์จากข้างล่างมาพูด ในขณะเดียวกันเราต้องคอยกำหนดทิศทางว่าจะให้ไปในแนวทางไหน พอหลังจากจัดประชุมไปแล้วมันจะเกิด Movement ตามมาคนจะเริ่มตื่นตัวและสร้างความรู้ที่ชัดเจนขึ้น

คุณรุ่งนภา จุดเริ่มต้นจะคล้ายๆกับคุณหมออนุวัติ เริ่มจากสาธารณสุขมูลฐานเพราะเป็นงานที่เราทำกับชุมชนโดยตรงอยู่แล้ว ทำงานมาได้ซักพักเรารู้สึกว่าชุมชนโดนรุมเร้าจากนโยบายค่อนข้างเยอะ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเราที่เขานึกมีคำสั่งมาเป็นชุดๆเพราะฉะนั้นคนทำงานก็ไม่มีความสุขจะถูกเร่ง ถูกทวง หลายงานต้องทำให้เสร็จตามเวลาที่กำหนดจึงทำส่งๆไปก่อน จึงคิดว่าเราจะสร้างทางเลือกใหม่ได้ไหม จากนั้นก็มีการเปิดเวทีระดับอำเภอจนถึงระดับจังหวัดสรุปกันเอาเองว่าแท้จริงปัญหาที่เกิดขึ้นเพราะวิธีคิดของเราหรือเปล่า เรามุ่งเน้นให้ได้ตามแผนงานโครงการมากกว่ากระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้าน เราจึงเริ่มใหม่โดยใช้เรื่องโครงการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือที่จะดึงคนมาเรียนรู้ร่วมกันและอาศัยผู้รู้จากข้างนอกมาช่วยให้มุมมอง วิธีก็คือให้กลับไปทำพักนึงแล้วกลับมาคุยกันเป็นระยะ และประเมินผลกันเองตรงนั้นเรายังขาดอะไรบ้างที่เราอยากมองไปเห็น กระบวนการเรียนรู้ของเราจะเพิ่มขึ้น ซึ่งเราก็ออกแรงมากกว่างานทั่วไปแต่เราก็ทำให้เป็นงานปกติ เป็นงานทางเลือกจึงต้องมีการปะทะกันทางความคิดแน่นอน

นพ.โกมาตร เคยเจอปัญหาที่เรียกว่า Self Organize คือลื่นไหลไปตามสภาพการณ์ คือเอาเข้าจริงๆก็แก้ไขไม่ได้?

นพ.อนุวัฒน์ บรรดาผู้ที่รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเช่นกัน เกือบทุกคนกลับไปนั่งร้องไห้เพราะมันยากมากที่จะฝ่าความเคยชินต่างๆ จนจุดหนึ่งที่เขาเริ่มพลิกได้ มันจะมีช่องทางแล้วเขาจะมีความสุขมากขึ้น ความยืดหยุ่นจะทำให้เราสามารถเดินต่อไปได้เรื่อยๆและทางที่เรายืดหยุ่นนั้นต้องมีความถูกต้องและได้ประโยชน์

คุณรุ่งนภา อย่างที่เชียงรายเราฟังจากเสียงชาวบ้านว่าเขามาทำแบบนี้แล้วมีความสุข เขาสบายใจและในส่วนของคนทำงานเอง เขาก็จะรู้สึกปลดปล่อย การได้แสดงความรู้สึกออกมาจริงๆ

นพ.โกมาตร แสดงว่าตอนแรกๆจะต้องเหนื่อยหน่อยเพราะกระบวนการเรียนรู้ในช่วงแรกๆ แต่ถ้าพอไปได้ก็อย่าถอย

นพ.อนุวัฒน์ แต่เราก็ต้องการกำลังใจ ถ้ามี Feedback จากชาวบ้านว่าเขาได้ประโยชน์ ก็จะทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น บางทีเราก็ใช้ระบบ Feedback มายึดเอาตัวเลขให้เห็นผลงานระยะสั้น เช่นให้เห็นภายในช่วงเวลา ๑ ปี ซึ่งบางอย่างวัดออกมาเป็นตัวเลขไม่ได้ แต่ถ้ามี Feedback แล้วทำให้เราทำงานเร็วขึ้นก็จะมีประโยชน์มากขึ้น แต่ถ้าระบบเริ่มอยู่ตัวการปรับเปลี่ยนก็จะยาก

คุณรุ่งนภา การทำงานของเราจะไม่มีรูปแบบตายตัว เรื่องของตัวชีวิต ส่วนใหญ่เวลาทำงานกับชุมชนเป็นตัวตั้งแต่เอาเข้าจริงๆประเด็นนี้ถูกกละเลยมาก เรามักจะมีนโยบายแนวทางเป้าหมายพร้อมกับตัวชีวิตที่เราพกเข้าไปแล้ว ไปๆมาๆก็ไม่ได้ใช้ชุมชนเป็นตัวตั้ง ตัวชีวิตที่ใช้ต้องเป็นตัวชีวิตที่เรียนรู้ร่วมกันได้ ไม่ใช่หมายความว่าทุกแห่งจะต้องเอาตัวชีวิตเข้าไปก่อน แต่ตัวชีวิตที่เรียนรู้ร่วมกันของชาวบ้าน

นพ.อนุวัฒน์ ความท้อถอยในระบบราชการเป็นธรรมดาก็ต้องมีบ้าง ทีมที่ทำงานด้วยกันต้องอาศัยเวทีมาช่วย โทษคุยกัน E-mail บ้าง ขยายเครือข่ายให้มากขึ้น มีการปลอบใจกัน เวทีช่วยให้เห็นพลังของคน เหมือนเป็นการชาร์ตแบตเตอรี่เมื่อไหร่ที่เราทำดี คนไข้จะสะท้อนให้เห็นเลย เขาจะชื่นชมเรา เอาของมาฝาก ตรงนี้เป็นพลังที่เห็นผลในทันที

คุณรุ่งนภา เรื่องของการสร้างกำลังใจ โดยส่วนตัวแล้วคิดว่าเรื่องแบบนี้เป็นการช่วยขัดเกลาจิตใจเราด้วย เราจะได้รู้จักจากเพื่อนร่วมงานจากชุมชน

นพ.อนุวัฒน์ การจัดการความรู้หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะเชื่อมโยงกับทางด้านไอที ปัจจุบันเครื่องมืออันหนึ่งเรียกว่า Web - Block ซึ่งเป็นเหมือนไดอารี่ส่วนตัวที่ทาง สสส.พัฒนาไว้ ทุกคนสามารถสมัครเป็นสมาชิกได้และสร้าง Web-block ของตัวเองได้และสามารถรวมกันเป็นชุมชนและบันทึกของทุกคนจะถูกอ่านโดยสมาชิกคนอื่นๆในชุมชนด้วยกัน

ถาม-ตอบ

นพ. พูลลาภ จากเชียงใหม่จัดการความรู้อย่างไรให้เจ้านายมองเห็น แล้วมาสนับสนุนเราอย่างรวดเร็ว
รุ่งนภา ที่เชียงรายใช้คือให้เจ้านายไปร่วมเรียนรู้ด้วย ซึ่งก็ยอมไปเป็นบางครั้ง เริ่มหาเครือข่ายของเราในระดับที่เป็นไปได้ก่อน

นพ.โกมาตร กระบวนการเรียนรู้ไม่ได้อยู่ที่การเอาไปเลียนแบบ แต่ดูเพื่อเอาไปคิดต่อในเงื่อนไขของเรา ถ้าลองดูแล้วจะต้องมี feedback ด้วยเพื่อตรวจดูว่ามันไปถูกทางไหม

คุณรุ่งนภา การทำงานไม่มีทฤษฎีหรือกรอบความคิดที่ซับซ้อนยุ่งยาก ใช้วิธีแบบง่ายๆที่สำคัญคือเราทำไปแล้วระยะหนึ่งแล้วเราก็กลับไปทบทวน สรุปบทเรียนของเราเป็นระยะ

นพ.อนุวัฒน์ สรุปว่าทุกอย่างมันต้องมีเป้าหมายชัดเจนว่าเราต้องการอะไรและหาวิธีที่จะบรรลุเป้าหมายอย่างอิสระ ความเป็นตัวเองจะช่วยให้เราประสบความสำเร็จเพราะเงื่อนไขของแต่ละที่ไม่เหมือนกัน แต่ต้องไม่ปิดกั้นตัวเองว่าคนอื่นเขาทำอย่างไร การเรียนรู้จากคนอื่นทำให้เราสำเร็จง่ายขึ้น

สรุปทิศทางการพัฒนา และความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ

โดย แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

แก่นของบริการปฐมภูมิ

สำคัญที่การปรับฐานความคิดของคนทำงานทุกระดับ และสร้างความเข้าใจให้ได้ว่า

- บริการ / การรักษาไม่ใช่พระเอก
- ประชาชนต้องเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นองค์รวม
- เน้นการเข้าถึง / เสมอภาค ต้องมีคุณภาพ
- สร้างพลังในการพึ่งตนเอง
- หลากหลาย คล่องตัว ตรงเป้าและตรงปัญหา

ฐานการพัฒนา บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

ต้องสร้างให้บุคลากร ระบบและมีความรู้ที่เพียงพอ มีหัวใจของการให้บริการด้วยความเอาใจใส่ มีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ มีเทคโนโลยีที่สอดคล้องกับความหลากหลาย และการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ

หลักการ ที่ไม่ควรลืม

- “สุขภาพ โรคเรื้อรัง พึ่งตนเอง” มีคุณลักษณะเฉพาะ มีพลวัติสูง แปรตามปัจจัยทางชีวภาพ สังคม และ เศรษฐกิจ
- ระบบบริการสุขภาพ บริการสร้าง ส่งเสริม และดูแลรักษา ต้องบูรณาการ และพัฒนาให้เหมาะสมต่อความต้องการ สามารถดำเนินการ ได้ยั่งยืน

พัฒนาศักยภาพระบบ

- พัฒนาศักยภาพ คุณลักษณะที่พึงประสงค์ คือ ยึดมั่นความดี มีความใฝ่รู้ มีวุฒิภาวะ และมีทักษะการสื่อสาร
- พัฒนาระบบข้อมูล และการใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนพื้นที่
- พัฒนาระบบประเมินผล
- พัฒนาระบบสนับสนุน วิชาการ จัดโอกาสพัฒนา บริหารจัดการ

แนวทางการพัฒนาบริการสุขภาพ

- เป็นบริการสร้าง ส่งเสริม ดูแลรักษา
- ต้องบูรณาการและพัฒนาให้เหมาะสมต่อความต้องการ
- สามารถดำเนินการ ได้ยั่งยืน

การพัฒนาศักยภาพของระบบบริการ

- พัฒนาศักยภาพ ให้มีคุณลักษณะหรือมีสมบัติเป็นคนดี ใฝ่รู้ วุฒิภาวะ ทักษะการสื่อสาร
- พัฒนาระบบใช้ข้อมูล วางแผนพื้นที่
- พัฒนาระบบประเมินผล
- พัฒนาระบบสนับสนุน วิชาการ การจัดให้มีโอกาสการพัฒนาและการบริหารจัดการ

สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ¹

- สถานสถานพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข ดูแลประชากร 92 %
- บุคลากรเฉลี่ย 2.9 คนต่อ PCU
- PCU ประมาณครึ่งหนึ่งมีบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน
- ภายใต้การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า
 - จำนวนพี่ชื้อที่มีบุคลากรเพิ่มขึ้น 46 %
 - จำนวนพี่ชื้อที่มีบุคลากรเท่าเดิม 41 %
 - รายรับ และเงินบำรุงเพิ่มขึ้น 39 %
 - รายรับ และงบลดลง 37 %

ประมวลความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุม

- คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมประชุมที่ตอบแบบประเมิน
 - ผู้ตอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.9) เป็นเพศหญิง
 - อายุเฉลี่ย 39.84 ปี (Sd. 7.33) อายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 58 ปี
 - ระยะเวลาปฏิบัติราชการเฉลี่ย 16.13 ปี (Sd. 8.32) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 40 ปี
 - ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.1) เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ PCU ที่เหลือเป็นนักวิชาการและผู้บริหารงาน ร้อยละ 32.0 และ ร้อยละ 24.8 ตามลำดับ
 - สถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่มาจาก สอ./PCU (ร้อยละ 42.6) รองลงมาเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานใน PCU ของโรงพยาบาล ผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ผู้ที่ปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษา ผู้ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ และ NGOs. ตามลำดับ (ร้อยละ 16.7 ร้อยละ 9.1 ร้อยละ 5.4 ร้อยละ 4.1 และ ร้อยละ 0.3)
- ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทของบริการสุขภาพปฐมภูมิ

บทบาท	น้ำหนักของบทบาท
สนับสนุนการพึ่งตนเอง	20.0
ร่วมมือกับชุมชนในการสร้างสุขภาพ	19.5
ดูแลรักษาพยาบาลทั่วไปแบบองค์รวม	19.1
เฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคในชุมชน	15.9
ให้บริการส่งเสริมสุขภาพในสถานพยาบาล	14.3
ดูแลติดตามผู้ป่วยเรื้อรัง	14.1
เฝ้าระวังภาวะเสี่ยง และส่งข้อมูลเตือนชุมชน	13.6
ฟื้นฟู ติดตาม ดูแลผู้พิการ ด้อยโอกาส	12.8
อื่นๆ	9.9

¹ ข้อมูลจากการสำรวจของ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2547

- ความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างการสังกัดของหน่วยงาน พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.8) มีความเห็นว่าอนาคต หน่วยบริการปฐมภูมิควรสังกัด โรงพยาบาล รองลงมาร้อยละ 22.2 และร้อยละ 20.2 ควรสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตามลำดับ ขณะเดียวกัน พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมร้อยละ 12.3 แสดงความคิดเห็นว่า หน่วยบริการปฐมภูมิควรมีลักษณะเป็นหน่วยงานอิสระ
- ความคิดเห็นเกี่ยวกับการะงาน โดยประเมินจากลักษณะของงานและเวลาที่ใช้ในการทำงานนั้นๆ พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.3) แสดงความคิดเห็นว่างานบริการเป็นงานที่ใช้เวลาทำงานมากที่สุด รองลงมาเป็นงานชุมชนและงานรายงาน ซึ่งมีอัตราส่วนร้อยละใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 21.6 และ ร้อยละ 19.3 ตามลำดับ
- ความคิดเห็นเกี่ยวกับงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในหน่วยบริการ ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่า งบประมาณของหน่วยงานส่วนใหญ่เป็นงบประมาณเพื่อการรักษาพยาบาล รองลงมาเป็นงบประมาณเพื่อการบริหารงาน การพัฒนาบุคลากร การแก้ปัญหาสุขภาพของพื้นที่และงบประมาณเพื่อการสร้างสุขภาพ ตามลำดับ
- ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการการพัฒนา ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่าผู้ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องการการพัฒนาในเรื่องการสื่อสารมากที่สุด รองลงมาเป็นความต้องการการพัฒนาในเรื่องการรักษาโรค การบริหาร การให้คำปรึกษา ตามลำดับ
- ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุน ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนในด้านบุคลากร การจัดระบบสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการลดการส่งงานของหน่วยงานที่เหนือกว่า ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน
- ประสพการณ์และบทเรียนที่เกิดจากการดำเนินงาน ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นว่า
 - การดำเนินงานปฐมภูมิต้องการการทำงานเป็นสหวิชาชีพ แต่จำเป็นต้องสลายกรอบความเป็นวิชาชีพ
 - การดำเนินงานจำเป็นต้องมีการประสานกับหน่วยงาน องค์กร ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง
 - บุคลากรต้องการ การปรับกระบวนการทำงาน
 - บุคลากรต้องมีทักษะการฟังให้ได้ยิน มองให้เห็น และคุยให้เป็น เพื่อให้เข้าใจความต้องการของราษฎร
 - การปรับทัศนคติและมุมมองของตนเองต่อการทำงาน จะทำให้การทำงานมีความสุข
 - การได้เรียนรู้ที่จะพัฒนาตนเอง ให้สามารถทำงานร่วมกับชุมชนและท้องถิ่น รวมทั้งประสานทรัพยากรจากท้องถิ่นและชุมชน
 - หลักการสำคัญของการทำงานชุมชนคือ ต้องเข้าใจประชาชนและสามารถทำงานกลมกลืนกับวิถีของชุมชน
- ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะทิศทางการพัฒนา ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นดังนี้
 - การประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิควรให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ของบุคลากร
 - กระทรวงสาธารณสุข และสปสช. ควรมีมาตรการสนับสนุนการดำเนินงานของ PCU ภาคเอกชน ซึ่งรวมถึงมาตรการที่จะสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมโยงของ PCU ภาคเอกชนและ PCU ภาครัฐ
 - การพัฒนา PCU ในอนาคต ควรเน้นที่การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีการจัดการความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติงานจริง

“จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไปอย่างไร”

โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี

ระเบียบวาระแห่งชาติที่สำคัญที่สุดคืออะไร

วาระแห่งชาติที่สำคัญคือการตั้งฐานปรับวินัยให้ได้ เราต้องสร้างฐานให้ได้ สร้างให้แข็งแรง แล้วโยนข้างบน ข้างบนอย่าลอยตัว จะเป็นเรื่องเศรษฐกิจ การศึกษา สาธารณสุขทั้งหมด ขณะนี้ยังลอยอยู่ข้างบน ต้องเชื่อมกับฐานให้ได้ จะเป็นการประกอบเครื่องประเทศไทยที่ใหญ่ที่สุด และเรื่องระบบสุขภาพปฐมภูมิก็เกี่ยวข้องกับการสร้างฐานให้แข็งแรง

ฐานของประเทศคือชุมชนท้องถิ่น ซึ่งเป็นฐานล่างของประเทศ ถ้าชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งหรือแข็งแรงทุกด้าน ประเทศจะมั่นคง ข้างบนจะดีเอง เกือบไม่ต้องทำอะไรเพราะมันอยู่บนฐานที่แข็งแรง ขณะนี้เราพยายามไปทำอะไร ข้างบนเยอะ แต่มันก็ลอยตัว ไม่มีทางลงตัว เพราะฉะนั้นต้องทำข้างล่าง การตั้งฐานประเทศไทยคือการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นแล้วเชื่อมโยงข้างบนลงมาข้างล่าง มาเรียนรู้มารู้จักข้างล่าง เห็นพุดกันเยอะแยะเรื่องปัญหา เรื่องเจ้านาย เรื่องข้างบนไม่เข้าใจข้างล่าง เทียวยัดโครงการอะไรมาเรื่อย เพราะความไม่เข้าใจ เพราะแยกกัน ข้างบนต้องลงมาเรียนรู้ข้างล่าง ต้องเชื่อมข้างบนกับข้างล่างให้ได้

องค์ประกอบหลักของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

ระบบสุขภาพปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับเรื่องฐานของประเทศอย่างใกล้ชิด แยกกันไม่ได้ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิดูให้ชัด ๆ เป็นภาคปฏิบัติเพื่อเคลื่อนยุทธศาสตร์ อย่าชอยมันละเอียดย มันจะเคลื่อนไหวไม่ได้ ต้องมองเป็นเรื่องใหญ่ ๆ สองด้าน ด้านหนึ่งมองพื้นที่เป็นตัวตั้ง อีกด้านมองเรื่องระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในโรงพยาบาลใหญ่ แล้วเราจะจัดการได้

พื้นที่เป็นตัวตั้งหรืออีกชื่อคือระบบสุขภาพชุมชน ต้องมองภาพใหญ่ของมันทั้งหมด อย่าไปมองเฉพาะ PCU หรือบางส่วนเท่านั้น มองพื้นที่ทั้งหมดเป็นเรื่องสุขภาพชุมชน (Community Care) แล้วดูว่าหน่วยบริการในชุมชนว่ามีอะไรบ้าง สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและอื่น ๆ

สุขภาพชุมชน ประกอบด้วยหน่วยการจัดการ 5 ส่วนด้วยกัน คือ การพัฒนาอย่างบูรณาการของชุมชน โรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายหมออนามัยเพื่อชุมชน เครือข่ายพยาบาลเพื่อชุมชนและโรงพยาบาลชุมชน

- 1) การพัฒนาอย่างบูรณาการของชุมชน สุขภาพชุมชนเป็นเรื่องของเศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เชื่อมโยงกับการพัฒนาอย่างบูรณาการของชุมชนซึ่งทำกันมานานแล้ว จนเกิดการเรียนรู้แล้วทรงพลังมาก กระบวนการตรงนี้เกิดขึ้นและกำลังขยายตัว เกิดการรวมตัวกันทำการวิจัยของชุมชน ทำวิจัยเรื่องของตัวเองเช่นวิจัยรายจ่ายว่ามีอะไรบ้าง เป็นหนี้ใครทำไมถึงเป็นหนี้ พอวิจัยได้ เขาเกิดพลังทางปัญญาหาศาลที่จะปรับตัว ที่ตำบลเขากลาง กระบี่ เขาเริ่มจากไม่รู้เลย ทดลองตามว่าค่าน้ำปลาเขาทั้งตำบลเท่าไรเพราะว่าต่างคนต่างซื้อ คนละขวดบ้านละขวด ปรากฏว่าทั้งปีจ่ายค่าน้ำปลารวมทั้งตำบลไป 700,000 บาท ก็เกิดคำถาม การตั้งคำถามเป็นเรื่องสำคัญ ตอบได้ไม่ได้ไม่เป็นไร ได้ก็ทำไม่ได้ก็จะได้เรียนรู้ให้ทำได้ ขอให้ถามแล้วกัน เขาถามกันเองว่าทำเองได้หรือเปล่า คำตอบคือได้ ก็ลองทำดูพบว่าใช้เงินแค่ แสนเดียวได้กำไร 6 แสนทันทีแค่ค่าน้ำปลาอย่างเดียว ค่าขนมลูกสะ ดูข้อมูลสสส.ที่ไปรวบรวมค่าขนมลูกทั่วประเทศ พวกขนมหลอกเด็ก ขนมก๊อบแก็บที่มีสีสัง น้ำเขียว น้ำแดง ต่าง ๆ ที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพแถมเป็นโทษอีก รวมเป็นเงินมากถึงปีละ 170,000 ล้านบาท ลองเอาจำนวนตำบลหารเข้าไป (7,000 กว่าตำบล) ก็ตกหลายล้านบาทต่อตำบล พอเห็นตัวเลขก็สะดุ้ง เกิดจิตสำนึก เพราะเดิมไม่รู้ซื้อที่ละถุงที่ละขวด พอเห็นว่าหลายล้าน ก็เกิดคำถาม เราทำขนมให้ลูกกินได้หรือเปล่า ก็ตอบว่าได้และได้ตั้ง 20-30 ชนิด ลูกกินอ้อมก็ขายอีก ที่นี้จากที่ติดลบก็เป็นบวกขึ้นมา ค่าเครื่องดื่มเท่าไรไม่รู้ต้อง

ไปเก็บตัวเลข เพราะไปซื้อที่ละกระป๋องละขวด ปีหนึ่ง 25 ล้านบาทต่อตำบล ก็ตกใจ ทำไงจะลดมันได้ ทำ
ไงจะทำอะไรกินเองได้ ทำไงจะปรับตัวได้ เป็นหนี้เท่าไร เป็นหนี้ใคร ทำไม่ถึงเป็นหนี้ พอถึงตรงนี้เขาหาย
จน เป็นปัญญาที่ทำให้เขาหายจน เหล่านี้คือการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ วิเคราะห์ว่าที่เราปลูก ปอ
ปลูกมันสำปะหลัง วิเคราะห์ว่าปีหนึ่งเราปลูกได้กี่กิโล ราคา กิโลเท่าไร ได้เงินเท่าไร รายจ่ายเรามี
อะไรบ้าง ค่าข้าว ค่าไข่ ค่าไก่ ต้องซื้อกินทุกอย่าง ค่าปุ๋ย ค่ายา ค่าแมลง ค่าทำบุญกับพระที่วัดคิดหมด ว่า
รายจ่ายเท่าไร รายได้เท่าไร แล้วมันกำไรหรือขาดทุน ปรากฏว่ามันขาดทุนชัด ๆ เกษตรกรที่ทำกันอยู่
ขาดทุนแต่เขาไม่รู้ เขารู้ว่าเขาลำบากเป็นหนี้ หนี้อยู่แต่ไม่มีทางใช้คืน ไม่มีทางหลุดดอกเบี้ยก็สูง ชีวิตก็
ลำบาก เจออย่างนี้ทำให้เขาปรับตัว เขารู้แล้วถ้าขึ้นทำอย่างเดิมหนี้เขาจะมากขึ้น การปลูกปออย่างเดียว
มันสำปะหลังอย่างเดียว ยางอย่างเดียวนี้เป็นสิ่งที่รัฐนำเข้ามามีเดิมนานแล้วไม่ทำอย่างนี้ รัฐไปเอาอย่าง
จักรวรรดินิยมที่กำกับประเทศเมืองขึ้น นักวิชาการเราไปเรียนต่างประเทศแล้วไม่ได้ดูพื้นฐานว่าวิชาการ
เขามาจากอะไร วิชาการฝรั่งมาจากการฐานของการแข่งขัน แล้วก็มาเป็นวิชาการ พอเอามาใช้ กับประเทศเรา
ก็เหมือนคนในเมืองหรือคนข้างบนที่บอกไปทำลายข้างล่าง พอเขาเรียนรู้ตรงนี้ก็ปรับตัว ทำหลายอย่าง
ให้มันเชื่อมโยงกัน ปลูกข้าวแทนที่จะขายข้าวก็รวมตัวกันตั้งโรงสี ประหยัดเงินไม่ต้องไปซื้อข้าวกิน ไม่
ขาดทุน เขารู้ว่าอะไรที่ซื้อจะแพง อะไรที่ขายจะถูก ตั้งโรงสีชุมชนเอง ได้แลกเปลี่ยน ได้ปลายนข้าวเอาไปทำ
ประโยชน์อย่างอื่นต่อ เราเอาไปเลี้ยงหมู ปลายนข้าวเอาไปเลี้ยงไก่ ข้าวมันหักขายไม่ได้ราคาเอาไปแปรรูป
ทำแป้งขนมจีนได้ราคา ที่ตำบลไม้เรียงมีโรงงานแป้งขนมจีน วันหนึ่งทำประมาณ 11-12 ตันส่งขาย เขา
ทำหลายอย่างเชื่อมโยง ฝรั่งเรียกว่าทำเป็น Cluster ปีกลายรัฐบาลจ่ายเงินไป 39 ล้านบาทให้คนซื้อไม่
เคิล พอเตอร์จากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดมาสอนคนไทยเรื่องเศรษฐกิจเขาบอกว่าต้องทำเป็น Cluster ให้
มันเชื่อมโยงกันหลาย ๆ อย่าง ที่ชาวบ้านทำคืออาหาร ธุรกิจชุมชน กองทุน ทำอะไรเยอะเยอะนี้เขา
เรียกว่า วิสาหกิจชุมชน ทำหลายอย่างเชื่อมโยง ตรงนี้หายจน หายอย่างถาวรเพราะเขาสามารถวิเคราะห์
มันได้ อะไรจะเปลี่ยนแปลงไปเขาก็วิเคราะห์ได้ เขาเอาผลวิจัยมาทำแผนแม่บทชุมชน เวลาชุมชนเขาทำ
แผนแม่บทพัฒนาเอง จะเป็นแผนอย่างบูรณาการ ทุกเรื่องไปพร้อมกันหมด ไม่แยกส่วนเหมือน
ข้างบนที่แยกเป็นกระทรวง เป็นกรม แยกเรื่อง

กระบวนการตรงนี้ กำลังทรงพลังมาก ถ้าชุมชนทั้งประเทศสามารถทำวิจัยและทำแผนแม่บทชุมชน
ขับเคลื่อนการพัฒนาได้เอง เขาจะขับเคลื่อนมันได้ ถ้ารัฐเป็นผู้ทำให้ เขาจะจัดการมันไม่ได้ ไม่เข้าใจมัน
พอ นี่เป็นเรื่องสำคัญที่สุดของสุขภาพชุมชนเพราะพอเขาทำได้เขาพอกินพอใช้ มีป่าไม้เพิ่มขึ้น จิตใจดี
สุขภาพจิตดี กินอิ่ม มีเพื่อน นี่เรียกว่า มีสุขภาวะหรือสุขภาพ ที่นี้เกือบไม่ต้องทำอะไรแล้วเพราะมี
กระบวนการตรงนี้อยู่

- 2) พยาบาลชุมชน ขณะนี้เริ่มมีปรากฏการณ์อันดี ที่ อบต. น้ำพอง ขอนแก่น เขาไปคุยกับคณะพยาบาล
ศาสตร์ที่ขอนแก่นให้รับคนของเขาไปเรียนพยาบาลบ้าง โดยเขาจะจ่ายค่าเล่าเรียนเอง จบแล้วมาอยู่ที่
ตำบลไม่ต้องกินเงินเดือนกระทรวงสาธารณสุข กินเงินเดือนชุมชนได้ เพราะ อบต. มีงบประมาณหรือ
ชาวบ้านจะรวมตัวกันก็ได้ เขาคิดว่าการมีพยาบาลของเขาเองอยู่ในชุมชนจะดูแลเกือบหมดแล้วทุกอย่าง
ปวดหัว ตัวร้อน ทั้งเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพไปพร้อมกันหมด เท่ากับเขามีบริการอยู่ในชุมชน
เอง โดยคนของเขาเอง คนที่เขารู้จัก รัฐบาลไม่ต้องเสีย ไม่ต้องตั้งตำแหน่ง ไม่ต้องทำอะไรให้ยุ่งยาก เป็น
การพลิกจากหน้ามือเป็นหลังมือเลย พยาบาลมาเล่าให้ฟังว่าในชุมชนมีคนแก่ เป็นอัมพาตต้องหามไป
เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะที่โรงพยาบาลประจำ เดินทางลำบากมาก พอมีพยาบาลไปเยี่ยมถึงบ้านและ
เปลี่ยนสายให้ เขาบอกคนแก่มองพยาบาลด้วยสายตาขบขี้มาก โอ๊ยมีความสุขอย่างกับขึ้นสวรรค์ นั้น
แหละคือนางฟ้าของชาวบ้าน การมีพยาบาลอยู่ในชุมชนแถมเป็นลูกหลานของเขาเอง ตัวนี้มันจะพลิก
ระบบบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลจะมีเวลาที่จะทำ Case ยาก ๆ มากขึ้น เพราะ Case ทั่วไปเกือบ
ทั้งหมดทำในชุมชนแล้ว รัฐบาลก็ไม่ต้องเสียเงินและทำได้ทุกตำบล การเชื่อมโยง อบต. กับ คณะพยาบาล
ศาสตร์ วิทยาลัยการพยาบาลในพื้นที่มีศักยภาพสูง ทั้งสองมีความเป็นสถาบัน อบต. มีทั่วประเทศ มี

กฎหมายและงบประมาณเอง คณะพยาบาลศาสตร์กับวิทยาลัยการพยาบาล มีนับ 60 แห่ง เชื่อมกันเกือบไม่ต้องทำอะไรมาเลย ไปส่งเสริมให้เขาเจอกัน แล้วผลิตพยาบาลชุมชนที่มาจากลูกหลานชาวบ้าน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลก็ได้ตั้งค์ด้วย อนาคตไปได้ไกลมากเพราะว่ามันมีอยู่แล้วทั้งคู่ สภาพยาบาลที่ดี ใครก็ตามสร้างความเข้าใจกันแล้วก็ไป นี่จะพลิกปฏิรูประบบเลย

- 3) เครือข่ายหมอนามัยเพื่อชุมชน เรามีหมอนามัยซึ่งเป็นหมอแนวหน้าอยู่เยอะ เขาช่วยเหลือประเทศชาติมาเยอะ หลายโรคหมดไปจากประเทศได้ก็เพราะหมอนามัย ตอนนี้เขามีเครือข่าย มีวารสารหมอนามัย ควรสนับสนุนเครือข่ายตรงนี้ ผมเคยไปพิจิตร หมอนามัยคึกมากเลย กว่า 400 คนใส่เสื้อ"รักประชาชน รักหมอนามัย" ตึกเชื่อมโยงกัน รวมตัวกันเป็นเครือข่าย มีเกียรติ คนทุกคนต้องเป็นคนมีเกียรติ อย่าไปรอเขาให้เกียรติเรา ต้องรู้สึกเราเป็นคนนะ มีศักดิ์ศรี ความเป็นคน อย่าเป็นโรค ๆ ขาดศักดิ์ศรี มีศักยภาพ สร้างสรรค์ที่ใหญ่ที่สุด รักคนอื่นจะมีเกียรติมีศักดิ์ศรี ถ้าคิดไปแย่งคนอื่น เอาเปรียบคนอื่นจะไม่มีความหมาย ศักดิ์ศรี ฉะนั้นอย่าไปรอคนอื่นรอเจ้านายหรืออะไรทั้งนั้น ต้องเหมือนปลาที่อยู่กับน้ำ จะมีความสุข ถ้าปลาคิดขึ้นบกเมื่อไหร่คนบนบกอันตรายกับปลาทั้งสิ้น เราเป็นนักสุขภาพปฐมภูมิต้องอยู่กับชาวบ้าน ชาวบ้านนี่เขารักหมอนามัยอย่างกับอะไรดี เรามีเกียรติมีประโยชน์ต่อเขา เรื่องเศรษฐกิจก็ไม่ลำบากเท่าไร เขาให้ข้าวบ้าง ให้ไก่บ้าง ให้โน่นให้นี่บ้าง อันนี้ผมรู้ ผมเคยไปดู สมัยยังหนุ่มผมไปดูดุจครรภ์ที่นครชัยศรี ผู้หญิงชาวบ้านซื้อแสง ชาวบ้านเรียกหมอแห้ว ทำคลอดได้ ปลูกฝั่ ฝั่ดยา ปวดหัว ตัวร้อนได้ แกะไข้บ้านเป็นที่ทำการ แกะทำประโยชน์มากเหลือเกิน ชาวบ้านยกย่องแก แก่มีเกียรติ เศรษฐกิจแกก็ไม่ลำบากเท่าไรก็อย่างว่า ให้ข้าวถึงหนึ่งบ้าง ให้ไก่บ้าง เรียกว่าสบาย เรามีความรู้ในตัว ความรู้จากประสบการณ์จากการทำงานที่สำคัญ ไม่จำเป็นต้องเก่งตำรา พูดบรรยายอะไรก็ได้ คนทำได้ก็ดีไม่ว่าอะไร แต่ไม่จำเป็น สิ่งสำคัญเอาความรู้ที่มีมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ที่เรียกว่าจัดการความรู้ ถ้าทุกคนมีจิตสำนึกตรงนี้ มันจะมีพลัง มีความมั่นใจ มีความสุขเพราะถ้าคนรู้สึกมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี จะมีความสุขทั้งเนื้อทั้งตัว มั่นใจในตัวเอง ไม่เหมือนระบบต่าง ๆ ของเรา ทั้งระบบการศึกษา ระบบราชการ ระบบสังคมที่ทำลายความมั่นใจ ทำให้คนส่วนใหญ่ไม่มีเกียรติต้องรอคนอื่นให้ ระบบสุขภาพปฐมภูมินี้สร้างเกียรติ สร้างศักดิ์ศรี สร้างคุณค่าตรงนี้และพลังมหาศาลจะเกิดจากตรงนี้ เครือข่ายหมอนามัยเพื่อชุมชนจะไปส่งเสริมให้เขารวมตัวกัน เคลื่อนไหวทำงาน ทำอะไรดี ๆ ร่วมกัน
- 4) เครือข่ายพยาบาลเพื่อชุมชน พวกหมอผมจะไม่พูดถึง พวกหมอจะเก็บไว้รักษาโรคอะไรยาก ๆ ในโรงพยาบาล แต่พยาบาลนี้มีจำนวนเยอะ ประมาณ 150,000 คนทั่วประเทศ นี่คือการปฏิวัติในแง่ชีวิตและคุณค่า เป็นการปฏิรูป เปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐาน พยาบาล 150,000 คนกำลังอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยทำอะไรก็ได้ทั้งสิ้น จะดูแล จะพยาบาล จะรักษาโรคก็ได้ ป้องกันก็ได้ ทำวิจัยก็ได้ ทำงานชุมชนก็ได้ เป็นผู้จัดการก็ได้ เราเห็นพยาบาลทำอะไรก็ได้สารพัด ทำได้ทุกอย่างเป็นคนอเนกประสงค์ ผมเคยไปอุทัยธานี ดูเรื่องการป้องกันและบำบัดยาเสพติด เขามีโรงพยาบาล 8 โรงเป็นโรงพยาบาลชุมชน 7 บวกโรงพยาบาลจังหวัดอีกหนึ่ง พยาบาลใส่เสื้อทีมช่วยเรื่องคนติดยาเสพติด ช่วยเป็นเพื่อน ให้กำลังใจ ให้เขากลับคืนสู่สังคมได้ เห็นพยาบาลฟิตจัดทำงานคึกคักมากรู้สึกชื่นใจ เราอยู่ใต้องค์กรก็จริงแต่การสังกัดโครงสร้างอย่างนั้นมันไม่พอ เป็นทางดิ่ง บางทีทำให้อึดอัด ถ้ามาเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย นอกองค์กรไปเชื่อมโยงกัน เรามีอิสระ รัฐธรรมนูญให้สิทธิตรงนี้ไว้ คนจะสามารถชุมนุม จะเชื่อมโยง จะทำอะไรกันได้ เครือข่ายพยาบาลเพื่อชุมชนตรงนี้ทำอะไรได้เยอะ เริ่มไม่ยากเพียงแต่ไปส่งเสริมเขา ธรรมชาติเขาอยากทำอยู่แล้ว
- 5) โรงพยาบาลชุมชน ส่วนนี้ควรได้รับความสนใจเป็นพิเศษ เพราะเป็นตัวสนับสนุนโครงสร้างที่อยู่ในชุมชน แต่กำลังมีปัญหา(Suffer) มากที่สุด ถูกกระทบจากนโยบายรัฐบาลที่เรียกว่า Medical Hub (นโยบายสร้างไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์ของภูมิภาค) ที่ส่งเสริมให้มีโรงพยาบาลเอกชนเยอะ ๆ เพื่อรองรับลูกค้าชาวต่างชาติทำรายได้ พอมันเยอะก็ดึงแพทย์ดีพยาบาลออกไปจากโรงพยาบาลชุมชน ที่นี้ใครจะรักษาคนจน

ทั้ง 5 ส่วนนี้เป็นจุดที่เราจะจัดการกับระบบสุขภาพชุมชน แต่ไม่ได้แปลว่ามีแค่ 5 ส่วนนี้เท่านั้น ที่นี้จะขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การบริการระบบปฐมภูมิอย่างไร ขณะนี้ก็มีโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เป็นเจ้าภาพหลัก ทำตรงนี้นาน เห็นคุณค่าตรงนี้มาก พยายามทำงานต่อเนื่องมาหลายปี ความอึดนี้สำคัญ อดทน รอเวลาเห็นผล แล้วมันปรับเปลี่ยนมาเลย

กลไกขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาในระบบสุขภาพชุมชน

การจะขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนต้องสร้างกลไกขึ้นมารองรับเชื่อมโยงกัน ดังนี้

1. ภาคส่งเสริมระบบบริการปฐมภูมิ ตรงนี้สำคัญ เกี่ยวข้องกับหลายส่วน กรมต่าง ๆ สปสช. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติร่วมเป็นเจ้าภาพด้วยเข้ามาเป็นภาคี ขุนพลทั้งนั้น เป็นเรื่องดี ๆ น่าชื่นใจที่ทุกคนมาร่วมกันทำเป็นภาคี ไม่มีใครบังคับใคร มาด้วยความเต็มใจ และไม่มีใครอยู่เหนือใคร มารวมตัวกัน ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมเรียนรู้แล้วก็ขับเคลื่อนเรื่องนี้ ควรนึกถึงภาคีที่นอกเหนือจากสาธารณสุข เช่น สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย ท้องถิ่นี่แน่นอน อบต. เทศบาล อบจ. เขาจะมีส่วนเยอะ เวลาเคลื่อนไปมันเพิ่มเติมได้ พวก Rotary Lion มีทุกจังหวัดเลย แม้แต่สมาคมโฆษณารัฐกิจก็เป็นภาคีได้ นอกจากนี้ยังมีคณะทำงานส่งเสริมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่พบปะกันได้บ่อย จะขับเคลื่อนทางยุทธศาสตร์ต้องพบปะกันได้บ่อย จะล้มเหลวก็เพราะตรงนี้ ขาดกลไกขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ถึงมีคณะกรรมการอะไรก็ไม่มีพลังพอ

ย้อนไป 30 กว่าปี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ต้องการทำเรื่องสมุนไพร ก็ตั้งคณะกรรมการสมุนไพรแห่งชาติ มีอธิบดีเป็นประธานทำไปพักหนึ่งมันไม่รอด เอาปลัดเป็นประธานตั้งกรรมการใหม่ มันไม่ได้อีก เอารัฐมนตรีเป็นประธานก็ไม่ได้อีก เลยไม่รู้จะไปไหน มีเฉพาะกรรมการนี้ไปไม่ได้ต้องมีคนทำงานเต็มเวลาจึงจะขับเคลื่อนได้ คณะต้องพบปะกันบ่อยทุกอาทิตย์ คนชอบตั้งกรรมการแห่งชาตินี้กว่ามันจะช่วยขับเคลื่อนได้ พอเป็นแห่งชาติก็ต้องเอานายกมาเป็นประธาน นายกก็ยุ่งไม่มีเวลาประชุม กรรมการแห่งชาติ ชาติหนึ่งเลยประชุมที่หนึ่ง ก็ไม่มีพลังจะขับเคลื่อน

ถามว่าภาคีทำอะไรกับคณะขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ก็ทำ 4 อย่างด้วยกัน อย่างแรกถ้าอยากขับเคลื่อนอะไรให้มีพลังต้องสร้างคุณค่าและความมุ่งมั่นร่วมกันในสิ่งนั้น อย่าไปทำแต่เชิงเทคนิคมันไม่มีพลัง ต้อง สร้างคุณค่าและความมุ่งมั่นอย่างไร มันควรจะมีชื่อเล่น(Nickname) ด้วย ปกติเรามักตั้งชื่อโครงการ ชื่อหน่วยงานเป็นวิชาการมันไปขับเคลื่อนไม่ได้ อย่างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิก็อาจเรียกว่าระบบบริหารด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ บริบาลแปลว่าดูแลโดยรอบ อยากเคลื่อนอะไรต้องไปเอาพวกศิลปินมาช่วยบ้าง เพราะวิชาการนี้สื่อจับใจผู้คนได้ยาก เอาศิลปินมาสร้างเป็นเพลง บทกวี จิตกรรม ประติมากรรม แปลก ๆ ว่าสุขภาพปฐมภูมิมีคุณค่าอะไรบ้าง สร้างจิตกรรมแปลก ตีตา ดึงดูดจิตใจขึ้นสูง ต้องสร้างตำนาน สร้างจินตนาการไปเอาเรื่องดี ๆ มาทำอย่างต่อเนื่อง คือไปวิจัยความดีของคน เพื่อสร้างคุณค่าระบบบริการปฐมภูมิ มันถึงจะเกิดพลังเคลื่อนไหว

2. ต้องส่งเสริมเรื่อง อบต. พยาบาลชุมชน เครือข่ายหมออนามัยและเครือข่ายพยาบาลเพื่อชุมชน ต้องดึงเรื่องการจัดการเข้ามา วางโหมตไว้หลายโหมตที่มันเหมาะและให้มันเชื่อมโยงกัน คนที่ขับเคลื่อนก็จะสบาย งานไม่หนัก และเวลาจัดงานต้องคิดอย่างนี้ ทำน้อยให้ได้ผ่อนมาก ถ้าทำมากได้ผ่อนน้อยอย่างนี้เหนื่อย แล้วก็จิตสลาย ต้องคิดให้ดีกว่าจะวางยังงี้ พอระบบมันโยงโยกันนี้มันเกือบไม่ต้องทำอะไร เหมือนเราประกอบเครื่องรถยนต์ มันซับซ้อนยังงี้ ก็ตาม ถ้าเราโยงมันหมดแต่บิดกุกุญแจมันก็ไปได้
3. ควรมีที่ประชุมนโยบายพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน เรื่องนี้เป็นเรื่องยาก เขากำลังถูกผลกระทบ ถูกทอดทิ้งเล็ก ๆ ถ้าเราทำให้มันดีเอาคนที่เกี่ยวข้องเข้ามาคุยกันจะทำยังงี้กับนโยบาย Medical Hub ที่จะดึงคนออก ก็ควรมีที่ประชุม คุยกันทำใจจะให้โรงพยาบาลชุมชนเข้มแข็ง
4. ระบบบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลใหญ่ วันก่อนไปประชุมกับอาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์ของ ศิริราช ที่ผมเคยสังกัดอยู่ ตอนนั้นเขามีอาจารย์ 99 คน ในภาควิชาเดียวก็เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสมอง หัวใจ ปอด ไต สารพัด เป็นองค์กรที่ซับซ้อนแล้วก็เอนกประสงค์บริการคนไข้ทั้งหัวไปทั้งโรคเฉพาะ ต้องสอนนักเรียนหลายระดับ ทำวิจัย

ทั้งหมด จัดการยากต่างกับองค์กรธุรกิจที่มักจะมีเป้าหมายเดียวชัดเจน พบว่าในภาควิชาไม่สามารถมองเชิงระบบได้ ทุกคนรู้เทคนิคเฉพาะด้าน หัวใจ ปอด ตับ ก็เป็นทุกข์จากการขาดระบบที่เหมาะสม ตรงนี้ต้องการคนเชี่ยวชาญระบบช่วยดูว่าจะจัดองค์กรรองรับวัตถุประสงค์อย่างไรให้เหมาะสมโดยคนไม่เหนียวนัก

โรงพยาบาลแพทยศาสตร์ความเชี่ยวชาญเรื่องการมองทั้งระบบ เขาไม่รู้และเป็นทุกข์กับมัน ควรมีผู้เชี่ยวชาญระบบเข้าไปช่วยดู ช่วยจัดระบบซึ่งรวมระบบบริการปฐมภูมิอยู่ด้วยให้เขา ช่วยดูว่าจะมีระบบที่รองรับคนไข้ การเรียนการสอนการวิจัยที่ดีได้อย่างไร ระบบปฐมภูมิในโรงพยาบาลใหญ่ก็จะเกิดผลประโยชน์ขึ้นมากกว่าเดิม ภาควิชาส่งเสริมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ คณะทำงานควรเข้ามาทำตรงนี้ ขับเคลื่อนตรงนี้ พร้อมทำ 4 อย่างให้เชื่อมโยงกันจะเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิไป จนเต็มแผ่นดิน และเป็นที่ให้ความสุขกับคน 60 ล้านคน เป็นระบบบริหารที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ส่วนรายละเอียดก็พัฒนาไป เรื่องเกียรติศักดิ์ศรีคนทำงาน กระบวนการเรียนรู้ต่างๆเราพัฒนาได้ แต่เราต้องตั้งระบบทั้งหมดที่จะขับเคลื่อนไปได้

มุมมอง ความคาดหวัง และการสนับสนุนบริการปฐมภูมิ

ผู้ร่วมอภิปราย

นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์วีรวัฒน์ พันธุ์ครุฑ

รองเลขาธิการฯ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นายแพทย์บุญชัย สมบูรณ์สุข

รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

คุณเอกชัย นุพันธ์

องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ผู้ดำเนินการอภิปราย

นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล

นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โดยโครงสร้างแล้วสิ่งที่เราคาดหวังจาก PCU คือการเข้าถึง ประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมต่างๆ ซึ่งพวกเราทำได้ดี ปัญหาที่เป็นมีมากมายในตอนนี้คือกรอบของปริมาณและคุณภาพของการบริการ ซึ่งตรงนี้เป็นจุดใหญ่เพราะจะนำพากับจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่และ Unit Cost ที่เราได้รับกันมา เรื่องของกำลังคนเป็นเรื่องใหญ่และ ๓๐ บาทที่เราทำนั้นอยู่บนรากฐานของความไม่พร้อมของตัวโครงสร้างที่มีความแตกต่างในมาตรฐานของกำลังคนทั้งเครื่องมือและการสนับสนุน ดังนั้นถ้าไปประเมิน PCU ของกระทรวงสาธารณสุขในตอนนี้โดยใช้มาตรฐานที่มีอยู่จะพบว่าต่ำกว่ามาตรฐานเยอะ เพราะฉะนั้นถ้าจะให้เรามีมาตรฐานตามที่กำหนดไว้จริงๆทางรัฐก็ต้องลงทุนทั้งเรื่อง Unit Cost และเม็ดเงินต่างๆ ในเรื่องของ Unit Cost ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยเท่าไรบนรากฐานของกำลังคน ค่าใช้จ่ายส่วนนี้ดูเหมือนมีไม่มากนักแต่จริงๆแล้วเราคิดค่าแรง รุ่นหลังๆเป็นลูกจ้างชั่วคราวสิทธิประโยชน์เลยไม่ได้ซึ่งก็เป็นเรื่องที่น่าเห็นใจ

เครือข่ายของเราทำมานานแล้วมีฐานสำคัญคือ PCU ที่เชื่อมโยงกับชุมชนและอสม. ถัดขึ้นมาก็เป็นโรงพยาบาล ชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ มีการเชื่อมโยงกันที่ชัดเจน จนมีเรื่อง Cost เข้ามาก็ต้องมีกระบวนการปรับตัว ในการปรับตัวครั้งแรกมันเกิดการ Shock แล้วทุกคนก็เห็นแก่ตัวเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ที่ต้องป้องกันตัวเองเมื่อมีอันตรายความช่วยเหลือกันก็เริ่มหายไป

PCU เป็นสิ่งที่เราคาดหวังมากที่สุดในระบบที่ทำให้เกิด ๒ ด้าน ด้านแรกคือการสร้างสุขภาพ ถ้าตรงนี้มีประสิทธิภาพพอเชื่อว่าจะทำให้องค์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนดีขึ้น อีกด้านคือการรักษาพยาบาลแต่เราไม่ได้ให้น้ำหนักด้านนี้

ในส่วนการสนับสนุนในภาพใหญ่มีกรรมการดูแลโครงสร้างของทั้งระบบ ดูเรื่องกำลังคน ระบบบริการ การลงทุน ซึ่งทางนายกรัฐมนตรีได้ให้คำมั่นสัญญาว่าภายใน ๔ ปีเราจะได้งบประมาณหนึ่งแสนล้าน ในระดับปฐมภูมิได้หมื่นกว่าล้าน แบ่งเป็นเรื่องการขยายพื้นที่บริการ ๑ ใน ๓ บ้านพักอาศัยสถานที่ ๑ ใน ๓ และครุภัณฑ์อีก ๑ ใน ๓ ซึ่งในระบบบริหารจัดการต้องมีพวกเราไปช่วยเป็นปากเป็นเสียง

นายแพทย์วีรวัฒน์

รองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในเรื่องของระบบบริการปฐมภูมิ สปสช. ของเรามีน้ำมันหล่อลื่นอยู่ประมาณ ๙ พันกว่าล้านต่อปี สสช. มีอยู่อีกพันกว่าล้านบาท ปัญหาของเราคือการขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณก็มีจำกัด เราจึงมี PCU อยู่หลายแบบหลายลักษณะ ปัญหาเรื่อง Standardization การพัฒนาบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิก็เป็นเรื่องที่ยังมองข้ามไม่ได้ การจัดการก็สำคัญ ต้องมีการ Recruit คนที่เหมาะสมมีการ Training การ Retain คนในระบบ ในส่วนความร่วมมือที่ สปสช. จะ Support ให้หน่วยบริการปฐมภูมิ

การลงทุนสำหรับบริการปฐมภูมิในปี ๔๙ ได้งบประมาณหมื่นกว่าล้าน การดูแลระบบในระดับโรงพยาบาล อาจมีการสนับสนุนหน่วยงานข้างเคียง ตัวบ่งชี้ลงไปหน่วยบริการปฐมภูมิอาจยังไม่เห็นผลชัดเจน และบุคลากรที่ทำงานด้านโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ได้แก่

๑. โรคหัวใจ
๒. โรคมะเร็ง
๓. อุบัติเหตุ

จะได้รับค่าตอบแทนพิเศษ ซึ่งก็เริ่มต้นแล้ว ในปี ๔๙ ที่เด่นชัดคือเรื่อง Node จะมี Workload Payment โดยจะจ่ายเงินในทีมที่ทำงานให้กับ PCU ซึ่งคงจะได้ข้อสรุปในเร็ววันนี้

นายแพทย์บุญชัย สมบูรณ์สุข

ที่คาดหวังก็คืออยากให้หน่วยบริการปฐมภูมิทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุด ให้บริการเหมือนกับเป็น

- Gate Keeper คือเป็นช่องทางที่จะเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข
- เป็นตัวเชื่อมกับระบบสุขภาพภาคประชาชนกับระบบที่สูงขึ้นไป
- ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม Holistic Care

เราต้องไม่แยกระบบบริการปฐมภูมิออกมาต่างหาก เวลาจะต้องพิจารณาถึงความเชื่อมโยงกับระบบใหญ่ เพราะเป็นระบบย่อยในระบบทั้งหมด ต้องพัฒนาคุณภาพบริการตามทรัพยากรที่มีอยู่ พัฒนามาตรฐาน

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ทำหน้าที่คอยสนับสนุนวิชาการ ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการ จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน จัดประกวด PCU ดีเด่นมีการทำหลักสูตรสำหรับ PCU ทำเฉพาะเนื้อหาหลักๆที่จำเป็น จัดเตรียมวิทยากร มีศูนย์ฝึกอบรมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานใน PCU

คุณเอกชัย นุพันธ์

องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

อบต.น้ำพอง เป็นองค์กรท้องถิ่นเล็กๆแห่งหนึ่งในจำนวนกว่า ๗, ๐๐๐ แห่งทั่วประเทศไทย ในส่วนของการปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ต้องปฏิบัติในเรื่องการคุ้มครองป้องกันโรค อบต.น้ำพอง คณะกรรมการบริหารที่เลือกตั้งมาจากพี่น้องประชาชน ได้เล็งเห็นว่าในเรื่องของการรักษาสุขภาพของประชาชนควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านอื่นๆ ดังนั้นโครงการพยาบาลชุมชนก็เลยเกิดขึ้นมา อีกส่วนที่ทำงานเคียงบ่าเคียงไหล่มาด้วยกันตลอดก็คือโรงพยาบาลน้ำพอง ซึ่งมีบุคลากรแต่ทางเรามีงบประมาณ ความร่วมมือระหว่างส่วนภูมิภาคกับส่วนท้องถิ่นจึงเกิดขึ้น ต่อมาจะเกิดขึ้นนั้นต้องอาศัยความจริงใจต่อกัน พร้อมที่จะทำงานร่วมกันเพื่อจุดสูงสุดคือพี่น้องประชาชน โครงการที่เราหวังไว้คือจะทำอย่างไรให้ประชาชนในพื้นที่ไม่เจ็บป่วย ในการขอความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลน้ำพองนั้นเป็นที่น่าภูมิใจมากคือพยาบาลแย่งกันมาทำงานร่วมกับเรา แต่เราต้องการเพียงแค่ ๖ ท่านเรามีพื้นที่ ๑๔ หมู่บ้านเราก็เลยมองว่าพยาบาล ๑ ท่านน่าจะดูแลสัก ๒-๓ หมู่บ้านและแต่ละท่านจะมีผู้ช่วยเหลือเป็นตัวแทนของคนในหมู่บ้าน

แรกๆได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี แต่ท้องถิ่นอื่นๆมองว่า อบต.น้ำพอง มาทำแบบนี้มันผิดระเบียบหรือเปล่าที่เอาเงินภาษีมาจ่ายให้โรงพยาบาลได้อย่างไร ทั้งที่มีหน่วยด้านสาธารณสุขของรัฐอยู่แล้ว แต่พอทำไปแล้วดูจากสถิติคนในพื้นที่ในตำบลน้ำพอง เข้าไปใช้บริการในโรงพยาบาลน้ำพองลดลง ก็ถือว่าได้ผลดังนั้นโครงการต่อเนื่องจึงตามมา ในระยะยาวเรามองไปถึงว่าพยาบาลที่มาทำงานให้เรา สักวันหนึ่งท่านต้องอายุมากขึ้น อาจจะอยากพักผ่อนเราจึงส่งคนในพื้นที่ของเราไปเรียนเพื่อให้เขากลับมาดูแลพื้นที่ของพวกเขาเอง จึงนำเรื่องนี้ไปปรึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอให้กำหนดหลักสูตรขึ้นมาเพื่อท้องถิ่นได้ไหม? ปรากฏว่าทางคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ให้ความร่วมมือให้ความสนับสนุนเต็มที่ ตั้งโครงการบัณฑิตศึกษาด้านนี้ขึ้นมา โดยในปีแรก ปี ๔๕ สามารถรับนักศึกษาจากท้องถิ่นได้ ๑๙ คนทาง อบต.น้ำพองขอโควตา ๖ คนท่านก็ให้ความอนุเคราะห์ เพียงแต่การ

คัดเลือกคนที่จะมาเรียนหลักสูตรนี้จะต้องเป็นคนในท้องถิ่น และคนในท้องถิ่นต้องมีส่วนร่วม เด็กที่จะไปเรียนต้องมีความรู้และคุณธรรม รู้จักวัฒนธรรมประเพณีของท้องถิ่น สามารถทำงานร่วมกันชาวบ้านได้ โครงการส่งลูกหลานไปเรียนปีนี้เป็นปีที่ ๔ แล้วปีหน้าก็จะจบมาทำงานให้ท้องถิ่น อีกโครงการคือการรักษาสุขภาพปากและฟันเริ่มแรกทำในโรงเรียนต่อมาก็มาดูแลผู้ใหญ่ แต่อาศัยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลก็ไม่พอเพราะต้องดูแลทั้งอำเภอ น้ำพอง ดังนั้นเราจึงต้องมีบุคลากรของเราเอง ในปี ๔๗ จึงมีโครงการส่งนักเรียนไปเรียนทันตภิบาลจึงเกิดขึ้น ซึ่งปีหน้าก็จะจบมา

นิทรรศการสำหรับการประชุมครั้งนี้ จำแนกออกเป็นสามส่วนหลัก ประกอบด้วย นิทรรศการจากหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่สนับสนุน นิทรรศการที่ทางสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนจัดทำขึ้นเพื่อแสดงสาระสำคัญเกี่ยวกับแนวคิด แนวทาง ของบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนสุดท้ายเป็นนิทรรศการซึ่งเป็นบทเรียนการทำงาน ของ PCU ในประเด็นสำคัญๆ ทั้งนี้รายละเอียดของนิทรรศการทั้งสองส่วนมีดังนี้

ส่วนที่ 1 ทำความชัดเจนเกี่ยวกับ ระบบการสนับสนุนจากองค์กร สถาบัน ที่เกี่ยวข้องกับ PCU

: สำหรับหน่วยงาน องค์กร และสถาบัน จุดมุ่งหมายการนำเสนอ ประกอบด้วย

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งส่วนมากเป็น คนทำงานที่ PCU ได้เห็นภาพการสนับสนุนจากองค์กรหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็น ผู้สนับสนุนการจัดบริการ ซึ่งในที่นี้จำแนกเป็นหน้าที่ที่เป็น Policy Support และส่วนที่ทำหน้าที่สนับสนุน เชิงวิชาการ/เชิงวิชาชีพ
 - a. ส่วนที่เป็นหน่วยงาน ที่ทำหน้าที่เป็น Policy Support ประกอบด้วย
 - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
 - กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สรส.)
 - สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.)
 - b. ส่วนที่เป็นหน่วยงาน สนับสนุนวิชาการและวิชาชีพ ประกอบด้วย
 - ชมรมพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน
 - สมาคมหมออนามัย
 - ชมรมทันตภิบาล
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ ซึ่งเกิดจากผลที่หน่วยงาน องค์กร สถาบัน ที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย เกี่ยวข้องกับวิชาการ/วิชาชีพ ได้มีประสบการณ์ในการพัฒนาและสนับสนุนให้คนทำงานที่ PCU เกิดการเรียนรู้ที่จะพัฒนาการทำงานโดยมุ่งเน้นที่การพึ่งตัวเองของประชาชนเป็นหลัก อาทิ บทเรียนการทำงานที่เกิดจากโครงการพัฒนา PCU ของ สรส. หรือบทเรียนการสนับสนุนของชมรมแพทย์ชนบทในการพัฒนาให้แพทย์ที่ทำงานเกี่ยวเนื่องกับ PCU สามารถส่งเสริมสนับสนุนคนทำงานที่ PCU ให้สามารถพัฒนาการเรียนรู้เพื่อนำไปพัฒนาการพึ่งตนเองของประชาชนที่ดูแลรับผิดชอบ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ส่วนสำหรับสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน จุดมุ่งหมายการนำเสนอ ประกอบด้วย

เป็นการนำเสนอแนวคิดหลักการทำงานที่เกี่ยวข้องกับ PCU โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บทบาทหน้าที่หลักของ PCU ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับ (1) การทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม (2) การส่งเสริมสุขภาพ และ (3) การสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน ทั้งนี้การขยายความเนื้อหาทั้งหมดนี้ จะขึ้นต้นจากสถานการณ์ที่เป็นความเข้าใจผิดพลาดคลาดเคลื่อนในกลุ่มคนทำงาน PCU ที่เกิดขึ้น อาทิ

- 1) พิษณุ คือ อะไร บทเรียนจากพื้นที่.. จากข้อมูลพบว่า
 - สถานื่อนามัยบางแห่งจัดให้มี “วัน PCU” ซึ่งหมายถึงวันที่ กองทัพอากาศจากโรงพยาบาลไปตั้งโต๊ะทำงานที่ สถานื่อนามัย เป็นต้น
 - การมองบริการองค์รวมให้ลึกซึ้งมากขึ้น โดยไม่เน้นเฉพาะการทำงานเยี่ยมบ้านที่ต้องให้บริการครอบคลุม ด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันโรค
 - ทำความเข้าใจกับการทำงานที่เป็น ทีมสุขภาพเพื่อการจัดบริการ ตัวอย่างที่พบมากในพื้นที่ก็คือ เมื่อมีพยาบาลจากโรงพยาบาลไปช่วยทำงานด้านการรักษาที่ PCU ส่วนใหญ่พบว่า คนทำงาน

ที่ PCU จะไม่ทำงานรักษาโรค ยกให้เป็นหน้าที่ของพยาบาล ทำให้เกิดความรู้สึก คับข้องใจ
ของพยาบาลอยู่ไม่น้อย ดังนั้น การทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการทำงานของ “ทีมสุขภาพ”
ที่ไม่ได้เน้นที่วิชาชีพใดในการบริการองค์รวม จึงเป็นเรื่องสำคัญ

- 2) แล้วเราจะไปทางไหน ??
- 3) จัดบริการแบบไหน ที่ไม่นำทำ...
- 4) จะจับมือ ช่วยกันพัฒนาอย่างไร... กิจกรรมเกี่ยวกับเครือข่ายคนทำงาน PCU ซึ่งสนใจที่จะเป็นแนว
ร่วมในการพัฒนาศักยภาพ การเรียนรู้ ในลักษณะเป็นเครือข่ายร่วมเรียนรู้
- 5) มีอะไร ที่อยากบอกส่วนกลาง รัฐบาล หรือ กระทรวงสาธารณสุข สปสช.

ส่วนที่ 3 ส่วนสำหรับการนำเสนอบทเรียนการทำงานของทีม_ จุดมุ่งหมายการนำเสนอ ประกอบด้วย

นิทรรศการส่วนนี้จะถูกจัดแบ่งออกเป็น 4 เรื่องย่อย ประกอบด้วย

1. เรื่องจะทำให้เกิดบริการองค์รวมได้อย่างไร (เรียนรู้ผ่านกรณีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)
2. พิธีชู กับ การสร้างสุขภาพ
3. จะสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองได้อย่างไร
4. การจัดการบริการปฐมภูมิรูปแบบที่หลากหลาย

โดยแต่ละหัวเรื่องย่อย ต้องการนำเสนอบทเรียนและประสบการณ์การเรียนรู้ รวมทั้งเครื่องมือหรือเทคโนโลยี
โดยเฉพาะเครื่องมือและเทคโนโลยีเชิงสังคม ในการประยุกต์ใช้เพื่อการบริหาร การทำงานส่งเสริมสุขภาพ
รวมทั้ง เพื่อการสนับสนุนให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้อย่างแท้จริง นิทรรศการส่วนนี้จะช่วยแสดง
ให้เห็นว่า ในที่สุดภาวะที่เรียกว่า

- 1) ชุมชนเข้มแข็ง สามารถพึ่งตนเองได้นั้นคืออะไร ความเป็นมาเป็นไปเป็นอย่างไร
- 2) การส่งเสริมสุขภาพประชาชน ภายใต้การทำงานบริการด้านการศึกษาโรคตามปกติที่มีการสั่งการทั้งที่เป็น
การสั่งการแบบสั่งแนวคิด สั่งกิจกรรม สั่งผลลัพธ์ PCU ทำงานได้อย่างไร ผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร และ
ทำให้การทำงานในบรรยากาศแบบนี้ส่งผลดีต่อการทำงานอย่างไร
- 3) ศักยภาพและความสามารถของภาคประชาชน ในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเองเป็น
อย่างไร
- 4) การทำงานที่สนับสนุนและเสริมกันระหว่างภาคประชาชนและ นักวิชาชีพสุขภาพที่ทำงานใน PCU
รวมทั้งส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความเข้มแข็งและประชาชนสามารถ
พึ่งตนเองได้จริงหรือ

กำหนดการประชุม*

วันที่ 18 กรกฎาคม 2548

- 08.00 – 09.00 น. ลงทะเบียน รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
- 09.00 – 09.15 น. ชมวีดิทัศน์ เรื่อง “ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ”
- 09.15 – 10.15 น. ปาฐกถา “แก่นของระบบดูแลสุขภาพปฐมภูมิ” โดย ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา
- 10.15 - 12.00 น. อภิปราย บทบาทของระบบดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ควรเป็นอย่างไร
โดย อาจารย์ วิทยากร เชียงกุล วิทยาลัยนวัตกรรมการสังคม มหาวิทยาลัยรังสิต
รศ.นพ. วิชัย โปษยะจินดา สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พญ.เพชรศรี ศิริจันทร์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- 13.00 - 16.30 น. ดำเนินการอภิปราย โดย พญ.สุพัตรา ศรีวิเศษชากร สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
- ประชุมกลุ่มย่อย : เสวนาแลกเปลี่ยน ร่วมกับกรณีตัวอย่าง
- ห้องย่อยที่ 1 : จะทำให้เกิดบริการองค์รวม ได้อย่างไร (เรียนรู้ผ่านกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง)
- ห้องย่อยที่ 2 : พืชกับการสร้างสุขภาพ
- ห้องย่อยที่ 3 : จะสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองอย่างไร
- ห้องย่อยที่ 4 : การจัดการบริการปฐมภูมิแบบหลากหลาย

วันที่ 19 กรกฎาคม 2548

- 08.00 - 09.00 น. ลงทะเบียน รับเอกสารเพิ่มเติม และรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
- 09.00 – 10.30 น. อภิปราย บทเรียนและการจัดการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ (ส่วนที่เป็นสถานีอนามัย)
- คุณสกวรัตน์ เหมือนละม้าย PCU โคกสูง จังหวัดลพบุรี
- คุณนิตยา หาญรักษ์ สถานีอนามัยตำบลหนองบัวน้อย จังหวัดหนองบัวลำภู
- คุณสุวรรณา เมืองพระฝาง สถานีอนามัยตำบลนาบัว จังหวัดพิษณุโลก
- คุณยงยุทธ สุขพิทักษ์ PCU เขาพระบาท จังหวัดนครศรีธรรมราช
- ดำเนินการอภิปรายโดย คุณสุรเดช เดชคุ้มวงศ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
- 09.00 – 10.30 น. อภิปราย บทเรียนและการจัดการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิจากผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
- คุณอุทัย นามวงศ์ โรงพยาบาลภูกระดัง จังหวัดเลย
- เภสัชกรยุภาพรรณ มั่นกระโทก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
- นายแพทย์เจษฎา พิชัยชุมพล โรงพยาบาลเชียงม่วน จังหวัดพะเยา
- ดำเนินการอภิปราย โดย นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ
- 10.30 – 12.00 น. อภิปราย การจัดการการเรียนรู้...สู่ความสำเร็จ
- นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชติกุล สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- คุณรุ่งนภา มาลารัตน์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
- ดำเนินการอภิปรายโดย นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
- 13.00 - 14.00 น. อภิปราย มุมมองความคาดหวังและการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ
- โดย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง
- ดำเนินการอภิปราย โดย นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- 14.00 - 14.15 น. สรุปภาพรวมจากการประชุมและทิศทางการพัฒนาระยะต่อไป
- โดย พญ.สุพัตรา ศรีวิเศษชากร ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
- 14.15 - 15.15 น. ปัจฉิมกถา “จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไปอย่างไร” โดยศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี

* หมายเหตุ วิทยากรและรายการอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม